ПОЛОЖЕНИЕ ДЕТЕЙ В МИРЕ, 2009 год

Здоровье матерей и новорожденных

Объединимся ради детей

unicef

© United Nations Children's Fund (UNICEF)
Декабрь 2008 года

Для воспроизведения любой части настоящей публикации требуется получить разрешение. Просим связаться с Отделом по связям и информации ЮНИСЕФ в Нью-Йорке, США (Division of Communication, UNICEF 3 United Nations Plaza, New York, NY 10017, USA).
Телефон: (+1-212) 326-7434
Эл. почта: nyhqdoc.permit@unicef.org

Такое разрешение будет бесплатно предоставляться образовательно-просветительским или некоммерческим организациям. Остальным организациям будет предложено внести небольшую плату.

Комментарии представляют личные мнения авторов и необязательно отражают позицию ЮНИСЕФ.

Для ознакомления с любыми изменениями, внесенными в доклад после его издания, см. веб-сайт <www.unicef.org/publications>

Для ознакомления с данными, обновленными после издания доклада, см. веб-сайт <www.childinfo.org>

В продаже под № E.09.XX.1

United Nations Children's Fund
3 United Nations Plaza
New York, NY 10017, USA

Эл. почта: pubdoc@unicef.org
Веб-сайт: www.unicef.org

Фото на обложке: © UNICEF/HQ04-1216/Ami Vitale

ПОЛОЖЕНИЕ ДЕТЕЙ В МИРЕ, 2009 год

Выражение признательности

Настоящий доклад был подготовлен при содействии и благодаря рекомендациям многих лиц как внутри, так и за пределами ЮНИСЕФ, которые внесли свой вклад и сделали полезные замечания. Значительный вклад внесли местные отделения ЮНИСЕФ в следующих странах и регионах: Афганистане, Бангладеш, Бенине, Бразилии, Бурунди, Гаити, Гане, Гватемале, Индии, Индонезии, Кении, Кот-д'Ивуаре, Лаосской Народно-Демократической Республике, Либерии, Мадагаскаре, Марокко, Мексике, Мозамбике, Непале, Нигере, Нигерии, на оккупированной Палестинской территории, Пакистане, Перу, Руанде, Судане, Сьерра-Леоне, Того, Тунисе, Уганде, Центральноафриканской Республике, Чаде и Шри-Ланке. Свой вклад также внесли региональные отделения ЮНИСЕФ и Исследовательский центр "Инноченти".

Выражаем особую благодарность Ее Величеству королеве Иордании Рании аль-Абдалла, достопочтенному Вабаху Гейфлору, Зульфикару А. Бхутта, Саре Браун, Дженнифер Харрис Рекехо, Джой Лон, Марио Мериальди, Розе Марии Нуньес-Уркиза и Сесару Г. Виктора.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ И НАУЧНОЕ РУКОВОДСТВО

Патриция Моккия, *главный редактор*; Дэйвид Энтони, *редактор*; Крис Брэйзиер; Марилиа Ди Нойа; Хирут Гебре-Эгзиабкер; Эмили Гудмен; Ясмин Хейдж; Нелли Ингграха; Памела Найт; Эйми Лэй; Шарлот Мэтр; Меедан Меконнен; Габриэль Митчел-Марелл; Кристин Мёльманн; Мишель Ризли; Кэтрин Ратджерс; Карин Шанкар; Шобана Шанкар; Джудит Йеман.

СТАТИСТИЧЕСКИЕ ТАБЛИЦЫ

Теса Уордло, *руководитель* Секции стратегической информации Отдела политики и практики; Присцилла Аквара; Даниель Берк; Сяодун Цай; Клаудиа Каппа; Нгань Диакхате; Аркана Двиведи; Фридрих Хюблер; Руслан Каримов; Юлия Красевеч; Эдилберту Лоайза; Рольф Люйендийк; Ньен Ньен Луин; Марианн Нил; Холи Ньюбай; Кхин Виты Оо; Эмили Уайт Джоханссон; Даньчжэнь Ю.

ПРОИЗВОДСТВО И РАСПРОСТРАНЕНИЕ

Жаклин Тьерни, *руководитель* Отдела производства и переводов; Эдвард Ин-мл.; Жермен Эйк; Фанюэль Эндалу; Эки Кайрупан; Фарид Рашид; Элиас Сейлем.

ПЕРЕВОД

Французское издание: Марк Шаламе.
Испанское издание: Карлос Перельон.

РУКОВОДСТВО ПО РАЗРАБОТКЕ ПРОГРАММ И ПОЛИТИКИ

Отдел программ ЮНИСЕФ, Отдел политики и практики и Исследовательский центр "Инноченти", выражаем особую благодарность Николасу Алипуи, *руководителю* Отдела программ; Дэну Рорманну, *заместителю руководителя* Отдела программ; Манизе Заман, *заместителю руководителя* Отдела программ; Питеру Саламу, *помощнику руководителя* по вопросам здравоохранения; Джимми Колкеру, *помощнику руководителя* по вопросам ВИЧ/СПИДа; Клариссе Броклхерст, *помощнику руководителя* по вопросам водоснабжения, санитарии и гигиены; Вернеру Шультинку, *помощнику руководителя* по вопросам питания; Туриа Баракат; Линда Барлетт; Вивина Бельмонт; Роберт Коэн; Роберт Гасс; Аша Джордж; Кристин Джолмес; Грейс Каривига; Норин Хан; Пейшенс Курунери; Нуне Мангасарян; Марианна Муцци; Робин Нэнди; Ширин Найернури; Кайоде Ойегбите; Дэйвид Паркер; Лувей Пирсон; Иен Петт; Болор Пуревдорж; Мелани Реншо; Дэниел Сеймур; Фузиа Шафик; Джудит Стэндли; Дэйвид Стюарт; Абдельмаджид Тибути; Марк Янг; Алекс Юстер.

МАКЕТ И ПОДГОТОВКА К ПЕЧАТИ

Prographics, Inc.

ПЕЧАТЬ

Colorcraft of Virginia, Inc.

ПОСВЯЩЕНИЕ

Доклад "Положение детей в мире, 2009 год" посвящается памяти Алана Розенфельда, доктора медицины, почетного декана Школы общественного здоровья Мейлмена при Колумбийском университете, который скончался 12 октября 2008 года. Новатор в области общественного здравоохранения, д-р Розенфельд неустанно трудился, стремясь предотвратить случаи смерти матерей и обеспечить помощь и лечение ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом женщинам и детям, живущим в условиях острой нехватки ресурсов. Он направлял свою энергию и знания на реализацию многочисленных инновационных программ и на сотрудничество с передовыми институтами, а то, с каким энтузиазмом, самоотверженностью, мужеством и решимостью он пытался привлечь внимание к проблемам здоровья и прав женщин в контексте развития, до сих пор остается для всех источником вдохновения.

Предисловие

Среди всех стран мира самый высокий риск материнской смертности зарегистрирован в Нигере, где такому риску в течение жизни подвергается одна женщина из семи. Сопоставимый риск в развитых странах составляет 1 случай из 8 тысяч. Согласно оценкам, с 1990 года, являющегося исходным годом для достижения целей в области развития Декларации тысячелетия, 10 млн. женщин умерли от осложнений, связанных с беременностью и родами, и ежегодно 4 млн. младенцев умирали в течение первых 28 дней жизни. Успехи в деле охраны здоровья матерей и новорожденных несопоставимы с уровнем достижений в области обеспечения выживания детей, где в период между 1990 и 2007 годами зарегистрировано 27-процентное общемировое сокращение смертности детей в возрасте до 5 лет.

© UNICEF/HQ05-0653/Nicole Toutounji

В докладе "Положение детей в мире, 2009 год" основное внимание уделяется проблемам здоровья матерей и новорожденных и определяются меры и действия, расширение и наращивание которых необходимо для спасения жизней. Большинство материнских и неонатальных смертей можно предотвратить с помощью проверенных мер – включая надлежащее питание, улучшение санитарно-гигиенических условий, дородовую медицинскую помощь, принятие родов профессиональными медицинскими работниками, неотложную акушерскую и неонатальную помощь и патронаж матерей и новорожденных в послеродовой период, – осуществляемых посредством континуума услуг, который обеспечивает связь домохозяйств и местных сообществ с системами здравоохранения. Исследования показывают, что около 80 процентов случаев смерти матерей можно предотвратить, если обеспечить женщинам доступ к основным услугам как непосредственно в области охраны здоровья матерей, так и в сфере здравоохранения в целом.

Для ускорения прогресса в деле охраны здоровья матерей и новорожденных необходимо уделять более пристальное внимание Африке и Азии. Эти два континента, на долю которых, по оценкам, приходится 95 процентов случаев материнской смерти и около 90 процентов случаев неонатальной смерти, являются наиболее проблемными с точки зрения выживания и здоровья женщин и новорожденных.

Две трети всех случаев материнской смерти имеют место в 10 странах; на долю Индии и Нигерии, вместе взятых, приходится треть всех случаев материнской смерти в мире. В 2008 году ЮНИСЕФ, Всемирная организация здравоохранения, Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения и Всемирный банк договорились о совместной работе в целях ускорения прогресса в деле охраны здоровья матерей и новорожденных в 25 странах, имеющих самые высокие коэффициенты смертности.

Ранняя беременность и материнство создают значительный риск для здоровья девочек. Чем младше девочка на момент наступления у нее беременности, тем выше риски для здоровья, как ее собственного, так и ее ребенка. Повсюду в мире материнская смертность, связанная с беременностью и родами, является важной причиной смертности девочек в возрасте 15–19 лет, которая составляет почти 70 тыс. смертей ежегодно.

Ранние браки и беременность, ВИЧ/СПИД, сексуальное насилие и другие формы гендерного насилия и жестокого обращения также увеличивают риск того, что девочки подросткового возраста не будут охвачены школьным образованием. Это, в свою очередь, закрепляет порочный круг гендерной дискриминации, бедности и высоких коэффициентов материнской и неонатальной смертности.

Образование девочек и молодых женщин – один из самых эффективных способов вырваться из "ловушки" бедности и создать среду, благоприятную для здоровья матерей и новорожденных. Сочетание усилий по расширению охвата основными услугами и укреплению систем здравоохранения с мерами по расширению прав и возможностей и защите девочек и женщин обеспечивают реальный потенциал для ускорения прогресса.

По мере приближения 2015 года, установленного в качестве конечного срока достижения целей в области развития Декларации тысячелетия, задача по улучшению здоровья матерей и новорожденных выходит за рамки реализации этих целей; предотвращение бессмысленной человеческой трагедии – вот что самое главное. Мерой успеха должны стать спасенные жизни и улучшенные условия жизни.

Энн М. Венеман
Исполнительный директор
Детского фонда Организации Объединенных Наций

СОДЕРЖАНИЕ

Выражение признательности ii

Посвящение ii

Предисловие

Энн М. Венеман
Исполнительный директор, ЮНИСЕФ iii

1 Здоровье матерей и новорожденных: нынешнее положение дел 1

Вставки

Проблемы с измерением материнской смертности 7

Создание среды, благоприятной для матерей и новорожденных; *Ее Величество королева Иордании Рания аль-Абдалла, высокопоставленный участник движения ЮНИСЕФ в защиту интересов детей* 11

Здоровье матерей и новорожденных в Нигерии: разработка стратегий ускорения прогресса 19

Расширение цели 5 в области развития Декларации тысячелетия: к 2015 году обеспечить всеобщий доступ к услугам в сфере охраны репродуктивного здоровья 20

Придание первоочередного значения материнскому здоровью в Шри-Ланке 21

Африка и Азия – в центре глобальных вызовов для детей и женщин 22

Глобальный продовольственный кризис и его потенциальное влияние на здоровье матерей и новорожденных 24

Диаграммы

1.1 Цели в области развития Декларации тысячелетия, связанные со здоровьем матерей и детей 3

1.2 Случаи материнской смерти с разбивкой по регионам 6

1.3 Тенденции, уровни и риск материнской смертности в течение жизни 8

1.4 Региональные коэффициенты неонатальной смертности ..10

1.5 Непосредственные причины материнских смертей, 1997–2002 годы 14

1.6 Непосредственные причины неонатальных смертей, 2000 год 15

1.7 Концептуальная схема: причины материнской смертности и заболеваемости матерей и новорожденных 17

1.8 Цены на продовольствие резко выросли повсеместно 24

2 Создание среды, благоприятной для здоровья матерей и новорожденных 25

Вставки

Пропаганда здорового образа жизни для матерей, новорожденных и детей: руководство "Факты для жизни" 29

Первичная медико-санитарная помощь: 30 лет после Алматинской конференции 31

Решение проблемы нехватки медицинских работников: важная мера для улучшения здоровья матерей и новорожденных 35

Содействие достижению большего равенства в области охраны здоровья матерей и новорожденных; *Сесар Г. Виктора, профессор эпидемиологии, Федеральный университет Пелотас, Бразилия* 38

Адаптация услуг по охране материнства к культурным традициям сельских районов Перу 42

Южный Судан: после достижения мира возобновляется борьба с материнской смертностью 43

Диаграммы

2.1 Континуум услуг 27

2.2 Несмотря на некоторые улучшения, уровень образования молодых женщин в ряде развивающихся регионов все еще остается низким 30

2.3 Заметно улучшилась ситуация с гендерным паритетом в плане школьной посещаемости, но среди учащихся, бросивших начальную школу, девочек по-прежнему несколько больше, чем мальчиков 33

2.4 Браки несовершеннолетних чрезвычайно распространены в Южной Азии и странах Африки к югу от Сахары 34

2.5 Несмотря на сокращение практики калечащих операций на половых органах женщин/обрезания, она все еще широко распространена во многих развивающихся странах 37

2.6 Доля матерей, роды у которых принимал профессиональный медицинский персонал, в разбивке по квинтили благосостояния и регионам 38

2.7 Число женщин в Мали, которых три и более раз посещал медицинский работник в рамках дородового наблюдения до и после осуществления Ускоренной программы по обеспечению выживания и развития детей (УПОВДР) 39

2.8 Многие женщины в развивающихся странах не участвуют в решении вопросов, касающихся их потребностей в медицинских услугах 40

3 Континуум услуг во времени и пространстве: риски и возможности 45

Вставки

Ликвидация материнского и неонатального столбняка 49

Гипертензивные нарушения: наиболее распространенные, но от этого не менее сложные 53

Первые 28 дней жизни; *Зульфикар А. Бхутта, профессор и заведующий кафедрой педиатрии и детского здоровья Университета Ага Хана, Карачи, Пакистан* 57

Акушерство в Афганистане 60

Уход за ребенком по методу "мама-кенгуру" в Гане 62

Коинфицирование ВИЧ и малярией во время беременности ..63

Проблемы, с которыми сталкиваются девочки подросткового возраста в Либерии; *достопочтенная Ваба Гейфлор, министр по делам женщин и развития, Либерия* 64

Здоровье матерей и новорожденных

Диаграммы

3.1 Защита от неонатального столбняка 48

3.2 Антиретровирусная профилактика для ВИЧ-положительных матерей в целях предупреждения передачи ВИЧ от матери ребенку 50

3.3 Охват дородовым обслуживанием 51

3.4 Охват услугами по родовспоможению 52

3.5 Неотложная акушерская помощь: кесарево сечение в сельских районах 54

3.6 Раннее и исключительно грудное вскармливание 59

4 Укрепление систем здравоохранения в целях улучшения здоровья матерей и новорожденных 67

Вставки

Использование методики выявления критического звена в системах здравоохранения в целях предотвращения материнских смертей; *Роса Мария Нуньес-Уркиза, Национальный институт общественного здравоохранения, Мексика* 73

Новые направления в области охраны здоровья матерей; *Марио Мериальди, Всемирная организация здравоохранения, и Дженнифер Харрис Рекехо, Партнерство в интересах здоровья матерей, новорожденных и детей* 75

Укрепление системы здравоохранения в Лаосской Народно-Демократической Республике 76

Спасение жизней матерей и новорожденных – решающие первые дни после родов; *Джой Лон, старший научный сотрудник и советник по вопросам политики, Спасение жизней новорожденных/"Спасите детей" – США, Южная Африка* 80

Бурунди: приверженность правительства делу охраны материнства и детства 83

Интеграция мер по охране здоровья матерей и детей в Индии 85

Диаграммы

4.1 Неотложная акушерская помощь: рекомендуемые Организацией Объединенных Наций показатели и уровни 70

4.2 Распределение основных источников данных, использованных для получения оценок материнской смертности за 2005 год 71

4.3 Острая нехватка профессиональных медицинских работников, особенно в Африке и Юго-Восточной Азии 74

4.4 Осуществление ключевых стратегий в области охраны здоровья матерей, новорожденных и детей в 68 странах, определенных в качестве приоритетных в рамках инициативы "Отчет времени до 2015 года" 78

4.5 В Азии доля государственных расходов на здравоохранение в рамках общегосударственных расходов одна из самых низких 79

4.6 Стратегии предоставления послеродовой помощи: приемлемость и возможность реализации 81

4.7 В странах с низкими доходами большая часть личных расходов на медицинское обслуживание оплачивается наличными 82

4.8 В странах с низкими доходами имеется всего 10 больничных койко-мест на 10 тыс. населения 84

5 Совместная работа по обеспечению здоровья матерей и новорожденных 91

Вставки

Совместная деятельность по обеспечению здоровья матерей и новорожденных; *Сара Браун, основатель "Альянса белой ленты за безопасное материнство", супруга премьер-министра Великобритании Гордона Брауна* 94

Основные глобальные партнерства в области здравоохранения в целях содействия здоровью матерей и новорожденных 96

Сотрудничество в интересах матерей и новорожденных в Центральноафриканской Республике 99

Учреждения Организации Объединенных Наций укрепляют свое сотрудничество для оказания поддержки охране здоровья матерей и новорожденных 102

Укрепление информационных систем в области здравоохранения: Сеть по показателям здоровья 105

Диаграммы

5.1 Ключевые глобальные инициативы в области здравоохранения, направленные на укрепление систем здравоохранения и широкомасштабное осуществление комплекса основных мер 97

5.2 Официальная помощь в целях развития для охраны здоровья матерей и новорожденных стремительно возросла с 2004 года 98

5.3 Значительный рост финансирования в области питания, предупреждения передачи СПИДа от матери ребенку и охраны здоровья детей 100

5.4 Резкое увеличение в последние годы финансирования в целях охраны здоровья матерей, новорожденных и детей со стороны глобальных инициатив в области здравоохранения 101

5.5 Координаторы и партнерские учреждения для каждого компонента континуума услуг по охране здоровья матерей и новорожденных и соответствующие функции ..103

Ссылки 106

Статистические таблицы 113

Ранжирование стран по коэффициенту смертности детей в возрасте до 5 лет 117

Таблица 1. Базовые показатели 118

Таблица 2. Питание 122

Таблица 3. Здравоохранение 126

Таблица 4. ВИЧ/СПИД 130

Таблица 5. Образование 134

Таблица 6. Демографические показатели 138

Таблица 7. Экономические показатели 142

Таблица 8. Женщины 146

Таблица 9. Защита детей 150

Таблица 10. Темпы прогресса 154

Сокращения 158

1 Здоровье матерей и новорожденных: нынешнее положение дел

© UNICEF/HQ08-2706/Shehzad Noorani

Ежегодно более полумиллиона женщин умирают от причин, связанных с беременностью и родами, и почти 4 млн. младенцев умирают в течение 28 дней после рождения. Миллионы женщин и новорожденных также страдают от инвалидности, болезней, инфекций и травм. Существуют эффективные с точки зрения затрат решения этих проблем, способные обеспечить быстрое улучшение ситуации, но для их осуществления и для достижения, касающихся здоровья матерей и новорожденных целей в области развития Декларации тысячелетия требуются безотлагательные меры и соответствующая решимость. В первой главе доклада "Положение детей в мире, 2009 год" рассматриваются уровень здоровья матерей и новорожденных в каждом из основных регионов и тенденции в этой области на основе использования коэффициентов смертности в качестве исходных показателей. В данной главе кратко анализируются основные непосредственные и скрытые причины материнской и неонатальной смертности и заболеваемости и приводятся общие рамки для ускорения прогресса.

Для родителей и других членов семьи период беременности и родов, как правило, связан с радостными ожиданиями. В условиях уважительного отношения к женщинам беременность, роды и материнство могут, не угрожая здоровью, стать мощным средством для утверждения женщин в их правах и повышения их социального статуса.

Чтобы создать условия для безопасного материнства и деторождения, необходимо обеспечить беременным женщинам и новорожденным соответствующий уровень ухода и заботы со стороны местных сообществ и семей, профессионального медицинского персонала, доступ к имеющим надлежащее оборудование адекватным медицинским учреждениям, к лекарственным средствам, а также к экстренной медицинской помощи в случае необходимости. Многие женщины в развивающихся странах – и большинство женщин в наименее развитых странах мира – рожают в домашних условиях без помощи профессиональных медицинских работников. Тем не менее дети обычно появляются на свет здоровыми и, благополучно преодолев первые несколько недель жизни, доживают до пятилетнего и более старшего возраста. Несмотря на многочисленные риски, связанные с беременностью и родами, большинство матерей также выживают.

Однако риски для здоровья, связанные с беременностью и родами, гораздо выше в развивающихся, нежели в промышленно развитых странах. Такие риски особенно широко распространены в наименее развитых странах и странах с самыми низкими доходами, а также среди малообеспеченных и маргинализированных семей и местных сообществ, где бы они ни находились. В мире в целом усилия по сокращению смертности среди женщин от осложнений, связанных с беременностью и родами, менее успешны, чем в других областях человеческого развития. В результате рождение ребенка по-прежнему является серьезным риском для здоровья женщин. Ежедневно в среднем около 1,5 тыс. женщин умирают от осложнений, связанных с беременностью и родами, главным образом в странах Африки к югу от Сахары и Южной Азии.

Разрыв между промышленно развитыми и развивающимися странами, и особенно наименее развитыми странами, по показателю материнской смертности, пожалуй, больше, чем по любому другому показателю. Этот вывод подтверждается цифрами: согласно данным за 2005 год, в течение жизни женщины риск умереть от осложнений, связанных с беременностью и родами, в наименее развитой стране в среднем более чем в 300 раз выше, чем для женщины, живущей в промышленно развитой стране. Ни по одному другому коэффициенту смертности не наблюдается подобного разрыва.

Кроме того, миллионы женщин, выжившие после родов, страдают от связанных с беременностью травм, инфекций, заболеваний и инвалидности, последствия которых нередко сказываются на протяжении всей жизни. Правда состоит в том, что в большинстве своем эти случаи смерти и болезни предотвратимы: исследование показало, что приблизительно 80 процентов случаев материнских смертей можно было предотвратить, если бы женщины имели доступ к основным услугам в области охраны материнства и основным видам медицинского обслуживания[1].

Смертности новорожденных в развивающихся странах также уделяется слишком мало внимания. Почти 40 процентов случаев смерти среди детей в возрасте до 5 лет – что в 2004 году, согласно самым последним оценкам Всемирной организации здравоохранения, составило 3,7 млн. – имеют место в течение первых 28 дней жизни. Три четверти неонатальных смертей происходят в течение первых семи дней жизни, то есть в ранний неонатальный период; большинство из них также можно предотвратить[2].

Разрыв в коэффициентах неонатальной смертности между промышленно

Разрыв в степени риска материнской смертности между промышленно развитыми и многими развивающимися, особенно наименее развитыми, странами нередко называют "тем показателем, который проводит наиболее четкую границу между государствами в области здравоохранения".

развитыми и развивающимися странами также огромен. По данным 2004 года, вероятность умереть в течение первых 28 дней жизни почти в 14 раз выше для ребенка, родившегося в наименее развитой стране, чем для ребенка, родившегося в промышленно развитой стране.

Здоровье матерей и новорожденных – это сложный взаимосвязанный механизм, поэтому для предотвращения смертей как первых, так и вторых во многих случаях необходимо принимать одни и те же меры, которые включают такие основные мероприятия, как дородовое наблюдение, присутствие при родах профессионального медицинского работника, доступ к экстренной акушерской помощи, когда это необходимо, адекватное питание, патронаж в послеродовой период, уход за новорожденным и санитарное просвещение, направленное на улучшение здоровья, практики вскармливания грудного ребенка и ухода за ним и совершенствования навыков в области гигиены. Однако чтобы эти меры стали по-настоящему эффективными и устойчивыми, они должны осуществляться в рамках развития, ориентируясь на укрепление программ, реализуемых с одновременным совершенствованием систем здравоохранения и обеспечением среды, благоприятной для поощрения прав женщин.

В рамках основанного на правах человека подхода к улучшению здоровья матерей и новорожденных первостепенное внимание уделяется расширению охвата медицинским обслуживанием, ликвидации гендерной дискриминации и неравенства в обществе путем, среди прочих мер, изменения культурных, социальных и поведенческих моделей, а также определению в качестве целевых тех стран и сообществ, которые подвергаются наибольшему риску.

В докладе "Положение детей в мире, 2009 год" исследуется состояние здоровья матерей и новорожденных повсюду в мире, и в частности в развивающихся странах, тем самым дополняя прошлогодний доклад о выживании детей. Основной акцент в докладе по-прежнему делается на вопросах здравоохранения и питания, а в качестве исходных показателей используются коэффициенты смертности. Основное внимание уделено странам Африки к югу от Сахары и Южной Азии – регионам, имеющим самые высокие численные показатели и коэффициенты материнской и неонатальной смертности. В докладе красной нитью проходит необходимость создания среды, благоприятной для здоровья матерей и новорожденных, на основе осуществления прав женщин, а также необходимость формирования континуума услуг для матерей, новорожденных и детей, обеспечивающего интеграцию программ охраны репродуктивного здоровья, безопасного материнства, ухода за младенцами и выживания, роста и развития детей. В докладе рассматриваются самые последние концепции, стратегии и программы и дается характеристика ключевых инициатив и партнерств, которые направле-

Диаграмма 1.1

Цели в области развития Декларации тысячелетия, связанные со здоровьем матерей и детей

Цель 4 в области развития Декларации тысячелетия: сокращение детской смертности	
Задачи	**Показатели**
4.A: Сократить на две трети в период 1990–2015 годов смертность среди детей в возрасте до 5 лет	4.1 Коэффициент смертности детей в возрасте до 5 лет 4.2 Коэффициент младенческой смертности 4.3 Процент детей в возрасте 1 года, которые были привиты от кори
Цель 5 в области развития Декларации тысячелетия: улучшение охраны материнства*	
Задачи	**Показатели**
5.A: Сократить на три четверти в период 1990–2015 годов коэффициент материнской смертности	5.1 Коэффициент материнской смертности 5.2 Процент родов, принятых профессиональным медицинским персоналом
5.B: Обеспечить к 2015 году всеобщий доступ к услугам в сфере охраны репродуктивного здоровья	5.3 Уровень распространенности контрацептивов 5.4 Коэффициент рождаемости у подростков 5.5 Охват дородовым обслуживанием (по крайней мере один осмотр и по крайней мере четыре осмотра) 5.6 Неудовлетворенная потребность в планировании семьи

* Пересмотренные рамки целей в области развития Декларации тысячелетия, согласованные Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций на Всемирном саммите 2005 года с новым официальным списком показателей, вступающим в силу с 15 января 2008 года, дополнительно поставили новую задачу (5.B) и определили четыре новых показателя для мониторинга достижения цели 5 в области развития Декларации тысячелетия.

Источник: Организация Объединенных Наций, показатели достижения целей в области развития Декларации тысячелетия: официальный веб-сайт Организации Объединенных Наций по показателям достижения ЦРДТ <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Host.aspx?Content=Indicators/OfficialList.htm>, доступ к которому открыт с 1 августа 2008 года.

ны на ускорение прогресса. Во вставках, ряд из которых написаны приглашенными к сотрудничеству авторами, обсуждаются важные современные проблемы в области здоровья и питания матерей и новорожденных.

Нынешняя ситуация в области здоровья матерей и новорожденных

С 1990 года ежегодное число случаев материнской смерти в мире, согласно оценкам, превысило 500 тысяч. Хотя число случаев смерти детей в возрасте до 5 лет в мире неуклонно снижалось – примерно с 13 млн. в 1990 году до 9,2 млн. в 2007 году, – уровень материнской смертности упорно не поддается сокращению. В мире были достигнуты лишь ограниченные успехи в отношении первой задачи в рамках цели 5 в области развития Декларации тысячелетия (ЦРДТ-5), в соответствии с которой в период с 1990 по 2015 год предусматривается сокращение на три четверти коэффициента материнской смертности, а в странах Африки к югу от Сахары прогресс в снижении коэффициентов материнской смертности фактически отсутствует[3].

Коэффициенты материнской смертности в значительной мере отражают общую эффективность систем здравоохранения, которые во многих развивающихся странах с низкими доходами имеют слабый административный, технический потенциал и возможности материально-технического обеспечения, неадекватные финансовые инвестиции и испытывают нехватку квалифицированного медицинского персонала. Широкомасштабное осуществление основных мер, например дородовое обследование на ВИЧ, увеличение количества родов, принятых квалифицированным медицинским персоналом, обеспечение, когда это необходимо, доступа к неотложной акушерской помощи и предоставление ухода матерям и младенцам в постнатальном периоде, может резко сократить как материнскую, так и неонатальную смертность. Расширение доступа женщин к услугам по планированию семьи, надлежащему питанию и необходимому набору мер в области здравоохранения позволит еще больше снизить коэффициенты смертности. Эти проверенные, эффективные по затратам услуги, на предоставление которых вправе рассчитывать женщины репродуктивного возраста, не являются неосуществимыми и вполне целесообразны.

Однако материнское здоровье – это не только выживание беременных женщин и матерей. Согласно оценкам, на каждую женщину, которая умирает от связанных с беременностью или деторождением причин, приходится 20 женщин, страдающих от заболеваний или других серьезных осложнений, связанных беременностью. Цифры поражают: по оценкам, ежегодно 10 млн. женщин, выжившие в период беременности, страдают от подобных неблагоприятных последствий[4].

То, что достигнутые за десятилетия успехи в сфере охраны материнского здоровья, которые, как считалось, сводятся к уменьшению риска смерти или инвалидности вследствие беременности и деторождения, оказались ничтожными, связано с множеством более глубинных причин. Коренная причина может заключаться в неблагоприятном положении женщин во многих странах и культурах, а также в отсутствии внимания к проблеме прав женщин и ответственности за их осуществление.

Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин 1979 года (КЛДОЖ), которую в настоящее время ратифицировали 185 государств, требует, чтобы подписавшие ее страны приняли все соответствующие меры "для ликвидации дискриминации в отношении женщин в области здравоохранения, с тем чтобы на основе равенства мужчин и женщин обеспечить последним доступ к медицинскому обслуживанию, в частности в том, что касается планирования размера семьи" (статья 12.1). В ней также устанавливается, что они "обеспечивают женщинам соответствующее обслуживание в период беременности, родов и послеродовой период, предоставляя, когда это необходимо, бесплатные услуги, а также соответствующее питание в период беременности и кормления" (статья 12.2). Кроме того, Конвенция о правах ребенка обязывает государства-участники принять необходимые меры для "предоставления матерям надлежащих услуг по охране здоровья в дородовой и послеродовой периоды" и для "развития просветительской работы и услуг в области профилактической медицинской помощи и планирования семьи" (статья 24). Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что многие страны не в состоянии выполнить эти обязательства.

Улучшение здоровья женщин является главным фактором осуществления прав девочек и женщин в соответствии с КЛДОЖ и Конвенцией о правах ребенка, а также достижения целей в области развития Декларации тысячелетия. В дополнение к достижению ЦРДТ-5 повышение качества услуг в области репродуктивного здоровья и материнства также напрямую способствует достижению ЦРДТ-4, которая предусматривает сокращение на две трети коэффициента смертности детей в возрасте до 5 лет в период 1990–2015 годов.

Повышение качества питания матерей также принесет пользу в плане достижения цели 1 в области развития Декларации тысячелетия, которая предусматривает искоренение крайней нищеты и голода к 2015 году. Недоедание – это процесс, который нередко начинается в утробе матери и

Риск материнской смертности в течение жизни более чем в 300 раз выше для женщины в наименее развитой стране, чем для женщины, живущей в промышленно развитой стране.

© UNICEF/HQ06-2055/Pablo Bartholomew

Надежная система специализированной помощи, квалифицированные медицинские работники и хорошо оборудованные медицинские учреждения являются основой для сокращения случаев смерти матерей и новорожденных в результате осложнений, возникших во время родов. *Медицинские работники выхаживают младенцев в отделении интенсивной терапии для новорожденных, Индия.*

может продолжаться, особенно у девочек и женщин, в течение всего жизненного цикла. Девочка, у которой наблюдается задержка в росте, скорее всего, станет подростком с задержкой в росте, а впоследствии – и женщиной с задержкой в росте. Недостаточное питание представляет угрозу не только для ее собственного здоровья и продуктивности, но также ведет к задержке в росте и пониженному весу, что увеличивает у такой женщины вероятность неблагоприятных беременности и родов. Наряду с этим недоедающие матери также подвергаются гораздо большему риску рождения детей с низкой массой тела, что значительно повышает риск смерти для этого ребенка[5].

Снижение риска материнской смертности и заболеваемости непосредственно ведет к увеличению шансов ребенка на выживание. Исследование показывает, что в развивающихся странах вероятность умереть в течение первых двух лет жизни гораздо выше для младенцев, чьи матери умирают в течение первых шести недель после рождения ребенка, чем для детей, чьи матери выживают. По данным проведенного в Афганистане исследования, 74 процента младенцев, родившихся живыми от матерей, которые умерли от причин, связанных с родами, впоследствии также умерли[6]. Кроме того, возникающие во время родов осложнения повышают риск неонатальной смертности, которая в большинстве развивающихся стран быстро оказывается в центре внимания усилий по обеспечению выживания детей по мере того, как сокращаются общие коэффициенты смертности детей в возрасте до 5 лет.

Тенденции в сфере здоровья матерей и новорожденных

Материнская смертность

Самые последние межучрежденческие оценки ООН свидетельствуют о том, что в 2005 году 536 тыс. женщин умерли от причин, связанных с беременностью и деторождением. Однако эта цифра вряд ли может быть точной, поскольку измерение материнской смертности связано с большими трудностями, да и во многих развивающихся странах не ведется должным образом регистрация необходимых данных. Помимо оценки материнской смертности, важно также определять и регистрировать причины смерти, что также является сложным процессом. Для того чтобы окончательно установить, что смерть наступила вследствие беременности или деторождения, должны быть точно зафиксированы причина смерти, срок беременности и состояние в период беременности, равно как и время смерти, связанной с этой беременностью. Такой уровень детализации данных иногда отсутствует даже в системах статистической отчетности промышленно развитых стран, а его отсутствие во многих развивающихся и особенно в беднейших странах – дело обычное[7].

Последние два десятилетия не прекращаются усилия по совершенствованию сбора данных о материнской смертности, первоначально предпринимавшиеся Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), ЮНИСЕФ и Фондом Организации Объединенных Наций в области народонаселения (ЮНФПА), к которым впоследствии присоединился Всемирный банк. Такое межведомственное сотрудничество позволило объединить ресурсы и проводить обзор методологий в целях получения более точных и детальных глобальных оценок материнской смертности. Данные за 2005 год пока являются наиболее точными, и они были первыми данными, которые использовались для оценки динамики материнской смертности в рамках межведомственного процесса. (*Дополнительную подробную информацию об оценке коэффициентов и уровней материнской смертности см. во вставке на стр.* 7.)

В последние годы научным сообществом были разработаны новые методологии определения состояния здо-

На долю Африки и Азии приходится 95 процентов общемирового количества материнских смертей, при этом особенно высокие уровни материнской смертности регистрируются в странах Африки к югу от Сахары (50 процентов от общемирового количества) и в Южной Азии (35 процентов).

ровья матерей и новорожденных, потребностей в услугах и смертности. Эти усилия продолжаются, способствуя процессу более точного получения оценок и установления причин смертности и заболеваемости. Более точные данные и анализ состояния здоровья и медицинского обслуживания, в свою очередь, помогают совершенствовать стратегии и рамочные документы, программы, политику и партнерства, – включая те из них, что поддерживают стратегию учета гендерного аспекта, – которые направлены на улучшение охраны здоровья матерей и новорожденных.

Один из аспектов в оценке материнской смертности, по-видимому, не вызывает споров: подавляющее большинство случаев материнской смерти – более 99 процентов, согласно межведомственным оценкам ООН 2005 года, – происходят в развивающихся странах. Половина из них (265 тыс.) приходится на страны Африки к югу от Сахары и одна треть (187 тыс.) – на Южную Азию. На эти два региона приходилось 85 процентов связанных с беременностью смертей в мире в 2005 году. На долю одной только Индии приходится 22 процента от общего количества таких смертей в мире.

Имеющиеся оценки тенденций в области материнской смертности свидетельствуют об отсутствии достаточного прогресса в выполнении задачи "А" в рамках ЦРДТ-5, которая предусматривает 75-процентное сокращение за период 1990–2015 годов коэффициента материнской смертности. С учетом того, что общемировой коэффициент материнской смертности составлял 430 случаев смерти на 100 000 живорождений в 1990 году и 400 смертей на 100 000 живорождений в 2005 году, для выполнения указанной задачи потребуется более чем 70-процентное сокращение за период 2005–2015 годов.

Глобальные тенденции могут скрывать огромные различия между регионами, многие из которых добились заметного прогресса в сокращении материнской смертности, заложив тем самым основу для дальнейшего улучшения ситуации путем увеличения доступа к основным услугам в области охраны материнства. В промышленно развитых странах коэффициент материнской смертности за период 1990–2005 годов оставался более или менее на прежнем, низком уровне и составлял 8 случаев смерти на 100 000 живорождений. Обеспечение почти всеобщего доступа к квалифицированной медицинской помощи во время родов и к неотложной акушерской помощи, когда это необходимо, способствовало таким низким уровням материнской смертности; ни в одной промышленно развитой стране, по которой имеются данные, доля родов, принятых квалифицированным медицинским персоналом, не составляет менее 98 процентов, а в большинстве этих стран обеспечен всеобщий охват такими услугами.

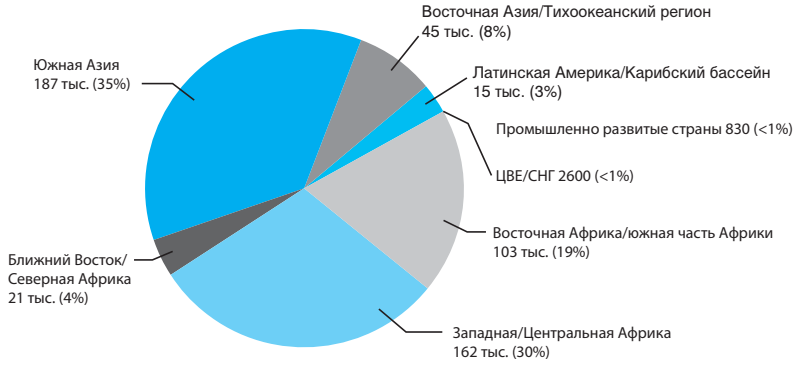
Во всех развивающихся регионах, за исключением стран Африки к югу от Сахары, за период 1990–2005 годов сократилось абсолютное число случаев материнской смерти и коэффициенты материнской смертности. В странах Африки к югу от Сахары за тот же период коэффициенты материнской смертности в значительной степени не изменились. С учетом высоких коэффициентов фертильности в регионе это вылилось в большее число случаев материнской смерти за 15-летний период. Отсутствие прогресса вызывает особую тревогу, так как регион имеет самые высокие коэффициенты и риск материнской смертности в течение жизни и самое большое число случаев материнской смерти. В Западной и Центральной Африке региональный коэффициент материнской смертности колеблется на уровне 1100 случаев смерти на 100 000 живорождений по сравнению со средним показателем 450 случаев смерти на 100 000 живорождений для развивающихся стран и территорий. Этот регион включает страну с самым высоким коэффициентом материнской смертности в мире: Сьерра-Леоне, где на 100 000 живорождений приходится 2100 случаев материнской смерти.

Регион Западной и Центральной Африки также имеет самый высокий сум-

Диаграмма 1.2

Случаи материнской смерти с разбивкой по регионам*

Число случаев материнской смерти, 2005 год



* Итоговые цифры могут не составлять в сумме 100% вследствие их округления.

Источник: Всемирная организация здравоохранения, Детский фонд Организации Объединенных Наций, Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения и Всемирный банк, *Maternal Mortality in 2005: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank,* WHO, Geneva, 2007, p. 35.

Проблемы с измерением материнской смертности

Материнская смертность определяется как смерть женщины в период беременности или в течение 42 дней после окончания беременности, независимо от ее продолжительности и локализации, от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею или ее ведением. Причины смерти можно разделить на непосредственно связанные с акушерскими осложнениями в течение беременности, родов или послеродовой период, и косвенные причины. Существует пять непосредственных акушерских причин: кровотечение (обычно в послеродовой период), сепсис, эклампсия, роды при наличии механического препятствия прохождению плода и осложнения аборта. Косвенные акушерские причины связаны с прежде имевшейся болезнью или болезнью, развившейся в период беременности, вне связи с непосредственной акушерской причиной, но отягощенной физиологическим влиянием беременности. Это могут быть такие заболевания, как ВИЧ/СПИД, малярия, анемия и сердечно-сосудистые заболевания. Смерть нельзя считать неизбежной только потому, что у женщины возникло то или иное осложнение; причиной большинства случаев материнской смерти является ненадлежащее или неправильное лечение либо отсутствие адекватных своевременных мер медицинского вмешательства.

Крайне затруднительно точно определить причины материнской смерти, будь то непосредственно или косвенно связанной с акушерскими причинами, несчастными случаями или случайными событиями. Для того чтобы точно классифицировать смерть как относящуюся к категории материнской смертности, необходима информация о причине смерти, а также о сроке и течении беременности или о времени смерти в связи с беременностью. Такие сведения могут отсутствовать, ошибочно классифицироваться или занижаться даже в промышленно развитых странах, где существуют должным образом функционирующие системы записи актов гражданского состояния, а также в развивающихся странах, которые сталкиваются с высоким уровнем материнской смертности. Это объясняется рядом причин: во-первых, во многих случаях роды проходят на дому, особенно это касается наименее развитых стран и сельских районов, что затрудняет правильное определение причины смерти. Во-вторых, записи систем регистрации актов гражданского состояния могут быть неполными или, даже если они считаются полными, причина смерти может быть определена неправильно. В-третьих, современная медицина способна отсрочить летальный исход, который может иметь место уже позже 42-дневного послеродового периода. По этим причинам в некоторых случаях используются альтернативные определения материнской смертности. В рамках одной концепции во внимание принимается любая причина смерти во время беременности или в послеродовой период. Другая концепция учитывает случаи смерти, непосредственно или косвенно связанные с акушерскими причинами, которые возникают по завершении послеродового периода и в течение года по окончании беременности.

Основным показателем риска смерти является *коэффициент материнской смертности*, который определяется как число случаев материнской смерти за конкретный период на 100 000 живорождений в течение того же периода, обычно за год. Другим ключевым показателем является *риск материнской смертности в течение всей жизни*, который учитывает как вероятность наступления беременности, так и вероятность смерти по причинам, связанным с материнством на протяжении репродуктивного периода жизни женщины. Другими словами, риск материнской смерти связан с двумя основными факторами: риском смертности, связанным с отдельной беременностью или живорождением, и числом беременностей, которые были у женщины за ее репродуктивные годы.

Совместная работа в целях совершенствования оценок материнской смертности

Ряд учреждений сотрудничают в целях получения более точных измерений коэффициентов и уровней материнской смертности в мире и оценки прогресса в выполнении задачи "А" в рамках цели 5 в области развития Декларации тысячелетия, которая предусматривает сокращение коэффициента материнской смертности на три четверти за период 1900-2015 годов. Рабочая группа по вопросам материнской смертности, в которую первоначально входили Всемирная организация здравоохранения, ЮНИСЕФ и Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения, получила сопоставимые на международном уровне глобальные оценки материнской смертности за 1990, 1995 и 2000 годы.

В 2006 году в эту группу вошли Всемирный банк, Отдел Организации Объединенных Наций по народонаселению и несколько внешних технических экспертов, после чего группой был разработан новый набор сопоставимых на глобальном уровне оценок материнской смертности за 2005 год на основе прежней методологии и новых данных. Этот процесс позволил получить оценки для стран, по которым отсутствуют национальные данные, и скорректировать имеющиеся страновые данные с поправкой на занижение сведений и ошибки при их классификации. Из 171 страны, по которым Рабочей группой по изучению материнской смертности был проведен обзор для получения оценок за 2005 год, необходимые национальные данные отсутствовали по 61 стране, на долю которых приходится четверть всех родов в мире. Для получения оценок материнской смертности в этих странах были использованы соответствующие модели.

Для получения оценок за 2005 год были использованы данные из восьми категорий источников: в полной мере функционирующие системы регистрации актов гражданского состояния с надежными данными относительно причин смерти, в полной мере функционирующие системы регистрации актов гражданского состояния с неопределенными данными относительно причин смерти, прямые опросы братьев и сестер, исследования смертности в детородном возрасте, эпидемиологический надзор или выборочная регистрация, перепись населения; специальные исследования или достоверные данные о материнской смертности в стране отсутствуют. Оценки по каждому источнику информации исчислялись с использованием различных формул и с учетом таких факторов, как поправка на известную погрешность и определение реальных предельных значений неточности.

Измерения материнской смертности были подготовлены с учетом границ неопределенности, и это подчеркивает тот факт, что, хотя они считаются лучшими оценками, имеющимися на сегодняшний день, фактический коэффициент материнской смертности может быть выше или ниже среднего показателя. Хотя это относится к любым статистическим данным, высокая степень неточности коэффициентов материнской смертности говорит о том, что все результаты обработки данных должны толковаться с осторожностью.

Несмотря на проблемы со сбором и измерением данных, межведомственные оценки материнской смертности за 2005 год были достаточно точными для анализа тенденций, оценки прогресса относительно базовой даты начала достижения ЦРДТ-5, 1990 года, и до 2005 года. Отсутствие успехов в сокращении материнской смертности, выявленное во многих развивающихся странах, помогает привлечь более пристальное внимание к достижению ЦРДТ-5.

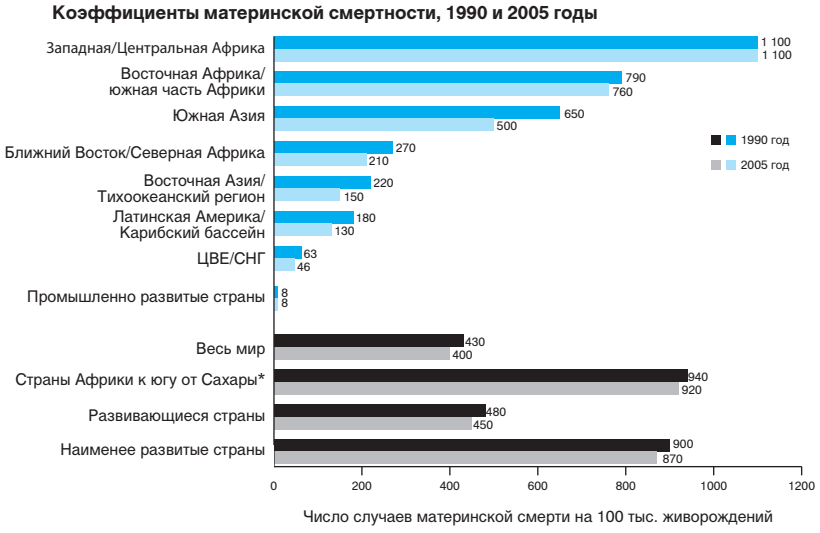
Оценки материнской смертности за 2005 год нельзя назвать точными, в связи с чем должна быть проделана большая работа для усовершенствования процессов сбора и оценки данных. Однако они свидетельствуют о большой решимости международного сообщества постоянно стремиться к достижению большей точности и достоверности. Эти непрерывные усилия станут поддержкой и ориентиром действий по улучшению здоровья матерей и обеспечению того, чтобы интересы женщин принимались во внимание, а их мнения учитывались.

См. "Ссылки", стр. 107

Хотя число случаев смерти детей в возрасте до 5 лет в мире неуклонно снижается – примерно с 13 млн. в 1990 году до 9,2 млн. в 2007 году, – материнская смертность упорно не поддается сокращению, оставаясь на уровне более 500 тыс. случаев смерти.

Диаграмма 1.3

Тенденции, уровни и риск материнской смертности в течение жизни



* Страны Африки к югу от Сахары включают регионы Восточной Африки/южной части Африки и Западной/Центральной Африки.

Источник: Всемирная организация здравоохранения, Детский фонд Организации Объединенных Наций, Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения и Всемирный банк, *Maternal Mortality in 2005: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank,* WHO, Geneva, 2007, p. 35.

марный коэффициент фертильности, который в 2007 году составлял 5,5 ребенка. (Суммарный коэффициент фертильности показывает число детей, которые могли бы родиться у одной женщины, если бы она, дожив до конца своего детородного возраста, рожала детей в соответствии с повозрастным коэффициентом рождаемости в конкретном году, соответствующим определенной возрастной категории.) Высокие коэффициенты фертильности увеличивают риск того, что женщина умрет от причин, связанных с беременностью и родами. Хотя все беременности связаны с риском смерти, этот риск возрастает тем значительнее, чем чаще рожает женщина.

Высокие коэффициенты фертильности в сочетании с низким доступом к основным медицинским услугам и мерам по охране материнского здоровья могут иметь последствия для выживания женщин в течение всей жизни. Риск материнской смерти в течение жизни для женщин в развивающихся странах в целом составляет 1 из 76 по сравнению с вероятностью 1 из 8000 для женщин в промышленно развитых странах. Для сравнения, риск материнской смертности в течение жизни колеблется от 1 из 47 600 для матери в Ирландии до 1 из каждых 7 – в Нигере, стране, где существует самый высокий риск материнской смерти[8].

Неонатальная смертность

Под неонатальной смертностью понимается вероятность смерти новорожденного в период первых полных 28 дней жизни. Последние оценки Всемирной организации здравоохранения, относящиеся к 2004 году, показывают, что в этом году примерно 3,7 млн. детей умерли в течение первых 28 дней жизни. Однако риск смерти в неонатальном периоде колеблется в широких пределах. Наибольший риск существует в первый день после рождения, когда, по оценкам, имеет место 25–45 процентов неонатальных смертей. Примерно три четверти слу-

© UNICEF Mozambique/Emidio Machiana

Широкое распространение обработанных инсектицидами противомоскитных сеток помогает предупредить малярию, а быстрое наращивание масштабов программ профилактики и лечения ВИЧ-инфекции помогает спасению жизней матерей и новорожденных. *Медсестра в центре здоровья помогает ВИЧ-позитивной матери и ее новорожденному сыну, которые находятся под обработанной инсектицидами противомоскитной сеткой, Мозамбик.*

чаев смерти новорожденных, или 2,8 млн. в 2004 году, происходит в течение первой недели – в раннем неонатальном периоде.

Как и случаи материнской смерти, почти все (98 процентов в 2004 году) случаи неонатальной смерти приходятся на страны с низкими и средними доходами. Общее число перинатальных смертей, которые включают мертворождения и случаи ранней неонатальной смерти вследствие того факта, что они связаны с аналогичными акушерскими причинами, составило 5,9 млн. смертей в 2004 году. На долю мертворождений в этом году пришлось около 3 млн. перинатальных смертей[9].

До второй половины 1990-х годов коэффициенты неонатальной смертности исчисляли на основе приблизительных данных за прошлые годы. Однако с появлением большего объема достоверных данных в результате проведения обследований домохозяйств стало очевидно, что прежние оценки значительно занижали распространенность неонатальной смертности. Общемировой коэффициент неонатальной смертности сократился на четверть за период 1980–2000 годов, однако он сокращался гораздо более медленными темпами, чем общий коэффициент смертности детей в возрасте до 5 лет, который снизился на треть. Как следствие, доля неонатальной смертности в общей смертности детей в возрасте до 5 лет в настоящее время гораздо больше, чем в предыдущие годы. В частности, смертность новорожденных в первую неделю жизни выросла с 23 процентов от смертности детей в возрасте до 5 лет в 1980 году до 28 процентов в 2000 году[10].

Отчасти рост доли неонатальной смертности отражает два ключевых фактора: трудности с охватом большого числа младенцев, родившихся дома, эффективными и своевременными мерами вмешательства в неонатальный период и успех, достигнутый многими странами в осуществлении мер по охране здоровья, таких как иммунизация, которые позволили заметно сократить постнеонатальную смертность в развивающихся странах в целом. Из-за этого стали отчасти пренебрегать недорогими простыми мерами по обеспечению выживания младенцев. Таким образом, сокращение неонатальной смертности стало важным компонентом новых концепций и стратегий сокращения детской смертности и достижения цели 4 в области развития Декларации тысячелетия.

Региональная структура распределения неонатальной смертности тесно коррелирует с распределением материнской смертности. Неудивительно, что самые низкие коэффициенты имеют промышленно развитые страны, где неонатальная смертность в 2004 году составляла лишь 3 случая смерти на 1000 живорождений. Самые высокие коэффициенты неонатальной смертности в 2004 году были зарегистрированы в Южной Азии (41 случай смерти на 1000 живорождений) и в Западной и Центральной Африке (44 случая смерти на 1000 живорождений). Из-за большего числа рождений на Южную Азию приходится самое большое число неонатальных смертей среди всех регионов мира[11].

Основные причины материнской и неонатальной смертности и заболеваемости

Материнская смертность

Непосредственные причины

Временны́е рамки и причины смерти матерей и новорожденных хорошо известны. Случаи материнской смерти имеют место главным образом в период с третьего триместра беременно-

По последним межведомственным оценкам, в 2005 году от причин, связанных с беременностью и деторождением, умерло 536 тыс. женщин.

сти по первую неделю после родов (исключая случаи смерти, связанные с осложнениями аборта). Исследования показывают, что риск смерти для матерей особенно высок в течение первых двух дней после родов. Причины большинства случаев материнской смерти связаны с акушерскими осложнениями, включая послеродовое кровотечение, инфекции, эклампсию и затянувшиеся роды или роды при наличии механического препятствия прохождению плода, и с осложнениями аборта. Большинство из этих непосредственных причин материнской смертности легко могут быть предотвращены и устранены при наличии квалифицированного медицинского персонала и доступности основных лекарственных средств, оборудования и специализированных медицинских учреждений[12]. (*Подробнее об осложнениях в связи с родами и неотложной акушерской помощи см. в главе 3.*)

Косвенные причины

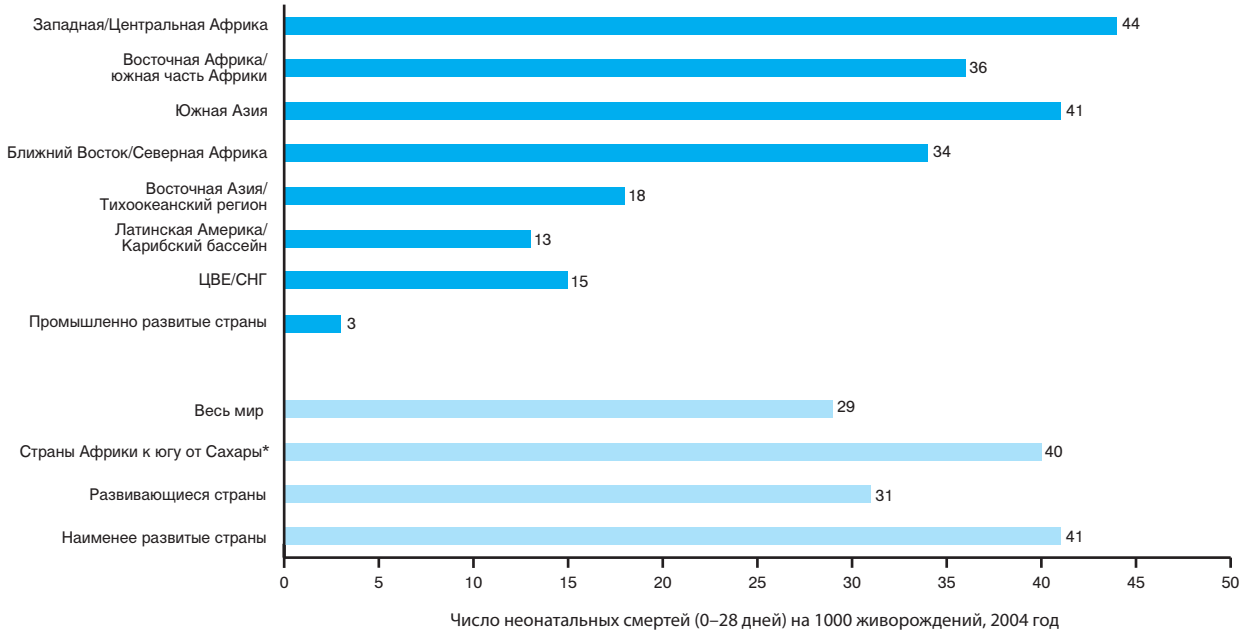
Многие факторы, повышающие риск материнской смерти, не связаны исключительно с беременностью, однако беременность и деторождение могут их усугубить. Установить связь этих причин с беременностью трудно из-за слабого диагностического потенциала систем медицинской информации многих стран. Тем не менее оценка косвенных причин материнской смертности помогает определить наиболее адекватные методы медицинского вмешательства в целях охраны здоровья матери и ребенка. Сотрудничество между программами по борьбе с конкретными заболеваниями, например между программами борьбы с малярией или СПИДом, и инициативами в сфере охраны материнского здоровья нередко может быть наиболее эффективным способом устранения некоторых из этих косвенных причин, в том числе тех из них, которые легко предотвратить или вылечить, например анемию[13].

Материнская анемия выявляется примерно у половины всех беременных женщин. Беременные подросткового возраста более подвержены анемии, чем взрослые женщины, но при этом нередко получают меньше медицинской помощи. Инфекционные заболевания, такие как малярия, которая ежегодно поражает около 50 млн. беременных женщин, живущих в эндемичных по малярии странах, и кишечные паразиты, могут обострить анемию, так же как низкокачественное питание; все это увеличивает вероятность материнской смерти. Тяжелая анемия повышает риск смерти при кровотечении[14].

Анемия хорошо поддается лечению с помощью добавок железа, которые предоставляются в рамках программ охраны материнского здоровья. Одна-

Диаграмма 1.4

Региональные коэффициенты неонатальной смертности



* Страны Африки к югу от Сахары включают регионы Восточной Африки/южной части Африки и Западной/Центральной Африки.

Источник: Всемирная организация здравоохранения, коэффициенты получены на основе данных систем регистрации актов гражданского состояния и обследований домохозяйств.

Создание среды, благоприятной для матерей и новорожденных

Ее Величество королева Иордании Рания аль-Абдалла, высокопоставленный участник движения ЮНИСЕФ в защиту интересов детей*

Красавица императрица Мумтаз Махал умерла в 1631 году при родах, производя на свет своего четырнадцатого ребенка. Безутешный супруг возвел в ее честь мавзолей Тадж-Махал, одно из самых известных сооружений в современном мире.

И хотя купола, своды и устремленные ввысь шпили Тадж-Махала легко узнаваемы, в мире гораздо меньше знают о трагедии, которая послужила причиной для его создания.

Почти 400 лет спустя, после того как при родах ушла из жизни Мумтаз Махал, женщины по-прежнему умирают от причин, связанных с беременностью или деторождением, каждый день, каждую минуту – более 500 тыс. женщин ежегодно и 10 млн. – за одно поколение. Как случилось, что в наш век современных достижений и чудес медицины мы все так же бессильны и не в состоянии защитить женщин, благодаря которым сохраняется род человеческий?

Ответ, конечно, заключается в том, что общественное здравоохранение добилось поразительных успехов, но выгоды от них распределились неравномерно, как между странами, так и между географическими районами и социальными группами внутри них. Хотя связанные с беременностью и деторождением причины осложнений одинаковы повсюду в мире, их последствия значительно различаются по странам и регионам. Сегодня риск смерти в течение жизни от связанных с беременностью причин для молодой женщины в Швеции составляет 1 случай из 17 400, а в Сьерра-Леоне он резко возрастает до 1 случая из 8.

На каждую умершую женщину приходится еще 20, страдающих от тяжелых инфекций или травматических повреждений. По оценкам, ежегодно 75 тыс. женщин становятся жертвами акушерских свищей – заболевания, которое изматывает женщину физически и психологически и может стать причиной социальной изоляции.

Число умерших женщин огромно. Но они не единственные жертвы. По мнению группы экспертов, высказанному во время работы глобальной конференции по проблемам женского здоровья в 2007 году, «в свои лучшие репродуктивные годы женщины являются "производителями" в самых разных ипостасях в интересах своих обществ: они рожают и воспитывают следующее поколение и они же – в качестве работников, руководителей и активистов – являются важной движущей силой прогресса». Поэтому если их жизнь обрывается или они лишаются трудоспособности в результате беременности или деторождения, эта трагедия имеет многоплановый характер: дети лишаются матерей, мужья – жен, а общества – продуктивных членов.

Мы не можем позволить себе продолжать жертвовать таким большим числом людей и таким огромным потенциалом. Мы знаем, что необходимо делать для предупреждения и лечения подавляющего большинства связанных с беременностью проблем и заболеваний – от эклампсии и кровотечения до сепсиса, родов при наличии механического препятствия прохождению плода и анемии. По оценке Всемирного банка, такие основные меры, как дородовое наблюдение, принятие родов квалифицированным медицинским персоналом и доступная неотложная терапия для женщин и новорожденных могут предотвратить три четверти материнских смертей.

Однако расширение медицинских мер вмешательства – это лишь часть стратегии улучшения охраны здоровья матерей и новорожденных. Более важно активизировать и поддерживать процесс расширения прав и возможностей женщин повсюду в мире. Только представьте себе, что в наш информационный век мы до сих пор не имеем точных данных о числе женщин, ежегодно умирающих при родах. Почему ведется лишь частичный подсчет материнских смертей? Одна из возможных причин – слишком много мест, где жизнь женщин ни во что не ставится.

Здоровье матерей и детей будет подвергаться риску до тех пор, пока женщины будут оставаться обездоленными в своих обществах. Но если мы сумеем расширить права и возможности женщин с помощью средств, позволяющих им взять на себя контроль над собственными жизнями, то сможем создать более благоприятную среду как для женщин, так и для детей.

Расширение прав и возможностей начинается с образования – это лучшая из всех возможных инвестиция в развитие: с обеспечения возможности девочкам, равно как и мальчикам, посещать начальную школу до обучения женщин чтению и письму и организации санитарного просвещения. Хотя еще предстоит проделать большой объем работы, многие страны уже начинают добиваться успехов в этом направлении. В Иордании, например, учащиеся медицинского училища при Иорданском университете добровольно работают в государственных школах и информируют девочек о проблемах женского здоровья.

Проведенные исследования подтверждают, что образованные женщины лучше подготовлены к деятельности по получению дохода, необходимого для содержания их семей, более склонны инвестировать в медицинское обслуживание своих детей, в питание и образование, они более склонны участвовать в общественной жизни и пропагандировать процесс модернизации в своем местном сообществе.

Получившие образование матери также с большей вероятностью будут обеспечивать для себя надлежащее медицинское обслуживание. Как отмечается в Докладе о достижении целей в области развития Декларации тысячелетия за 2007 год, "у 84 процентов женщин, которые окончили среднюю школу или получили высшее образование, роды принимает квалифицированный персонал; этот показатель в два раза превышает долю женщин, не получивших формального образования".

Шансы дожить до пятилетнего и более старшего возраста на 50 процентов выше у детей образованных матерей по сравнению с детьми, матери, которых вообще не посещали школу или не окончили ее. Образование, в особенности для девочек, может стать той гранью, которая отделяет надежду от безысходности. Исследование показывает, что молодые люди, имеющие начальное школьное образование, в меньшей степени подвержены риску инфицирования ВИЧ, чем те, кому не удалось окончить начальную школу.

Имеющие образование девочки менее склонны к раннему замужеству и вряд ли забеременеют в юном возрасте, тем самым снижая риск смерти при родах в том возрасте, когда они еще сами являются детьми. Продолжая образование, девочки наращивают свой потенциал в плане приносящей доход деятельности, что дает им возможность вырваться из тисков нищеты, в которых нередко семьи пребывают из поколения в поколение.

Иными словами, изменив жизненные ориентиры девочек, можно изменить будущий курс развития. И если эти девочки, повзрослев, станут женщинами, которые сами смогут решать, когда им становиться матерями, то для них беременность и роды будут приятными событиями, а не страшной неизвестностью.

См. "Ссылки", стр. 107.

**Ее Величество королева Иордании Рания аль-Абдалла – высокопоставленный участник движения ЮНИСЕФ в защиту интересов детей и неутомимый борец, выступающий на международном уровне в защиту детей, за развитие в раннем детском возрасте, гендерное равенство в сфере образования и расширение прав и возможностей женщин.*

ко охват этой мерой и ее эффективность в некоторых развивающихся странах остаются ограниченными, главным образом из-за недостаточного доступа к основным медико-санитарным услугам, а именно к качественному дородовому обслуживанию и поддержке. Обнадеживают признаки того, что на национальном уровне в ряде развивающихся стран начинают активизироваться усилия по борьбе с анемией с помощью обогащения основных продовольственных продуктов, таких как мука[15].

Дефицит йода в организме женщин в период беременности – это фактор, влияющий на бóльшую распространенность мертворождений, выкидышей и пороков развития. Эти риски можно сократить и предупредить путем оптимального обеспечения потребности матерей в йоде до или во время беременности. Повсеместное йодирование соли и в некоторых случаях добавки йода необходимы для обеспечения надлежащего потребления йода в период беременности и в детском возрасте[16].

Малярия – еще одно заболевание, представляющее смертельную опасность для матерей и младенцев. В эндемических по малярии районах это заболевание является причиной приблизительно четверти тяжелых случаев анемии беременных, она увеличивает риск мертворождений и выкидышей, а также ведет к пониженной массе тела при рождении и смерти новорожденных. В связи с этим в целях снижения воздействия малярии на беременных женщин и новорожденных крайне важно заниматься ее профилактикой путем использования обработанных инсектицидами противомоскитных сеток. Кроме того, в странах Африки к югу от Сахары для предотвращения анемии и плацентарной малярии[17] все более широко используется периодическое профилактическое лечение малярии у беременных женщин в течение второго и третьего триместров беременности.

Трудно определить точное количество материнских смертей, связанных с ВИЧ/СПИДом, так как, несмотря на расширение программ предупреждения передачи ВИЧ от матери ребенку, ВИЧ-статус многих беременных женщин до сих пор неизвестен. Существуют несколько видов взаимосвязи между ВИЧ и беременностью. Вирус может повысить риск таких акушерских осложнений, как кровотечение, сепсис и осложнения при проведении кесарева сечения. Беременность, в свою очередь, может увеличить риск связанных с ВИЧ заболеваний, например анемии и туберкулеза, или ускорить прогрессирование ВИЧ. Результаты текущих исследований скорее являются предварительными, чем окончательными, поэтому для уточнения данной причинно-следственной связи необходимы дополнительные исследования в обоих направлениях. Считается, что в странах с высокой распространенностью ВИЧ эпидемия СПИДа, возможно, свела на нет предыдущие успехи в сокращении материнской смертности. Что можно оценить с большей долей определенности, по крайней мере частично, так это установленное в 2006 году число женщин, живущих с ВИЧ, которые родили детей – примерно 1,5 млн. человек в 108 странах с низкими и средними доходами.

Усилия по решению проблем, связанных с эпидемией СПИДа и ее влиянием на здоровье матерей и новорожденных, активизируются по четырем ключевым направлениям: профилактика инфицирования среди подростков и молодых людей; антиретровирусная терапия в отношении ВИЧ-положительных женщин и матерей, которые нуждаются в таком лечении; предупреждение передачи вируса от матери ребенку; педиатрическое лечение ВИЧ. По всем этим четырем направлениям наблюдается определенный прогресс, и, как следствие, появляются обнадеживающие результаты. Например, охват антиретровирусной профилактикой ВИЧ-положительных матерей в целях предупреждения передачи ВИЧ от матери ребенку вырос с 10 процентов ВИЧ-инфицированных беременных женщин в странах с низкими и средними доходами в 2004 году до 33 процентов в 2007 году. Несмотря на заметный прогресс, необходимо гораздо больше сделать для охвата женщин мерами по профилактике ВИЧ, предоставлению помощи и лечению, включая обследования, консультации, качественные услуги по охране сексуального и репродуктивного здоровья в дополнение к соответствующим лекарственным препаратам[18].

Хотя последствия одновременного ВИЧ-инфицирования и заражения малярией еще полностью не изучены, имеющиеся данные говорят о том, что эти вирусы оказывают синергетическое воздействие, что ведет к самым неблагоприятным исходам. Последние данные свидетельствуют о том, что для ВИЧ-позитивных женщин с плацентарной малярией существует большая вероятность родить младенцев с пониженной массой тела. Исследования также показывают, что младенцы с пониженным весом более подвержены ВИЧ-инфицированию в результате передачи вируса от матери ребенку, чем младенцы с нормальной массой тела при рождении. Антиретровирусное лечение ВИЧ-положительных женщин и детей и использование обработанных инсектицидами противомоскитных сеток может еще больше снизить риск малярии[19]. (*Подробнее об одновременном ВИЧ-инфицировании и заражении малярией см. вставку в главе 3, стр. 63.*)

На каждую женщину, которая умирает от связанных с беременностью осложнений, приходится около 20 женщин, которые страдают от связанных с ней травматических повреждений, инфекционных заболеваний и инвалидности – ежегодно их число составляет приблизительно 10 миллионов. Одним из самых мучительных заболеваний является гинекологический свищ, кото-

UNICEF/HQ05-1222/Roger LeMoyne

Исключительно грудное вскармливание в течение первых шести месяцев жизни помогает защитить новорожденных и младенцев от болезней, сокращает риск смертности и способствует здоровому развитию ребенка. *Женщина кормит грудью своего новорожденного ребенка в Uskudar Ana ve Cocuk Sagligi Klinigi,* подведомственной клинике Министерства здравоохранения, Стамбул, Турция.

рый образуется, когда при длительном давлении головки ребенка во время затяжных тяжелых родов происходит повреждение тканей родового канала. В послеродовой период в поврежденных тканях образуются отверстия, через которые во влагалище попадает содержимое мочевого пузыря и/или прямой кишки. Квалифицированные медицинские работники, имеющие соответствующие хирургические навыки, могут легко устранить свищ, однако ежегодно многие из примерно 75 тыс. женщин, страдающих от этого осложнения, так и не получают лечения. Вместо этого они страдают от физического дискомфорта и испытывают постоянный эмоциональный стресс из-за своего состояния; их также могут сторониться мужья и члены семьи.

Еще одним тяжелейшим осложнением является выпадение матки, когда поддерживающие структуру таза мышцы, связки и ткани расслабляются, в результате чего матка выпадает во влагалище. Выпадение матки ведет к трем осложнениям: ограниченная подвижность, хронические боли в спине и недержание мочи, а в тяжелых случаях лишает женщин возможности выполнять домашние и другие повседневные обязанности. Причиной выпадения матки может стать ряд факторов, включая затяжные или трудные роды, частая беременность, неадекватная акушерская помощь и тяжелый физический труд.

Другие формы материнской заболеваемости включают анемию, бесплодие, хронические инфекции, депрессию и недержание, каждая из которых может привести к внутрисемейным проблемам, в том числе к физическому и психологическому насилию, распаду семьи и социальной изоляции[20].

Неонатальная смертность

Примерно 86 процентов случаев неонатальной смертности в мире являются прямым результатом трех основных причин: тяжелых инфекционных заболеваний, включая сепсис/пневмонию, столбняк и диарею, асфиксии и преждевременных родов. На долю тяжелых инфекционных заболеваний, по оценкам, приходится 36 процентов всех смертей новорожденных. Они могут произойти в любой момент в течение первого месяца жизни, но являются основной причиной смерти новорожденного в период после первой недели жизни. Очевидно, что важным фактором предотвращения инфекционного заболевания является обеспечение безопасных с точки зрения инфицирования родов, однако в период беременности также необходимо выявлять имеющиеся у матери инфекции и проводить соответствующее лечение. Инфекционные заболевания у новорожденных должны оперативно выявляться и лечиться как можно быстрее после появления детей на свет.

Асфиксия (нарушение дыхания после рождения) является причиной 23 процентов неонатальных смертей, и в большинстве случаев ее можно предотвратить путем повышения качества медицинской помощи во время родовых схваток и родоразрешения. Профессиональный медицинский работник может купировать это состояние, своевременно обнаружив его признаки, и реанимировать новорожденного. Преждевременные роды (родоразрешение на сроках менее 37 недель доношенной беременности) являются не-

Связанные с беременностью и деторождением осложнения являются важной причиной смертности молодых женщин в возрасте 15–19 лет, на долю которых в мире ежегодно приходится 70 тыс. случаев смерти.

посредственной причиной 27 процентов неонатальных смертей. По сравнению с доношенными детьми преждевременно родившиеся младенцы плохо сосут, у них возникают трудности с поддержанием нормальной температуры тела и сопротивлением инфекции. Профилактика малярии у беременных женщин может оказать положительное влияние на частоту преждевременных родов в эндемических по малярии районах[21].

Согласно самым последним международным оценкам, охватывающим период 2000–2007 годов, 15 процентов всех младенцев появляются на свет с пониженной массой тела при рождении (младенцы, имеющие массу тела при рождении менее 2500 граммов). Пониженная масса тела при рождении вследствие преждевременных родов или задержки внутриутробного развития – это основная причина 60–80 процентов неонатальных смертей. Большинство таких случаев происходят, в частности, в Южной Азии, а также в странах Африки к югу от Сахары – регионах, имеющих самые высокие уровни недоедания среди девочек и женщин. Прослеживается прочная связь между недоеданием среди матерей и высокой распространенностью рождения младенцев с пониженной массой тела[22].

Задержки внутриутробного развития, которые связаны с задержкой развития плода в период беременности, являются основным фактором риска перинатальной смерти. Наряду с пониженной массой тела при рождении этот риск также, помимо прочих факторов, связан с недоеданием матерей и плохим состоянием их здоровья. Правильная диагностика и надлежащее лечение, включая лечение материнских болезней на раннем этапе и обеспечение качественного питания, могут способствовать сокращению числа таких случаев и предупредить появление осложнений, которые будут сказываться в течение всей жизни[23].

Межпоколенческое значение решения проблемы задержки внутриутробного развития подчеркивает тот факт, что улучшение здоровья матерей и новорожденных – это не просто вопрос практического характера, касающийся обеспечения более качественных и широких услуг по охране материнства. Это еще и необходимость в принципе решить проблему игнорирования основных прав женщин во многих обществах.

Важную роль в профилактике преждевременных родов, пониженной массы тела при рождении и неонатальной смертности, помимо обеспечения качественного питания женщин, также играет регулирование деторождения; исследования показывают, что интервалы между рождениями детей продолжительностью менее 24 месяцев значительно повышают эти риски. Также крайне важно обеспечить доступ девочек к надлежащему питанию и медицинскому обслуживанию с рождения и в течение детского и подросткового возраста, в период женской зрелости и в потенциально детородные годы[24].

На каждого новорожденного ребенка, который умирает, приходится еще

Диаграмма 1.5

Непосредственные причины материнских смертей, 1997–2002 годы*

* Данные относятся к последнему году указанного периода. Итоговые цифры могут не составлять в сумме 100% вследствие их округления.

Источник: Khan, Khalid S., et al., 'WHO Analysis of Causes of Maternal Death: A systematic review', *The Lancet*, vol. 367, no. 9516, 1 April 2006, p.1069.

На каждую женщину, которая умирает от связанных с беременностью причин, приходится еще 20 женщин, страдающих от травматических повреждений, инфекций, осложнений, которые лишают их трудоспособности, – это примерно 10 млн. женщин ежегодно.

20 младенцев, страдающих от родовых травм, осложнений, связанных с преждевременными родами или иными неонатальными заболеваниями. Более чем у 1 млн. детей, которые ежегодно остаются в живых после перенесенной при рождении асфиксии, например, наблюдаются ограниченные возможности, поскольку они страдают от церебрального паралича или испытывают трудности в обучении[25].

Обусловливающие факторы и базовые причины материнской и неонатальной смертности и заболеваемости

В дополнение к непосредственным причинам материнской и неонатальной смертности и заболеваемости существует ряд обусловливающих факторов на уровне домохозяйства, местного сообщества и района, которые также отрицательно влияют на здоровье и выживание матерей и новорожденных. К ним относится отсутствие образования и знаний, неадекватные методы охраны здоровья матерей и новорожденных и нежелание обращаться за медицинской помощью, недостаточный доступ к питательным продуктам и основным микроэлементам, отсутствие надлежащих экологических и медицинских учреждений и основных медицинских услуг, а также ограниченный доступ к службам родовспоможения, включая неотложную акушерскую и неонатальную помощь. Существуют также базовые предпосылки, такие как нищета, социальная изоляция и гендерная дискриминация, которые служат сопутствующей средой для непосредственных причин материнской и неонатальной смертности и заболеваемости и основных факторов, пагубно влияющих на данные показатели. (*Подробнее о взаимодействии этих факторов см. на диаграмме 1.7, стр. 17.*)

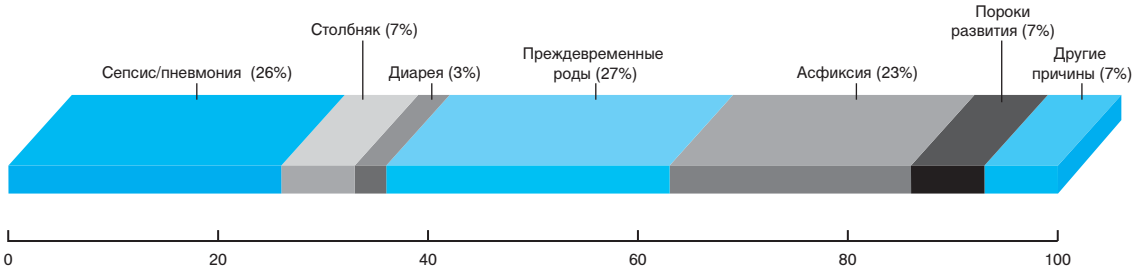
Особую важность имеет ограниченный доступ к качественным медицинским услугам, с чем сталкиваются многие женщины. Охрана материнского здоровья и доступ к качественной контрацепции и услугам в области репродуктивного здоровья спасают жизни женщин и одновременно являются важными факторами, лежащими в основе охраны здоровья и обеспечения выживания новорожденных. Как показывают исследования, состояние здоровья женщин на протяжении жизненного цикла – в детстве, подростковом возрасте и в зрелом возрасте – играет решающую роль в определении результатов мероприятий по охране здоровья матерей и новорожденных. Важными факторами также являются доступ к медицинским учреждениям и участие квалифицированного медицинского персонала в родовспоможении; неудивительно, что страны с самыми высокими коэффициентами неонатальной смертности имеют одну из самых низких долей родов, принятых профессиональным медицинским работником, и родов, принятых в медицинских учреждениях[26].

Пагубное влияние на здоровье матерей и новорожденных проявляется в самых разных формах. Нищета способствует большой распространенности непосредственных причин материнской смертности, таких как инфекционные заболевания и недоедание, препятствует обращению за медицинской помощью, сокращает доступ к медицинскому обслуживанию. Она также может негативно сказываться на качестве предоставляемых услуг, даже когда они доступны. Данные 50 демографических и медико-санитарных обследований за 1995–2002 годы показывают, что внутри регионов коэффициенты неонатальной смертности примерно на 20–50 процентов выше для 20 процентов беднейших домохозяйств, чем в квинтиле самых богатых

Диаграмма 1.6

Непосредственные причины неонатальных смертей, 2000 год*

Низкая масса тела при рождении, связанная с недоеданием среди матерей, является основным причинным фактором 60–80 процентов неонатальных смертей.



* Итоговые цифры могут не составлять в сумме 100 процентов вследствие их округления.

Источник: Lawn, Joy E., Simon Cousens and Jelka Zupan, '4 million neonatal deaths; When? Where? Why?', *The Lancet*, vol. 365, no. 9462, 5 March 2005, p. 895.

домохозяйств. Аналогичное неравенство существует в отношении материнской смертности[27].

Создание благоприятной социальной среды для осуществления прав женщин и девочек также играет важную роль в деле сокращения материнской и неонатальной смертности и заболеваемости. Если социальные условия, в которых живут женщины и девочки, не обеспечивают осуществление их прав, то усилия, направленные на наращивание мер в области здравоохранения в целях устранения непосредственных причин материнских и неонатальных смертей, а также улучшения здоровья и ситуации с недоеданием среди матерей, контроля над инфекционными заболеваниями и совершенствования санитарно-гигиенических сооружений и практики, будут успешными лишь отчасти. Как показано в главе 2, расширения медицинского обслуживания может оказаться недостаточно, если женщины и девочки будут лишены доступа к товарам и услугам первой необходимости из-за культурных, социальных или внутрисемейных барьеров.

© UNICEF/HQ08-0302/Susan Markisz

Повышение качества услуг по охране материнства необходимо для улучшения здоровья и выживания матерей и новорожденных. *Медсестра осматривает шестинедельного младенца в местном центре здоровья, Ямайка.*

Ускорение прогресса в деле охраны здоровья матерей и новорожденных

Многие из причинных факторов, ответственных за материнскую и неонатальную смертность и заболеваемость, общеизвестны и взаимосвязаны, как это проиллюстрировано с помощью концептуальной схемы на диаграмме 1.7. Несмотря на до сих пор существующие многочисленные пробелы в наших знаниях о масштабах и причинах материнской и неонатальной смертности, мы все же обладаем достаточными сведениями для осуществления мер, которые могут спасти миллионы жизней. Основные методы сокращения материнской и неонатальной смертности и заболеваемости давно определены и хорошо изучены. Они включают:

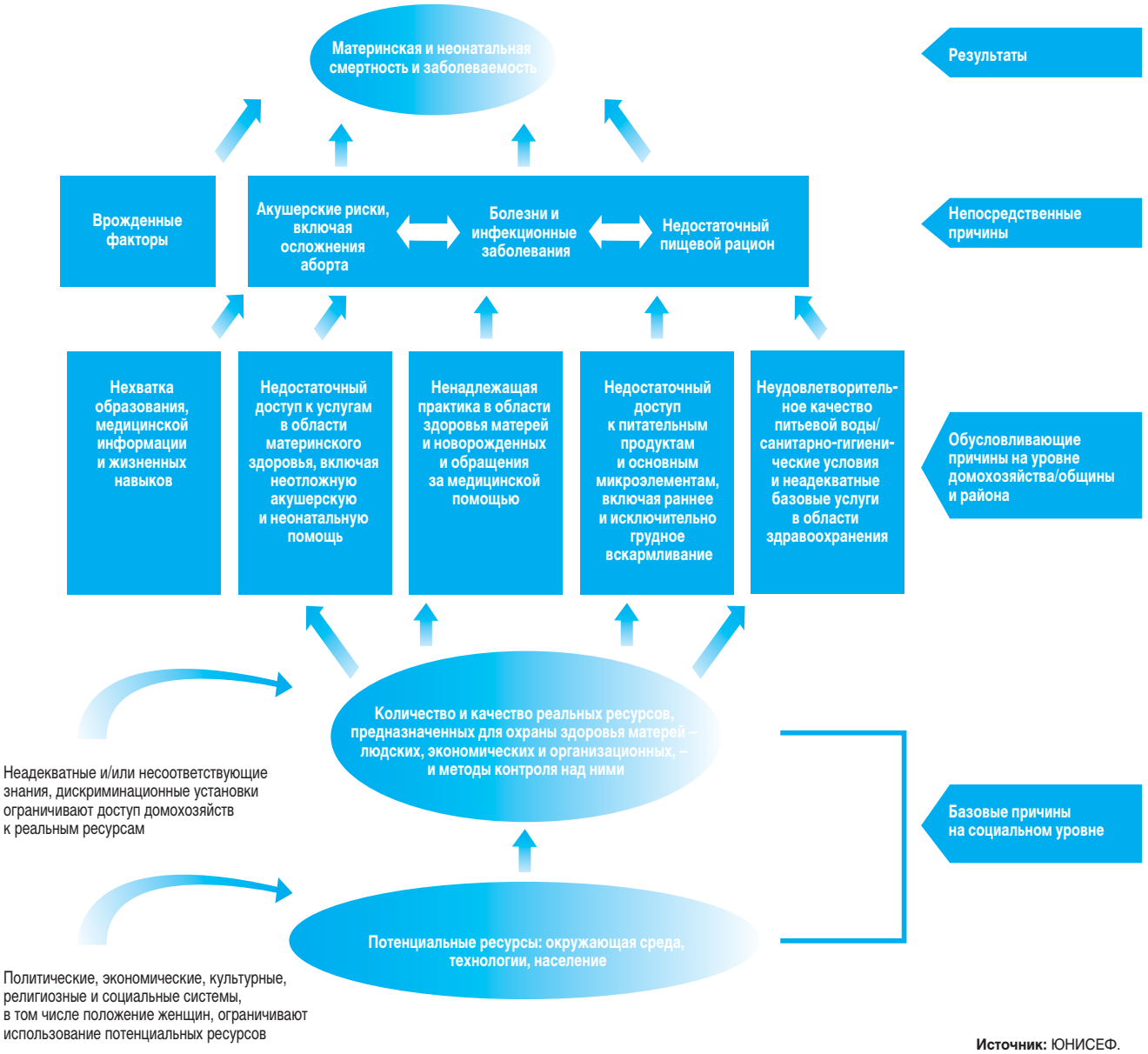
- Содействие доступу к услугам по планированию семьи, основанным на конкретной страновой политике.
- Качественное дородовое обслуживание, обеспечивающее комплексный пакет услуг по охране здоровья и питанию.
- Предупреждение передачи ВИЧ от матери ребенку и предоставление антиретровирусной терапии нуждающимся в ней женщинам.
- Основные профилактические и лечебные услуги, включая, в частности, иммунизацию беременных женщин от столбняка новорожденных, плановую иммунизацию, распространение обработанных инсектицидами противомоскитных сеток и соли для пероральной регидратации.
- Доступ к улучшенным источникам питьевой воды и санитарным сооружениям и внедрение более совершенных мер гигиены, особенно при родах. В целях обеспечения безопасных родов необходима чистая вода для гигиенических целей и питья.
- Доступ к квалифицированному медицинскому персоналу – врачу, медсестре или акушерке – при родах.
- Обеспечение по крайней мере 4 медицинских учреждений, предоставляющих основную неотложную акушерскую помощь, на 500 тыс. населения – с учетом условий конкретной страны – для женщин, у которых есть какие-либо осложнения.
- Предоставление комплексной неотложной акушерской помощи как минимум одним медицинским учреждением в каждом районе или одним учреждением на 500 тыс. населения.
- Обеспечение послеродового осмотра для каждой матери и новорожденного как можно быстрее после родов, в идеале в течение 24 часов, а также дополнительные осмотры в конце первой недели и в течение четвертой – шестой недель после родов.
- Предоставление беременным женщинам и членам семей соответствующих знаний и обучение навыкам для распознавания опасных симптомов ухудшения состояния здоровья матерей и новорожденных и ознакомление с системами специализированной помощи.
- Консультирование по вопросам питания матерей и обогащение рациона с помощью добавок в соответствии с установленной программой антенатальной, постнатальной и неонатальной помощи.
- Обеспечение основного ухода всем новорожденным, включая инициирование грудного вскармливания в течение первого часа

Доля неонатальных смертей также высока, если учесть, что ежегодно почти 4 млн. новорожденных умирают в течение первых 28 дней жизни.

Диаграмма 1.7

Концептуальная схема: причины материнской смертности и заболеваемости матерей и новорожденных

Данная концептуальная схема, касающаяся причин материнской и неонатальной смертности, показывает, что результаты мероприятий в области здравоохранения определяются взаимосвязью факторов, включающих, в частности, питание, доступ к чистой питьевой воде, санитарию и гигиену, медицинское обслуживание и здоровый образ жизни, а также контроль над болезнями. Эти факторы определяются как непосредственные (индивидуальные), обусловливающие (домохозяйство, община и район) и базовые (общественные). Факторы, действующие на одном уровне, оказывают влияние на другие уровни. Концепция схемы предусматривает ее использование при оценке и анализе причин материнской и неонатальной смертности и заболеваемости, а также при планировании эффективных мер по улучшению здоровья матерей и новорожденных.



Источник: ЮНИСЕФ.

Для ребенка, родившегося в наименее развитой стране, вероятность умереть в течение первых 28 дней жизни почти в 14 раз выше, чем для ребенка, родившегося в промышленно развитой стране.

после рождения, последующее исключительно грудное вскармливание, инфекционный контроль, обеспечение тепла и недопущение купания в течение первых 24 часов.

- Предоставление дополнительного ухода маловесным и недоношенным младенцам, близнецам и детям с серьезными пороками развития.
- Осуществление Комплексной программы лечения неонатальных и детских болезней или равноценной программы в медицинских учреждениях, которые предоставляют медицинскую помощь женщинам и детям[28].

Все большее признание получает тот факт, что эти меры начнут работать только в том случае, если основные услуги будут предоставляться в ключевые моменты жизненного цикла с помощью динамичных систем здравоохранения, обеспечивающих интегрированное медицинское обслуживание на дому, в местном сообществе, в рамках социальных программ и в медицинских учреждениях, образуя тем самым континуум услуг. Данная концепция континуума услуг по охране здоровья матерей, новорожденных и детей возникла в последние годы в связи с признанием того факта, что интегрированные подходы дают больше преимуществ, чем многочисленные разрозненные инициативы. Однако этот континуум должен существовать в благоприятной среде, которая способствует осуществлению прав женщин и уделению первостепенного внимания здоровью матерей и новорожденных. В главе 2 рассматриваются элементы, необходимые для создания и поддержания такой среды.

Одним из важнейших элементов в континууме услуг является помощь со стороны квалифицированных медицинских работников на всех этапах беременности, во время родов, в послеродовой период и во время ухода за новорожденными при поддержке специализированных медицинских учреждений, укомплектованных квалифицированным персоналом и имеющих надлежащее оборудование в целях предоставления неотложной помощи. Наряду с этим в работе по расширению доступа к неотложной акушерской помощи все большее значение приобретает средний медицинский персонал, например медсестры и акушерки; именно с ними связаны большие надежды в развивающихся странах.

В частности, с учетом того что наибольший риск материнской и неонатальной смертности существует в течение первых 24–48 часов после родов, необходимо в срочном порядке расширить предоставление постнатальной помощи именно в этот период, а также уделять большее внимание последующим осмотрам младенцев и матерей. Осмотры вскоре после родов жизненно важны для молодых матерей, которые могут подвергаться высокому риску смертности и заболеваемости в течение года после родов. Обычно это не представляется возможным в беднейших странах и местных сообществах, на которые приходится наибольшая доля смертей и где абсолютно отсутствуют услуги по охране здоровья матерей и новорожденных. Действие таких факторов, как расстояния, миграция населения, урбанизация, вооруженные конфликты, болезни и отсутствие инвестиций в общественное здравоохранение привело к острой нехватке квалифицированных медицинских работников, в особенности в странах Африки к югу от Сахары.

Особое внимание необходимо уделять женщинам и новорожденным в нестабильных государствах – странах со слабой институциональной политикой, неудовлетворительным управлением, политической нестабильностью и неэффективной правоохранительной системой. Нередко в этих государствах отсутствует институциональный потенциал и достаточные ресурсы для предоставления основных социальных услуг, обслуживания в рамках соответствующей инфраструктуры и обеспечения безопасности граждан. В нестабильных государствах проживает около 8 процентов населения мира, при этом на их долю приходится 35 процентов случаев материнской смерти в мире и в их число входит 8 из 10 стран, имеющих самые высокие коэффициенты материнской смертности. На долю этих стран также приходится 21 процент случаев неонатальной смерти в мире, и они включают 9 из 10 стран с самыми высокими коэффициентами неонатальной смертности[29].

Для ускорения прогресса в деле улучшения здоровья матерей и новорожденных необходимо укрепление управления и верховенства закона, а также восстановление мира и безопасности. Перед донорами и международными агентствами также стоит задача перехода от осуществления краткосрочных мер реагирования гуманитарного характера к предоставлению долговременной помощи на цели развития и обеспечения того, чтобы проблемы здоровья матерей, новорожденных и детей, а также права женщин стали одними из ключевых вопросов в рамках переговоров и программ, направленных на повышение эффективности управления, разрешение конфликтов и укрепление институтов[30].

В наименее развитых странах на охрану здоровья матерей и новорожденных выделяются недостаточные ресурсы, в результате малоимущие, особенно в сельских районах, были фактически лишены доступа к медицинским центрам и больницам. Это может объясняться отсутствием соответствующего медицинского учреждения, неудовлетворительным качеством и состоянием центров здоровья и больниц, отсутствием квалифицированного медицинского персонала или низкой квалификацией персонала либо необходимостью платить за пользование услугами и нести другие расходы,

В фокусе

Здоровье матерей и новорожденных в Нигерии: разработка стратегий ускорения прогресса

Нигерия – самая густонаселенная страна Африки, численность населения которой в 2007 году составляла 148 млн. человек, из которых 25 млн. – дети в возрасте до 5 лет. Темпы роста населения Нигерии остаются быстрыми в абсолютном выражении, о чем свидетельствуют почти 6 млн. рождений в 2007 году – третий из самых высоких показателей в мире после Индии и Китая – и суммарный коэффициент фертильности на уровне 5,4.

Помимо значительной численности населения Нигерия также известна своими огромными нефтяными богатствами. Несмотря на это, в стране широко распространена нищета; согласно данным последнего доклада "Показатели мирового развития, 2007 год", опубликованного Всемирным банком, более 70 процентов нигерийцев живут на доходы менее 1 долл. США в день, что лишает их возможности пользоваться медицинским обслуживанием.

Нищета, демографическая нагрузка и недостаточные инвестиции в общественное здравоохранение – вот лишь три фактора, ведущие к росту уровней и коэффициентов материнской и неонатальной смертности. Согласно последним межведомственным оценкам Организации Объединенных Наций, средний национальный коэффициент материнской смертности за 2005 год составляет 1100 смертей на 100 000 живорождений, а риск материнской смертности в течение жизни – 1 из 18. Если сравнивать эти цифры с общемировыми показателями, то отчетливо видно число материнских смертей: приблизительно 1 из каждых 9 случаев смерти матерей происходит в одной только Нигерии.

У женщин, выживших после беременности и родов, могут быть проблемы со здоровьем; исследования показывают, что от 100 тыс. до 1 млн. женщин в Нигерии могут страдать от гинекологического свища. По последним данным Всемирной организации здравоохранения, в 2004 году имело место 249 тыс. случаев неонатальной смерти, 76 процентов которых произошли в ранний неонатальный период (в течение первой недели жизни). Ключевыми факторами, обусловливающими высокие коэффициенты материнской, неонатальной и детской смертности и заболеваемости в стране, являются недостаточные и не отвечающие требованиям медицинские учреждения, отсутствие возможностей для транспортировки пациентов в специализированные медицинские учреждения, неспособность населения платить за услуги и неприятие некоторыми группами населения современного здравоохранения.

Между многочисленными этнолингвистическими группами населения и штатами Нигерии существуют заметные различия в уровне бедности и здоровья. По оценкам, в 2004 году доля бедных от общего населения в сельских районах достигала 64 процентов, что примерно в 1,5 раза больше доли бедных в городских районах, составлявшей 43 процента. Кроме того, уровень бедности – 67 процентов – в северо-восточном регионе почти в два раза превышает уровень в 34 процента, зарегистрированный на более процветающем юго-востоке.

Снижению высоких коэффициентов материнской смертности препятствуют низкий уровень образования, особенно среди женщин, и дискриминационные культурные традиции. Данные исследования, проведенного в базовой больнице университета в городе Джос в северной части центрального региона страны, свидетельствуют о том, что в 2005 году почти три четверти материнских смертей пришлись на неграмотных женщин. Коэффициент смертности среди женщин, не охваченных дородовым обслуживанием, был примерно в 20 раз выше, чем среди женщин, которые пользовались соответствующими услугами. Из нескольких этнических групп, представленных среди пациентов, на женщин народности хауса-фулани приходилось 22 процента всех родов и 44 процента всех случаев материнской смерти. Народность хауса-фулани представляет самую большую этническую группу на севере Нигерии, в связи с чем для нее характерен наиболее высокий коэффициент бедности в этом регионе страны.

Культурные традиции и практика, дискриминационные в отношении женщин и девочек, способствуют материнской смертности и заболеваемости. Повсюду в Нигерии распространены браки несовершеннолетних и высок процент родов у матерей подросткового возраста, что подвергает здоровье девочек и женщин репродуктивного возраста многочисленным рискам.

С учетом этой сложной действительности разработка стратегий ускорения прогресса в деле охраны здоровья матерей и новорожденных остается большой проблемой. Однако правительство Нигерии пытается решить ее вместе с международными партнерами. В 2007 году оно приступило к реализации национальной комплексной стратегии охраны здоровья матерей, новорожденных и детей (КСОЗМНД) в целях активизации осуществления высокоэффективных пакетов мер, которые включают внедрение пищевых добавок, иммунизацию, предоставление обработанных инсектицидами противомоскитных сеток и предупреждение передачи ВИЧ от матери ребенку.

Данную стратегию предполагается вводить в действие в три этапа, каждый продолжительностью три года; ее разработка шла одновременно с созданием модели континуума услуг, что позволит укрепить децентрализованную систему здравоохранения Нигерии, функционирующую на федеральном, местном уровнях и на уровне штата. На первоначальном этапе, охватывающем 2007–2009 годы, основное внимание будет уделяться выявлению и устранению недостатков и предоставлению базового пакета услуг с использованием стратегий на уровне местного сообщества и семьи. Значительная доля расходов пойдет на борьбу с малярией с помощью комбинированной терапии на основе артемизинина среди женщин, детей и вновь принятых на работу и квалифицированных медицинских работников, особенно в сельских районах. Предполагается, что по мере повышения качества базовых мер по охране здоровья вырастет спрос на клиническую помощь.

На втором и третьем этапах осуществления стратегии КСОЗМНД больше внимания будет уделяться созданию инфраструктуры здравоохранения. За девять лет с помощью этой стратегии планируется реконструировать существующие медицинские учреждения, построить новые медицинские центры и больницы и создать стимулы, например ввести гарантированную заработную плату, социальные пособия и премии по результатам труда, которые помогут удержать квалифицированных медицинских работников в рамках системы здравоохранения Нигерии.

Стратегия КСОЗМНД, при условии ее реализации в полном объеме и в установленные сроки, может заметно улучшить здоровье матерей и новорожденных. Наряду с этим пакетом мер Нигерия недавно приняла Национальную программу медицинского страхования, которая объединяет усилия секторов государственного и частного здравоохранения, с тем чтобы способствовать большей доступности медицинского обслуживания для нигерийцев. Если правительство примет Национальный законопроект о здравоохранении, который в настоящее время находится на рассмотрении законодательного органа, то будет обеспечено прямое финансирование первичной медико-санитарной помощи по отдельной статье расходов. Такое усовершенствование системы здравоохранения в потенциале может определить новый курс для достижения целей 4 и 5 в области развития Декларации тысячелетия в самой большой по численности населения стране Африки.

См. "Ссылки", стр. 107

На каждого новорожденного, который умирает, приходится 20 младенцев, страдающих от последствий родовой травмы, осложнений, связанных с преждевременными родами или другими неонатальными заболеваниями.

которые малоимущим не по карману. Концепция континуума услуг учитывает не только потребности матерей и детей в динамике по времени, но также необходимость расширения доступа к услугам в области здравоохранения путем установления связи между домохозяйствами и местными сообществами, медицинскими центрами и больницами. В главе 3 содержится углубленный анализ того, как следует интегрировать и укреплять услуги, предоставляемые матерям и новорожденным, и делать это в наиболее важные периоды их жизненного цикла и в ключевых населенных пунктах.

Для создания и расширения охвата континуумом услуг матерей, новорожденных и детей требуются интеграция и наращивание ряда мер. В главе 4 анализируются ключевые концепции, политические меры и программы, которые обеспечивают развитие этого процесса.

В заключительной главе доклада "Положение детей в мире, 2009 год" обосновывается необходимость согласованных действий и сильных сплоченных партнерств для повышения выживаемости и улучшения здоровья матерей и новорожденных. Цели уже ясны, также очевидно, что мир в целом далек от достижения цели 4 в области развития Декларации тысячелетия, предусматривающей сокращение детской смертности (ЦРДТ-4), и еще более далек от достижения цели по улучшению охраны материнства (ЦРДТ-5). Ясно, что необходимо значительное ускорение. Опыт нескольких развивающихся стран, всесторонне проанализированный в последующих главах, показал, что быстрый прогресс возможен при наличии разумных стратегий, политической ответственности, достаточных ресурсов и совместных усилий, используемых для поддержки здоровья матерей и новорожденных.

Расширение цели 5 в области развития Декларации тысячелетия: к 2015 году обеспечить всеобщий доступ к услугам в сфере охраны репродуктивного здоровья

В 2005 году на встрече глав государств в Организации Объединенных Наций, посвященной обзору хода выполнения обязательств, изложенных в Декларации тысячелетия – итоговом документе Саммита тысячелетия 2000 года, – были не только вновь подтверждены цели в области развития, сформулированные в 2000 году и с тех пор известные как цели в области развития Декларации тысячелетия (ЦРДТ), но также были добавлены четыре новые задачи, обеспечивающие их достижение.

Одно из важнейших изменений структуры ЦРДТ касается включения специальной задачи по охране репродуктивного здоровья: задача "B" в рамках цели 5 в области развития Декларации тысячелетия предусматривает "обеспечить к 2015 году всеобщий доступ к услугам в сфере охраны репродуктивного здоровья". Эта новая задача не выходит за рамки общей цели по улучшению охраны материнства, а дополняет первоначальную задачу и соответствующие показатели. Ниже приведены отдельные показатели для мониторинга прогресса в достижении ЦРДТ-5, задачи "B":

Коэффициент распространенности контрацептивов: процентная доля женщин в возрасте 15–49 лет, состоящих в браке или в иной форме сожительства, которые в настоящее время пользуются контрацептивами.

Коэффициент рождаемости у матерей подросткового возраста: число родов у женщин в возрасте 15–19 лет на 1000 женщин в данной возрастной группе в год. В других случаях он называется повозрастным коэффициентом фертильности женщин в возрасте 15–19 лет.

Охват дородовым медицинским обслуживанием: процентная доля женщин в возрасте 15–49 лет, которые во время беременности не менее одного раза получили помощь квалифицированного медицинского персонала (врачей, медсестер или акушерок), и процентная доля женщин, которые не менее четырех раз получили помощь любого медицинского работника.

Неудовлетворенная потребность в услугах в области планирования семьи: относится к сексуально активным женщинам детородного возраста, которые не применяют никакого метода контрацепции, но сообщают о том, что они больше не хотят иметь детей или желают отложить рождение следующего ребенка.

Включение в ЦРДТ дополнительной задачи по охране репродуктивного здоровья отражает длительный процесс по увязыванию проблем охраны репродуктивного здоровья с вопросами развития, прав человека и гендерного равенства; знаковым событием в этом отношении стала Международная конференция по народонаселению и развитию (МКНР), состоявшаяся в Каире в 1994 году. С тех пор другие важные мероприятия, особенно четвертая Всемирная конференция по положению женщин (Пекин, 1995 год) и МКНР+5 – специальная сессия Генеральной Ассамблеи ООН 1999 года, посвященная всеобъемлющему обзору и оценке осуществления Программы действий Международной конференции по народонаселению и развитию, – подтвердили и расширили рекомендации, сформулированные на первой Международной конференции по народонаселению и развитию, включая цель по обеспечению к 2015 году всеобщего доступа к услугам в сфере охраны репродуктивного здоровья.

См. "Ссылки", стр. 107

В фокусе

Придание первоочередного значения материнскому здоровью в Шри-Ланке

Шри-Ланка – это история успеха, достигнутого вопреки. Страна с доходами ниже среднего уровня – в 2006 году валовой национальный доход Шри-Ланки на душу населения составлял менее 1500 долл. США на человека в год, – она также пережила затяжную гражданскую войну и разрушительное цунами, которое в 2004 году обрушилось на побережье Индийского океана. Тем не менее прогресс, достигнутый Шри-Ланкой в сфере развития человеческого потенциала, особенно в области материнского и детского здоровья, а также образования, может стать одной из важнейших историй успеха последних десятилетий среди развивающихся стран. Коэффициент материнской смертности в Шри-Ланке сократился с 340 смертей на 100 000 живорождений в 1960 году до 43 смертей на 100 000 живорождений в 2005 году; в настоящее время 98 процентов родов принимают в больницах. Коэффициент охвата дородовым наблюдением (по крайней мере один осмотр) и доля родов, принятых профессиональным медицинским работником, составляют 99 процентов. В 2007 году суммарный коэффициент фертильности в стране составил 1,9 по сравнению с 3,0 в регионе Южной Азии. Эти результаты также положительно сказались на выживании детей: коэффициент смертности детей в возрасте до 5 лет снизился с 32 смертей на 1000 живорождений в 1990 году до 21 смерти на 1000 живорождений в 2007 году. Самые последние имеющиеся данные свидетельствуют о том, что коэффициент неонатальной смертности также сократился – примерно до 8 смертей на 100 000 живорождений в 2004 году.

Шри-Ланка добилась выдающихся результатов и в области базового образования. Согласно последним международным оценкам, чистый коэффициент охвата начальным школьным образованием составляет более 97 процентов как для девочек, так и для мальчиков, тогда как коэффициенты грамотности среди молодых людей в возрасте 15–24 лет составляют 97 процентов для мужчин и 98 процентов для женщин. Административные данные свидетельствуют о том, что коэффициент охвата законченным начальным образованием составляет 100 процентов. Принимая во внимание положительную корреляцию между образованием и уровнем выживания матерей и детей, можно сказать, что это результат устойчивых инвестиций во все три области.

Ключевым фактором, способствовавшим заметному улучшению ситуации в области материнского здоровья в Шри-Ланке, стало расширение охвата комплексным пакетом медицинских и социальных услуг для малоимущих. Система здравоохранения страны, которая сформировалась в конце XIX века, была первоначально ориентирована на всеобщее обеспечение более качественной медицинской помощью и санитарией, а также на лечение болезней. В дальнейшем были введены дополнительные специальные меры, направленные на улучшение здоровья женщин и детей. На протяжении ряда лет сменявшие друг друга правительства придерживались разумного подхода, уделяя первостепенное внимание медицинскому обслуживанию матерей и малоимущих, одновременно рачительно используя экономические и людские ресурсы. Достигнутые в результате этого успехи в сфере женского здравоохранения подкрепляются и усиливаются мерами по расширению прав и возможностей женщин в обществе и в политической области посредством образования, занятости и общественной деятельности.

Древние памятники письменности Шри-Ланки и ее колониальное прошлое дают уникальную картину эволюции системы охраны материнства в стране, начало которой было заложено в написанных в IX и X веках медицинских трактатах. Официальная система подготовки акушерок была создана при британском колониальном правлении в 1879 году, а учет материнской смертности ведется начальником службы регистрации актов гражданского состояния с 1902 года. Такой массив информации и знаний позволяет на протяжении длительного времени в динамике оценивать результаты использования различных подходов к охране материнского здоровья. Четкие требования, предъявлявшиеся к компетенции акушерок, помогли превратить этот род занятий в профессию, а политика воздержания от немедленных обвинений позволила сделать расследования причин материнских смертей повседневной практикой.

Результаты были поразительными: материнская смертность за период 1947–1950 годов сократилась вдвое. Тринадцать лет спустя коэффициенты материнской смертности вновь снизились наполовину. После создания инфраструктуры здравоохранения и сети медицинских учреждений стало возможным постоянно улучшать организацию и предоставление медицинской помощи, что позволило Шри-Ланке сокращать коэффициент материнской смертности на 50 процентов каждые 6–11 лет. Кроме того, уровень грамотности женщин за период 1946–1971 годов вырос с 44 до 71 процента. Наряду с этим также выросла доля родов, принятых квалифицированным медицинским работником, и доля родов, принятых в медицинских учреждениях. В связи с тем, что доля родов, принимаемых акушерками на дому, сократилась с 9 процентов в 1970 году до 2 процентов в 1995 году, акушерки в системе общественного здравоохранения все чаще стали выполнять функции ассистентов при принятии родов в медицинских учреждениях. С 1965 года акушерки также участвуют в расширении предоставления государственных услуг по планированию семьи.

Модель развития системы здравоохранения в Шри-Ланке давно стала образцом для подражания для других развивающихся стран, поскольку она демонстрирует ту степень успеха, которой можно достичь в охране здоровья матери и ребенка при рациональном осуществлении разумной стратегии, направлении в эту область достаточных ресурсов и наличии политической ответственности. Несмотря на заметные успехи в сфере охраны материнского и детского здоровья, проблемы все еще остаются. В последние годы страна столкнулась с дефицитом медицинских работников; по данным доклада "Всемирная статистика здравоохранения, 2008 год", в период 2000–2006 годов в стране имелось всего 6 врачей и 17 медсестер и акушерок на 10 тыс. населения. Кроме того, из-за нехватки финансовых средств, вследствие чего расходы на здравоохранение в 2005 году составили около 4 процентов ВВП, снизилось качество предоставляемых услуг. Частные расходы на здравоохранение, главным образом наличными деньгами, составляют более половины общих расходов на здравоохранение.

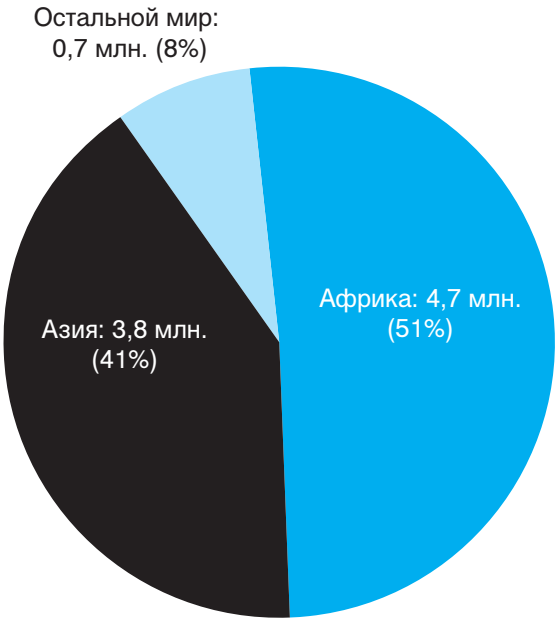
Еще одна проблема для Шри-Ланки связана с обеспечением продовольственной безопасности, особенно если сохранятся высокие мировые цены на продовольствие. В стране все еще отмечаются значительные уровни недоедания среди новорожденных и детей в возрасте до 5 лет. Согласно последним международным оценкам, более одного из каждых пяти младенцев рождаются с низкой массой тела и 23 процента детей до 5 лет имеют умеренно или сильно пониженный вес. Для сохранения успехов Шри-Ланки в сокращении неонатальной и детской смертности крайне важно увеличить относительно текущего уровня в 53 процента долю детей младше шести месяцев, находящихся исключительно на грудном вскармливании.

См. "Ссылки", стр. 107

Африка и Азия – в центре глобальных вызовов для детей и женщин

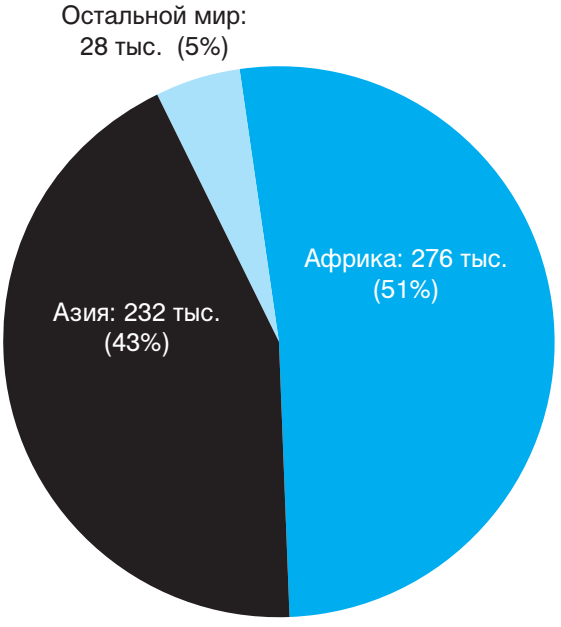
С Африканским и Азиатским* континентами связаны самые большие проблемы в области обеспечения выживания детей и женщин. От достигнутых на этих континентах успехов в таких важных областях, как, в частности, охрана материнского и детского здоровья, питание и образование, в основном зависит достижение целей в области развития Декларации тысячелетия.

Число случаев смерти среди детей до 5 лет, 2007 год



Источник: глобальные базы данных ЮНИСЕФ.

Число материнских смертей, 2005 год



Источник: глобальные базы данных ЮНИСЕФ.

Смертность детей в возрасте до 5 лет

- В 2007 году 9,2 млн. детей умерли в возрасте до 5 лет. На долю Африки и Азии приходится 92 процента этих смертей.
- Половина общемирового числа смертей среди детей в возрасте до 5 лет приходится на Африку, которая остается тем местом в мире, где ребенку труднее всего дожить до возраста 5 лет.
- Несмотря на то что в Азии с 1970 года произошло заметное сокращение ежегодного числа детских смертей, в 2007 году на ее долю все еще приходился 41 процент смертей детей в возрасте до 5 лет в мире.

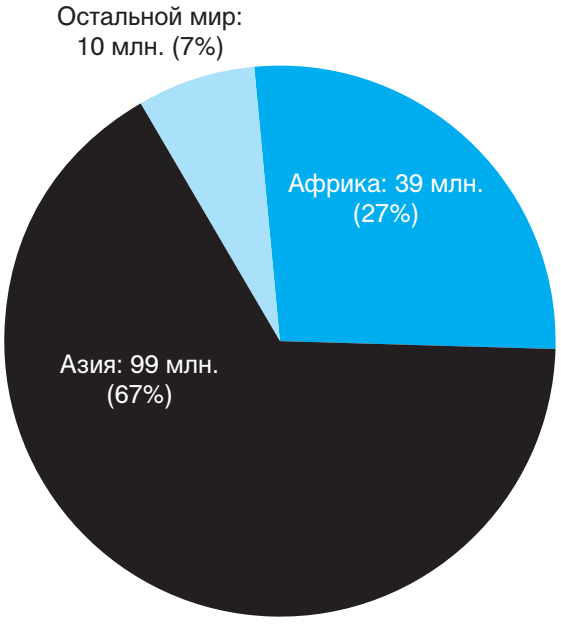
Материнская смертность

- В 2005 году, последнем году, по которому имеются достоверные оценки, приблизительно 536 тыс. женщин умерли от причин, связанных с беременностью и деторождением. Почти все эти материнские смерти – 95 процентов – произошли в Африке и Азии.
- Африка – это континент, имеющий самый высокий коэффициент материнской смертности, который, по оценкам, в 2005 году составлял 820 материнских смертей на 100 000 живорождений. Коэффициент материнской смертности в Азии составляет 350 на 100 000 живорождений.
- В Африке риск материнской смерти в течение жизни составляет 1 из 26, что в четыре раза больше, чем в Азии и более чем в 300 раз больше, чем в промышленно развитых странах.

Число материнских и детских смертей в Африке и Азии – по каждому континенту в отдельности и по обоим континентам, вместе взятым, – нередко занижается из-за отсутствия охватывающих весь континент оценок по ключевым показателям достижения целей в области развития Декларации тысячелетия. Во вставке, ниже, представлено резюме ключевых показателей детской и материнской смертности для Африки и Азии, которые в совокупности дают дополнительное представление о разбивке данных по регионам, представленной в "Статистических таблицах", стр. 113–157 настоящего доклада.

Агрегирование данных по детям этих двух огромных континентов является для нас суровым напоминанием о необходимости ускорить прогресс повсюду в Африке и Азии, с тем чтобы обеспечить достижение глобальных целей в области развития. В стремлении ускорить прогресс на уровне континента мы, однако, не должны забывать о нередко просто поразительных различиях внутри стран и континентов в том, что касается положения женщин и детей и темпов прогресса. Проблема различий и неравенства, затрагивающая детей, будет подробнее рассмотрена в последующих изданиях доклада "Положение детей в мире".

Число детей в возрасте до 5 лет с пониженной массой тела, 2007 год

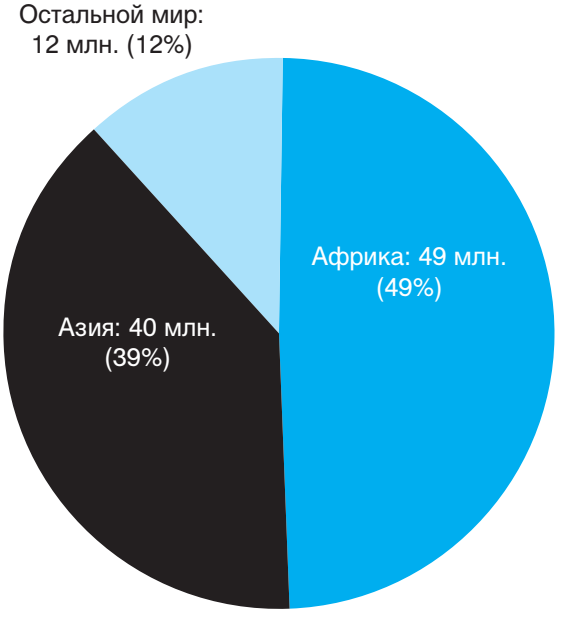


Источник: глобальные базы данных ЮНИСЕФ.

Качество питания детей младшего возраста

- В 2007 году 148 млн. детей в возрасте до 5 лет в развивающихся странах имели недостаточный для своего возраста вес.
- Две трети этих детей живут в Азии и чуть более четверти – в Африке.
- На долю Африки и Азии, вместе взятых, приходится 93 процента всех детей в возрасте до 5 лет с недостаточным для их возраста весом, живущих в развивающихся странах.

Число детей младшего школьного возраста, не посещающих школу, 2007 год



Источник: глобальные базы данных ЮНИСЕФ.

Начальное образование

- В 2007 году 101 млн. детей младшего школьного возраста не посещали школу.
- Почти половина этих детей живут в Африке и 39 процентов – в Азии.
- В этих двух регионах насчитывается приблизительно 20 процентов девочек и 16 процентов мальчиков младшего школьного возраста, которые не охвачены начальным образованием или не посещают начальную школу.

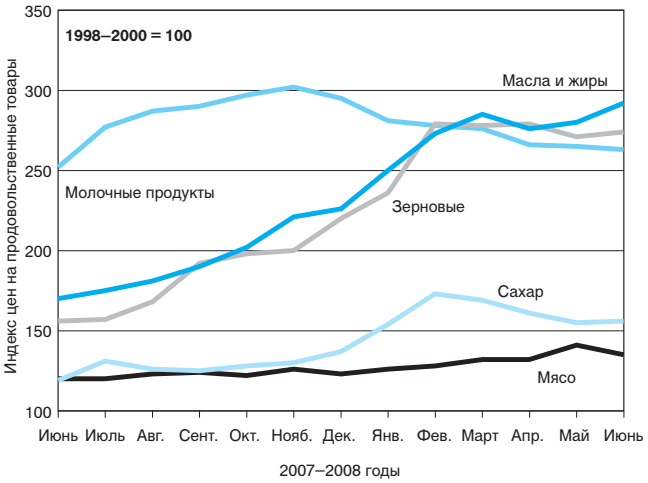
* Африка включает все государства – члены Африканского союза. Азия включает страны Восточной Азии, Тихоокеанского региона и Южной Азии в соответствии с классификацией ЮНИСЕФ. Итоговые цифры могут не составлять в сумме 100% вследствие их округления.

Глобальный продовольственный кризис и его потенциальное влияние на здоровье матерей и новорожденных

Недавний резкий рост общемировых цен, который начался в 2006 году и продолжился в 2007–2008 годах, показал уязвимость миллионов людей перед угрозой голода и недоедания, особенно в странах, где вопрос обеспечения продовольственной безопасности по-прежнему вызывает серьезную обеспокоенность. Резкий рост цен коснулся таких главных пищевых продуктов, как растительное масло, зерновые, молочные продукты и рис. Хотя колебание цен на продукты дело обычное, ситуация 2008 года отличается тем, что резкое повышение мировых цен произошло не просто на несколько отдельных продуктов питания, а почти на все основные продовольственные и кормовые товары.

Диаграмма 1.8

Цены на продовольствие резко выросли повсеместно*



* Приведенные выше ценовые индексы на продовольственные товары представляют собой средневзвешенные индексы цен, рассчитанные по корзине основных товаров для каждой товарной группы. Эти веса показывают средние доли экспортной торговли за 1998–2000 годы. Например, индекс цен на масла и жиры состоит из ценовых индексов 11 различных масел (включая животный и рыбий жир), рассчитанных с учетом средних долей экспортной торговли для каждого жирового продукта за 1998-2000 годы. Для получения более полного разъяснения того, как составляется индекс для каждой группы продовольственных товаров, см. Источник.

Источник: Продовольственная и сельскохозяйственная организация Объединенных Наций, Индексы цен на продовольствие (Food and Agriculture Organization of the United Nations, Food Price Indices), <http://www.fao.org/worldfoodsituation/FoodPricesIndex/en>, доступ к сайту открыт с 1 августа 2008 года.

К июню 2008 года Продовольственная и сельскохозяйственная организация Объединенных Наций (ФАО) определила 22 развивающиеся страны, которые особенно уязвимы в отношении продовольственного кризиса. Ее оценка основывалась на взаимодействии трех факторов риска:

- Доля населения, имеющего пониженный вес, составляет 30 или более процентов.
- Высокая зависимость от импорта основных продовольственных продуктов, таких как рис, пшеница и маис.
- Высокая зависимость от импорта нефтепродуктов.

Гаити, Коморские Острова, Либерия, Нигер и Эритрея входят в число стран, в которых степень влияния всех трех выявленных факторов риска вызывает беспокойство. Неудивительно, что большинство этих стран относятся к числу наименее развитых и стран с самыми низкими доходами. Но даже внутри этих стран продовольственный кризис сильнее всего бьет по беднейшим слоям общества, которые большую часть своего наличного дохода тратят на продовольствие.

Удовлетворение особых пищевых потребностей матерей и новорожденных

Во время чрезвычайной ситуации, такой как продовольственный кризис, беременные женщины, кормящие матери и их грудные дети подвергаются наибольшему риску недоедания из-за их более высокой потребности в питании и питательных веществах. Например, беременной женщине требуется дополнительно 285 калорий в день, а кормящим грудью матерям – 500 калорий в день. Возрастают также их потребности в питательных микроэлементах, в связи чем они должны потреблять в достаточных количествах железо, фолаты, витамин А и йод для поддержания здоровья – своего собственного и ребенка.

В связи с проблемой продовольственного кризиса ФАО способствовала принятию оперативных мер реагирования по наращиванию поставок продовольствия в целях восстановления равновесия между предложением и спросом, особенно в странах, в наибольшей степени пострадавших от кризиса. Кроме того, в тот момент, когда продовольственная помощь поступает в эти страны, необходимо применять стратегии для уменьшения воздействия существующих моделей распределения продовольствия между членами семей, с тем чтобы потребление продуктов питания беременными женщинами и кормящими матерями было не меньше минимально установленных требований. В тех случаях, когда продовольственная помощь предназначена для лиц, подвергающихся наибольшему риску дефицита продовольствия и недоедания, беременные женщины должны получать дополнительные продукты питания, как правило с доставкой на дом, либо посредством общего распределения продуктов или по линии программ дополнительного питания. В интересах беременных женщин и кормящих матерей может потребоваться осуществление дополнительных мер, связанных с питанием, включая обогащение пищевых продуктов, добавки микроэлементов, дополнительные источники чистой питьевой воды, лечение малярии в период беременности, профилактику в рамках лечения эндопаразитарных заболеваний и консультации по вопросам рационального питания.

При проведении информационно-пропагандистских кампаний в связи с продовольственной помощью основное внимание должно уделяться особым пищевым потребностям беременных женщин и кормящих матерей и разъяснению членам семей и местным сообществам, почему эти женщины получают дополнительные продукты. При этом необходимо подчеркивать важность исключительно грудного вскармливания в течение первых шести месяцев жизни ребенка, а дети старше этого возраста должны дополнительно получать прикорм. В связи с тем, что ВИЧ может быть передан ребенку с материнским молоком, ВИЧ-положительные матери могут использовать другие методы кормления, в зависимости от доступности и безопасности замещающего питания.

Предоставление информации и раннее предупреждение продолжают играть важную роль в обеспечении того, чтобы в целях предотвращения страданий были приняты своевременные и надлежащие меры. Глобальная система информации и раннего предупреждения в области продовольственной безопасности ФАО доказывает свою способность оперативно информировать мир о возникающей нехватке продовольствия. Однако требуются дополнительные усилия для создания надежных механизмов реагирования на продовольственные кризисы и разработки национальных и международных политических мер, направленных в первую очередь на обеспечение продовольственной безопасности и безопасности продуктов питания с учетом особых пищевых потребностей женщин и маленьких детей.

См. "Ссылки", стр. 107.

2 Создание среды, благоприятной для здоровья матерей и новорожденных

© UNICEF HQ05-2165/Giacomo Pirozzi

Для улучшения здоровья матерей и новорожденных необходимо обеспечить предоставление основных услуг в важнейшие периоды их жизни и в ключевых населенных пунктах, где можно легко обеспечить к ним доступ женщин и детей. Для создания и укрепления такого континуума услуг требуется нечто большее, чем просто улучшение предоставления первичной медико-санитарной помощи; для этого также необходима благоприятная среда, призванная защищать и содействовать осуществлению прав матерей и детей. Во второй главе доклада "Положение детей в мире, 2009 год" рассматриваются основы такой благоприятной среды и то, как она способствует укреплению усилий, направленных на улучшение первичной медико-санитарной помощи.

В октябре 2008 года более 500 руководителей учреждений здравоохранения из 65 стран встретились в Алма-Ате, Казахстан, на международной юбилейной конференции, посвященной 30-летию Алматинской декларации по первичной медико-санитарной помощи. Ее участники обменялись опытом, накопленным за последние три десятилетия, и вновь подтвердили свою приверженность принципам обеспечения первичной медико-санитарной помощи как пути укрепления систем здравоохранения. Накануне проведения этой конференции Всемирная организация здравоохранения выпустила "Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008 год", в котором также рассматривается тема первичной медико-санитарной помощи.

Алматинская декларация, которая появилась в результате проведения аналогичного совещания, созванного ЮНИСЕФ и ВОЗ в 1978 году в том же самом городе, фактически наметила новый курс развития общественного здравоохранения. В ней содержался призыв к странам расширить круг обязанностей системы здравоохранения, которая помимо осуществления медицинских мероприятий должна решать социальные, культурные и инфраструктурные проблемы, препятствующие предоставлению качественного медицинского обслуживания всем гражданам. Тема настоящего доклада отражает приоритеты в рамках подхода на основе первичной медико-санитарной помощи, который родился в Алма-Ате: забота о матерях и детях. Другие основные приоритетные задачи включали борьбу с заболеваниями, доступ к услугам по планированию семьи, обеспечение источников чистой питьевой воды и санитарно-технических средств. Кроме того, в Декларации говорилось о необходимости побуждать население к участию в охране собственного здоровья, особенно в том, что касается профилактической медицинской помощи и изменения моделей поведения и практики[1], так чтобы это способствовало здоровому образу жизни. (*См. вставку на стр. 29*)

За 30 лет после принятия Декларации в развивающихся странах был достигнут значительный прогресс в области борьбы с некоторыми основными заболеваниями, включая полиомиелит и корь, и в области сокращения детской смертности, в частности в постнеонатальном периоде (в возрасте от 29 дней до пяти лет). Однако если принять во внимание растущее неравенство в уровне медицинского обслуживания как внутри развивающихся стран, так и между ними, то Алматинская повестка дня по обеспечению всеобъемлющей первичной медико-санитарной помощи, в которой подчеркивается важность благоприятной среды и профилактических и лечебных услуг для результативности мероприятий в области здравоохранения, сегодня, возможно, так же актуальна, как и в 1978 году.

Среди разработчиков политики в области здравоохранения и практикующих медицинских работников растет признание того, что для удовлетворения взаимосвязанных потребностей женщин, новорожденных и детей в услугах в области здравоохранения необходим тот тип интегрированных подходов, который отстаивается в Алматинской декларации. Результатом такого признания стали возрождение интереса к предоставлению медико-санитарных услуг на комплексной основе и поддержка в связи с этим. Регулярное совершенствование таких рамочных программ, как представленная ЮНИСЕФ и Всемирной организацией здравоохранения в 1992 году Комплексная программа лечения детских болезней, и сотрудничество между национальными и международными партнерами в течение двух последних десятилетий недавно привели к созданию всеобъемлющей системы, охватывающей прежде разрозненные программы охраны здоровья матери и ребенка – *континуумы услуг для матерей, новорожденных и детей.*

Континуум услуг

Цель концепции континуума услуг – интеграция услуг по охране здоровья матерей, новорожденных и детей. Главную идею этой концепции можно

Для удовлетворения взаимосвязанных потребностей женщин и новорожденных требуются комплексные решения в области первичной медико-санитарной помощи.

резюмировать следующим образом: основные услуги, предназначенные для матерей, новорожденных и детей наиболее эффективны, если они предоставляются в виде комплексных пакетов в важнейшие периоды жизненного цикла матерей и детей в рамках динамично функционирующих систем здравоохранения, которые охватывают ключевые населенные пункты, в условиях среды, благоприятной для осуществления прав женщин и детей.

Наиболее важными моментами для предоставления услуг являются подростковый возраст, период, предшествующий беременности, беременность, роды, послеродовой период, неонатальный период, младенчество и детство.

Основные услуги для матерей, новорожденных и детей включают первичное медико-санитарное обслуживание, качественные услуги по охране здоровья матерей, новорожденных и детей, адекватное питание, улучшенные источники питьевой воды и санитарные сооружения и гигиенические навыки.

Основные способы предоставления услуг – на уровне домохозяйства и местного сообщества, информационно-разъяснительная работа с населением, амбулаторная помощь и оказание помощи в медицинских учреждениях[2].

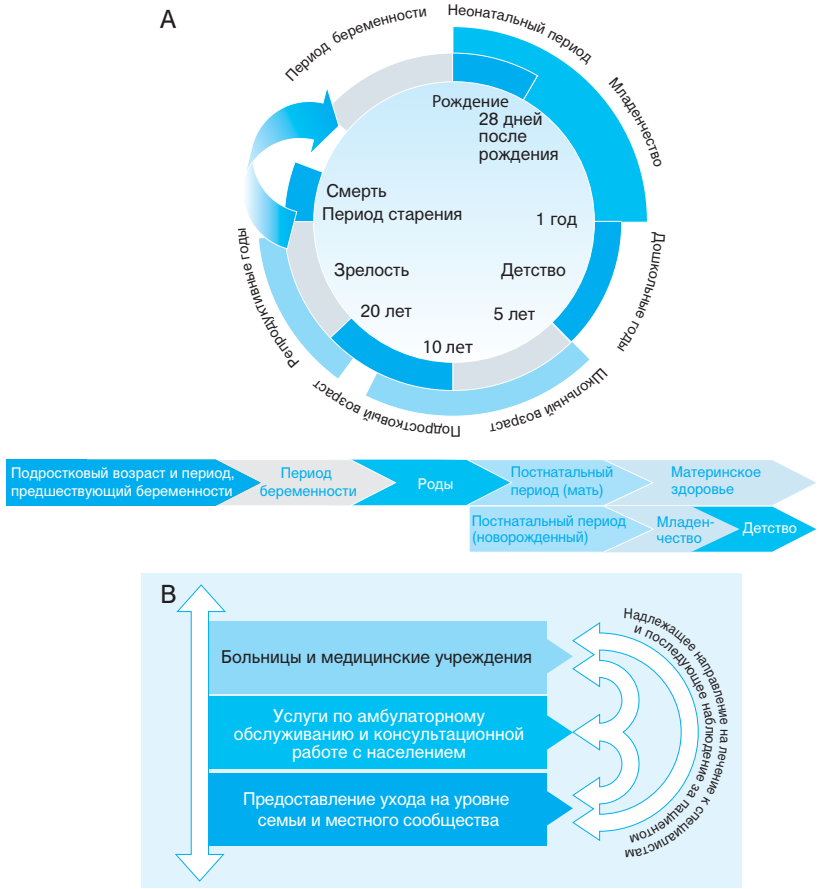
Для создания *благоприятной среды* необходимо обеспечить осуществление прав женщин и детей; качественное образование; достойный уровень жизни; защиту от жестокого обращения, эксплуатации, дискриминации и насилия; равноправное участие в жизни семьи и местного сообщества, в социальной и политической жизни; расширение прав и возможностей женщин; а также более активное вовлечение мужчин в деятельность по охране материнства и детства.

В широком понимании континуум услуг отражает ряд стратегических принципов, сформулированных на основе уроков, извлеченных из столетнего опыта развития систем здравоохранения и практики оказания медицинской помощи. Эти принципы были тщательно рассмотрены в докладе "Положение детей в мире, 2008 год", и вот их резюме.

Диаграмма 2.1

Континуум услуг

Непрерывное предоставление помощи в течение жизненного цикла (A) в местах, где осуществляется уход (B). Воспроизводится с разрешения "Partnership for Maternal, Newborn and Child Health".



Источник: Kevbes, Kate J., et. al., 'Continuum of Care for Maternal, Newborn and Child Health: From slogan to service delivery', *The Lancet,* vol. 370, no. 9595, 13 October 2007, p. 1360.

- Меры по улучшению здоровья женщин, новорожденных и детей наиболее эффективны и устойчивы, если они предоставляются в виде удобных недорогих пакетов местным сообществам и семьям.
- Системы здравоохранения наиболее эффективны, если в них объединены и динамично используются различные способы предоставления помощи – на базе медицинских учреждений, с помощью консультационного и амбулаторного обслуживания и осуществления ухода на уровне местного сообщества и семьи.
- Для укрепления систем здравоохранения в целях улучшения результа-

© UNICEF/HQ06-0954/Shehzad Noorani

В значительном числе случаев дородовое наблюдение позволяет предупредить, выявить и вылечить заболевания у женщин в период беременности. *Медицинский работник готовится измерить давление у беременной женщины в медицинском пункте, Бангладеш.*

тов мероприятий по охране здоровья матерей и детей необходимо объединить и увязать между собой преимущества вертикального и горизонтального подходов к медико-санитарному обслуживанию, вместо того чтобы по отдельности использовать тот или иной подход.

- При определении повестки дня и стратегий, а также при проведении мониторинга и оценки прогресса полезно использовать ориентированный на конкретный результат подход к развитию систем здравоохранения, в центре которого эффективные и научно-обоснованные меры.
- Взаимосвязь программ, стратегий и партнерств, которые направлены на улучшение охраны здоровья матерей, новорожденных и детей, обеспечивает достижение наилучших результатов[3].

Эти принципы составляют основу программ, стратегий и партнерств, цель которых – обеспечить континуум качественных услуг по охране здоровья матерей, новорожденных и детей и расширить охват такими услугами. Однако чтобы предоставляемые матерям и детям жизненно важные услуги были действительно эффективными и чтобы приблизиться к выполнению поставленной в Алматинской декларации задачи по обеспечению первичной медико-санитарной помощи для всех, необходимо создание благоприятной среды, способной гарантировать и содействовать осуществлению прав матерей и детей. Если не будут приняты меры по борьбе с гендерной дискриминацией, неравенством и злоупотреблениями, в частности в отношении женщин и девочек, то меры, осуществляемые в поддержку качественной и широкомасштабной первичной медико-санитарной помощи, рискуют оказаться гораздо менее эффективными и устойчивыми или даже вообще едва ли осуществимыми.

Рассмотрим, например, проблему пониженной массы тела при рождении, которая является исходным фактором в 70 процентах случаев неонатальной смерти. Большинство младенцев с пониженной массой тела при рождении имели задержку внутриутробного развития, как правило, в результате плохого питания и состояния здоровья матери до и в период беременности. Большинство таких случаев имеют место в Южной Азии – регионе, имеющем самые высокие уровни недоедания среди девочек и женщин, и единственном регионе, по которому имеются убедительные доказательства гендерной дискриминации в сфере питания в отношении детей в возрасте до 5 лет и подростков[4].

Для сокращения неонатальной смертности необходимо не только дородовое наблюдение и присутствие квалифицированного медицинского персонала при родах; необходимо также, чтобы девочки и женщины получали адекватное питание и медицинское обслуживание с момента рождения, в детском и подростковом возрасте, в период зрелости и в течение их потенциального детородного возраста.

Это лишь один из примеров того, что выживание и здоровье новорожденных и детей самым решительным образом зависят от осуществления прав женщин (дополнительные примеры приведены в остальной части настоящей главы). По этой причине анализ концепции континуума услуг для матерей и новорожденных следует начать с рассмотрения различных составляющих среды, благоприятной для осуществления прав женщин и девочек.

Создание среды, благоприятной для женщин и детей

Вопрос улучшения охраны здоровья матерей и новорожденных не может быть решен только в практической плоскости путем обеспечения широкого спектра качественных услуг по охране материнства и расширения их охвата. Для этого также необходимо решить проблемы, касающиеся осуществления прав женщин, структурной дискриминации и плохого обращения, которому нередко подвергаются девочки и женщины, и переломить ситуацию в этой области.

Гендерная дискриминация, которая часто переходит из поколения в поколение в соответствии с культурными традициями и экономическими, социальными и политическими нормами, имеет множество опасных последствий. Она может проявляться в том, что девочки и женщины лишаются доступа к образованию, которое, как показывают исследования, может способствовать их большей защищенности от рисков материнской и младенческой смертности[5]. Она может помешать им получить адекватную медицинскую помощь или обратиться за таковой, а также овладеть важными жизненно необходимыми навыками, чтобы надлежащим образом регулировать деторождение, а также защитить себя от заболеваний, передающихся половым путем, включая ВИЧ; от насилия, жестокого обращения и эксплуатации. Гендерная дискриминация может ограничить возможности женщин в плане получения дохода, а также заставить их, выйдя замуж, будучи нередко еще детьми в возрасте до 18 лет, жить в полной зависимости и подчинении.

Кроме того, из-за большой загруженности женщин, которые по времени обычно работают гораздо больше, чем

Пропаганда здорового образа жизни для матерей, новорожденных и детей: руководство "Факты для жизни"

Для создания среды, благоприятной для здоровья матерей и новорожденных, необходимо изменить модели поведения, которые являются дискриминационными в отношении женщин и девочек, и внедрять практику здорового образа жизни, способную защитить их от болезней и травм. Полезные для здоровья практики, например исключительно грудное вскармливание младенца в течение первых шести месяцев жизни или мытье рук с мылом, должны научно обосновываться и устанавливаться специалистами в области медицины.

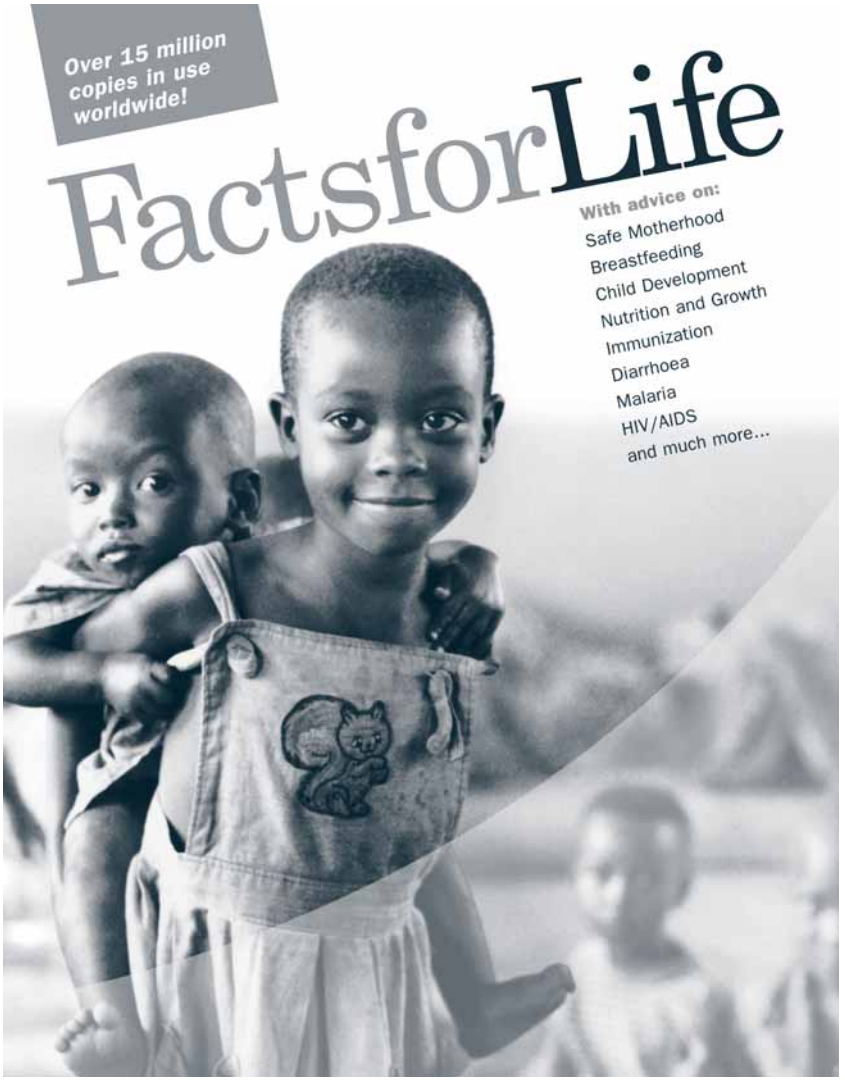
Информирование родителей и лиц, осуществляющих уход за детьми, о такой практике на понятном для них языке без использования специальной терминологии крайне важно для расширения прав и возможностей женщин и девочек и содействия охране здоровья матерей и новорожденных. Двадцать лет назад восемь учреждений системы ООН – ЮНИСЕФ, ВОЗ, ЮНФПА, Организация Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры, Программа развития Организации Объединенных Наций, Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу, Всемирная продовольственная программа и Всемирный банк – совместно выпустили соответствующее руководство, чтобы подобные необходимые для жизни знания стали общедоступными. Это руководство под названием "Факты для жизни" было адресовано распространителям информации – медицинским работникам, средствам массовой информации, государственным служащим, неправительственным организациям, учителям, религиозным лидерам, работодателям, профсоюзам, женским группам, местным общественным организациям и т. д. В выпущенном в 2002 году третьем издании руководства затрагивается широкий круг тем:

- Регулирование деторождения
- Безопасное материнство
- Развитие ребенка и обучение в раннем возрасте
- Грудное вскармливание
- Питание и рост
- Иммунизация
- Диарея
- Кашель, простуда и более серьезные заболевания
- Гигиена
- Малярия
- ВИЧ/СПИД
- Профилактика травматизма
- Стихийные бедствия и чрезвычайные ситуации

При помощи четко сформулированных, кратких и дельных ключевых фраз разъясняются рекомендуемые меры, а также сообщается дополнительная информация.

Один из основных принципов руководства состоит в том, что коммуникация предполагает нечто большее, чем просто предоставление информации. Она требует, чтобы эта информация представлялась в интересной и доступной форме и помогала людям понимать ее актуальность и важность. В руководстве также рассматриваются пути принятия мер и преодоления недостатков и барьеров.

К 2002 году руководство "Факты для жизни" вышло на 215 языках тиражом 15 млн. экземпляров, благодаря чему оно получило широкое распространение. В настоящее время готовится новое издание руководства.



Обеспечение гендерного равенства выгодно вдвойне: улучшается жизнь как женщин, так и детей.

мужчины, они могут оказаться лишены досуга и отдыха.

Для создания среды, благоприятной для здоровья матерей и новорожденных, необходимо устранить социальные, экономические и культурные барьеры, которые укореняют гендерное неравенство и дискриминацию. Это требует принятия ряда ключевых мер: обеспечения образования девочек и женщин и сокращения масштабов бедности, в которой они живут; защиты девочек и женщин от жестокого обращения, эксплуатации, дискриминации и насилия; содействия их участию и вовлечению в процесс принятия решений в домохозяйстве, а также в экономической и политической жизни; расширения их возможностей для отстаивания собственных прав, в том числе права на предоставление основных услуг им самим и их детям. Для создания такой благоприятной среды также крайне важно обеспечить бóльшую вовлеченность мужчин в деятельность по охране здоровья матерей и новорожденных и по решению проблем гендерной дискриминации и неравенства. Каждая из этих задач будет поочередно кратко рассмотрена в остальной части данной главы.

Качественное образование и достойный уровень жизни

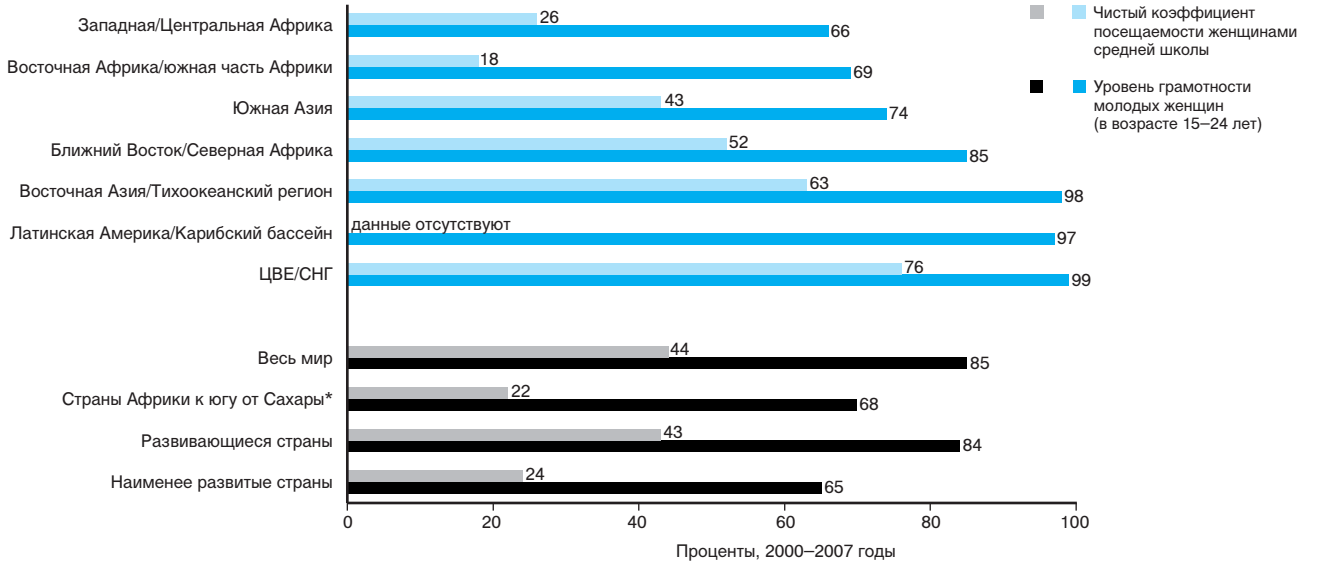
Обеспечение качественного образования

В соответствии с Всеобщей декларацией прав человека 1948 года, Конвенцией о правах ребенка 1989 года и другими документами по правам человека[6] дети и подростки имеют право на образование. Образование также имеет большое значение для улучшения здоровья матерей и новорожденных; снижения распространенности браков среди несовершеннолетних с их в значительной степени неизбежными последствиями в виде преждевременной беременности и материнства; сокращения масштабов крайней нищеты и голода; а также повышения осведомленности о рисках для здоровья и жизненно необходимых навыках. В связи с тем что дискриминация в отношении девочек и женщин, как известно, начинается уже на раннем этапе их жизни, поощрение гендерного равенства и соблюдения прав женщин, а также побуждение отцов к тому, чтобы они играли активную роль в уходе за детьми, должно начинаться с реализации программ обучения в раннем детском возрасте.

Обеспечение качественного образования для девочек и молодых женщин – это ключевая задача в рамках целей в области развития Декларации тысячелетия, которая направлена на дости-

Диаграмма 2.2

Несмотря на некоторые улучшения, уровень образования молодых женщин в ряде развивающихся регионов все еще остается низким



* Страны Африки к югу от Сахары включают регионы Восточной Африки/южной части Африки и Западной/Центральной Африки.

Источники: *Female youth literacy rate* – UNESCO Institute of Statistics. *Female net secondary school attendance* – демографические и медико-санитарные обследования и кластерные обследования по методу совокупных показателей.

Первичная медико-санитарная помощь: 30 лет после Алматинской конференции

Новаторский характер Алматинской декларации 1978 года определяется тем, что она увязала правозащитный подход к здравоохранению с эффективной стратегией его реализации. В итоговом документе Международной конференции по первичной медико-санитарной помощи – Декларации – первичная медико-санитарная помощь определяется как ключевой фактор сокращения неравенства в области здравоохранения между странами и внутри них и, вследствие этого, достижения к 2000 году амбициозной, но нереализованной цели "Здоровье для всех". В этом документе первичная медико-санитарная помощь определяется как важная часть медико-санитарного обеспечения, которая базируется на научно обоснованных методах. Эти услуги должны быть повсеместно доступны как отдельным лицам, так и семьям, по ценам, которые местные сообщества и страна в целом могут себе позволить. Первичная медико-санитарная помощь включает как минимум восемь компонентов: санитарное просвещение, надлежащее питание, охрану здоровья матери и ребенка, обеспечение чистой питьевой водой и базовую санитарию; борьбу с основными инфекционными заболеваниями путем иммунизации; профилактику эндемических в данном районе болезней и борьбу с ними; соответствующее лечение распространенных заболеваний и травм; и обеспечение основными лекарственными средствами.

В Декларации содержится настоятельный призыв ко всем правительствам разработать национальные стратегии по включению первичной медико-санитарной помощи в национальные системы здравоохранения. В ней говорится о необходимости обратить внимание на важность предоставления помощи на базе местного сообщества, которая отражает реальные экономические и политические условия в стране. Эта модель могла бы "максимально приблизить медицинскую помощь к месту жительства и работы людей", давая им возможность в соответствующих случаях обращаться по поводу лечения к профессионально подготовленным местным медицинским работникам, медсестрам и врачам. Это также будет содействовать укреплению уверенности в своих силах среди членов местного сообщества и способствовать их участию в планировании и выполнении программ медико-санитарного обеспечения. Системы консультативной помощи стали бы завершающим элементом всего спектра оказываемой помощи, обеспечивая предоставление всеобъемлющих медицинских услуг тем, кто наиболее нуждается в них: беднейшим и самым маргинализированным группам населения.

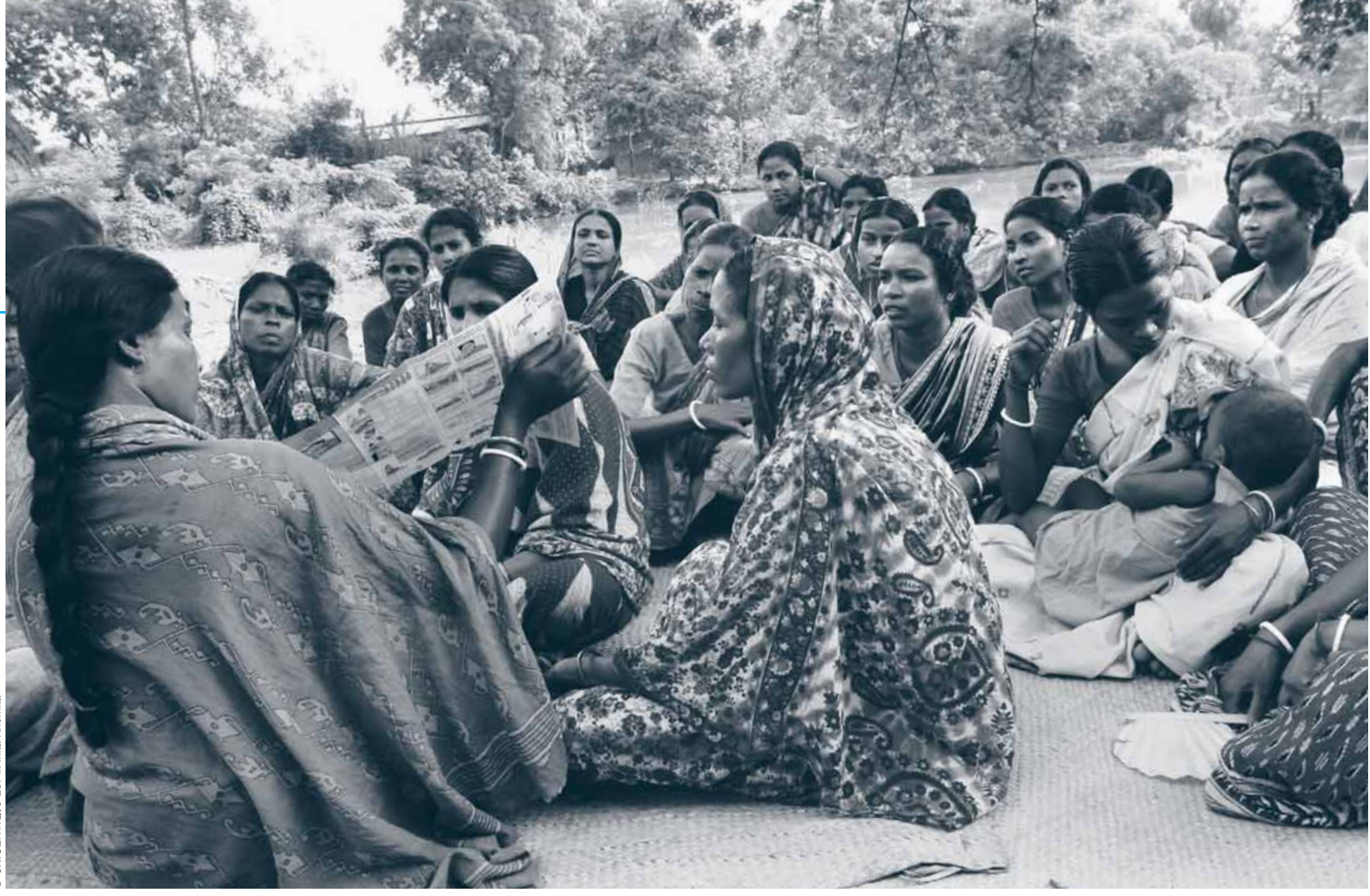
Алматинская конференция своим проведением обязана тому же движению за социальную справедливость, которое в 1974 году привело к разработке Декларации об установлении нового международного экономического порядка. В обоих случаях подчеркивалась взаимозависимость глобальной экономики и поощрялась передача помощи и знаний в целях ликвидации все более увеличивающегося экономического и технологического разрыва между промышленно развитыми и развивающимися странами, чье развитие, во многих случаях, было приостановлено колонизацией. Примеры нововведений на уровне местных сообществ, которые осуществлялись в бедных странах после Второй мировой войны, также внушали надежду. Клиники для детей в возрасте до 5 лет в Нигерии, "босоногие врачи" в Китае, а также кубинская и вьетнамская системы здравоохранения доказали, что успехи в сфере здравоохранения возможны даже при отсутствии той инфраструктуры, какая имеется в промышленно развитых странах.

Международная конференция по первичной медико-санитарной помощи сама по себе стала вехой. В то время это была крупнейшая из всех когда-либо проводившихся конференций, посвященная отдельно взятой теме в области международного здравоохранения и развития, в которой участвовало 134 страны и 67 неправительственных организаций. Однако с выполнением взятых на данной конференции обязательств были связаны определенные трудности. Во-первых, Декларация не имела обязательной силы. Кроме того, с самого начала существовали концептуальные разногласия в отношении определения таких основополагающих терминов, как "всеобщий доступ", которые сохраняются по сей день. В условиях холодной войны в связи с этими терминами выявились острые идеологические разногласия между капиталистической и коммунистической системами, и это расхождение во взглядах, похоже, усиливалось тем, что местом проведения Алматинской конференции стал тогдашний Союз Советских Социалистических Республик.

Когда на смену 1970-м годам пришло новое десятилетие, неспокойная экономическая обстановка способствовала отходу от первичной медико-санитарной помощи в пользу более дешевой модели предоставления избирательной медицинской помощи с уделением особого внимания конкретным заболеваниям. Тем не менее, несмотря на неоднозначный характер успехов первичной медико-санитарной помощи в странах, где применялась данная стратегия, достижения в деле совершенствования общественного здравоохранения свидетельствуют о гибкости и приемлемости модели, основанной на местном сообществе.

Недостаточный прогресс в достижении целей в области развития Декларации тысячелетия в сочетании с угрозами, которые для глобального здравоохранения и безопасности человечества представляют изменение климата, пандемический грипп и глобальный продовольственный кризис, способствовал возрождению интереса к всеобъемлющей первичной медико-санитарной помощи. Вместе с тем многочисленные проблемы, которые помешали выполнению Алматинской декларации, обострились, и, чтобы сегодня добиться реализации ее целей, их необходимо решить. Правительства, международные партнеры и организации гражданского общества, опираясь на растущий массив данных об эффективных с точки зрения затрат инициативах, которые объединяют предоставление медицинской помощи на уровне домохозяйства и местного сообщества с просветительско-разъяснительными программами и услугами по оказанию помощи в медицинских учреждениях – такими, как услуги по охране здоровья матери и ребенка, о чем речь пойдет в главе 3, – смогут возродить стратегии, связанные с первичной медико-санитарной помощью.

См. "Ссылки", стр. 108.



© UNICEF/HQ05-2374/Anita Khemka

Медицинские работники, занимающиеся медико-санитарным просвещением, предоставляют жизненно важные услуги в местных сообществах и домохозяйствах. *Во время учебного занятия с молодыми матерями (Индия) медико-санитарный работник показывает карту физического развития младенцев.*

жение к 2015 году всеобщего начального образования (ЦРДТ-2) и ликвидацию гендерного неравенства на всех уровнях образования как часть усилий по поощрению гендерного равенства и расширению прав и возможностей женщин (ЦРДТ-3).

Несмотря на значительный прогресс в достижении гендерного паритета в сфере начального образования – в настоящее время все регионы, как считается, стоят на пути к выполнению этой задачи, – в ряде стран, и особенно в Западной и Центральной Африке, наблюдается серьезное отставание в решении этой проблемы. Кроме того, разрывы в сфере среднего образования сокращаются медленнее, чем предполагалось[7].

Исследования давно подтвердили те преимущества, которые образование дает не только девочкам и женщинам, но также семьям и обществам. Данные исследований говорят о том, что получившие образование подростки чаще склонны дожидаться наступления совершеннолетия для создания семьи – риски, связанные с беременностью, наиболее высоки в подростковом возрасте, – и вследствие этого существует большая вероятность, что у них родятся более здоровые дети[8]. Преимущества беременности, отложенной до наступления совершеннолетия, огромны. Рассмотрим несколько фактов:

- Материнская смерть, связанная с беременностью и деторождением, повсюду в мире является важной причиной смертности среди девочек в возрасте 15–19 лет – 70 тыс. смертей ежегодно[9].
- Чем младше девочка на момент наступления беременности, тем выше риски для ее здоровья. Риск умереть при родах для девочек в возрасте до 15 лет в пять раз выше, чем для женщин старше 20 лет[10].
- Если мать моложе 18 лет, то риск умереть в течение первого года жизни для ее ребенка на 60 процентов больше, чем для ребенка, родившегося у матери старше 19 лет[11].
- Даже если ребенок выживает, то он чаще имеет пониженную массу тела при рождении, страдает от недоедания и отстает в физическом и когнитивном развитии[12].

Выгоды от образования не ограничиваются сокращением риска смертности матерей и новорожденных и плохого состояния их здоровья. Исследования доказывают, что образованные женщины склонны откладывать замужество на более поздний срок, заботятся о том, чтобы их дети были охвачены вакцинацией, они лучше информированы о том, как должны питаться они сами и их дети, и используют более совершенные методы регулирования деторождения. В результате их дети имеют более высокие коэффициенты выживаемости и, как правило, лучше питаются, чем дети женщин, не получивших образования[13].

Образование также важно и необходимо для осуществления прав женщин. Образование усиливает влияние женщин при принятии решений в домохозяйстве и открывает возможности для

Для создания среды, благоприятной для здоровья матерей и новорожденных, необходимо устранить социальные, культурные и экономические барьеры, которые увековечивают гендерное неравенство.

участия женщин в экономической и политической жизни.

Защита от жестокого обращения, эксплуатации, дискриминации и насилия

Предупреждение браков несовершеннолетних

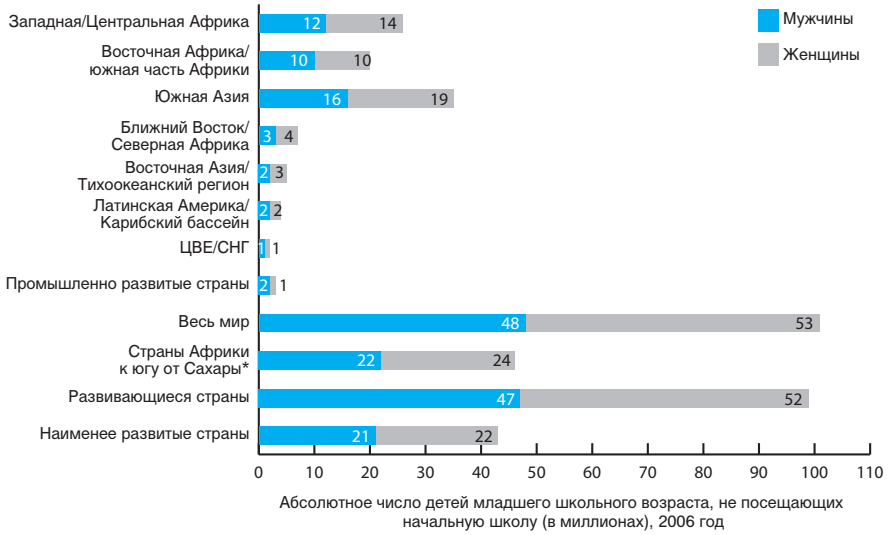
Браки несовершеннолетних являются нарушением прав ребенка; они ставят под угрозу развитие девочек и нередко приводят к преждевременной беременности и социальной изоляции. Хотя в Конвенции о правах ребенка проблема браков несовершеннолетних непосредственно не затрагивается, она связана с соблюдением других прав, и во Всеобщей декларации прав человека брак определяется как "право при свободном и полном согласии на вступление в брак" (статья 16). В Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин говорится, что "обручение и брак ребенка не имеют юридической силы", и содержится призыв к государствам принять все необходимые меры, включая законодательные, с целью определения минимального брачного возраста и обязательной регистрации браков в актах гражданского состояния (статья 16). Вопреки международному обязательству изменить ситуацию, во многих обществах и местных сообществах сохраняется практика заключения браков между юными девочками и мальчиками вследствие сильного социального давления на уровне местного сообщества. В мире более 60 млн. женщин в возрасте 20–24 лет вышли замуж в возрасте до 18 лет[14]. Согласно последним международным оценкам, в развивающихся странах, за исключением Китая, 36 процентов женщин в возрасте 20–24 лет вышли замуж или вступили в брачный союз, будучи моложе 18 лет. В некоторых регионах распространенность ранних браков особенно высока и, по последним оценкам[15], достигает 49 процентов в Южной Азии и 44 процентов в Западной и Центральной Африке.

В дополнение к повышенному риску материнской смерти от причин, связанных с беременностью и деторождением, жены подросткового возраста также подвергаются насилию, жестокому обращению и эксплуатации. Ранние браки также увеличивают риск того, что девочки подросткового возраста бросят школу со всеми вытекающими из этого негативными последствиями для здоровья матерей и новорожденных и для возможностей заниматься приносящей доход деятельностью, о чем говорилось выше. Это в свою очередь способствует созданию порочного цикла гендерной дискриминации, попав в который бедные семьи с большей готовностью дают разрешение на ранний брак своих дочерей, исходя из соображений экономической необходимости[16].

С учетом связанных с подростковой беременностью и родами рисков для здоровья (см. стр. 32), большей вероятности подростковой беременности у юных жен и высокой распространенности этой практики в ряде развивающихся стран становится очевидным, что для улучшения охраны материнского здоровья необходимо положить конец бракам несовершеннолетних. Для этого требуется, среди прочих мер, введение более жесткого государственного законодательства, устанавливающего возраст 18 лет в качестве минимального законного брачного возраста и обеспечивающего соблюде-

Диаграмма 2.3

Заметно улучшилась ситуация с гендерным паритетом в плане школьной посещаемости, но среди учащихся, бросивших начальную школу, девочек по-прежнему несколько больше, чем мальчиков



* Страны Африки к югу от Сахары включают регионы Восточной Африки/южной части Африки и Западной/Центральной Африки.

Источник: оценки, полученные Секцией статистической информации Детского фонда Организации Объединенных Наций на основе использования данных о посещаемости из обследований домохозяйств (демографические и медико-санитарные обследования и кластерные обследования по методу совокупных показателей) и Института статистики ЮНЕСКО.

ние этой нормы, а также регистрация рождения и браков; регистрация рождения необходима для определения возраста ребенка.

Хотя браки несовершеннолетних в целом становятся все более редким явлением, изменения идут медленными темпами. Для противодействия господствующим в местных сообществах установкам в отношении браков несовершеннолетних также потребуется решить проблему гендерного неравенства. Крайне важно участие не только правительств, но и других сторон, включая религиозных и местных лидеров, а также пропаганда образования, особенно на уровне средней школы. Гражданское общество и средства массовой информации, со своей стороны, могут содействовать проведению открытого диалога для решения проблемы и противодействия экономическому давлению и общественным традициям, которые сохраняют практику браков несовершеннолетних.

Отказ от калечащих операций на половых органах женщин/обрезания

Калечащие операции на половых органах женщин и обрезание нарушают права девочек и женщин, лишая их физической и психической неприкосновенности, права на свободу от насилия и дискриминации, а в самых экстремальных случаях – жизни.

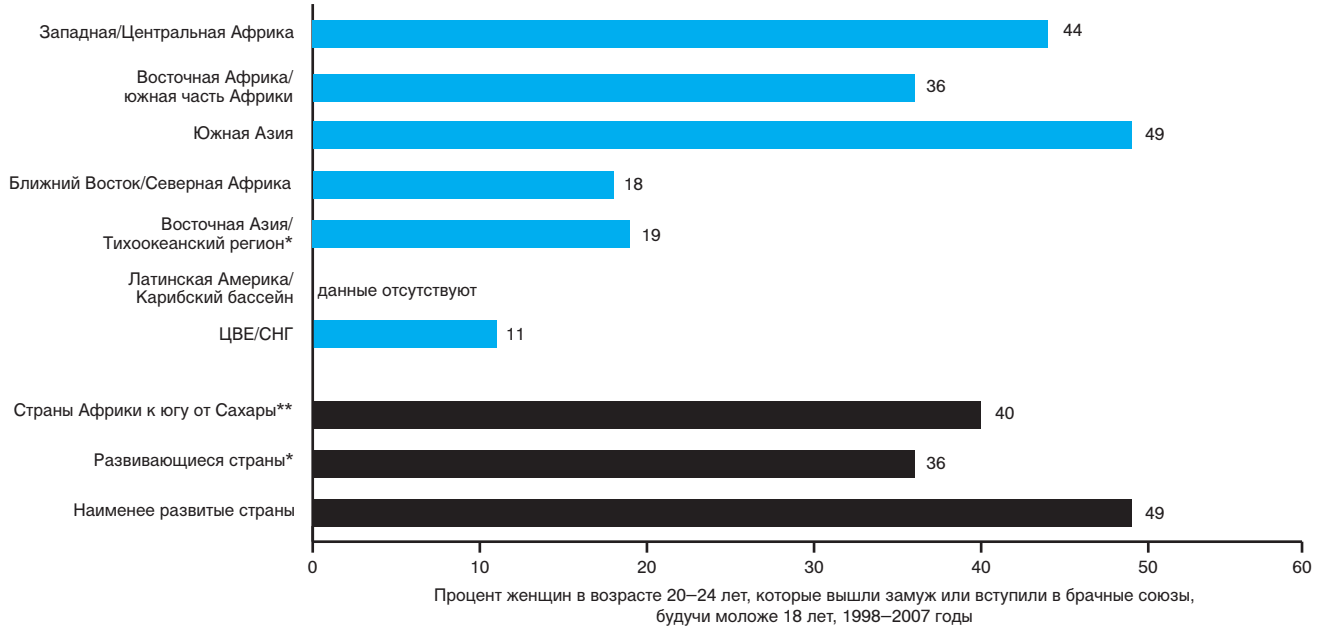
По оценкам, около 70 млн. девочек и женщин в возрасте 15–49 лет в 27 странах Африки и Ближнего Востока стали жертвами этой практики. Хотя ее распространенность снижается, в некоторых странах и местных сообществах[17] эта практика по-прежнему является прочно укоренившейся.

Помимо того, что калечащие операции на половых органах женщин и обрезание являются нарушением прав человека, они также создают серьезный риск при деторождении, увеличивая вероятность таких осложнений, как роды при наличии механического препятствия прохождению плода и послеродовое кровотечение во внебольничных условиях.

Исследование, проведенное Всемирной организацией здравоохранения, показало, что калечащие операции на половых органах женщин/обрезание (КОПОЖ/О) не только наносят ущерб репродуктивному здоровью женщин и причиняют им сильную боль, они также могут привести к длительному кровотечению, инфицирова-

Диаграмма 2.4

Браки несовершеннолетних чрезвычайно распространены в Южной Азии и странах Африки к югу от Сахары



* За исключением Китая. ** Страны Африки к югу от Сахары включают регионы Восточной Африки/южной части Африки и Западной/Центральной Африки.

Источник: демографические и медико-санитарные обследования, кластерные обследования по методу совокупных показателей и другие национальные обследования.

Решение проблемы нехватки медицинских работников: важная мера для улучшения здоровья матерей и новорожденных

Одной из самых больших проблем для охраны здоровья матерей и новорожденных является нехватка квалифицированного медицинского персонала. Обследование, проведенное в 2006 году Всемирной организацией здравоохранения, показывает, что, хотя на долю Африки приходится более 24 процентов всех случаев заболеваний в мире, здесь имеется всего 3 процента общемирового числа медицинских работников и расходуется менее 1 процента общемировых ресурсов, выделяемых на цели здравоохранения, даже с учетом иностранных кредитов и субсидий. Напротив, на долю Американского региона, который наряду с Северной Америкой охватывает Латинскую Америку и Карибский бассейн, приходится всего 10 процентов всех случаев заболеваний в мире, но при этом регион располагает 37 процентам общемирового штата медицинских работников и расходует более 50 процентов глобальных ресурсов, выделяемых на здравоохранение.

По данным Всемирной организации здравоохранения, перед миром стоит проблема нехватки 4,3 млн. медицинских работников, причем их дефицит существует во всех регионах, за исключением Европы. Если говорить конкретнее, то квалифицированных медико-санитарных работников – врачей, медсестер или акушерок – не хватает, для того чтобы принимать все роды повсюду в мире. Исследование в рамках Инициативы по совместному изучению показало, что странам для достижения минимального желательного уровня охвата населения в плане присутствия квалифицированного медицинского работника при родах необходимо в среднем 2,28 специалиста сферы здравоохранения на 1000 человек. Из 57 стран, в которых данный показатель ниже этого порогового уровня, 36 расположено в Африке к югу от Сахары. Хотя страны, испытывающие наибольшую нехватку медицинских работников в абсолютном выражении, находятся в Азии – в частности Бангладеш, Индия и Индонезия, – самая острая нехватка в относительном выражении имеет место в странах Африки к югу от Сахары. Для достижения необходимой обеспеченности медицинским персоналом этот регион должен увеличить численность медико-санитарных работников на 140 процентов. По ранее представленной ВОЗ оценке было подсчитано, что для обеспечения присутствия квалифицированного медицинского работника при 73 процентах родов повсюду в мире в ближайшие годы потребуется подготовить 334 тыс. медицинских работников, способных принимать роды.

Нехватка квалифицированных медицинских работников вызвана множеством факторов, включая недостаточное инвестирование в сферу профессиональной подготовки и набора кадров, слабую мотивацию медико-санитарных работников и маленький размер вознаграждения при напряженной работе в стрессовых условиях. Свою роль также играет интенсивная миграция квалифицированных медицинских работников из развивающихся стран в промышленно развитые страны, подстегиваемая быстро растущим спросом на медицинские кадры в промышленно развитых странах в связи со старением их населения. Проведенный в 10 африканских странах обзор показал, что доля подготовленных в них дипломированных врачей, в настоящее время работающих в восьми странах – членах Организации по экономическому сотрудничеству и развитию, составляет 23 процента от числа врачей, которые по-прежнему работают у себя на родине в этих африканских странах.

Демографические тенденции внутри стран также оказывают сильное влияние на нехватку медицинских работников. Быстрая урбанизация в развивающихся странах ведет к обострению ситуации с нехваткой медицинских работников в сельских районах, так как профессионально подготовленные специалисты стремятся работать в более богатых больших городах. Медицинские работники, которые обычно учатся и получают специальность в городах, нередко отказываются жить и работать в сельских районах, так как там их ожидают бóльшие трудности, самые что ни на есть примитивные условия жизни и ограниченный доступ к городским удобствам и развлечениям. Исследование, проведенное в Южной и Юго-Восточной Азии, показало, например, что нежелание медицинских работников принять назначение в сельские населенные пункты объясняется низким доходом, непрестижностью этой работы и социальной изоляцией.

Наряду с этим отрицательное воздействие на системы здравоохранения оказывает СПИД в тех странах, где это заболевание приобрело масштабы эпидемии. Медицинские работники в этих странах в своей частной жизни подвергаются таким же рискам, как и другие люди в странах с высокой распространенностью этого заболевания, но они также подвергаются значительным рискам на работе в условиях, когда редко используются средства защиты и применяется соответствующая нормам практика. Проведенное в Южной Африке в 2004 году обследование показало, что уровень распространенности ВИЧ среди молодых медицинских работников в этой стране составляет 20 процентов. Такие работники нуждаются в гораздо большей защите и помощи, включая лучшее обеспечение средствами защиты, меры предосторожности при использовании шприцев в целях предупреждения нанесения себе повреждений стержнем иглы, профилактические меры в случае возможного контакта с вирусом и антиретровирусную терапию в случае ВИЧ-инфицирования.

Для создания континуума качественных медицинских услуг в целях сокращения материнской и неонатальной смертности и заболеваемости потребуются стратегии, которые позволят преодолеть ситуацию с нехваткой медико-санитарного персонала. Частично этот дефицит будет восполнен за счет набора и подготовки местных медико-санитарных работников, находчивость и изобретательность которых уже доказали их огромный потенциал в деле предоставления основных услуг. В то же время следует многое сделать для подготовки и удержания профессиональных медико-санитарных работников, особенно в странах Африки к югу от Сахары и Южной Азии.

См. "Ссылки", стр. 108.

нию, ряду проблем с репродуктивным здоровьем, включая бесплодие, и даже к смерти. Эта практика также причиняет вред здоровью младенцев, родившихся у женщин, подвергшихся таким операциям. Исследования дают убедительные доказательства того, что осложнения при родах гораздо чаще возникают у женщин, которым были сделаны подобные операции. Установлено также, что КОПОЖ/О представляют опасность для младенцев и являются причиной дополнительно одной-двух перинатальных смертей на 100 родов[18].

Риски как для младенцев, так и матерей возрастают в зависимости от степени тяжести калечащей операции, но могут включать шок, кровотечение, инфицирование и изъязвление половых органов – и все это увеличивает риск материнской и неонатальной смертности и дистресса[19].

Для обеспечения безопасного материнства и сокращения числа неонатальных смертей крайне важно положить конец практике калечащих операций на половых органах женщин/обрезания. Успешные инициативы, осуществляемые в Сенегале и других странах, где широко распространены калечащие операции на половых органах женщин/обрезание, основаны на коллективном отказе от этой практики, добиться которого удается с помощью расширения прав и возможностей местных сообществ, открытого диалога и достижения общего консенсуса[20].

© UNICEF/HQ06-2778/Bruno Brioni

Улучшение состояния медицинских учреждений и укрепление систем консультативной помощи специалистов являются эффективным путем улучшения охраны здоровья матерей и новорожденных. *Мать наблюдает за тем, как медицинский работник взвешивает ее ребенка в центре здоровья матери и ребенка, Кот-д'Ивуар.*

Ликвидация насилия, жестокого обращения и эксплуатации в отношении женщин и девочек

Насилие распространено во всех обществах. Оно подрывает физическое здоровье, эмоциональное и психологическое благополучие пострадавших от него лиц. Гендерное неравенство в домохозяйствах, на работе и в обществе может способствовать созданию терпимого отношения к насилию.

Давно признаны масштабы насилия в отношении женщин и девочек и его пагубное влияние на них. Несмотря на это, еще сравнительно недавно измерение насилия производилось только в отдельных специализированных исследованиях. Широкомасштабные исследования, проведенные Всемирной организацией здравоохранения, и последние исследования Организации Объединенных Наций по проблеме насилия в отношении женщин и детей выявили невероятно высокие уровни такого насилия, а также резкие различия в уровнях насилия внутри стран и регионов[21]. Последствия насилия пагубно сказываются на физическом состоянии пострадавших и их репродуктивных функциях. Хотя данные многих исследований носят скорее предварительный, чем окончательный характер, они указывают на взаимосвязь между насилием в отношении женщин и девочек и увеличением риска материнской смертности и заболеваемости.

- Обследование 400 деревень в сельских районах Индии показало, что причиной 16 процентов всех смертей среди беременных женщин стало насилие со стороны партнера[22].
- Сексуальное насилие, особенно изнасилование, может привести к принудительной беременности, особенно когда оно использовалось как средство ведения войны в рамках вооруженных конфликтов, как это происходило в Боснии и Герцеговине и Руанде, когда женщин насиловали до тех пор, пока они не беременели[23].
- Данные свидетельствуют о том, что принудительная беременность сопряжена с бóльшим риском, чем желаемая беременность, и что женщины в случае нежелательной беременности имеют меньше шансов получить своевременную дородовую помощь или родить ребенка под медицинским наблюдением. В связи с подобной беременностью также велик риск небезопасного аборта – важной причины материнской смертности, а также депрессии, самоубийства и негативного отношения семьи к такой беременности[24].
- Насилие, совершаемое до наступления или в период беременности, многократно увеличивает такие риски для здоровья матери и ребенка, как выкидыш, преждевременные роды и патологическое состояние плода. Насилие также может стать причиной необращения за медицинской помощью. Проведенное в Никарагуа исследование свидетельствует о том, что приблизительно 16 процентов случаев рождения детей с пониженной массой тела связано с физическим насилием со стороны партнера в период беременности[25].
- Насилие в отношении женщин имеет также негативные последствия для репродуктивного здоровья, включая хронические боли, травмирование половых органов и образование на них рубцов и вредную для здоровья потерю веса[26].
- Психологические последствия насилия в отношении женщин могут быть тяжелейшими: депрессия, стресс и психические расстройства, посттравматический стресс и самоубийство[27].
- Насилие в отношении женщин может создать проблемы в плане ухода за новорожденными и их кормления. Кроме того, появляется все больше данных, свидетельству-

Борьба с насилием в отношении женщин и детей имеет решающее значение в деле улучшения здоровья матерей и новорожденных.

ющих о том, что младенцы и маленькие дети также подвергаются риску насилия и что число смертей, связанных с физическим насилием, занижено[28].

Борьба с насилием и жестоким обращением в отношении женщин и девочек – это многогранный процесс, который требует со стороны правительств, гражданского общества, международных партнеров и местных сообществ решительных действий в целях устранения прямых и фоновых причин и последствий. Для сокращения масштабов насилия относительно его нынешнего уровня крайне необходимы комплексные механизмы, включающие законодательство и обеспечение его применения, исследования, программы и бюджеты, увеличение влияния женщин при соответствующих обсуждениях и поддержание неослабного внимания к данной проблеме.

Участие в семейной, общинной, экономической, социальной и политической жизни

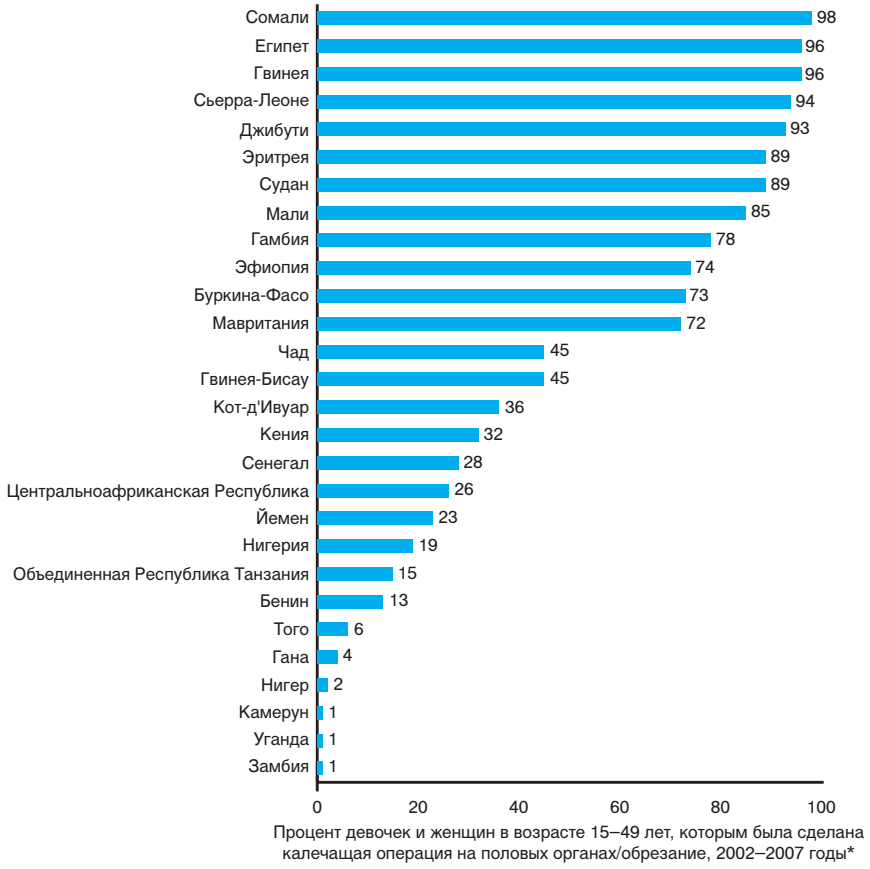
Дискриминация по гендерному признаку может помешать полноправному участию женщин, во всех обществах осуществляющих основную заботу о детях, в принятии важных решений и мер в домохозяйствах и местных сообществах, которые могут затрагивать вопросы материнского и детского здоровья. Этот вопрос был тщательно рассмотрен в докладе "Положение детей в мире, 2007 год: двойная отдача от обеспечения гендерного равенства", в котором было показано, что в ряде стран Африки к югу от Сахары, Южной Азии, Ближнего Востока и Северной Африки более трети опрошенных женщин заявили, что их мужья единолично принимают решения относительно того, какая медицинская помощь необходима этим женщинам. Значительный процент женщин, опрошенных в 30 странах шести регионов, сообщили, что не принимают полноправного участия в принятии решений в домохозяйстве[29].

Обеспечение женщинам возможности более полноправного участия в процессах принятия важных и повседневных решений, которые затрагивают их жизнь и жизнь их детей, играет решающую роль в создании среды, благоприятной для здоровья матерей и новорожденных. Исследования показывают, что, когда женщины могут участвовать в принятии ключевых решений, есть большая вероятность того, что они обеспечат своим детям хорошее питание, а также необходимую медицинскую помощь себе и своим детям[30].

Расширение возможностей женщин для участия в принятии решений в домохозяйстве – это только часть решения проблемы. Данные демографических и медико-санитарных обследований свидетельствуют о том, что способность женщин влиять на принятие решений преимущественно реализуется на уровне местного сообщества[31]. Когда женщины имеют права и воз-

Диаграмма 2.5

Несмотря на сокращение практики калечащих операций на половых органах женщин/обрезания, она все еще широко распространена во многих развивающихся странах



* Данные относятся к последнему году указанного периода.

Источник: демографические и медико-санитарные обследования, кластерные обследования по методу совокупных показателей и другие национальные обследования.

Содействие достижению большего равенства в области охраны здоровья матерей и новорожденных

Сесар Г. Виктора, профессор эпидемиологии, Федеральный университет Пелотас, Бразилия

Проблеме равенства в охране здоровья и в доступе к основным услугам в области первичной медико-санитарной помощи уделяется все большее внимание в связи со здоровьем матерей, новорожденных и детей. Это все чаще подтверждается новыми данными и исследованиями, касающимися уровня неравенства в здравоохранении и других областях развития. Неравенство определяется как систематические различия между группами населения, которые являются несправедливыми и предотвратимыми и которые, как правило, включают виды неравенства, связанные, среди прочих факторов, с социально-экономическим положением, гендерной принадлежностью, этнической группой и местом жительства.

Возможность присутствия профессионального медицинского работника при родах, что является ключевым условием улучшения здоровья и выживаемости матерей и новорожденных, – это одна из мер по охране здоровья, в доступе к которым наиболее сильно проявляется неравенство. На диаграмме 2.6 показана средняя доля родов, принятых квалифицированным медицинским персоналом, рассчитанная на основе результатов последних национальных обследований стран с низкими и средними доходами. Между регионами мира существует заметное неравенство по данному показателю, при этом в Европе и Центральной Азии зарегистрированы самые высокие уровни охвата профессиональной акушерской помощью при родах для всех групп по уровню доходов, тогда как страны Африки к югу от Сахары и Южная Азия, в особенности, значительно отстают в этом плане.

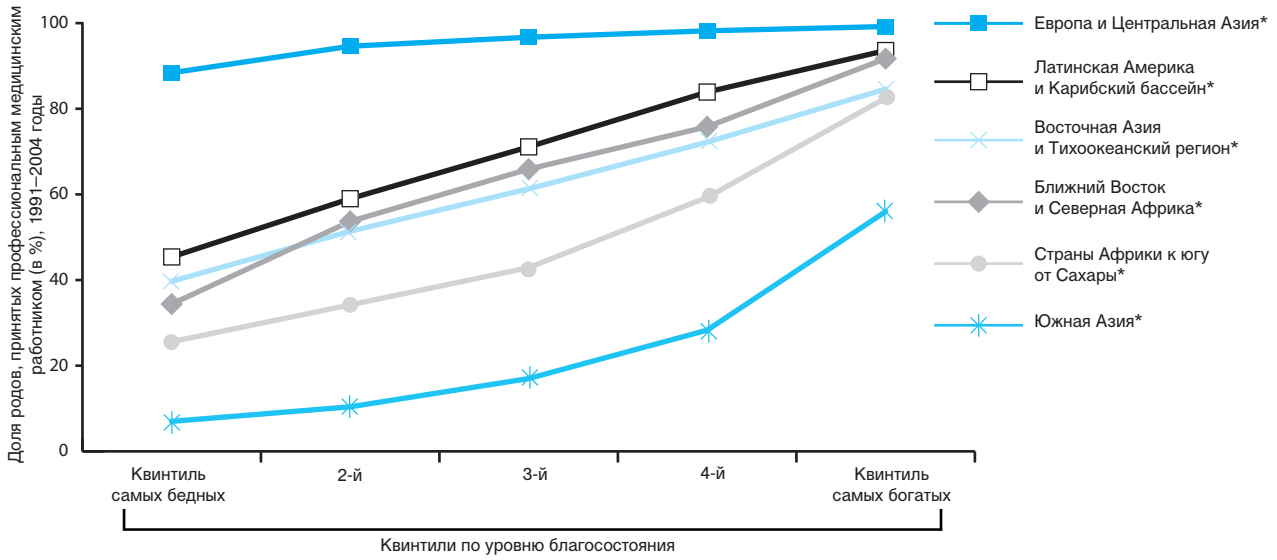
Согласно данным при сопоставлении по квинтилям доходов, внутри каждого региона, в дополнение к различиям между регионами, в доле родов, принятых профессиональным медицинским работником, существует значительное неравенство в связи с социально-экономическим положением. У 20 процентов беднейших матерей в Южной Азии менее 10 процентов родов принимает квалифицированный медицинский работник, по сравнению с 56 процентами родов у матерей в квинтили самых богатых домохозяйств в этом регионе. Аналогичное неравенство существует и в других развивающихся регионах; даже в Европе и Центральной Азии (где большинство стран, по которым имеются данные обследований, – это бывшие социалистические республики) доля родов, принятых квалифицированным персоналом, значительно ниже для самых бедных женщин, чем для самых богатых.

Другие показатели предоставления медицинской помощи также свидетельствуют об очевидном неравенстве. Живущие в городах матери и дети в развивающихся странах, как правило, имеют гораздо более широкий доступ к медицинской помощи и лучшее состояние здоровья, чем аналогичные группы в сельских районах. Точно так же заметное социально-экономическое неравенство существует внутри городских районов, где в особенно неблагоприятных санитарно-гигиенических условиях живут обитатели трущоб. Нередко огромные различия в уровне здоровья матерей и детей отмечаются между штатами и провинциями внутри одной страны, как это можно наблюдать на примере процветающих южных штатов и более бедных северо-восточных районов Бразилии.

Малоимущие матери и дети не получают надлежащего обслуживания по всей цепочке континуума услуг. Данные, полученные из нескольких стран Африки к югу от Сахары, документально подтверждают долю матерей и детей, которые были охвачены пакетом из четырех основных мер в области охраны здоровья: дородовое наблюдение, присутствие при родах профессионального медицинского работника, послеродовой уход и иммунизация детей. Охват всеми четырьмя мерами был, в зависимости от страны, в 2–6 раз выше среди самых богатых групп населения, чем среди самых бедных групп. Эта форма неравенства в медицинском обслуживании одновременно отражает и закрепляет социальную изоляцию, с которой сталкиваются самые бедные и наиболее маргинализированные группы, и помогает объяснить, почему материнская, неона-

Диаграмма 2.6

Доля матерей, роды у которых принимал профессиональный медицинский персонал, в разбивке по квинтили благосостояния и регионам



* См. "Ссылки" на стр. 108.

Источник: Gwatkin, D. R., et al., *Socio-economic differences in health, nutrition, and population within developing countries: An overview,* Health, Nutrition and Population, World Bank, Washington, D.C., September 2007, pp. 123-124.

тальная и детская смертность имеет столь ярко выраженные различия в социально-экономических составляющих.

Системы здравоохранения призваны сыграть важную роль в преодолении этих различий. Примеры развивающихся стран свидетельствуют о том, что для решения данной проблемы и сокращения неравенства в доступе к основным услугам многое можно сделать и уже делается.

- В *Объединенной Республике Танзании* уделение первоочередного внимания мерам борьбы с болезнями, которые поражают живущих в бедности матерей и детей, и выделение бюджетных средств на нужды районного здравоохранения, предназначенных преимущественно для лечения этих заболеваний, привели к заметному сокращению смертности.
- В *Перу* самые бедные департаменты (провинции) этой страны определены в качестве целевых получателей новых вакцин; только после того, как в этих районах достигается высокий уровень охвата вакцинацией, вакцина поставляется в остальные районы страны.
- В *Бангладеш* в беднейших районах страны систематически внедряется Комплексная программа лечения детских болезней (КПЛДБ); аналогичная стратегия применяется Программой по здоровью семьи в Бразилии.

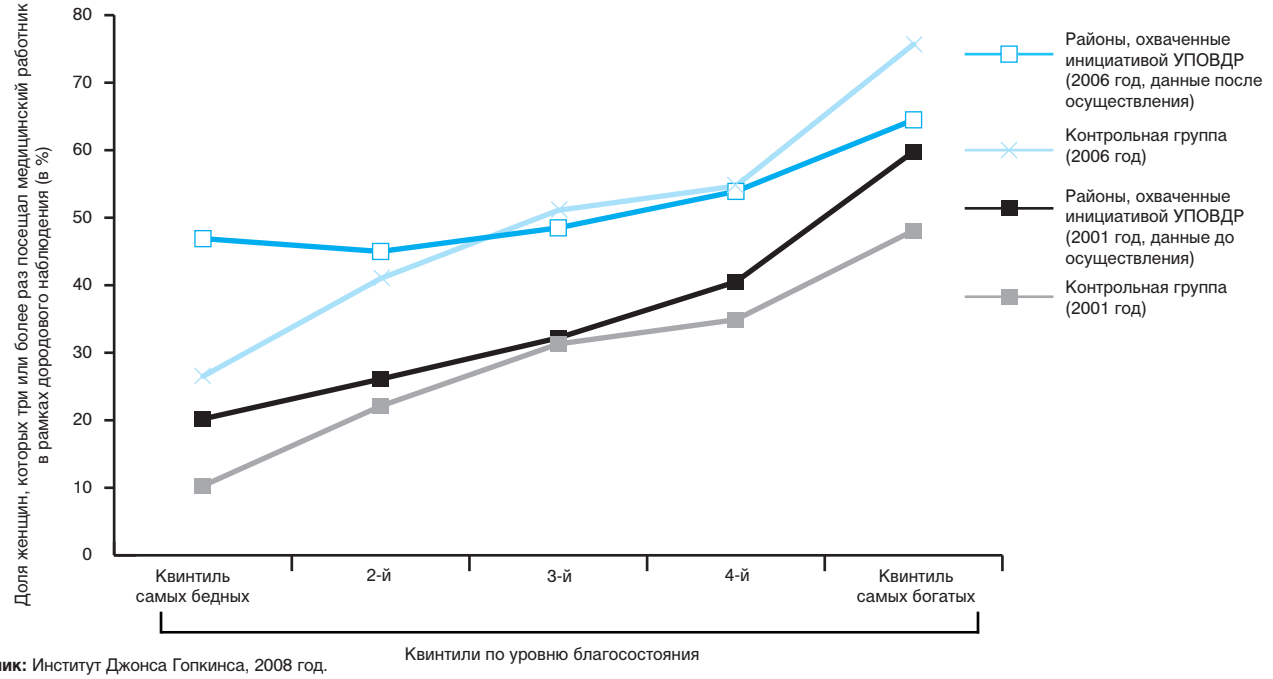
В связи с тем, что малоимущие группы населения чаще живут в сельских и отдаленных районах, первоочередной задачей сектора здравоохранения должно стать использование надлежащих каналов для охвата этих групп основными услугами. На диаграмме 2.7 показано, как осуществление Ускоренной программы по обеспечению выживания и развития детей (УПОВДР) способствовало сокращению неравенства в доступе к дородовому наблюдению в Мали. Хотя до начала реализации программы в 2001 году заметное социальное неравенство наблюдалось как в районах осуществления инициативы УПОВДР, так и в контрольных районах, пять лет спустя доступ к дородовому наблюдению обеспечивался на гораздо более равноправной основе в районах, где осуществлялась стратегия УПОВДР, чем в контрольных районах. Стратегия УПОВДР в значительной степени опирается на инициативы по работе с местным населением, которые имеют целью улучшить доступ для сельских женщин, живущих в отдаленных районах. Этот опыт, однако, не удалось повторить в других странах, в которых внедрялась данная стратегия, так как деятельность по работе с населением осуществлялась там недостаточно твердо.

Сокращение неравенства в сфере здравоохранения необходимо для обеспечения в полном объеме прав человека. Разрывы в медицинском обслуживании способствуют воспроизводству соответствующего неравенства; поэтому системы здравоохранения также призваны сыграть свою роль в его искоренении. Это особенно справедливо, потому что достичь огромных успехов в повышении выживаемости матерей, новорожденных и детей можно, только обеспечив эффективный охват самых бедных и наиболее маргинализированных, на долю которых приходится самое большое число заболеваний. Есть много примеров успешных инициатив, осуществление которых при достаточной политической поддержке и обеспечении необходимыми ресурсами привело к существенному сокращению неравенства в области здравоохранения. Основная задача, стоящая перед странами и обществами, связана с распространением информации об этом успешном опыте, внедрением наилучшей практики, а также с необходимостью вырабатывать и сохранять политическую волю в том, что касается включения вопроса равенства в свою программу действий в области здравоохранения в качестве первоочередного.

См. "Ссылки", стр. 108.

Диаграмма 2.7

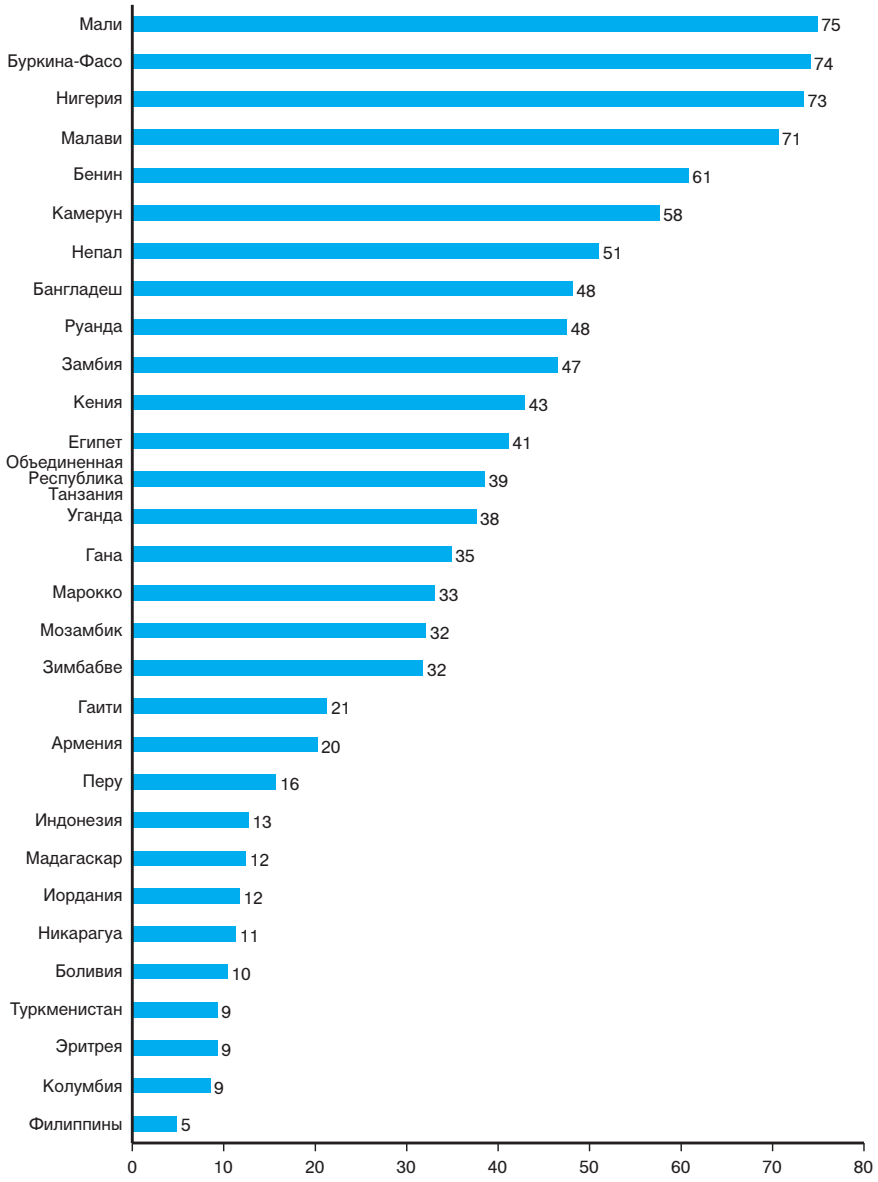
Число женщин в Мали, которых три и более раз посещал медицинский работник в рамках дородового наблюдения до и после осуществления Ускоренной программы по обеспечению выживания и развития детей (УПОВДР)



Источник: Институт Джонса Гопкинса, 2008 год.

Диаграмма 2.8

Многие женщины в развивающихся странах не участвуют в решении вопросов, касающихся их потребностей в медицинских услугах



Процент женщин, которые говорят, что их мужья единолично принимают решения, касающиеся их медицинского обслуживания, 2000–2004 годы*

* Данные относятся к последнему году указанного периода.

Источник: расчеты ЮНИСЕФ, основанные на данных демографических и медико-санитарных обследований.

можности для участия в жизни их местных сообществ, они могут противодействовать укореняющим гендерную дискриминацию установкам и практике, распределять работы, объединять ресурсы и совместно разрабатывать и поддерживать инициативы по улучшению здоровья матерей и новорожденных. Именно коллективная интуиция женщин, действующих сообща, является одной из самых веских причин того, почему большинство новорожденных и матерей выживают в период беременности и родов.

Расширение участия женщин в процессах принятия ключевых решений в сфере занятости и политической жизни также важно для улучшения результатов мероприятий по охране здоровья матерей и новорожденных. Улучшение экономического положения женщин важно для роста участия женщин в принятии решений и, как следствие, для обеспечения должного уровня здоровья их детей. Женщины, пользующиеся бóльшим влиянием при принятии решений в домохозяйстве, более, чем мужчины, склонны заботиться о том, чтобы их дети хорошо питались и были обеспечены необходимым медицинским обслуживанием[32]. Владение имуществом также увеличивает влияние женщин на принятие решений в домохозяйстве; проведенное в сельских районах Бангладеш исследование показало, что женщины, которые до замужества владели большей долей имущества, чем их мужья, пользовались бóльшим влиянием при принятии решений в домохозяйстве[33].

Несмотря на определенный прогресс, достигнутый в увеличении их представительства в национальных законодательных органах, доля женщин среди парламентариев во всем мире к маю 2008 года[34] по-прежнему составляла менее 19 процентов. По данным организации "Объединенные города и местные органы власти", которая с 2003 года публикует данные о женщи-

Поощрение женщин к более полноправному участию в принятии решений важно для создания среды, благоприятной для матерей и новорожденных.

нах в местных директивных органах, они также недостаточно представлены в органах местного самоуправления, где на их долю приходится всего 9 процентов мэров в 60 обследованных странах и 21 процент членов муниципальных советов в 67 обследованных странах[35]. Если принять во внимание их ограниченное и сравнительно недавнее участие в парламентской политической жизни, то степень влияния женщин-парламентариев на определение результатов мероприятий по охране здоровья матерей и новорожденных остается неясной. Однако данные говорят о том, что женщины-парламентарии склонны решительно поддерживать и пропагандировать меры по оказанию помощи женщинам и детям путем уделения первостепенного внимания инициативам, направленным на улучшение ухода за детьми и укрепление прав женщин[36].

Женские группы также могут изменить ситуацию к лучшему на местном уровне. В 2004 году благодаря пропагандистско-агитационной деятельности активистов, выступающих в защиту прав женщин, удалось убедить правительство Марокко поддержать принципиально новый закон о семье, направленный на борьбу с гендерным неравенством и защиту прав женщин. В том же году женские группы в Мозамбике провели успешную кампанию за повышение установленного законом брачного возраста на два года – до 16 лет – с согласия родителей и до 18 лет – без него[37].

Расширение прав и возможностей женщин в целях их более полноправного участия в процессе принятия решений в домохозяйстве, экономической и политической жизни важно для создания среды, благоприятной для матерей и новорожденных. Однако выгоды от участия женщин не ограничиваются их влиянием на результаты мероприятий по охране здоровья. Они дают возможность местным сообществам и обществу в целом сосредоточить внимание на жизненно важных проблемах, которые затрагивают две трети их жителей – женщин и детей, – и находить решения с учетом более разнообразных факторов влияния и соображений.

Расширение прав и возможностей женщин и девочек

Имеющиеся многочисленные данные свидетельствуют о чрезвычайно высокой отдаче от инвестиций в деятельность по обеспечению гендерного равенства и расширению прав и возможностей женщин. Целенаправленные инвестиции в образование, репродуктивное здоровье и осуществление экономических и политических прав женщин могут обеспечить прогресс в области сокращения масштабов бедности, достижения устойчивого развития и мира.

Понятно, почему в международных докладах первостепенное внимание уделяется экономическим и социальным выгодам более широкого характера: они нередко становятся ориентиром для направления инвестиций именно в эту, а не в другие приоритетные области развития, учитывая имеющую место конкуренцию за получение достаточно ограниченных ресурсов. Преимущества же и выгоды от расширения прав и возможностей женщин можно легко упустить из виду. Женщины, имеющие более широкие права и возможности, в большей степени способны управлять своей жизнью, они становятся движущей силой перемен в своих местных сообществах и активно отстаивают наилучшие интересы своих детей и семей. Это будет проявляться в их заботе о том, чтобы семейный доход тратился на самые важные вещи, такие как питательные продукты, образование и медицинское обслуживание. Это также означает спрос на услуги, которые обеспечат женщинам, по возможности, лучшее обслуживание в период беременности и во время родов и охрану здоровья их новорожденных детей.

Сотрудничество между женщинами на местном уровне нередко является важным способом поощрения расширения их прав и возможностей. Неформальные женские группы обычно собираются с какой-то практической целью, например, с тем чтобы заняться созданием огорода и таким образом обеспечить себе источник дохода, независимый от их мужей, но чувство солидарности и общие для таких групп проблемы могут способствовать развитию стремления к расширению прав и возможностей и росту спроса на более качественные услуги по охране здоровья матерей, новорожденных и детей.

Вовлечение мужчин и мальчиков подросткового возраста в деятельность по охране здоровья матерей и новорожденных и предоставлению им надлежащего ухода

Нередко в докладах, пропагандирующих гендерное равенство, явно отсутствуют упоминания о мужчинах, за исключением случаев, когда они рассматриваются как источник проблем. Мужчины могут фигурировать в качестве лиц, совершающих акты насилия, или домашних тиранов, транжир, которые попусту тратят драгоценный семейный доход, или безответственных сексуальных партнеров, которые не принимают на себя ответственность за меры контрацепции.

В научной литературе, касающейся здоровья матерей и новорожденных, мужчины, как правило, вообще не упоминаются. Сотням миллионов отцов и партнеров, которые самым активным образом участвуют в обеспечении ухода за ребенком и которые в качестве родителей берут на себя всю полноту ответственности за благополучие своих детей, простительно испытыва-

В фокусе

Адаптация услуг по охране материнства к культурным традициям сельских районов Перу

Перу, страна со средними доходами, 73 процента населения которой живет в городских районах, добилась огромного прогресса в сокращении уровня детской смертности – с 1 случая смерти на каждые 6 детей в 1970 году до 1 случая смерти на каждые 50 детей в 2006 году. За период 1990–2007 годов коэффициент смертности детей в возрасте до 5 лет сократился на 74 процента, что стало самым быстрым сокращением во всем регионе Латинской Америки и Карибского бассейна за данный период. Однако в области материнского здоровья успехи были более скромными. Коэффициент материнской смертности в Перу, который, по оценкам, в 2005 году составлял 240 материнских смертей на 100 000 живорождений, один из самых высоких в регионе. Кроме того, риск материнской смерти в течение жизни для перуанских женщин, по оценкам, в 2005 году составлял 1 из 140, что в два раза превышает средний региональный показатель 1 из 280.

Относительное отсутствие в стране прогресса в сокращении материнской смертности стало причиной ее включения в расширенный список стран, которые в первоочередном порядке должны быть охвачены инициативой "В преддверии 2015 года", после того как критерии включения в него были расширены и в дополнение к установленным в 2005 году пороговым значениям детской смертности были добавлены пороговые значения материнской смертности. По данным Министерства здравоохранения, риск смерти от причин, связанных с беременностью, в два раза выше для женщин в сельских районах, чем в городских. Доля родов, принятых квалифицированным медицинским работником, в 2000 году в сельских сообществах составила всего 20 процентов по сравнению с 69 процентами в городских районах.

Как и в других странах Латинской Америки и Карибского бассейна, стоящая перед Перу задача по улучшению здоровья матерей и новорожденных, в решении которой заложен огромный потенциал для прогресса, неотделима от искоренения неравенства, связанного с этнической принадлежностью, географическим фактором и крайней нищетой. Для этого необходимо обеспечить предоставление качественных услуг женщинам и младенцам по их месту жительства или в непосредственной близости от него, а также комплексной повседневной и неотложной помощи матерям и новорожденным.

В рамках этой задачи нужно адаптировать существующие медицинские услуги, которые нередко предоставляются на базе медицинских учреждений или по линии программ по работе с населением, к обычаям местных сообществ, которые в настоящее время не получают адекватной помощи со стороны систем здравоохранения. Например, сельские женщины в соответствии с традицией и культурной практикой предпочитают рожать дома в положении стоя под руководством традиционных повитух, а не в родильном отделении центра здравоохранения. Кроме того, даже если такие матери решат воспользоваться помощью в официальном медицинском учреждении, помешать этому могут значительное расстояние до него, стоимость услуг, языковые барьеры и другие препятствия.

Обеспечение матерям возможности рожать дома при содействии профессиональных медицинских работников и наличии эффективной системы направления, в случае необходимости, в отделения неотложной акушерской помощи может стать адекватным способом интегрирования формальных медицинских услуг с традиционной практикой. С этой целью Министерство здравоохранения совместно со страновым отделением ЮНИСЕФ в Перу разработали проект по охране здоровья матерей, включающий четыре основные стратегии:

- Создание для матерей "домов ожидания" в целях решения проблемы географической удаленности от центров медицинского обслуживания.
- Обеспечение поддержки со стороны семьи и местного сообщества в целях уделения первостепенного внимания охране материнства и положению матерей.
- Расширение доступа к Комплексной службе здравоохранения, которая покрывает расходы малоимущих семей на дородовое наблюдение, интранатальную и послеродовую помощь.
- Адаптация услуг по охране материнства с целью ликвидации барьеров между персоналом медицинских учреждений и матерями, которые придерживаются глубоко укоренившихся культурных традиций в отношении деторождения.

Получившие название "мамавази" ("Mamawasi") "дома ожидания" для матерей призваны побудить женщин, живущих в сельских районах, отдать предпочтение родам в центрах здоровья, а не на дому. В настоящее время насчитывается почти 400 "домов ожидания", расположенных на территории центров здоровья или больниц; под такие дома также арендуются здания в районе городов Апуримак, Аякучо и Куско. Беременные женщины из близлежащих и отдаленных местных сообществ могут до родов оставаться в них. Женщины из отдаленных деревень могут жить в них неделями или месяцами. "Мамавази" должен напоминать типичный дом семьи коренных жителей в деревне, занимающейся сельским хозяйством. Беременным женщинам разрешается жить в этих домах с членами семьи, что придает им больше уверенности и служит им поддержкой.

Центры здоровья также пересмотрели свою практику. Например, разрешается рожать в вертикальном положении, члену семьи или традиционной акушерке разрешается находиться с женщинами во время родов и в самих центрах здоровья поддерживается более высокая температура.

Данная программа внесла изменения в повседневное медицинское обслуживание, поощряя учет культурных особенностей в сфере здравоохранения. Самый успешный опыт в осуществлении этой новой стратегии имеет округ Уанкарани, расположенный в андской провинции Паукартамбо в районе города Куско. В целом, почти 3 из каждых 4 беременных женщин в настоящее время посещают центры здравоохранения в обслуживаемых районах, тогда как прежде это соотношение составляло 1 из 4. Эта программа включена в окружную и провинциальную стратегии в области здравоохранения, и в 2004 году Министерство здравоохранения приняло ее в качестве национального стандарта, подлежащего внедрению по всей стране. Министерство здравоохранения также подготовило программы обучения медицинского персонала тому, как сделать медицинское обслуживание приемлемым в рамках той или иной культуры.

См. "Ссылки", стр. 108.

В фокусе

Южный Судан: после достижения мира возобновляется борьба с материнской смертностью

В 2005 году после 21-летнего вооруженного конфликта гражданская война между севером и югом Судана закончилась. Хотя боевые действия по большей части прекратились, Южный Судан стоит на пороге другой битвы – против материнской и неонатальной смертности. По данным медицинского обследования домохозяйств Судана 2006 года, уровень материнской смертности для Западной Экватории, провинции в Южном Судане, составлял 2327 случаев смерти на 100 000 живорождений, являясь одним из самых высоких в мире. Уровень неонатальной смертности в 2006 году составлял 51 случай смерти на 1000 живорождений, что значительно выше национального коэффициента Судана – 41 случай смерти на 1000 живорождений.

Общий коэффициент охвата медицинскими услугами, которые предоставляются главным образом через небольшое число неправительственных организаций, по оценкам, составляет всего 25 процентов. Даже когда медицинская помощь доступна, услуги по охране материнского здоровья носят ограниченный характер и редко бывают востребованы. Отчасти это может объясняться недостатком образования. По оценкам Фонда Организации Объединенных Наций в области народонаселения (ЮНФПА), в 2006 году коэффициент грамотности среди женщин Южного Судана составлял всего 12 процентов по сравнению с 37 процентами грамотных мужчин; вследствие этого женщины имеют ограниченный доступ к медицинской информации.

Другая возможная причина – это большое расстояние, которое беременные женщины должны пройти пешком до дородовой женской консультации; вследствие этого уровни охвата дородовым обслуживанием резко отличаются по регионам и колеблются от 17,4 процента в штате Юнити в 2006 году до почти 80 процентов в Западной Экватории. Менее 15 процентов родов в Южном Судане принимает квалифицированный медицинский персонал, а 80 процентов родов происходят дома под наблюдением родственников, традиционных повитух или деревенских акушерок (это женщина, которая, как правило, получила соответствующую 9-месячную подготовку). И все же только имеющие профессиональную подготовку лица могут справиться с большинством причин материнской смертности, включая затянувшиеся роды при наличии механического препятствия прохождению плода, кровотечение, сепсис и эклампсию.

Низкое качество доступного дородового обслуживания и помощи при родах объясняется отсутствием квалифицированного в техническом отношении обслуживающего персонала. Во всех 10 штатах Южного Судана акушерки, традиционные повивальные бабки и другие лица, предоставляющие помощь матерям и новорожденным, не имеют необходимой подготовки, которая требуется для проведения простых мероприятий по спасению жизни или выхаживанию пациентов. Оказанию медицинской помощи также мешает отсутствие оборудования и материалов медицинского назначения, плохие системы консультативной помощи и отсутствие адекватной физической инфраструктуры и транспорта. Несмотря на тот факт, что большинство случаев смерти среди матерей и новорожденных в Южном Судане приходится на постнатальный период, услуги по уходу в постнатальном периоде фактически не существуют.

В сложившейся ситуации правительство Южного Судана и его партнеры прилагают усилия для укрепления службы охраны здоровья матерей. Временная политика в области здравоохранения на 2006–2011 годы включает общую концепцию комплексного подхода, отстаивающую необходимость повышения качества медицинских услуг наряду с защитой прав женщин. Министерство здравоохранения обязалось создать больше медицинских учреждений для предоставления первичной медико-санитарной помощи и услуг по охране репродуктивного и материнского здоровья, в то же время поддерживая использование средств массовой информации и служб консультационной помощи в целях распространения информации о питании, опасной для здоровья традиционной практике и сексуальном здоровье. Ускоренная медицинская подготовка имеющих базовую квалификацию общинных акушерок, осуществляемая при поддержке ЮНФПА, позволяет удовлетворить насущные потребности в области здравоохранения. В июне 2006 года при базовой больнице Джубы был создан первый в Южном Судане центр лечения гинекологических свищей.

В целях ускорения осуществления этой стратегии правительство уже создало Управление по репродуктивному здоровью и ведет набор координаторов штатов, призванных оказывать содействие, вести мониторинг и координировать деятельность в области охраны здоровья матерей и новорожденных в каждом штате. ЮНИСЕФ поддерживает развитие услуг по предоставлению дородовой и неотложной акушерской помощи в ряде штатов, а также содействует распространению основной медицинской информации по радио и с помощью программ работы с населением.

Впереди нас ждут новые задачи. Возвращение беженцев и передвижение многочисленных групп перемещенного населения, высокий уровень фертильности (6,7) в Южном Судане и растущие уровни ВИЧ-инфицирования среди некоторых групп населения требуют осуществления на систематической основе программы по охране здоровья. Это сражение может носить затяжной характер, но тот, кто полон решимости выиграть его, уже действует.

См. "Ссылки", стр. 108.

емое ими чувство досады за то, что их игнорируют.

Есть и другая сторона медали: если мужчин не принимают во внимание, это ведет к тому, что более не связанные обязательствами, они могут увериться в полном отсутствии каких-либо своих обязательств в отношении этого наиболее важного аспекта семейной жизни.

Рождение ребенка, особенно первого ребенка, нередко является знаменательным событием в жизни мужчины. Оно может способствовать формированию у него ответственности за тех, кто от него зависит, о ком он должен заботиться. В более общем смысле вовлечение мужчин в мероприятия по уходу за своими женами и новорожденными детьми может способствовать установлению на всю жизнь позитивных отношений, основанных на взаимной поддержке.

Данные свидетельствуют о том, что мужчины более склонны быть участливыми и заинтересованными отцами, когда они позитивно оценивают себя и свои взаимоотношения и когда семья и друзья поддерживают их живое участие в жизни детей. Мужчина, который берет на себя часть ответственности за выполнение родительских обязанностей, также вероятнее всего будет принимать решения, касающиеся домохозяйства, совместно с женщиной-партнером, способствуя тем самым расширению ее прав и возможностей[38].

Программы, пропагандирующие совместное участие мужчин и женщин, могут способствовать этому, повышая уровень общения между полами и побуждая более равномерно распределять обязанности по уходу за детьми. Кроме того, на рабочем месте также необходимо признание того, что в воспитании ребенка важную роль играют оба родителя, с тем чтобы мужчины, так же как женщины, имели стимулы для совмещения трудовой деятельности с выполнением семейных обязанностей.

Увязывание благоприятной среды с континуумом услуг

Создание среды, благоприятной для здоровья матерей и новорожденных, станет прочной основой для широкомасштабного осуществления основных мер в рамках динамичного континуума услуг, рассмотрению которого посвящена глава 3.

3 Континуум услуг во времени и пространстве: риски и возможности

© UNICEF/HQ06-0567/Shehzad Noorani

Эффективный континуум услуг обеспечивает предоставление основных услуг матерям и детям в важнейшие периоды жизни, а именно в подростковом возрасте, период, предшествующий беременности, в период беременности, во время родов, в постнатальный и неонатальный периоды, в ключевых местах – в рамках домохозяйства и на базе местного сообщества – с помощью мероприятий по работе с населением и амбулаторному обслуживанию, а также в медицинских учреждениях, там, где женщины и дети могут легко получить доступ к соответствующим услугам. Существенным компонентом континуума услуг являются партнерства в области здравоохранения на базе местного сообщества. Возможно, важнейшую роль в сокращении материнской и неонатальной смертности играет качественное дородовое наблюдение, присутствие квалифицированного медицинского персонала при родах и уход за матерями и новорожденными в постнатальном периоде. Обеспечение наличия и доступности неотложной акушерской и неонатальной помощи в случае возникновения осложнений во время родов могло бы спасти немало жизней матерей и новорожденных, которые в настоящее время умирают при родах и в ранний неонатальный период. В третьей главе доклада "Положение детей в мире, 2009 год" рассматриваются ключевые услуги, которые составляют основу континуума услуг, и то, как эти мероприятия по охране здоровья можно развивать и совершенствовать.

Континуум помощи: предоставление услуг в важнейшие периоды жизни

В каждый период жизни – от рождения до старости – существуют соответствующие неотложные потребности в области здравоохранения. Для услуг, направленных на удовлетворение взаимосвязанных медицинских потребностей матерей и новорожденных, требуется обеспечить высокий уровень непрерывности и комплексности, что не всегда явствует из национальных и международных стратегий, программ и партнерств в области здравоохранения, стремящихся улучшить охрану здоровья матерей и новорожденных.

Концепция континуума услуг имеет целью выйти за традиционные рамки проведения отдельных мероприятий по охране здоровья, направленных на лечение конкретной болезни. Она предполагает такую модель первичной медико-санитарной помощи, которая охватывает здоровье матерей, новорожденных и детей на каждой стадии их жизни. Успешная реализация этой концепции, однако, зависит от предоставления основных услуг и внедрения усовершенствованной практики в важнейшие периоды жизни, обеспечения доступа матерям, новорожденным и их домохозяйствам и местным сообществам к качественным основным услугам в области общего здравоохранения и охраны материнства[1].

В главе 3 дается краткая характеристика основных услуг, необходимых для поддержки континуума услуг в области охраны материнства и неонатальной помощи, включая улучшение питания; обеспечение чистой питьевой водой и санитарно-гигиеническими сооружениями и соблюдение правил санитарии и гигиены; профилактику и лечение болезней; качественные услуги по охране репродуктивного здоровья; надлежащее дородовое обслуживание; квалифицированную медицинскую помощь при родах; основную и комплексную неотложную акушерскую и неонатальную помощь; уход в постнатальном периоде; и Комплексную программу лечения неонатальных и детских болезней.

В этой главе также кратко рассматриваются места и способы предоставления медицинских услуг: на уровне домохозяйства и местного сообщества, по линии программ по работе с населением и амбулаторного обслуживания, а также медицинское обслуживание на базе медицинских учреждений.

Качественные услуги в области охраны репродуктивного здоровья

Хотя изначально задачи по охране репродуктивного здоровья не были включены в цели в области развития Декларации тысячелетия (ЦРДТ), на Всемирном саммите 2005 года было принято решение обеспечить к 2015 году всеобщий доступ к услугам в области охраны репродуктивного здоровья.

Затем были приняты новые рамки для ЦРДТ, в соответствии с которыми пересмотренные в январе 2008 года цели включают задачу по охране репродуктивного здоровья (*подробнее о новой задаче и показателях см. во вставке на стр. 24*).

Новая задача отчасти отражает растущее признание необходимости улучшения репродуктивного здоровья. Еще одна цель направлена на ограничение растущей распространенности болезней репродуктивных органов и инфекций, передаваемых половым путем, включая ВИЧ. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) назвала незащищенные сексуальные контакты в наиболее бедных странах вторым по важности, а в развитых странах девятым по значимости фактором риска смерти и инвалидности[2]. Почти половина всех новых случаев ВИЧ-инфицирования регистрируется среди молодых людей, в частности среди женщин, причем в странах Африки к югу от Сахары[3] число ВИЧ-инфицированных женщин примерно в два раза превышает число ВИЧ-инфицированных мужчин.

Для укрепления потенциала в области охраны репродуктивного здоровья на национальном уровне необходимо определить проблемы, установить

Надлежащее питание женщин, включая увеличение рациона питания и добавки микроэлементов, крайне важно для здоровья и выживания матерей и новорожденных.

приоритеты и выработать стратегии при участии всех заинтересованных сторон. ВОЗ определила пять ключевых первоочередных задач в рамках деятельности по предоставлению услуг в области репродуктивного здоровья. Они включают укрепление потенциала систем здравоохранения; повышение качества информации, необходимой для установления приоритетов; мобилизацию политической воли; создание обеспечивающей законодательной и нормативно-правовой основы; и укрепление механизмов мониторинга, оценки и подотчетности[4].

Улучшение питания матерей и новорожденных

Адекватное питание для девочек подросткового возраста и беременных женщин играет важную роль, определяя перспективы на хорошее здоровье и выживание матерей и новорожденных. Недоедание среди юных матерей увеличивает риск для здоровья – как их собственного, так и их новорожденных детей. Низкий показатель массы тела (менее 18,5 кг/м^2) у беременных женщин увеличивает риск материнской и неонатальной смертности; такие же последствия имеет задержка в росте матери. Низкая масса тела может сдерживать развитие плода, что является фактором риска таких неонатальных патологий, как пониженная масса тела при рождении[5].

В программах, направленных на улучшение материнского здоровья, все чаще уделяется внимание улучшению питания девочек и женщин в течение всей их жизни. Наряду с увеличением рациона питания женщинам в период, предшествующий беременности, и во время беременности рекомендуется принимать добавки фолиевой кислоты и препаратов железа, а в послеродовой период – добавки витамина А. Кроме того, для улучшения качества питания беременных женщин и матерей необходимо провести такие ключевые мероприятия, как обеспечение разнообразного рациона питания и потребления йодированной соли, а также дегельминтизация.

Добавки фолиевой кислоты доказали свою эффективность в предупреждении пороков развития нервной трубки, и в целом в рамках программ дородового наблюдения также должно быть рекомендовано потребление других микроэлементов, например цинка. Доказана взаимосвязь между дефицитом цинка в организме и задержкой в росте, диареей и малярией[6].

Подобные программы обеспечения беременных женщин добавками микроэлементов позволяют завоевать их доверие и предоставляют хорошую возможность для их побуждения к продолжению посещения медицинских учреждений для получения профессионального дородового обслуживания, в том числе в других формах. Растущая посещаемость клиник и больниц также помогает собирать данные о состоянии здоровья беременных женщин и матерей; дефицит таких данных особо

© UNICEF/DJBA00265/Giacomo Pirozzi

Для предоставления жизненно важных услуг женщинам в решающие моменты в период беременности требуется большее число профессиональных медико-санитарных работников. В Центре здоровья Энгейла, Джибути, медсестра проводит дородовый осмотр беременной женщины, которая лежит на смотровом столе.

Сокращение распространенности инфекционных заболеваний и профилактика и лечение ВИЧ и малярии жизненно необходимы для улучшения здоровья матерей и новорожденных.

остро ощущается в наименее развитых странах и наиболее бедных странах и местных сообществах.

Борьба с инфекционными заболеваниями, ВИЧ и малярией

Как подчеркивалось в главе 1, тяжелые инфекционные заболевания относятся к числу основных непосредственных причин материнских и неонатальных смертей. На их долю пришлось около 36 процентов неонатальных смертей в 2000 году, самом последнем году, по которому имеются достоверные оценки причин смерти. В связи с этим сокращение распространенности инфекционных заболеваний, таких как сепсис и пневмония, столбняк и инфекции, передаваемые половым путем, а также профилактика и лечение ВИЧ и малярии имеют важнейшее значение для улучшения здоровья матерей и новорожденных (*см. вставку о ликвидации материнского и неонатального столбняка, стр. 49*).

Профилактика ВИЧ-инфицирования у женщин детородного возраста и комбинаторное лечение инфицированных беременных женщин с помощью нескольких лекарственных препаратов может в значительной степени сократить передачу вируса детям. Для профилактики инфицирования крайне важно повышать уровень всесторонней осведомленности о ВИЧ среди молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет. В 14 из 17 стран, по которым имеются достаточные данные, с 2000–2001 годов[7] коэффициент распространенности ВИЧ среди беременных женщин в возрасте 15–24 лет снизился. Эта положительная тенденция вселяет надежды, однако для активизации деятельности по профилактике ВИЧ и решению социальных, экономических и политических проблем, способствующих распространению эпидемии СПИДа, необходимо сделать гораздо больше.

В соответствии с новой направленностью ЦРДТ на охрану репродуктивного здоровья программы по повышению выживаемости матерей должны включать меры, способствующие сокращению распространенности инфекций, передаваемых половым путем, и их лечению.

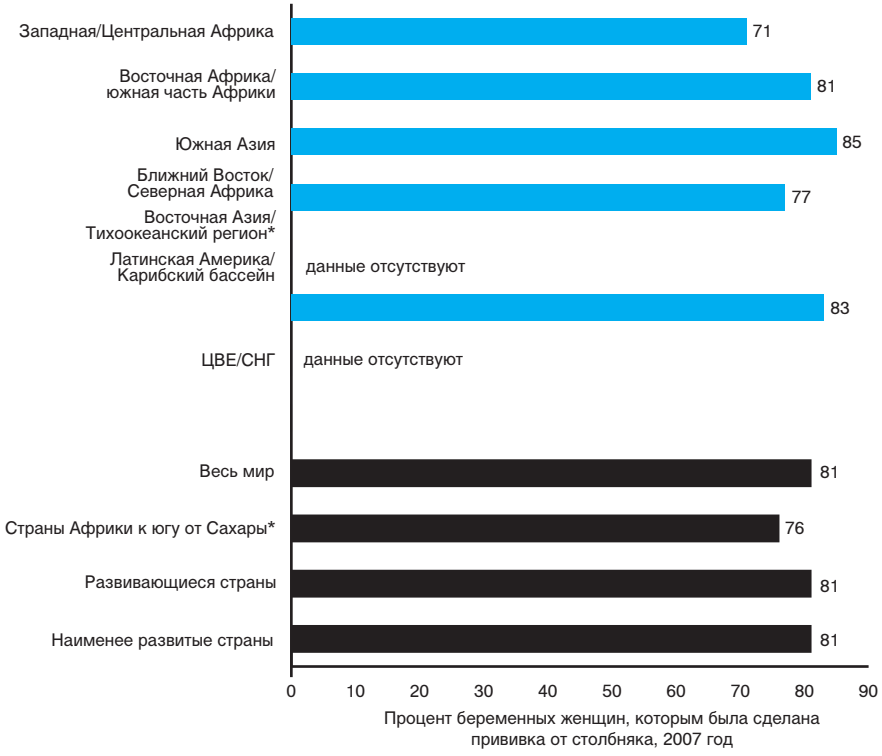
Раздача обработанных инсектицидами противомоскитных сеток беременным женщинам в эндемичных по малярии районах может сократить распространенность возбудителя малярии, тем самым улучшая охрану здоровья как беременных женщин, так и их еще не родившихся детей. Периодическое профилактическое лечение малярии в период беременности применяется как в целях предупреждения, так и лечения этой болезни. Оно состоит в приеме одной дозы комбинированного противомалярийного препарата не менее двух раз в период беременности, независимо от того, больна беременная женщина или нет. Несмотря на предполагаемую эффективность этого метода лечения, охват им остается ограниченным в эндемичных по малярии районах[8].

Расширение охвата дородовым наблюдением

Причины ухудшения здоровья беременных женщин по большей части можно предупредить, выявить или устранить благодаря осмотрам врача и наблюдению в дородовой период. Дородовое обслуживание дает возможность охватить беременных женщин

Диаграмма 3.1

Защита от неонатального столбняка



* Страны Африки к югу от Сахары включают регионы Восточной Африки/южной части Африки и Западной/Центральной Африки.

Источник: ЮНИСЕФ и Всемирная организация здравоохранения.

Ликвидация материнского и неонатального столбняка

Столбняк остается важной причиной материнской и неонатальной смертности, которая в 2002 году унесла жизни более 180 тыс. новорожденных и от 15 тыс. до 30 тыс. матерей. Болезнь развивается при инфицировании через порез или рану бактерией *Clostridium tetani*. Нарушения в отношении стерильности при родах или абортах могут привести к материнскому столбняку, тогда как причиной столбняка новорожденных является несоблюдение гигиенических норм при обработке пуповины или культи пуповины у младенцев. При отсутствии интенсивной больничной помощи неонатальный столбняк почти всегда приводит к смертельному исходу. Так же как и в связи с другими причинами материнской и неонатальной смертности, большинство смертей от столбняка регистрируется в странах Африки к югу от Сахары и Азии, особенно в бедных и маргинализированных местных сообществах, где женщины имеют ограниченный доступ к качественной медицинской помощи либо не имеют его вовсе и недостаточно осведомлены о безопасных с точки зрения инфицирования родах.

Столбняк легко предотвратить с помощью вакцинации взрослых женщин и соблюдения гигиенических норм во время родов. Все более широкое применение этих мер, и особенно иммунизация беременных женщин, привело к значительному сокращению числа случаев столбняка и смертности от столбняка матерей и новорожденных после 1980 года, самого первого года, по которому имеются исчерпывающие данные. В 1988 году столбняк был причиной примерно 800 тыс. неонатальных смертей и более 90 стран сообщили об одном или более случаев неонатального столбняка на 1000 живорождений на уровне района. К середине 2008 года число стран, сообщивших об одном или более случаев материнского и неонатального столбняка на уровне района, снизилось до 46.

Иммунизация является одной из самых важных мер борьбы со столбняком матерей и новорожденных. Столбнячный анатоксин доказал свою эффективность в борьбе против столбняка, причем две его дозы в большинстве случаев обеспечивают защитную концентрацию анатоксина, а после третьей дозы вырабатывается почти 100-процентный иммунитет. Глобальный уровень охвата беременных женщин прививками от столбняка новорожденных резко вырос с 1980 года, когда он составлял всего 9 процентов, до 81 процента в 2007 году. Несмотря на это, по-прежнему практически 1 из каждых 5 новорожденных остается незащищенным. Отчасти это объясняется упущенными возможностями для вакцинации беременных женщин, посещающих медицинские учреждения в рамках дородового обслуживания, поскольку некоторые женщины приходят на прививку слишком поздно, или невозможностью провести послеродовую иммунизацию для обеспечения защиты в период будущих беременностей.

В основном риску инфицирования столбняком подвергаются живущие в местных сообществах лица, доступ которых к услугам по охране здоровья и иммунизации ограничен. Для их охвата такими услугами был предложен новый подход, получивший название "подход, применяемый в условиях высокого риска". Он имеет целью охватить всех женщин детородного возраста, живущих в районах, как считается, высокого риска, прививками не менее двух доз противостолбнячной вакцины. В местных сообществах проводится разъяснительная работа в целях информирования населения о связанных со столбняком факторах риска, которые включают несоблюдение гигиенических норм во время родов и отсутствие иммунизации. Пропагандируется необходимость усовершенствовать, с точки зрения гигиены, методы родовспоможения, а также усиливается контроль в отношении неонатального столбняка. Женщины, не имеющие документального подтверждения того, что в детстве им была сделана прививка противостолбнячной вакцины, проходят повторную иммунизацию.

Данный подход, используемый в условиях высокого риска, получил широкое распространение и способствовал охвату 64 млн. женщин по крайней мере двумя дозами противостолбнячной вакцины в период между 1999 и 2005 годами. На страновом уровне были получены впечатляющие результаты:

- В *Непале* до введения иммунизации в начале 1980-х годов обследования показывали высокие коэффициенты смертности новорожденных от неонатального столбняка. После введения иммунизации взрослых женщин и внедрения подхода, применяемого в условиях повышенного риска, коэффициент смертности от неонатального столбняка к 2005 году снизился до одного случая смерти на 1000 живорождений в каждом районе.

- Обследование, проведенное в 1986 году в *Египте*, показало, что на каждую тысячу родившихся детей семеро умирали от неонатального столбняка, а в сельских районах уровень смертности составлял 10 случаев смерти на 1000 живорождений. К 2007 году после внедрения подхода, применяемого в условиях высокого риска, этот коэффициент снизился до менее одного случая смерти на 1000 живорождений во всех районах.

- В середине 1980-х годов в *Бангладеш* регистрировался высокий коэффициент смертности от столбняка новорожденных, который в некоторых районах страны составлял 20–40 случаев смерти на каждую 1000 живорождений. В то время всего 5 процентам женщин детородного возраста была сделана прививка противостолбнячной вакцины и только 5 процентов беременных женщин могли позволить себе рожать в безопасных с точки зрения инфицирования условиях. Внедрение подхода, применяемого в условиях высокого риска, помогло Бангладеш к 2008 году сократить смертность от неонатального столбняка до менее чем одного случая смерти на 1000 живорождений.

В некоторых местах указанный подход используется для проведения, наряду с вакцинацией против столбняка, других эпидемиологических мероприятий, включая применение вакцины против кори (например, в Кении, Южном Судане) и добавки витамина А (например, в Демократической Республике Конго). Другие страны, такие как Эфиопия, Уганда и Замбия, включили данный подход в механизмы, обеспечивающие предоставление пакетов основных услуг. В дополнение к сокращению смертности от неонатального столбняка данный подход имеет то главное преимущество, что он уменьшает неравенство в доступе к услугам по охране здоровья матерей и новорожденных внутри стран и показывает возможность охвата мерами по поддержанию здоровья тех групп населения, о которых нередко забывают или просто игнорируют.

См. "Ссылки", стр. 109.

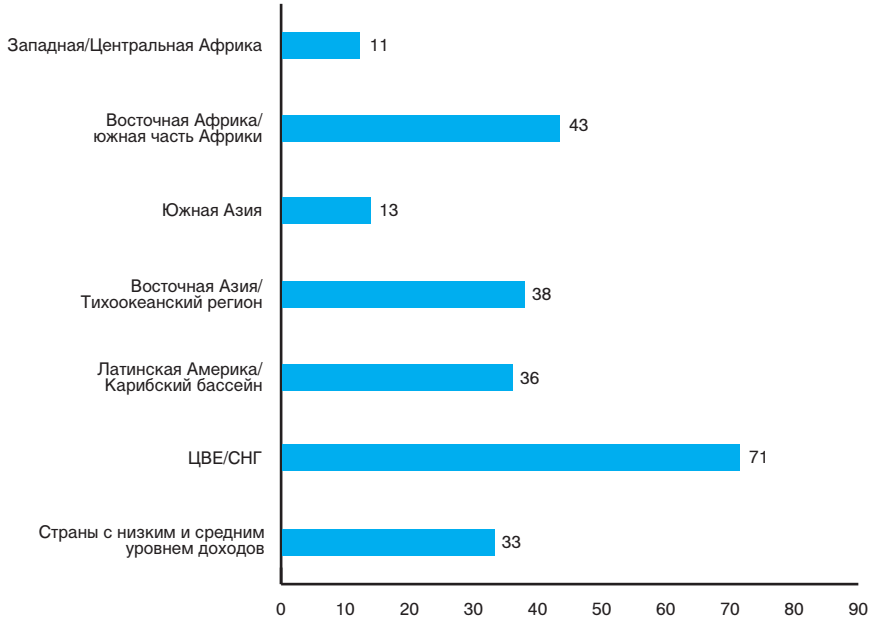
Дородовое наблюдение дает возможность для охвата беременных женщин комплексом медицинских мероприятий, таких как иммунизация, добавки микроэлементов и усовершенствованная гигиеническая практика.

множеством мероприятий по охране здоровья, что жизненно важно для благополучия их самих и их новорожденных детей. Назначение добавок питательных микроэлементов, таких как протеин, фолиевая кислота и железо, профессиональными или местными медицинскими работниками может оказать положительное воздействие, уменьшив вероятность недоедания и анемии у матери и пониженной массы тела при рождении у младенца.

ЮНИСЕФ и ВОЗ рекомендуют в период беременности как минимум четыре осмотра у антенатолога. Это помогает предоставить беременным женщинам основные услуги, включая меры по выявлению и лечению малярии и анемии; вакцинацию против столбняка; лечение инфекций, передаваемых половым путем, и антиретровирусную терапию для ВИЧ-положительных беременных женщин; а также предоставление беременным женщинам важной информации о рисках в период беременности и во время родов. Вследствие ограниченности данных и того факта, что во многих странах число дородовых осмотров у антенатолога гораздо меньше числа, предлагаемого межведомственной рекомендацией ООН, большинство имеющихся данных относятся к женщинам, которые прошли как минимум один осмотр у антенатолога[9].

Диаграмма 3.2

Антиретровирусная профилактика для ВИЧ-положительных матерей в целях предупреждения передачи ВИЧ от матери ребенку



Оценочная доля ВИЧ-положительных беременных женщин, получивших антиретровирусные препараты для предупреждения передачи ВИЧ от матери ребенку, 2007 год

Источник: ЮНИСЕФ, ЮНЭЙДС и ВОЗ, *Towards Universal Access: Scaling up HIV services for women and children in the health sector - Progress Report 2008,* UNICEF, New York, 2008, p.43.

В развивающихся странах в целом три четверти беременных женщин как минимум один раз проходят дородовой осмотр у профессионального медицинского работника, хотя обследования домохозяйств, которые регистрируют эти данные, не дают представления о качестве обслуживания или сообщаемой женщинам информации.

В трех регионах – Латинской Америке и Карибском бассейне, Центральной и Восточной Европе и Содружестве Независимых Государств, а также Восточной Азии и Тихоокеанском регионе – примерно 9 из каждых 10 беременных женщин один или более раз посещают антенатолога. Эти показатели гораздо ниже на Ближнем Востоке и в Северной Африке, странах Африки к югу от Сахары (72 процента в обоих регионах) и Южной Азии (68 процентов).

Однако даже при сравнительно низких уровнях охвата дородовым обслуживанием в этих регионах оно дает важную возможность для охвата большой доли беременных женщин основными услугами[10].

Предоставление пакета основных услуг, включая те из них, которые уже вызывают устойчивый интерес – такие, как обработанные инсектицидами противомоскитные сетки, – может увеличить спрос на дородовое обслуживание и пользование соответствующими услугами. Это может также побудить женщин к посещению поликлиник и просветительских мероприятий по дородовому обслуживанию на ранних сроках беременности.

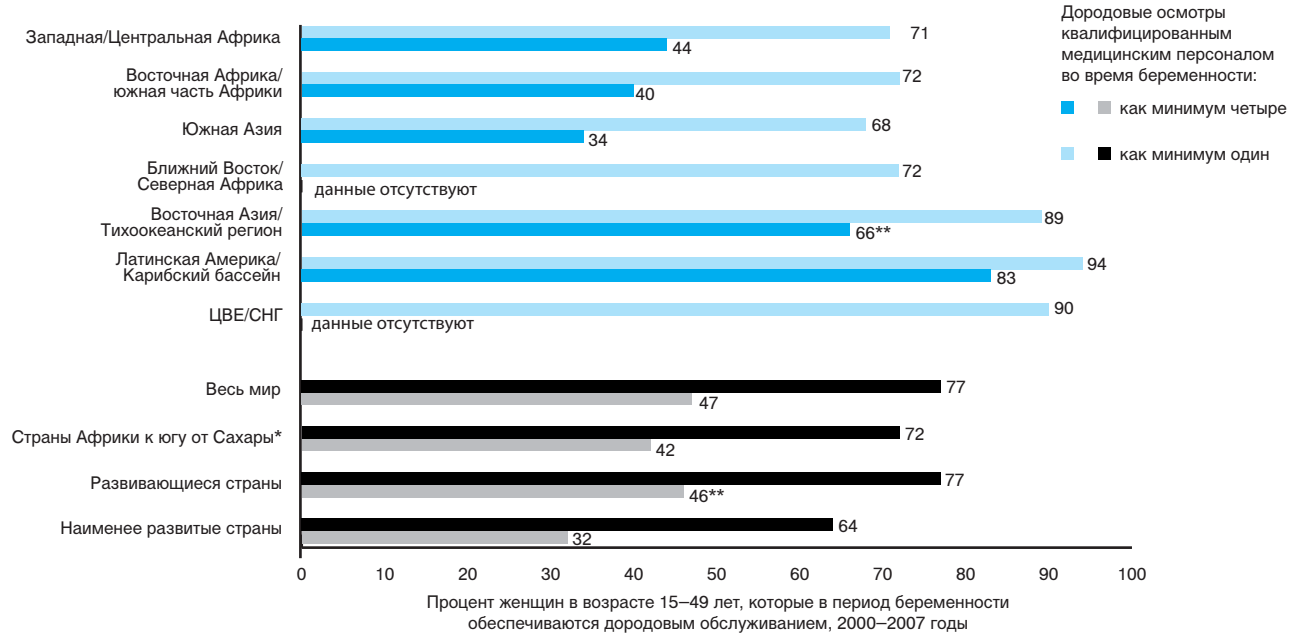
Обеспечение квалифицированной медицинской помощи при родах

Процесс деторождения может представлять риск не только для младенца, но и для матери. Три четверти материнских смертей происходят из-за осложнений, возникающих либо при родах, либо в ранний послеродовой

В наименее развитых странах 1 из 3 женщин не получает какого-либо дородового обслуживания в период беременности и 3 из 5 женщин рожают детей без помощи профессионального медицинского работника.

Диаграмма 3.3

Охват дородовым обслуживанием



* Страны Африки к югу от Сахары включают регионы Восточной Африки/южной части Африки и Западной/Центральной Африки. ** За исключением Китая.

Источник: демографические и медико-санитарные обследования, кластерные обследования по методу совокупных показателей и другие национальные обследования домохозяйств.

период. Эти осложнения включают: кровотечение (25 процентов материнских смертей); инфекции (15 процентов); осложнения аборта (13 процентов); эклампсию или связанные с ней гипертензивные нарушения (12 процентов); и роды при наличии механического препятствия прохождению плода (8 процентов)[11].

Количество материнских смертей от осложнений, связанных с родами, можно сократить путем увеличения доли родов, принимаемых профессиональным медицинским работником – врачом, медсестрой или дипломированной акушеркой. Квалифицированные медицинские работники должны уметь оказывать помощь не только при нормальном течении родов или при родах с небольшими осложнениями, но также должны уметь определять, когда могут возникнуть серьезные осложнения, для устранения которых требуется специализированная неотложная помощь. Однако даже профессиональным медицинским работникам нужен доступ к основным лекарственным средствам, принадлежностям медицинского назначения и оборудованию для оказания адекватной помощи, особенно когда возникают такие осложнения, как кровотечение, сепсис и роды при наличии механического препятствия прохождению плода. Они также должны обладать соответствующими навыками и способностью оценить положение, с тем чтобы выявлять серьезные осложнения и уметь вовремя направить пациента для оказания ему специализированной помощи.

За последнее десятилетие в развивающихся странах, за исключением стран Африки к югу от Сахары, заметно увеличилось число родов, принятых квалифицированным персоналом. За период с 2000 по 2007 год профессиональные медицинские работники приняли 61 процент от общего числа родов в развивающихся странах. Это улучшение было особенно значительным на Ближнем Востоке и в Северной Африке, где охват данной услугой увеличился с 55 процентов в 1995 году до 81 процента в период с 2000 по 2007 год. Два региона с самой низкой долей родов, принятых профессиональными медицинскими работниками, – страны Африки к югу от Сахары (45 процентов) и Южная Азия (41 процент) – одновременно являются регионами, на которые приходится самое большое число материнских смертей[12].

Индия, на которую приходится четверть всех родов в мире, принятых без участия квалифицированного медицинского персонала, также входит в число 10 стран, на долю которых

Ввиду того, что три четверти всех материнских смертей происходит во время деторождения или в раннем послеродовом периоде, обеспечение присутствия квалифицированного медицинского персонала при родах играет решающую роль в сокращении материнской смертности.

в целом приходится две трети родов, которые не были приняты квалифицированными медицинскими работниками. В настоящее время Индия пытается решить эту проблему, поощряя с помощью финансовых стимулов предоставление медицинской помощи на базе медицинских учреждений[13] (*см. вставку "Интеграция мер по охране здоровья матерей и детей в Индии", стр. 84*).

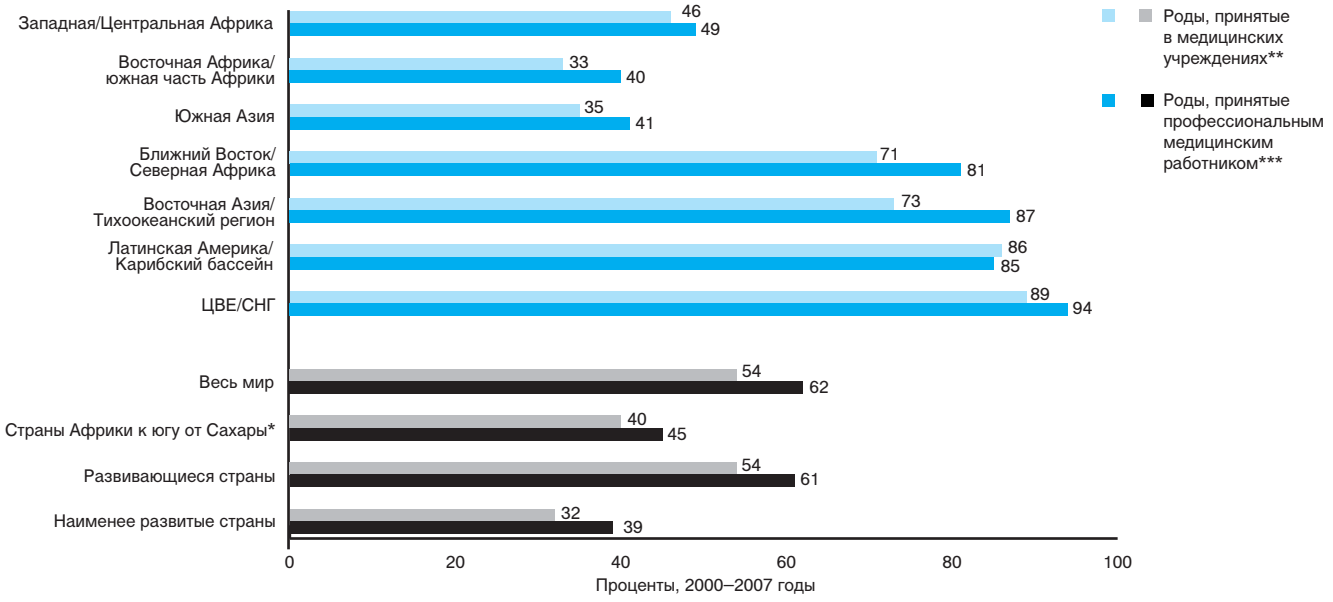
Повсюду в мире вероятность того, что роды будет принимать квалифицированный медицинский персонал, в два раза выше в городских, чем сельских районах. В Западной и Центральной Африке разрыв в этой области самый большой, он составляет 2,5 раза. Заметно неравенство и в экономическом положении; в развивающихся странах в целом вероятность того, что роды будет принимать профессиональный медицинский работник, вполовину меньше для женщин из самых бедных домохозяйств по сравнению с женщинами из самых богатых домохозяйств[14]. (*Подробнее о проблеме неравенства в доступе к услугам по охране здоровья матерей см. на стр. 38 во вставке "Содействие достижению большего равенства в области охраны здоровья матерей и новорожденных".*)

ВОЗ вынесла ряд рекомендаций по уменьшению вероятности послеродового кровотечения, основной причины материнской смерти. Наиболее частыми причинами послеродового кровотечения является неспособность матки сократиться надлежащим образом, разрывы родовых путей и неполное отделение тканей плаценты. Наиболее широко распространенным методом вмешательства является активное ведение третьего периода родов, который наступает после полного рождения ребенка и продолжается до полного отделения и выхода плаценты. Активное ведение включает введение средства, стимулирующего сокращение матки и отделение и выход плаценты, и медленное пережатие, обрезание и вытяжение пуповины.

ВОЗ рекомендует применять активное ведение родов у всех женщин профессиональными медицинскими работниками, но не рекомендует использовать этот комплекс мер непрофессиональными медицинскими работниками. ВОЗ призывает к проведению дополнительных исследований по определению оптимального времени для пережатия пуповины и того, какие лекарственные средства, если это вообще

Диаграмма 3.4

Охват услугами по родовспоможению



* Страны Африки к югу от Сахары включают регионы Восточной Африки/южной части Африки и Западной/Центральной Африки.

** Роды, принятые в медицинских учреждениях: процент женщин в возрасте 15-49 лет, которые родили детей в медицинском учреждении в течение двух лет, предшествовавших обследованию.

*** Роды, принятые профессиональным медицинским работником: процент родов, принятых при участии профессионального медицинского персонала (врачи, медсестры и акушерки).

Источник: демографические и медико-санитарные обследования, кластерные обследования по методу совокупных показателей, Всемирная организация здравоохранения и ЮНИСЕФ.

Ликвидация неравенства крайне важна для улучшения здоровья матерей. Вероятность того, что роды будут принимать профессиональные медицинские работники, вполовину меньше для женщин из квинтили самых бедных домохозяйств по сравнению с женщинами из квинтили самых богатых домохозяйств.

Гипертензивные нарушения: наиболее распространенные, но от этого не менее сложные

Гипертензивные нарушения – самые распространенные медицинские проблемы, которые возникают в период беременности, и на них приходится значительная доля – от 12 до 20 процентов – материнских смертей в мире. Во всех регионах женщины страдают от этих проблем, которые становятся причиной почти 10 процентов материнских смертей в Африке и Азии, более 16 процентов – в промышленно развитых странах и более четверти всех материнских смертей в Латинской Америке и Карибском бассейне. Гипертензия в период беременности может привести к ряду заболеваний – от повышенного кровяного давления, наименее тяжелого состояния, до кровоизлияния в мозг, что смертельно опасно. Она может привести к смерти плода, преждевременным родам и пониженной массе тела при рождении.

Причины гипертензии в полной мере еще не изучены, однако исследования свидетельствуют о том, что факторами риска являются ожирение, чрезмерное потребление соли и генетическая предрасположенность. Некоторые формы гипертензии при беременности возникают в силу биологии самой беременности. Преэклампсия, которая развивается после первых 20 недель беременности, определяется как вызванная беременностью гипертензия, которая сопровождается повышенным содержанием белка в моче и представляет наибольший риск для здоровья матери и плода, особенно в сочетании с хронической гипертензией. Это основная причина преждевременных родов.

Предрасположенность матерей к этим нарушениям вызывается несколькими факторами риска, включая первую беременность, многоплодную беременность, хроническую гипертензию в анамнезе, возраст матери старше 35 лет, обусловленный беременностью диабет, ожирение и порок развития плода. Результаты одного исследования показали, что интервалы в 59 или более месяцев между беременностями также связаны с более высокими рисками преэклампсии и эклампсии. Исследователи также предположили, что возможными причинами является гормональный дисбаланс, недостаток кальция в организме и резистентность к инсулину.

Добавки кальция доказали свою эффективность в качестве действенной меры в развивающихся странах, где беременные женщины могут испытывать недостаток кальция в организме, сократив распространенность преэклампсии на 48 процентов. Если бы эта мера оказывала аналогичное воздействие на материнскую смертность от гипертензивных нарушений, то добавки кальция могли бы предупредить примерно 21 500 материнских смертей. Magpie Trial, крупнейшее исследование в отношении гипертензивных нарушений при беременности, проведенное в 1998–2002 годах в промышленно развитых и развивающихся странах, а также последующие исследования позволили получить убедительные доказательства того, что сульфат магния, назначавшийся женщинам на стадии преэклампсии, может снижать для них риск прогрессирования этого состояния до стадии эклампсии. Последующие исследования укрепили доказательную базу в поддержку использования этой исключительно важной и недорогой меры.

В идеале оказание медицинской помощи должно начинаться до зачатия ребенка, с тем чтобы по истории болезни женщины можно было судить о состоянии ее репродуктивного здоровья и методах лечения хронической гипертензии. Женщинам-гипертоникам также нужна информация о рисках, которым они будут подвергаться во время беременности, и об изменении их образа жизни, которое может потребоваться в связи с болезнью. Беременным женщинам-гипертоникам обычно рекомендуется соблюдать постельный режим. Для мониторинга начала и развития преэклампсии и других гипертензивных состояний необходимо регулярно проходить осмотр у квалифицированного медицинского персонала.

Артериальная гипертензия беременных давно хорошо изучена как акушерское заболевание, при этом принимаемые в связи с ним меры сосредоточены главным образом на исходе беременности и в меньшей степени – на долго- и краткосрочных последствиях для матери. Новые исследования показывают, однако, что гипертензия при беременности может также оказывать отрицательное воздействие на здоровье матери в постнатальный период, увеличивая риск развития хронической гипертензии и сердечно-сосудистых заболеваний. Высокая материнская смертность и заболеваемость, вызванная этими нарушениями, служит основанием для проведения дальнейших исследований. Результаты лечения этих заболеваний будут иметь большое значение для модели охраны здоровья матерей и новорожденных на основе континуума услуг.

См. "Ссылки", стр. 109.

Предоставление неотложной акушерской и неонатальной помощи и обеспечение доступа к послеродовому уходу – это ключевые проблемы, решение которых даст возможность улучшить здоровье матерей и новорожденных.

требуется, должны применять непрофессиональные медицинские работники.

Благодаря квалифицированной медицинской помощи также могут быть минимизированы другие связанные с деторождением риски. Всемирная организация здравоохранения рекомендует за несколько дней до родов госпитализировать женщину с диагнозом эклампсия или преэклампсия, чтобы она прошла лечение с помощью сульфата магния. Большинство инфекционных заболеваний поддаются лечению с помощью антибиотиков. Некоторые инфекционные заболевания, такие как столбняк, легко предотвратить с помощью программ иммунизации и использования стерильных методов обработки пуповины[15] (*см. вставку на стр. 49 "Ликвидация материнского и неонатального столбняка"*).

Предоставление неотложной акушерской и неонатальной помощи

Нередко для спасения жизни женщины, у которой возникли связанные с родами осложнения, необходимо своевременное оказание помощи в медицинском учреждении. Крайне важно качество предоставляемой медицинским учреждением помощи: для оказания надлежащей помощи медицинское учреждение должно иметь необходимые лекарственные средства, медицинские принадлежности, оборудование и персонал. Кроме того, в нем должны быть созданы условия для проведения мероприятий по спасению жизни, таких как кесарево сечение, переливание крови и реанимация новорожденных.

Данные о предоставлении неотложной акушерской помощи в развивающихся странах нередко бывают скудными. Исследования показывают, что неотложная акушерская помощь требуется в связи с почти 15 процентами живорождений, а в ходе 5–15 процентов родов возникает необходимость в оперативном вмешательстве в виде кесарева сечения. Очевидно, что сохраняется множество существенных пробелов в охвате этими услугами, особенно в сельских районах стран Африки к югу от Сахары, где доля операций кесарева сечения от всех родов составляет примерно 2 процента[16].

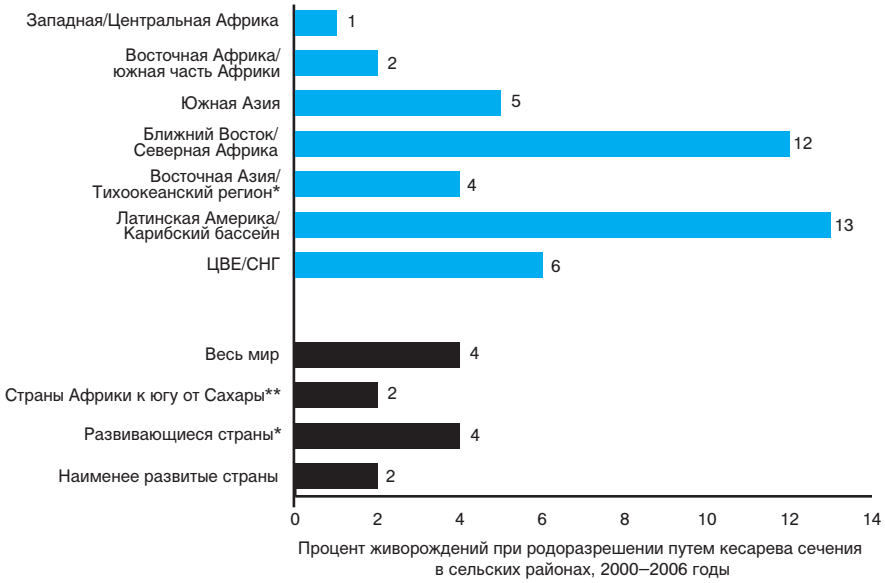
Факторы, препятствующие оказанию неотложной акушерской помощи, в частности, включают: значительную отдаленность, взимание платы непосредственно с пациентов, транспортные и гостиничные расходы, неосведомленность и культурные барьеры. Кроме того, качество предоставляемой помощи также может быть сдерживающим фактором, как видно из исследования, проведенного в северных районах Объединенной Республики Танзании, где низкое качество оказываемой в медицинских учреждениях помощи было основным препятствием для доступа к такой помощи[17].

Обеспечение доступа к послеродовой помощи

Очевидно, что необходимо уделять гораздо больше внимания послеродовой помощи – мероприятиям, которыми долгое время пренебрегали во многих развивающихся странах, в результате чего в рамках континуума услуг образовался соответствующий пробел. Как свидетельствуют данные, высокие риски материнской смертности и заболеваемости существуют в течение 48 часов непосредственно после родов, и этим объясняется настоятельная необходимость в оказании медицинской помощи в начальный послеродовой период. Постнатальная помощь нередко бывает жизненно важной для новорожденных, особенно сразу после рождения. Примерно три четверти случа-

Диаграмма 3.5

Неотложная акушерская помощь: кесарево сечение в сельских районах



* За исключением Китая. ** Страны Африки к югу от Сахары включают регионы Восточной Африки/южной части Африки и Западной/Центральной Африки.

Источник: демографические и медико-санитарные обследования, другие национальные обследования домохозяйств и ЮНИСЕФ.

© UNICEF/HQ07-0367/Dan Thomas

Для создания континуума качественных услуг по охране здоровья матерей и новорожденных необходимо набрать и подготовить квалифицированный медицинский персонал и местных медико-санитарных работников. *Медсестра ухаживает за новорожденным ребенком в педиатрической больнице, Корейская Народно-Демократическая Республика.*

ев неонатальной смерти происходит в течение первой недели жизни, и при этом не менее половины из них – в течение 24 часов после рождения.

Во многих развивающихся странах матери могут быть выписаны из больницы в течение 24 часов после родов или у них может не быть доступа к квалифицированной медицинской помощи. Данные свидетельствуют о том, что даже по завершении периода повышенного риска опасности материнской смертности и заболеваемости сохраняются по крайней мере в течение 42 дней после родов или даже на протяжении периода от шести месяцев до года. Основными причинами смертности в послеродовой период являются сильное кровотечение, инфицирование и гипертензивные нарушения. Чтобы справиться с этими осложнениями, требуется квалифицированная медицинская помощь и присутствие профессиональных медицинских работников при родах, о чем говорилось в предыдущих разделах настоящей главы[18].

В сопряженный с высоким риском послеродовой период, когда необходимо немедленно выявлять малейшие осложнения и направлять пациентов для оказания им более квалифицированной и специализированной помощи, обязательны регулярные послеродовые осмотры. Даже при отсутствии каких-либо осложнений эти осмотры могут дать важную информацию и представление о состоянии здоровья матери и новорожденного – особенно в отношении ухода за младенцами и их вскармливания, опасных симптомов болезни, процессов предоставления консультативной помощи и совершенствования гигиенических норм. Исследования показывают, что там, где в течение 48 часов после родов проводится осмотр матери и младенца, число неонатальных смертей меньше. В особом внимании нуждаются ВИЧ-положительные матери и недоношенные младенцы[19]. Особо пристальное внимание следует уделять младенцам с пониженной массой тела при рождении, в частности это касается регулирования температурного режима (*см. вставку «Уход за ребенком по методу "мама-кенгуру" в Гане» на стр. 62*).

Даже те матери, которые воспользовались неотложной послеродовой помощью, нередко остаются без должного внимания в последующие дни и недели. Их следующая встреча с медицинскими работниками может состояться по прошествии шестинедельного периода, когда ребенку должен быть сделан первый курс прививок. Данные говорят о том, что матери, даже если у них наблюдается послеродовое кровотечение или такие осложнения, как акушерский свищ и выпадение матки[20], обращаются за послеродовой помощью гораздо реже, чем за услугами в рамках дородового наблюдения или за квалифицированными услугами по родовспоможению.

Эффективная постнатальная помощь подразумевает предоставление ухода и наблюдение в течение начального послеродового периода, а также несколько последующих осмотров. Возможность обеспечить повторное обращение матерей в медицинские учреждения или патронажное наблюдение в последующие после родов дни и недели может быть затруднена в связи с расходами или трудностями в организации транспортных средств и осмотров или из-за соображений культурного характера, которые делают маловероятным новое обращение женщин в медицинский пункт или больницу. Вот почему патронажные услуги играют важную роль в поддержании здоровья матерей и новорожденных, независимо от того, где проходили роды. (*См. вставку "Первые 28 дней жизни" на стр. 57 и вставку "Спасение жизней матерей и новорожденных – решающие первые дни после родов" на стр. 80–81.*)

Мало что известно о последствиях и степени тяжести депрессии в период беременности и послеродовой период в развивающихся странах. Как показали исследования, поддержка со стороны партнера и общества, жизненные обстоятельства, материнский опыт и темперамент младенца считаются критическими факторами при наступлении депрессии в течение года после родов.

В то время как, по оценкам, примерно 10–15 процентов женщин в промышленно развитых странах подвержены депрессии в течение нескольких недель и месяцев после родов, по развивающимся странам имеется весьма скудная информация. Данные маломасштабных исследований из Пакистана и Вьетнама свидетельствуют о том, что от депрессии страдают женщины, у которых дети имеют пониженный вес, а исследования из Индии говорят о том, что дети подверженных депрессии матерей могут иметь более высокий риск задержки в росте[21].

Благоприятная для здоровья практика ухода за новорожденными

Для предупреждения смертей новорожденных необходима, скорее, квалифицированная помощь, чем методика, а также гибкая система обслужива-

Пропаганда благоприятной для здоровья матерей и новорожденных модели поведения, особенно в сфере питания и гигиены, жизненно важна в плане снижения рисков для здоровья и заболеваемости.

© UNICEF/HQ05-1795/Giacomo Pirozzi

Квалифицированный медицинский персонал, имеющий доступ к надлежащему оборудованию по поддержанию жизни, может проводить важные для спасения жизни мероприятия в случае возникновения чрезвычайных обстоятельств во время родов. *Медицинский работник детской больницы следит за состоянием здоровья новорожденного, Украина.*

ния, способная быстро реагировать на любые потребности. Состояние системы здравоохранения, социальные условия и местная практика имеют не меньшее значение, чем эпидемиологические риски. Здоровье новорожденных можно улучшить, например, с помощью методов, не требующих больших расходов, таких как безопасные с точки зрения инфицирования роды и пропаганда раннего и исключительно грудного вскармливания, а также обеспечения того, чтобы мать на момент родов была здорова.

В последнее время достигнут прогресс в осуществлении простых, эффективных с точки зрения затрат мер вмешательства, которые оказывают положительное влияние на здоровье новорожденных, а именно: иммунизация от столбняка, использование обработанных инсектицидами противомоскитных сеток для борьбы с малярией и добавки питательных микроэлементов. Исследование, проводившееся для определения уровня охвата мерами по обеспечению выживания матерей, новорожденных и детей, показало значительное улучшение в осуществлении данных профилактических мер по сравнению с оказанием медицинской помощи. Успехи в реализации мер, направленных прежде всего на изменение моделей поведения, например в отношении грудного вскармливания, носили неоднозначный характер[22].

С начала 1990-х годов основной акцент при преодолении этих многообразных угроз для жизни детей делается на широком межсекторальном подходе, в рамках которого признается, что любой недуг в основе своей имеет, как правило, не одну, а несколько причин. Этот подход, представленный ЮНИСЕФ и Всемирной организацией здравоохранения и более известный как Комплексная программа лечения детских болезней (КПЛДБ), все чаще дает положительные результаты. Совсем недавно эта комплексная модель стала неотъемлемой частью континуума услуг по охране здоровья матерей, новорожденных и детей.

Континуум услуг: медицинское обслуживание по месту жительства

В настоящее время общепризнано, что предоставление услуг "в пакете" также может повысить их эффектив-

Первые 28 дней жизни

Зульфикар А. Бхутта, профессор и заведующий кафедрой педиатрии и детского здоровья Университета Ага Хана, Карачи, Пакистан

Общепризнано, что большая доля детских смертей приходится на первые 28 дней жизни. По оценкам, в 2007 году в мире из 9,2 млн. случаев смерти детей в возрасте до 5 лет примерно 40 процентов произошли в неонатальный период. Во многих развивающихся странах на долю неонатальных смертей приходится более половины всех случаев младенческих смертей, причем подавляющее их большинство происходит в первые несколько дней жизни. Основными причинами этого являются серьезные инфекционные заболевания (36 процентов), недоношенность (27 процентов), асфиксия плода при рождении (23 процента) и врожденные пороки развития (7 процентов). Эти цифры не включают регистрируемые ежегодно оценочные 3 млн. мертворождений. Примерно 30–40 процентов этих мертворождений связаны с осложнениями во время родов, которые в свою очередь могут возникнуть из-за внутриутробных пороков развития и асфиксии.

Относительное отсутствие прогресса в сокращении неонатальной смертности объясняется несколькими факторами. Самый важный из них заключается в том, что состояние здоровья новорожденного в неонатальный период, в отличие от здоровья младенца в постнатальный период (от 29 дней до 59 месяцев), полностью зависит от здоровья матери. В целях его улучшения требуются меры для решения таких сложных вопросов, как расширение прав и возможностей матерей, социокультурные запреты и способность систем здравоохранения чутко реагировать на изменения.

Среди специфических факторов, ведущих к неонатальным смертям, следует отметить:

- отсутствие внимания к материнскому здоровью при ограниченном доступе к услугам профессиональных медицинских работников;
- неудовлетворительное состояние услуг по охране материнского здоровья, особенно во время домашних родов, с которыми связана как минимум половина всех неонатальных смертей;
- ненадлежащее выявление болезней новорожденных и необращение за медицинской помощью со стороны семей и местных сообществ;
- ограниченный набор мер вмешательства, принимаемых в связи с ранними неонатальными нарушениями, такими как асфиксия плода при рождении и проблемы, связанные с преждевременными родами;
- отсутствие согласия в отношении мер вмешательства и методики ведения родов, необходимого для предупреждения и лечения серьезных неонатальных инфекций – помимо столбняка новорожденных – в условиях местного сообщества.

В последние годы значительно улучшилось наше понимание неонатальных болезней и смертности. Неравенство в распределении материнских и неонатальных смертей указывает на то, что бóльшая их часть приходится на бедные сельские группы населения и нередко обделенные вниманием стихийно возникшие городские поселения. Многие страны также согласны с тем, что достижение цели в области развития Декларации тысячелетия по сокращению детской смертности невозможно без улучшения охраны здоровья матерей и новорожденных и сосредоточения усилий на сокращении смертности в течение первых 28 дней жизни.

Наряду с этим также улучшилось качество данных, на основе которых разрабатываются стратегии и мероприятия, в которых задействованы местные партнерства. С помощью ряда программ, осуществляемых преимущественно в Южной Азии, предпринимаются попытки в условиях местных сообществ сократить неонатальную заболеваемость и смертность путем использования инновационных подходов. В рамках принципиально нового исследования, осуществляемого в сельских районах штата Махараштра, Индия, д-р Абхай Банг с коллегами проводит профессиональную подготовку местного медицинского персонала, работающего с лицами, оказывающими традиционные акушерские услуги, с тем чтобы они умели распознавать серьезные неонатальные осложнения, такие как асфиксия плода при рождении или возможные бактериальные инфекции, и могли лечить их с помощью реанимационных мероприятий в домашних условиях или пероральных и иньекционных антибиотиков соответственно. Применяемые в рамках этой программы методы ухода за новорожденными на дому способствовали значительному сокращению неонатальной смертности. Совсем недавно исследователи из Университета Джонса Хопкинса наглядно доказали эффективность использования соответствующим образом подготовленных местных медицинских работников для предоставления комплексного пакета профилактических и медицинских услуг по уходу за новорожденными в сельских районах около города Силхет, Бангладеш. Хотя в рамках этих исследований важное место было отведено факту предоставления помощи в домашних условиях, вполне допустимо, что полученные значительные выгоды стали результатом совершенствования семейной практики и ухода за новорожденными. При проведении одного исследования в округе Маквaнпур, Непал, женские группы поддержки при содействии специально подготовленных координаторов добились значительного сокращения неонатальной смертности. Дальнейшие исследования показали, что внедрение согласованной стратегии организации обучения навыкам по уходу за новорожденными на базе местного сообщества может привести к существенному изменению принятых методов и сокращению неонатальной смертности.

Все эти последние исследования свидетельствуют о том, что организованное на уровне местного сообщества обучение усовершенствованным методам охраны здоровья матерей и новорожденных и лечению неонатальных инфекций в домашних условиях может значительно повысить выживаемость новорожденных. Для того чтобы эти стратегии в обозримом будущем оказали воздействие на системы здравоохранения, необходимо обеспечить их широкомасштабное внедрение с использованием реальных стимулов и обеспечением профессиональной подготовки имеющихся медико-санитарных работников. Подобное распространение этих стратегий происходит в сельских районах Пакистана, где местные медико-санитарные работники из числа женщин сотрудничают с деревенскими комитетами по охране здоровья и женскими группами. Недавно проведенная оценка пакистанской инициативы показала значительное сокращение перинатальной и неонатальной смертности и увеличение числа обращений за квалифицированной медицинской помощью в связи с материнским здоровьем.

Эти новые данные подтверждают действенность стратегий, направленных на улучшение здоровья матерей и новорожденных, в тех местных сообществах и семьях, на которые приходится самое большое число смертей и которые имеют наименьший доступ к качественному медицинскому обслуживанию. Задача заключается в том, чтобы интегрировать эффективные стратегии и меры по охране здоровья на всех уровнях континуума услуг по охране здоровья матерей и новорожденных, осуществляемых как в условиях местного сообщества, так и в медицинских учреждениях. Последние оценки свидетельствуют о том, что проведение базовых профилактических и лечебных мероприятий в отношении матерей и новорожденных в рамках первичной медико-санитарной помощи при обеспечении прагматичных уровней охвата в потенциале может сократить материнскую и неонатальную смертность на 20–40 процентов.

Несмотря на многообещающий характер этих мер, особенно если несколько взаимодополняющих мероприятий, проводимых рядом медицинских учреждений, объединяются в комплексные пакеты мер, во многих развивающихся странах в деятельности по усовершенствованию предоставления услуг сохраняются существенные недостатки, включая неудовлетворительное функционирование учреждений системы здравоохранения и ограниченное число квалифицированных медико-санитарных работников. Эти недостатки могут и должны быть устранены с помощью стратегий, направленных на охват тех семей, местных сообществ и районов, которые подвергаются наибольшему риску остаться вне доступа к основным мерам в области здравоохранения и услугам по охране материнского здоровья. Несмотря на эти трудности и сохраняющиеся серьезные пробелы в наших познаниях относительно наилучших способов решения неонатальных проблем, таких как асфиксия плода при рождении, слабое здоровье недоношенных младенцев и тяжелые бактериальные инфекции, в условиях местных сообществ, ясно одно: мы достаточно знаем о том, чтó может эффективно изменить ситуацию к лучшему. Крайне важно претворить наши знания в жизнь и создать политическую основу для обеспечения надлежащего материнского и неотнатального ухода там, где это имеет первостепенное значение: среди сельской и городской бедноты.

См. "Ссылки", стр. 109.

© UNICEF/HQ07-1494/Anita Khemka

Местные партнерства в области здравоохранения способны помочь в расширении охвата основными услугами и совершенствовании практики в области охраны здоровья и питания. *Местный медицинский работник-доброволец, также являющаяся профессиональной акушеркой, посещает беременную женщину в одной из деревень, Непал.*

ность и рентабельность. Кроме того, предоставление комплексных услуг создает больше стимулов для того, чтобы люди пользовались ими, и больше возможностей для расширения и увеличения охвата ими. Цель состоит в том, чтобы создать всеобъемлющую систему первичной медико-санитарной помощи, в рамках которой женщинам и детям предоставляются основные услуги и укрепляются связи между домохозяйствами и медицинскими учреждениями, которые в прошлом нередко отсутствовали.

Принятые в домохозяйстве методы и модели поведения

Когда заболевают дети, неизбежно, что члены семьи первыми оказывают им помощь, особенно это относится к родителям, близким родственникам и опекунам. В случае любого детского заболевания первоначальный диагноз чаще всего ставит не врач и не медсестра, а мать, которая оценивает симптомы, определяет степень их тяжести, после чего или сама назначает форму ухода и лечения на дому, или решает, проконсультироваться ли ей с профессиональным медицинским работником. Независимо от обращения или необращения за помощью к медицинскому работнику, именно на членов семьи ложатся заботы, связанные с уходом за больными детьми, необходимостью давать им какие-либо соответствующие лекарственные препараты или применять другие лечебные средства.

Нередко подобная ситуация, хотя и в меньшей степени, складывается в отношении беременных или недавно родивших женщин. Обычно женщина имеет собственное представление о степени серьезности любой проблемы, возникающей до, в период и после родов, однако семьи неизбежно играют ключевую роль, особенно при принятии решения о том, насколько необходимо обращение за внешней и зачастую дорогостоящей медицинской помощью. Кроме того, в силу социокультурных факторов, женщины порой должны получать разрешение своих мужей или других членов семьи, чтобы обратиться за медицинской помощью в период беременности, во время родов или в послеродовой период.

Конечно, компетентность членов семей в плане принятия решений по медицинским вопросам варьируется в огромных пределах, но ни одна система здравоохранения не может не принимать во внимание ту важную роль, которую играют члены семей или домохозяйств в выявлении и лечении заболеваний детей или матерей. Кроме то-

Местные партнерства в области здравоохранения могут пропагандировать раннее и исключительно грудное вскармливание, которое обеспечивает жизненно важную защиту новорожденных от болезней и способствует крепкому здоровью.

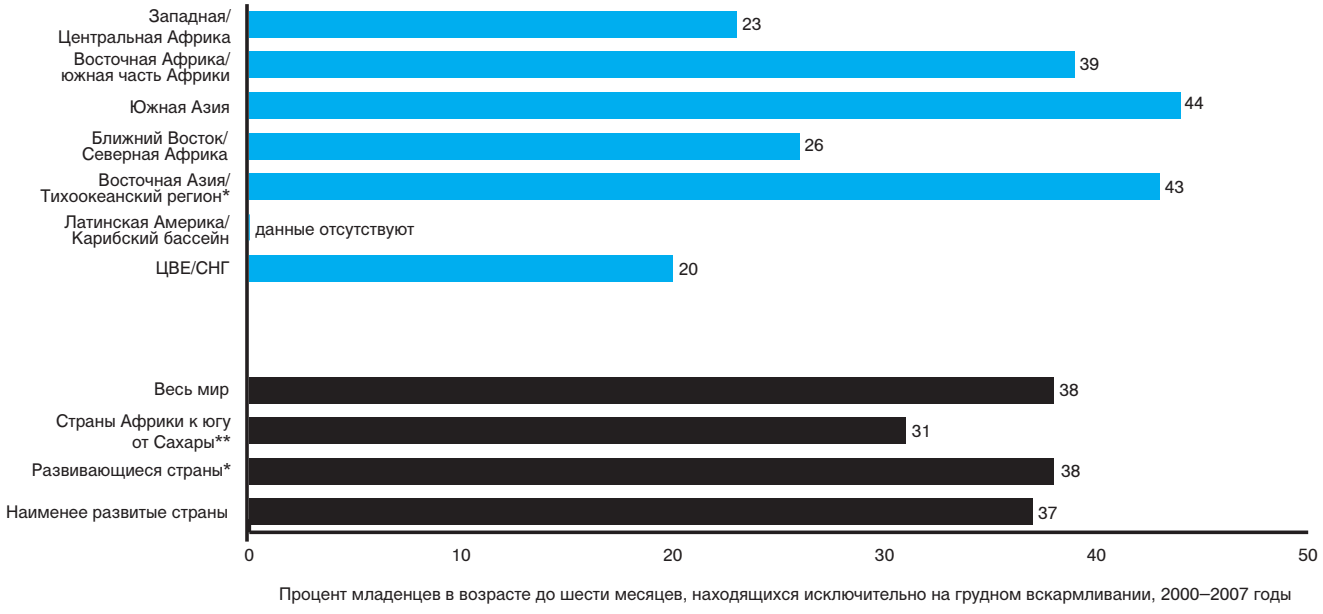
го, хотя в развивающихся странах в целом незначительное большинство родов (54 процента) происходит в медпунктах или больницах, в странах Африки к югу от Сахары и Южной Азии – регионах, на которые приходится самая большая доля материнской и неонатальной смертности, – более 60 процентов женщин рожают дома[23]. Даже тех женщин, которые рожают в медицинском учреждении, нередко выписывают из больницы в течение 24 часов после родов, и поэтому основной груз забот по предоставлению послеродового и неонатального ухода и наблюдения за матерью и новорожденным ложится на членов семьи.

На базовом уровне традиции в области питания и нормы гигиены, принятые в домохозяйстве, являются главными определяющими факторами рисков для здоровья, которым подвергаются матери и новорожденные. Ненадлежащее питание матерей, несоблюдение норм гигиены при родах и при обработке культи пуповины или пуповины, пренебрежение элементарными нормами гигиены, такими как мытье рук с мылом или золой после посещения туалета и перед приготовлением пищи и едой, а также загрязненный воздух в жилых помещениях могут способствовать распространению инфекций и таких заболеваний, как столбняк, диарея и острые респираторные инфекции. Повышение осведомленности о принятых в отдельных домохозяйствах усовершенствованной практике и моделях поведения, таких как исключительно грудное вскармливание новорожденных и младенцев до шестимесячного возраста, дает большие возможности для улучшения состояния здоровья и повышения благополучия семей.

Распространение простейшей информации, касающейся необходимости соблюдать элементарные нормы гигиены при приготовлении пищи – например, хранить пищевые продукты в закрытой посуде, чтобы туда не попадали насекомые, и сушить на солнце тряпки, которые используются для мытья тарелок или кастрюль, – может дать положительные результаты. Повышение осведомленности членов домохозяйства об элементарных мерах по охране здоровья, обеспечению надлежащего питания и соблюдению гигиены окружающей среды наряду с расширением прав и возможностей женщин в плане принятия решений, касающихся их собственного здоровья и здоровья их детей, может оказать сильное положительное влияние на результаты мероприятий по охране здоровья как детей, так и матерей или беременных женщин.

Диаграмма 3.6

Раннее и исключительно грудное вскармливание



* За исключением Китая. ** Страны Африки к югу от Сахары включают регионы Восточной Африки/южной части Африки и Западной/Центральной Африки.

Источник: демографические и медико-санитарные обследования, другие национальные обследования домохозяйств и ЮНИСЕФ.

В фокусе

Акушерство в Афганистане

Десятилетия вооруженного конфликта и нестабильности привели к разрушению основных объектов инфраструктуры системы здравоохранения. Из-за отсутствия доступа к медицинским услугам особенно пострадали женщины. Как следствие, крайне высока материнская смертность среди афганских женщин, которая, по самым последним межведомственным оценкам, в 2005 году составляла 1800 смертей на 100 000 живорождений.

Риск смерти в течение жизни от причин, связанных с беременностью или родами, для афганских женщин составляет 1 из 8 и является вторым среди самых высоких показателей в мире. Больше всего женщин в Афганистане умирают именно от этих причин, при этом самыми распространенными из них являются кровотечение и роды при наличии механического препятствия прохождению плода. Доля материнских смертей колеблется от 16 процентов от всех смертей женщин детородного возраста в Кабуле (самом крупном городе Афганистана) до 64 процентов в районном центре Рагх, провинция Бадахшан.

Причиной высоких коэффициентов материнской смертности являются несколько факторов, включая ограниченный доступ к качественным услугам по охране материнского здоровья, особенно в сельских районах Афганистана; отсутствие знаний о материнском здоровье и безопасных с точки зрения инфицирования родах; нехватка квалифицированных медицинских работников из числа женщин – с учетом прочных культурных традиций, в соответствии с которыми оказывать помощь женщине должны другие женщины. По оценкам, 9 из 10 сельских женщин рожают дома без помощи профессиональных медицинских работников или без доступа к неотложной акушерской помощи. Социокультурные факторы, запрещающие женщинам передвигаться без разрешения или сопровождения родственников-мужчин, также ограничивают их доступ к основным услугам. Другими факторами, способствующими увеличению материнской смертности, являются низкий социальный статус женщин и девочек, нищета, плохое питание и отсутствие безопасности.

Увеличение коэффициентов выживаемости матерей в Афганистане – проблема огромной важности. Решающую роль в оказании помощи могут сыграть акушерки. Всемирная организация здравоохранения рекомендует, чтобы одна акушерка или другой квалифицированный медицинский работник, способный оказать помощь при родах, приходились на 175 женщин во время беременности, родов и постнатального периода. Сравнивая эту оценку с оценочным числом родов, можно сказать, что в Афганистане необходимы 4546 акушерок для охвата 90 процентов беременных женщин. Фактически в 2002 году в стране имелось всего 467 дипломированных акушерок. Это меньше, чем численность всего женского персонала половины медицинских учреждений страны. В сельских районах провинции Нуристан соотношение численности мужского медицинского персонала к аналогичному женскому персоналу составляет 43:1. Хотя для улучшения охраны здоровья матерей и детей в Афганистане необходимо сделать еще немало, многие успешно предпринимаемые сегодня усилия сосредоточены на расширении и укреплении института акушерства.

Правительство Афганистана сотрудничает с местными и международными партнерами, включая ЮНИСЕФ, в деле разработки всеобъемлющего подхода, который включает укрепление и расширение системы обучения акушерок, создание стратегий для обеспечения решающей роли акушерок в предоставлении основной акушерской и неонатальной помощи, содействие созданию профессиональной ассоциации акушерок и разработку инициатив, направленных на расширение доступа к квалифицированной помощи во время родов.

Программа подготовки акушерок на базе местного сообщества представляет собой 18-месячную программу профессиональной подготовки, которая предъявляет менее жесткие требования к желающим участвовать в ней, чем ранее существовавшие программы акушерской подготовки. Она считается надлежащим подходом к организации широкомасштабной подготовки и использованию квалифицированных специалистов по родовспоможению. В 2008 году в стране действовало 19 таких программ подготовки акушерок, в каждой из которых участвовали 20–25 обучающихся. Благодаря этому заметно вырос учебный потенциал по сравнению с 2002 годом, когда насчитывалось всего 6 программ подготовки медсестер, имеющих сертификат акушерки, осуществлявшихся Институтом медицинских наук в региональных центрах, и действовала одна программа подготовки акушерок на базе местного сообщества в провинции Нангахар. Число имеющихся в стране акушерок быстро возросло: с 467 в 2002 году до 2167 в 2008 году.

Программы подготовки акушерок на базе местного сообщества (ППАМС) побуждают женщин из районов, где ощущается нехватка таких кадров, подавать заявки на участие в программах, при этом они отдают себе отчет в том, что по окончании обучения будут работать именно в этих районах. Данная политика привела к резкому увеличению числа медицинских учреждений, имеющих женский квалифицированный медицинский персонал (врачей, медсестер или акушерок): с 39 процентов в 2004 году до 76 процентов в 2006 году. Она также оказывает заметное воздействие на охрану материнства; доля родов, принятых профессиональными медицинскими работниками, выросла с примерно 6 процентов в 2003 году до 19,9 процента в 2006 году. Успешная реализация подхода практической подготовки способствовала тому, что действующие программы подготовки акушерок стали применять учебную программу ППАМС и используемый в ее рамках процесс выдачи сертификатов.

См. "Ссылки", стр. 109.

Службы консультативной помощи и амбулаторного обслуживания могут стать связующим звеном между домохозяйствами и медицинскими учреждениями, предоставляя услуги по охране репродуктивного здоровья, дородовому наблюдению, родовспоможению и постнатальному уходу.

© UNICEF Peru/2005

Устранение культурных, социальных и географических барьеров на пути медицинского обслуживания помогает увеличить доступ к медицинским услугам в сельских общинах. *В одном из центров здоровья медицинский работник ухаживает за матерью и ее новорожденным ребенком, Перу.*

Местные партнерства в области первичной медико-санитарной помощи

Местным сообществам отводится решающая роль в охране здоровья и обеспечении питания матерей, новорожденных и детей. Представление о местном сообществе как о краеугольном камне первичной медико-санитарной помощи было закреплено в Алматинской декларации 1978 года, поскольку абсолютно ясно, что цель по обеспечению надлежащих услуг в области здравоохранения для всех не может быть достигнута без участия местного сообщества, особенно в бедных и отдаленных районах. Очевидны выгоды от активного участия местных сообществ в совершенствовании охраны здоровья, повышении санитарной культуры, улучшении питания и усовершенствовании водоснабжения и санитарно-технических служб. Однако местные партнерства – это не просто механизм, необходимый в отсутствие более дорогостоящих альтернатив, а скорее желательный путь для обеспечения расширения прав и возможностей местных сообществ и развития их участия[24].

Участие местных партнерств особенно ценно в деле улучшения здоровья матерей, новорожденных и детей. Местные партнерства столь же разнообразны, сколь и многочисленны. Некоторые из них не очень большие и имеют лишь местное значение, тогда

как другие являются частью общенациональной сети. Одни целиком основаны на принципах добровольности, в то время как другие предполагают внесение каких-либо членских взносов. Одни функционируют независимо от национальной системы здравоохранения, тогда как другие полностью интегрированы в нее. Программы, в рамках которых есть стремление использовать подход на основе участия местных партнерств, должны быть адаптированы к конкретным местным условиям.

Самые успешные партнерства в области здравоохранения и питания не только способствуют расширению доступа населения к соответствующим услугам и установлению более тесных контактов между медицинскими работниками и отдельными лицами или домохозяйствами, но также побуждают к изменению моделей поведения и к социальной мобилизации. Самые неэффективные партнерства испытывают такие проблемы, как нехватка работников, слабая координация, недофинансирование и плохое снабжение. Примеры успешных местных партнерств в области здравоохранения по развивающимся странам свидетельствуют о том, что баланс активов и пассивов у них в целом положительный[25].

Роль местных медико-санитарных работников в охране здоровья матерей и новорожденных

Местные партнерства в области здравоохранения нередко занимаются подготовкой местных медико-санитарных работников. Эти работники осуществляют базовые мероприятия по охране здоровья и обеспечению питания с помощью посещений на дому или в каком-либо установленном месте. Местные медико-санитарные работники также проводят кампании в поддержку совершенствования методов ухода и норм гигиены. Три наиболее распро-

Уход за ребенком по методу "мама-кенгуру" в Гане

Уход за младенцами, имеющими при рождении пониженную массу тела, по методу "мама-кенгуру" был впервые внедрен в практику в 1979 году в Колумбии докторами Эктором Мартинесом и Эдгаром Рейем в качестве меры реагирования, в частности, на высокие коэффициенты инфицирования и смертности из-за перегруженности больниц. С тех пор этот метод широко используется в развивающихся странах и стал важным элементом континуума услуг в области неонатальной помощи повсюду в мире.

Четыре компонента, составляющие метод "мама-кенгуру", важны и необходимы для обеспечения наилучшего ухода за новорожденными, и особенно за младенцами с пониженной массой тела при рождении. Они включают контакт "кожа к коже" между ребенком и матерью, к груди которой он прижат; надлежащее питание путем грудного вскармливания; амбулаторное обслуживание вследствие ранней выписки из больницы; а также поддержку матери и ее семьи в обеспечении ухода за ребенком.

Самым важным способом распространения метода "мама-кенгуру" являются учебные программы. Нередко обучение ведется только в условиях больницы. Новый подход стал использоваться в Гане в рамках Проекта по распространению метода "мама-кенгуру", где он осуществлялся в четырех округах при поддержке ЮНИСЕФ и Отдела по вопросам стратегии в области здоровья матерей и младенцев Южноафриканского совета медицинских исследований. Вместо простого обучения использовался основанный на предоставлении непрерывной поддержки со стороны учреждений здравоохранения свободный подход в сочетании с методом продольных исследований.

В рамках программы методу "мама-кенгуру" будет уделяться особое внимание в течение двух-трех лет. Для этого необходимо, чтобы участники программы сосредоточились на одном из аспектов ухода за новорожденным, хорошо выполняли соответствующие требования и при этом интегрировали его в обычный режим ухода за новорожденным.

В соответствии с моделью внедрения метода определяются конкретные роли для районов и регионов, в зависимости от того, как распределяются полномочия в стране. В Гане центром, отвечающим за внедрение данного метода, является область, а на округах лежит ответственность за принятие фактических мер. Хотя половина всех родов в Гане по прежнему проходит дома, одним из краеугольных камней проекта по распространению метода "мама-кенгуру" в Гане является создание центров передового опыта в областных больницах и круглосуточной непрерывно действующей службы по обучению методу "мама-кенгуру" в каждой окружной больнице.

Наблюдение за осуществлением проекта в каждой области ведет руководящий комитет по внедрению метода "мама-кенгуру", в который входят по одному представителю от каждого округа. Они, в свою очередь, создают руководящие комитеты на окружном уровне. Хотя основное внимание в рамках проекта уделяется внедрению метода "мама-кенгуру" в окружных больницах, к этой работе в качестве партнеров также привлекаются и другие медицинские учреждения и местные организации.

Хотя всеобъемлющая оценка выполнения Программы внедрения метода "мама-кенгуру" в Гане еще не проводилась, предварительные данные свидетельствуют о его эффективности в увеличении выживаемости младенцев с пониженной массой тела при рождении и укреплении привязанности между матерями и новорожденными.

См. "Ссылки", стр. 109.

Коинфицирование ВИЧ и малярией во время беременности

Коинфицирование (одновременное заражение) ВИЧ и малярией ведет к специфическим осложнениям как у самих беременных женщин, так и в развитии плода. ВИЧ ослабляет обусловленный беременностью иммунитет к малярии, обычно приобретаемый в период первой и второй беременностей. Плацентарная малярия связана с повышенным риском материнской анемии и ВИЧ-инфицирования, особенно среди молодых женщин и женщин, беременных в первый раз. Остается неясным влияние коинфицирования на передачу ВИЧ от матери ребенку, поскольку, по данным одних исследований, риск такой передачи увеличивается, а по результатам других – не зависит от коинфицирования. От потенциальных рисков нежелательного взаимодействия лекарственных препаратов в значительной степени зависит эффективное лечение по поводу коинфицирования ВИЧ и малярией, в связи с чем требуются дополнительные исследования.

Хотя малярия распространена в Азии, Латинской Америке и Карибском бассейне и странах Африки к югу от Сахары, самое большое число случаев коинфицирования приходится на Африку, континент, где зарегистрирована наибольшая распространенность малярии и где живет более трех четвертей всех ВИЧ-положительных женщин. Однако ситуация по Африканскому континенту неоднозначная. Больше всего случаев коинфицирования ВИЧ и малярией встречается в Замбии, Зимбабве, Малави, Мозамбике и Центральноафриканской Республике, где около 90 процентов взрослого населения подвержены малярии и средний коэффициент распространенности ВИЧ среди взрослого населения превышает 10 процентов. В некоторых районах самой южной части Африки, где эпидемия ВИЧ приобрела наиболее тяжелый характер, регистрируется более низкая заболеваемость малярией, хотя ее вспышки все же случаются в отдельных районах, таких как Квазулу-Наталь, Южная Африка.

Данные по другим регионам мира не такие наглядные, но случаи наложения одной инфекции на другую могут встречаться среди всех слоев населения Белиза, Гайаны, Гватемалы, Гондураса и Сальвадора и в меньшей степени – Бразилии. Данные исследований говорят о том, что некоторые группы населения, например рабочие-мигранты, занимающиеся добычей золота в Бразилии и Гайане, могут подвергаться большему риску коинфицирования. Эпидемия ВИЧ приобрела всеобщий характер в таких странах Азии, как Мьянма и Таиланд, а вот распространенность малярии в этом регионе носит неустойчивый и неоднородный характер, так же как в Латинской Америке и Карибском бассейне. Возбудители малярии различаются по регионам – *P. falciparum* в Африке, *P. vivax* в Азии, Латинской Америке и Карибском бассейне, – и последствия болезни могут различаться по уровню видоспецифического иммунитета, приобретенного женщинами на момент наступления беременности. Женщины в Азии менее подвержены риску интенсивной передачи малярии, и поэтому у них меньше возможностей сформировать приобретенный иммунитет. Это также относится к зонам неустойчивого риска передачи малярии в отдельных районах юга Африки. Большинство исследований, касающихся заболевания малярией в период беременности, проводились в Африке, поэтому нужны дополнительные исследования в других регионах и по виду *non-falciparum.*

Больные малярией с тяжелой формой анемии, нуждающиеся в переливании крови, особенно дети, подвергаются высокому риску ВИЧ-инфицирования. Ежегодно от 5300 до 8500 детей в районах Африки, эндемичных по малярии, становятся ВИЧ-инфицированными в результате переливания крови, которое проводят в связи с тяжелой формой малярии.

Несмотря на региональные различия, коинфицирование имеет одинаковое воздействие на беременных женщин. В период беременности ВИЧ в сочетании с малярией увеличивает риск тяжелой формы анемии и снижает приобретенный иммунитет любого уровня, который мог сформироваться у женщин, живущих в районах устойчивого риска передачи малярии. Фактически это означает, что ВИЧ-положительные женщины во время второй, третьей и четвертой беременностей будут иметь такой же низкий уровень иммунитета к малярии, как и женщины, забеременевшие в первый раз. ВИЧ-инфицированные беременные женщины в два раза более восприимчивы к риску внутрибольничного заражения малярией, несмотря на свою беременность. У этих женщин малярия может сдерживать рост плода, стать причиной преждевременных родов и пониженной массы тела ребенка при рождении и ослабить передачу детям материнского иммунитета и клеточной реакции на такие инфекционные заболевания, как стрептококковая пневмония, столбняк и корь. Последние данные показывают, что у ВИЧ-позитивных матерей больше вероятность рождения детей с пониженной массой тела; в свою очередь, младенцы с пониженной массой тела при рождении подвергаются гораздо большему риску передачи ВИЧ от матери ребенку, чем младенцы с нормальной массой тела при рождении.

Влияние малярии на ВИЧ менее очевидно, хотя приступы острой малярии могут увеличить вирусную нагрузку и ускорить развитие болезни. Заболевание малярией в период беременности повышает риск внутриутробной передачи ВИЧ от матери ребенку, а также во время родов, а бóльшая вирусная нагрузка увеличивает риск передачи в период грудного вскармливания. Некоторые исследования показывают, что вирусная нагрузка может вернуться к уровням до приступа малярии, которые были достигнуты после ее лечения, и это свидетельствует о необходимости лечения малярии для замедления развития ВИЧ-инфекции и ее прогрессирования в стадию СПИДа.

Один из самых злободневных вопросов в связи с коинфицированием касается лекарственной терапии. Всемирная организация здравоохранения рекомендует, чтобы все беременные женщины в районах высокой распространенности ВИЧ (>10 процентов) получали минимум три дозы сульфадоксина/пириметамина в качестве периодического профилактического лечения, даже при отсутствии симптомов заболевания, за исключением случаев, когда они принимают ко-тримоксазол для лечения оппортунистических инфекций ВИЧ.

Многие африканские правительства используют для лечения малярии при беременности комбинированную терапию на основе артемизинина; в условиях сохраняющейся ограниченности исследований ВОЗ по-прежнему рекомендует применять такую терапию для лечения неосложненной малярии в первом триместре беременности, если это единственный доступный и эффективный метод лечения. В случае тяжелой формы анемии назначается лечение с помощью либо комбинированной терапии на основе артемизинина, либо хинина, хотя первый способ более предпочтителен во втором или третьем триместре беременности. Имеется мало опубликованной информации о рисках одновременного назначения антиретровирусных и противомалярийных препаратов, включая производные соединения артемизинина, однако до настоящего времени не выявлено значительного токсичного действия артемизининов при их одновременном введении с антиретровирусными препаратами или при их приеме на ранних сроках беременности.

См. "Ссылки", стр. 109.

Проблемы, с которыми сталкиваются девочки подросткового возраста в Либерии

Достопочтенная Ваба Гейфлор, министр по делам женщин и развития, Либерия

Обеспечить создание благоприятной среды для девочек подросткового возраста, чтобы они могли расти и развиваться и были защищены от жестокого обращения, эксплуатации, насилия и преждевременного вступления во взрослую жизнь в таких ее проявлениях, как брак и работа, – это особенно актуальная проблема в моей стране, Либерии.

В Либерии девочка подросткового возраста:

– вероятно, не ходила в начальную школу; чистый коэффициент охвата начальным образованием для девочек составляет всего 39 процентов, согласно последним национальным оценкам;

– вряд ли пойдет в среднюю школу; всего 14 процентов девочек старшего школьного возраста охвачены средним образованием;

– подвергается высокому риску остаться неграмотной, как и 24 процента девочек и молодых женщин в возрасте 15–24 лет в стране;

– подвергается высокому риску изнасилования – наиболее часто регистрируемого преступления, жертвами которого чаще всего становятся девочки в возрасте 10–14 лет;

– вероятно, имеет ограниченные познания о ВИЧ/СПИДе; всего 21 процент молодых женщин в возрасте 15–24 лет имеют всесторонние знания о ВИЧ/СПИДе;

– с высокой долей вероятности состоит либо в браке, либо брачном союзе; 40 процентов женщин в возрасте 20–24 лет в Либерии вышли замуж в возрасте моложе 18 лет;

– сталкивается с большой вероятностью забеременеть; коэффициент рождаемости у подростков в возрасте 15–19 лет составляет 221 на 1000, что является вторым по величине показателем в мире;

– вряд ли имеет возможность родить ребенка в больнице или медицинском учреждении, поскольку всего 37 процентов родов проходит в условиях медицинских учреждений;

– вероятно, будет рожать без помощи профессиональных медицинских работников, которые принимают всего 51 процент родов;

– подвергается высокому риску смерти от причин, связанных с беременностью и родами; коэффициент материнской смертности составляет 1200 случаев на 100 тыс. живорождений;

– подвергается еще большему риску смерти от причин, связанных с беременностью и родами, если она моложе 15 лет; риск смерти от причин, связанных с беременностью и родами, для девочек в возрасте 10–14 лет в пять раза выше, чем для женщин в возрасте 20–24 лет;

– если выживет в период беременности, может получить связанное с родами осложнение, такое как акушерский свищ или выпадение матки;

– подвергается высокому риску смерти в течение всей жизни от причин, связанных с ее первой и последующими беременностями; риск материнской смерти в течение жизни составляет 1 из 12;

– может пережить смерть своего ребенка в течение первого года его жизни, поскольку почти 1 младенец из каждых 10 умирает до своего первого дня рождения;

– вероятно, не получит поддержки со стороны своего партнера, даже если она замужем;

– имеет недостаточно или вовсе не имеет средств защиты от дальнейшего жестокого обращения, эксплуатации и бесправия.

Создание благоприятной среды для девочек подросткового возраста в Либерии начинается с обеспечения их защиты от насилия и жестокого обращения, а также с получения ими качественного образования.

Наряду с этим также необходимо принять меры, чтобы семьи не разрешали своим девочкам выходить замуж до достижения 18 лет или заниматься связанным с эксплуатацией трудом.

Следует повышать осведомленность молодых людей о ВИЧ/СПИДе и о том, что жертвы сексуального насилия могут прибегнуть к защите в рамках системы правосудия.

Нужны инвестиции в охрану репродуктивного, материнского здоровья и в необходимый минимум мер по поддержанию здоровья миллионов девочек подросткового возраста.

Прежде всего необходимо, чтобы местные сообщества и общество в целом уважали права женщин и девочек и имели мужество противостоять обычаям и практике, причиняющим им вред и являющимся дискриминационными по отношению к ним.

Правительство Либерии под руководством президента Эллен Джонсон-Серлиф стремится обеспечить необходимую защиту девочкам подросткового возраста и помочь им приобрести навыки, дающие возможность защищать себя. Мы приветствуем поддержку международного сообщества, занимающегося вопросами развития, которая помогает нам действовать быстро и эффективно.

См. "Ссылки", стр. 109.

Предоставляемая в медицинских учреждениях помощь важна для направления на лечение к специалистам и оказания спектра услуг в области обычной и экстренной помощи матерям и новорожденным.

страненные меры, пропагандируемые местными медико-санитарными работниками, включают исключительно грудное вскармливание, мытье рук с мылом или золой и использование обработанных инсектицидами противомоскитных сеток для предупреждения малярии. Кроме того, в составе многих местных партнерств в области здравоохранения имеются работники, предоставляющие консультативную помощь по предупреждению передачи ВИЧ от матери ребенку и дающие рекомендации по лечению детских болезней, таких как малярия, пневмония и неонатальный сепсис.

В качестве примера можно привести Непал. Специально подготовленные местные медико-санитарные работники в сотрудничестве с квалифицированным медицинским персоналом занимаются предоставлением помощи матерям, новорожденным и детям. Проведенное в сельских районах Непала исследование методом случайной выборки показало, что деятельность таких партнерств привела к сокращению неонатальной смертности на 30 процентов. Эти данные дополняются результатами исследования, проведенного в сельских районах Индии, которые показывают 62-процентное сокращение неонатальной смертности в тех случаях, когда местные медико-санитарные работники оказывают помощь новорожденным на дому, включая реанимацию новорожденного в случае асфиксии при рождении и лечение сепсиса с помощью антибиотиков[26].

Местные партнерства в области здравоохранения помогают расширить охват основными услугами и более совершенными методами в области здравоохранения и питания. Возможно, еще более важным является то, что такие партнерства дают возможность системам здравоохранения охватить все местные сообщества, какими бы бедными или маргинализированными они ни были.

Информационно-разъяснительная работа и амбулаторное обслуживание

Услуги по информационно-разъяснительной работе с населением и его амбулаторному обслуживанию, такие как дородовое наблюдение и иммунизация, предоставляются на регулярной основе одним из двух способов: в стационарных медицинских пунктах, куда на прием к врачу приходят беременные женщины и их дети, или с помощью передвижных служб, медико-санитарные работники которых проводят основные мероприятия по охране здоровья матерей и детей непосредственно на местах. Почти во всех случаях лица, получающие такую помощь, не рассматриваются в качестве больничных пациентов, но при этом они получают стандартизированную услугу. Многие из этих полезных для здоровья мер необязательно должны осуществляться квалифицированным медицинским персоналом – это может делать средний медицинский персонал и прошедшие определенную подготовку местные медико-санитарные работники, что не делает такие меры менее эффективными. Это, в свою очередь, способствует увеличению охвата больших групп населения услугами по информационно-разъяснительной деятельности[27] и удешевляет соответствующие мероприятия.

Услуги по просветительской деятельности и амбулаторному обслуживанию могут играть роль связующего звена между помощью, оказываемой на дому и в местном сообществе, и помощью, предоставляемой в медицинских учреждениях. Данные услуги являются важными механизмами предоставления дородового и послеродового обслуживания, а также охраны сексуального и репродуктивного здоровья. Например, дородовое обслуживание может, конечно, предоставляться в медицинских пунктах или больницах, но также вполне уместно проводить его в рамках непосредственной работы с населением.

Дородовое наблюдение в рамках непосредственной работы с населением должно предусматривать обследование на предмет выявления таких нарушений, как анемия, гипертензия, диабет, сифилис, туберкулез и малярия, и их лечение, а также контроль за предлежанием плода. Наряду с этим также должны осуществляться мероприятия по иммунизации от столбняка, раздаваться обработанные инсектицидами противомоскитные сетки и проводиться периодическое профилактическое лечение малярии в эндемичных по малярии районах в дополнение к предоставлению консультационной помощи по таким вопросам, как питание, гигиена, опасные симптомы в период беременности и грудное вскармливание. Однако вместе с тем важно не перегружать информационно-консультационные и амбулаторные службы, чтобы нагрузка на них не стала чрезмерной[28].

Как отмечалось выше в настоящей главе, информационно-консультационные службы также можно использовать для предоставления постнатальной помощи. Основные услуги в этом контексте включают распознавание и контроль за опасными симптомами у матерей и новорожденных, рекомендации по вскармливанию – особенно это касается раннего и исключительно грудного вскармливания – и по уходу за новорожденным, направление матери и ребенка на лечение к специалистам, если это необходимо, и поддержка и консультирование по вопросам здорового образа жизни[29].

Еще одной областью, где целесообразно использовать потенциал информационно-консультационной и амбулаторной служб, является репродуктивное здоровье. Информационно-консультационные службы могут заниматься повышением осведомленности о возможностях выбора услуг и практики по охране репродуктивного здоровья, включая планирование деторождения. На них также может быть возложена задача по выявлению инфекций, пере-

даваемым половым путем, и их оперативному лечению. В настоящее время многие амбулаторные или информационно-консультационные услуги в области репродуктивного здоровья – это низкокачественные мероприятия, которые лишь отпугивают население от пользования ими[30].

Помощь, предоставляемая в медицинских учреждениях

Медицинские учреждения, как правило, предоставляют широкий спектр услуг по профилактическому и оздоровительному лечению в целях охраны здоровья матери и ребенка и в потенциале имеют наиболее квалифицированные кадры медицинских работников. Обычно эти учреждения состоят из двух основных групп: медицинские пункты и больницы. Наиболее доступным для местного сообщества является медицинский пункт, где предоставляется неотложная медицинская помощь. Персонал медицинского пункта нередко может справиться с неосложненными родами, предоставить поддержку и дать рекомендации в отношении ухода за новорожденным. Они также должны уметь справляться с некоторыми основными осложнениями, например выполнить ручное отделение плаценты или провести реанимацию новорожденного. Однако с учетом потенциальных рисков, связанных с родами, персонал медицинских учреждений, а также лица, оказывающие помощь при родах на дому, должны обладать профессиональными знаниями, чтобы уметь быстро определить, что их квалификации недостаточно для устранения возникшего при родах осложнения или в случае тяжелого состояния младенца, и обеспечить направление пациента в учреждение более высокого уровня.

Этим учреждением более высокого уровня скорее всего будет районная больница, где врачи могут поставить медицинский диагноз, предоставить необходимое лечение, уход, консультационную помощь и услуги по реабилитации. В некоторых системах здравоохранения существуют лечебно-диагностические центры, которые предоставляют комплексную клиническую помощь, однако во многих местных сообществах в развивающихся странах потребности матерей и младенцев в медицинском обслуживании более высокого уровня на базе медицинских учреждений удовлетворяются в медицинских пунктах или в районных боль ницах, если вообще удовлетворяются[31].

Для беременных женщин, живущих в сельских районах, доступ к неотложной акушерской помощи может стать серьезной проблемой с учетом расстояния, которое необходимо преодолеть, чтобы добраться до подходящего медицинского учреждения, и отсутствия транспорта или пригодных дорог, по которым можно доехать до него. Даже при наличии транспортных средств и инфраструктуры транспортные расходы и плата за проживание наряду с косвенными издержками, такими как доход, упущенный сопровождающими членами семьи, могут оказаться непомерно высокими. В связи с этим семьи, живущие в географически изолированных местных сообществах, сталкиваются с повышенным риском материнской и неонатальной смертности, если во время родов возникают осложнения. Недавнее исследование материнской смертности в Афганистане, например, показало, что физическая удаленность повышает для женщин эпидемиологические риски[32].

Однако географическое расстояние – это не единственное препятствие для доступа к медицинским учреждениям; встречаются случаи, когда женщины, живущие вблизи от такого учреждения, посещают его только в период дородового наблюдения, но не рожают в нем. Культурные ограничения в отношении возможности того, чтобы женщине при родах помогали посторонние люди, и экономические расходы на квалифицированную медицинскую помощь во время родов являются одними из сдерживающих факторов, препятствующих пользованию услугами медицинских учреждений. Нехватка медицинского персонала и отсутствие надлежащего медицинского оборудования и лекарственных препаратов также могут удерживать семьи от принятия решения о родах в медицинском учреждении. Особую проблему представляет необходимость снижения распространенности внутрибольничной инфекции – серьезного фактора риска в странах Африки к югу от Сахары, – которая увеличивает риск инфицирования при переливании крови и многократном использовании игл[33]. Несмотря на эти сдерживающие факторы, очевидно, что модернизация родильных домов, центров здоровья и больниц, с тем чтобы они предоставляли хотя бы базовые услуги в рамках неотложной акушерской помощи, станет важным шагом на пути сокращения материнской и неонатальной смертности.

Континуум услуг: практические меры по предоставлению первичной медико-санитарной помощи матерям и новорожденным

Службы по оказанию медико-санитарных услуг функционируют наиболее эффективно, когда, при посредничестве местного сообщества, они объединяют помощь, оказываемую на дому, с информационно-консультационными услугами и непосредственной работой с населением, а также с медицинскими пунктами и больницами. Этот подход никак не назовешь новым, поскольку вот уже несколько десятилетий мы располагаем соответствующими знаниями и опытом. Их применение дает возможность заметно сократить общее число предотвратимых материнских и неонатальных смертей. Задача сегодня состоит в том, чтобы определить уровни инвестирования в медицинское обслуживание, способные гарантировать создание континуума услуг. В главе 4 описаны рамки разработки стратегий и распределения ресурсов для улучшения здоровья матерей и новорожденных, в чем срочно нуждаются развивающиеся страны.

4 Укрепление систем здравоохранения в целях улучшения здоровья матерей и новорожденных

© UNICEF/HQ05-1797/Giacomo Pirozzi

Создание эффективного континуума услуг предполагает осуществление практических мер по укреплению систем здравоохранения. Национальные правительства, а также местные и международные учреждения все чаще соглашаются с необходимостью включения в свои программы основных элементов для развития систем здравоохранения – расширение базы данных, увеличение численности и совершенствование медицинских кадров, обновление и развитие инфраструктуры и материально-технического обеспечения, применение методов справедливого финансирования, стимулирование спроса на медицинское обслуживание посредством социальной мобилизации, гарантирование качественной помощи, а также поощрение политической ответственности и руководства через сотрудничество. В главе 4 доклада "Положение детей в мире, 2009 год" рассматриваются первые шесть мер и приводятся примеры их практического осуществления в странах. Седьмая мера, касающаяся политического руководства и ответственности, рассматривается в последней главе настоящего доклада.

Достижение цели 5 в области развития Декларации тысячелетия – задача непростая. Мир в целом сильно отстает в улучшении материнского здоровья, при том что в странах Африки к югу от Сахары после 1990 года прогресс в этой области был особенно незначительным. Даже среди тех развивающихся стран и регионов, которые добились больших успехов, по-прежнему сохраняются очаги нищеты и маргинализации, многие обитатели которых лишены доступа к основным услугам в области охраны материнства и первичной медико-санитарной помощи. (*Полное описание тенденций в области материнской смертности см. в главе 1.*)

Ускорения прогресса и существенных улучшений в области выживаемости и здоровья матерей и новорожденных можно достичь с помощью широкомасштабного предоставления пакета проверенных и недорогих услуг в рамках континуума услуг и на основе обеспечения среды, благоприятной для осуществления прав женщин и детей.

Благодаря сбору данных, исследованиям и анализу, мониторингу и оценке, а также совместным действиям постоянно расширяются рекомендации в отношении проводимой политики, касающиеся основ деятельности, необходимой для ускорения прогресса. Глава 4 является вкладом в эти усилия: в ней резюмируется ряд практических шагов, направленных на укрепление систем здравоохранения, в целях обеспечения континуума услуг, о чем шла речь в главе 3. Это подразумевает следующие меры:

- Совершенствование сбора данных и анализа тенденций, уровней, рисков, причин смертности и заболеваемости матерей и новорожденных, а также мероприятий по их снижению.
- Увеличение численности работников в сфере первичной медико-санитарной помощи в развивающихся странах и повышение уровня их квалификации.
- Мобилизация обществ в целях предъявления требований по улучшению охраны здоровья матерей и новорожденных и созданию среды, благоприятной для осуществления прав женщин и детей.
- Создание конструктивных, справедливых и устойчивых механизмов финансирования для предоставления основных услуг в области охраны здоровья и материнства.
- Направление инвестиций в инфраструктуру и материально-техническое обеспечение, информационные и коммуникационные технологии, медицинские учреждения и в повышение эффективности руководства в целях обеспечения качественного медицинского обслуживания и надлежащей консультативной помощи.
- Повышение качества медицинского обслуживания на всех уровнях системы здравоохранения.
- Поощрение политической ответственности и руководства путем укрепления сотрудничества между партнерами.

В настоящей главе рассматриваются первые шесть из этих мер, практическое осуществление которых иллюстрируется на примерах стран. Седьмая мера будет рассмотрена в главе 5.

Мера 1. Совершенствование сбора и анализа данных

Поскольку ни один отдельно взятый показатель не может надлежащим образом охарактеризовать различные аспекты охраны здоровья матерей или новорожденных, для руководства программами и их мониторинга используется широкий ряд показателей. Для разработки политики и программ важна такая информация, как демографическая статистика, данные о качестве питания, социально-экономическом положении, медицинском обслуживании, практике обращения за медицинской помощью и использовании усовершенствованных моделей в области охраны здоровья и питания.

Эти меры способствуют лучшему пониманию проблем, тенденций, рисков и причин смертности и заболеваемости матерей и новорожденных. Однако необходимо сделать гораздо больше. Все еще сохраняются пробелы в наших знаниях по многим аспектам охраны здоровья матерей и новорожденных: от оценки показателей смерт-

Надлежащие данные о здоровье и выживаемости матерей и новорожденных обеспечивают основу для создания разумной политики, эффективных программ и партнерств для совместных действий.

ности до связанных с ВИЧ/СПИДом рисков в период беременности, если упомянуть хотя бы эти два элемента. Во многих развивающихся странах до сих пор отсутствуют полноценные системы медицинской информации, что затрудняет усилия по определению состояния здоровья матерей и новорожденных и осуществлению наиболее подходящих стратегий и мер[1].

Вот почему расширение базы знаний, которая является основой для выработки политики, программ и партнерств, – это важный компонент развития систем здравоохранения. Началась работа по улучшению процесса сбора данных. Всемирная организация здравоохранения разработала руководящие принципы для оказания помощи правительствам и другим учреждениям в расширении сбора данных и повышении качества данных о материнском здоровье. ВОЗ рекомендует, чтобы в рамках систем медицинской информации собирались данные по пяти ключевым областям, имеющим отношение к материнскому и детскому здоровью:

- Коэффициенты материнской и неонатальной смертности.
- Факторы, в том числе определяющие факторы, ведущие к заболеваемости и смертности.
- Представления местных сообществ об этих медицинских проблемах и надлежащие меры, включая виды услуг и установки по поводу обращения за медицинской помощью.
- Наличие качественных медико-санитарных услуг и доступ к ним.
- Качество медицинского обслуживания[2].

Существует ряд инструментов, облегчающих сбор такой информации, включая переписи населения, вербальную аутопсию, регистрацию смерти, обследования или исследования, данные, полученные из медицинских учреждений, и наблюдения за состоянием здоровья. Поскольку каждый метод имеет свои достоинства и недостатки,

© UNICEF/HQ04-1257/Giacomo Pirozzi

Предоставление беременным женщинам таких основных услуг, как иммунизация и добавки питательных микроэлементов, защищает их от болезней и недоедания. *Медицинский работник проводит консультации, которые включают взвешивание и измерение давления, вакцинацию от столбняка и информирование о железосодержащих добавках, Папуа-Новая Гвинея.*

Для улучшения сбора данных о выживании матерей и новорожденных используется широкий спектр методов, включая переписи населения, обследования домохозяйств и документацию медицинских учреждений.

Диаграмма 4.1

Неотложная акушерская помощь: рекомендуемые Организацией Объединенных Наций показатели и уровни

Рекомендуемый показатель ООН	Определение	Рекомендуемый уровень
1. Объем имеющихся услуг по оказанию неотложной акушерской помощи	Число медицинских учреждений, оказывающих неотложную акушерскую помощь	Минимум: одно медицинское учреждение, имеющее возможности для оказания комплексной неотложной акушерской помощи, и четыре базовых учреждения на каждые 500 тыс. населения
2. Географическое распределение учреждений неотложной акушерской помощи	Медицинские учреждения, предоставляющие неотложную акушерскую помощь, которые равномерно распределены на субнациональном уровне	Минимум: 100% субнациональных районов, имеющих минимально допустимое число медицинских учреждений, способных оказывать основную и комплексную неотложную акушерскую помощь
3. Доля всех родов, принятых в медицинских учреждениях неотложной акушерской помощи	Доля всех родов в рамках соответствующей группы населения, принимаемых в учреждениях неотложной акушерской помощи	Минимум: 15%
4. Удовлетворенная потребность в услугах по оказанию неотложной акушерской помощи	Доля женщин с акушерскими осложнениями, которые получили лечение в учреждениях неотложной акушерской помощи	Минимум: 100% (согласно оценке, 15% от предполагаемого числа родов)
5. Доля операций кесарева сечения в виде процента от общего числа родов	Число родоразрешений путем кесарева сечения в виде доли всех родов в рамках соответствующей группы населения	Минимум: 5% Максимум: 15%
6. Коэффициент смертности	Доля женщин с акушерскими осложнениями, госпитализированных в медицинское учреждение, которые умирают	Максимум: 1%

Источник: Организация Объединенных Наций.

для оценки уровня здоровья матерей и новорожденных используется более одного механизма.

Переписи населения, вопросники и обследования домохозяйств

Национальные переписи населения являются основным источником данных и информации о материнском здоровье. Нередко это единственная возможность проведения обследования на уровне домохозяйства, достаточно масштабного для количественной оценки географических и социально-экономических колебаний материнской смертности. Переписи могут включать дополнительные вопросы с целью оценки сроков смерти женщин детородного возраста в каждом домохозяйстве за последние 12 месяцев. Однако необходимо отметить, что некоторые страны не используют проводимые ими переписи населения для сбора такой информации, лишая себя возможности получения ценных сведений о материнском здоровье.

Вербальная аутопсия – еще один метод сбора информации о смертности и заболеваемости. Всемирная организация здравоохранения подготовила три вопросника для вербальной аутопсии: один – для установления факта смерти, происшедшей в течение первых четырех недель жизни, второй – для детей в возрасте от четырех недель до 14 лет и третий – для лиц в возрасте 15 лет и старше, с тем чтобы помочь стандартизировать критерии и методы выявления случаев смерти. При таком уровне детализации учитывается важный вопрос сроков смерти, которому прежде не уделялось должного внимания[3].

Получение информации о причине смерти может быть трудной задачей. По данным Всемирной организации здравоохранения, только 31 из 193 государств-членов представляют высококачественную статистику о причинах смерти. В настоящее время рядом стран для установления причин смерти в небольших географических районах используются такие инструменты наблюдения, как системы демографического надзора. Применяемые методы включают вторичные расследования смерти с использованием вербальной аутопсии для опроса членов семей, медицинских работников и членов местного сообщества в целях выяснения обстоятельств смерти. Эти системы называются выборочной регистрацией естественного движения населения с применением систем вербальной аутопсии. Для того чтобы заручиться поддержкой местного сооб-

Обследования домохозяйств, такие как ДМСО и МИКС, обеспечивают получение важных данных по широкому ряду показателей результативности мероприятий и охвата.

щества и сохранить ее при реализации таких усилий[4], применяется практика отказа от обвинений или осуждения, в соответствии с которой респонденты не несут ответственности за свои ответы на вопросы обследования.

На результаты мероприятий по охране здоровья матерей и новорожденных влияет ряд факторов, включая биологические факторы, например качество питания; социально-экономические факторы, такие как уровень дохода и образования; практика обращения за медицинской помощью и модель здорового образа жизни; препятствия, мешающие доступу к медицинским услугам; а также поведенческие факторы риска, например насилие в семье и курение. Обследования домохозяйств и соответствующие исследования – это основные методы, используемые для оценки частоты встречаемости данных видов определяющих факторов, последующий анализ которых позволит лучше понять особенности той группы населения, для которой предназначены те или иные программы в области здравоохранения.

Важные периодические перекрестные обследования домохозяйств включают демографические и медико-санитарные обследования (ДМСО) (Агентство международного развития Соединенных Штатов), кластерные обследования по методу совокупных показателей (ЮНИСЕФ) и обследования в области репродуктивного здоровья (центры по контролю заболеваний). Эти международные обследования обеспечивают исчерпывающие количественные данные по широкому кругу медицинских вопросов. С 1995 года в 100 странах было проведено примерно 200 кластерных обследований по методу совокупных показателей (МИКС).

Сбор данных на уровне медицинского учреждения и местного сообщества

Данные медицинских учреждений, получаемые от большого числа государственных и частных поставщиков медицинских услуг, также полезны для оценки состояния здоровья матерей и новорожденных. С помощью мониторинга можно легко отслеживать число случаев смерти в медицинских учреждениях, получая возможность выяснить, какие усовершенствования необходимы для предупреждения последующих смертей, особенно в условиях медицинских учреждений, в рамках процесса, известного как "анализ или оценка материнской смертности". Этот вид данных также может дать представление о потенциально опасных случаях (то есть об опасных для жизни осложнениях, которые увеличивают риск смертности, но в конечном счете не приводят к смерти), что крайне важно для повышения качества обслуживания[5].

Правительства, научно-исследовательские институты и другие учреждения также ведут наблюдение в области здравоохранения; этот процесс определяется центрами по контролю заболеваний как "непрерывный, систематический сбор, анализ, интерпретация и распространение данных о каком-либо мероприятии по охране здоровья, которое проводится в системе государственного здравоохранения для сокращения заболеваемости и смертности и улучшении здоровья"[6]. Этот метод сбора данных можно сочетать с другими методами в целях оценки здоровья населения в динамике по времени и в разбивке по географическим районам.

Оценка других аспектов охраны здоровья матерей также осуществляется при значительной поддержке международных учреждений. Данные медицинских учреждений, собираемые ЮНИСЕФ и его партнерами, используются в целях выявления показателей для оказания неотложной акушерской помощи. ЮНИСЕФ, Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения и Колумбийский университет также провели оценку потребностей в экстренной акушер-

Диаграмма 4.2

Распределение основных источников данных, использованных для получения оценок материнской смертности за 2005 год

Общее число стран: 171

Источник: Всемирная организация здравоохранения, Детский фонд Организации Объединенных Наций, Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения и Всемирный банк, *Maternal Mortality in 2005: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank,* WHO, Geneva, 2007, p. 9.

© UNICEF/HQ06-0550/Shehzad Noorani

Увеличение числа родов, принимаемых квалифицированными медицинскими работниками, может сократить материнскую смертность, связанную с осложнениями при родах. *На учебном занятии в центре подготовки акушерок два преподавателя показывают, как надо правильно держать ребенка после его рождения, Судан.*

ской помощи в рамках проекта по предупреждению материнской смертности и инвалидности[7].

Сеть по показателям здоровья (Health Metrics Network), которая представляет собой международное партнерство, призванное помогать странам в укреплении их информационных систем по организации здравоохранения, создала инструмент для оценки полноты и качества таких систем (*см. вставку "Укрепление информационных систем в области здравоохранения: Сеть по показателям здоровья", стр. 104*). Под руководством Всемирной организации здравоохранения было составлено пособие под названием "Не только цифры" (Beyond the Numbers), в нем представлены методы, которые позволяют описать историю смерти женщины в контексте усилий по сокращению материнской смертности. Данные методы включают вербальную аутопсию на уровне местного сообщества, анализ случаев материнской смерти или потенциально опасных случаев в медицинских учреждениях, оценку проверки клинической деятельности и более широкие региональные или национальные конфиденциальные опросы[8]. Проведенный в Мозамбике анализ случаев материнской смерти в учреждениях здравоохранения позволил выявить чрезвычайно важные предотвратимые факторы, которые привели к этим смертям, и способствовал разработке ответных мер в рамках политики и системы здравоохранения[9].

Также разработаны методы оценки качества медицинской помощи, предоставляемой медицинскими работниками. Две такие системы оценки включают метод улучшения качества работы, разработанный Агентством международного развития Соединенных Штатов, и метод эффективного медицинского обслуживания, ориентированного на потребности клиентов (КОПЕ), разработанный организацией EngenderHealth[10].

Новые технологии, помимо того что они используются в качестве новых

Использование методики выявления критического звена в системах здравоохранения в целях предотвращения материнских смертей

Роса Мария Нуньес-Уркиза, Национальный институт общественного здравоохранения, Мексика

В рамках методики выявления критического звена (МКЗ) каждый случай материнской смерти рассматривается как экстремальное событие. В связи с этим анализируются все предшествовавшие смерти этапы медицинского обслуживания женщины, которое проводилось медицинским персоналом, что позволяет соотнести по времени все обращения за медицинской помощью и соответствующие мероприятия по оказанию такой помощи на всех уровнях системы здравоохранения.

МКЗ позволяет дать оценку оказанной медицинской помощи по трем аспектам:

- клиническая результативность (задержки, упущения и соблюдение стандартов качества по сравнению с установленными руководящими принципами);
- внутрибольничная организация;
- непрерывность оказания медицинской помощи разными учреждениями здравоохранения.

В ходе такого процесса анализа МКЗ позволяет сосредоточиться на тех важных мероприятиях, которые, будучи проведены в срочном порядке, могут предупредить будущие материнские смерти. МКЗ дает возможность комитетам по безопасному материнству переключить внимание с установления медицинской причины смерти на реорганизацию в области управления с учетом упущенных возможностей. Для определения областей возможных изменений можно использовать следующие вопросы:

- *На каких этапах контакта женщины с системой здравоохранения можно было более эффективно лечить ее от приведшего к смерти заболевания?*
- *Исходя из проведенного анализа, какие конкретные меры следует принимать в будущем иначе, чем в прошлом, чтобы это позволило предотвратить случаи смерти женщин в аналогичных обстоятельствах?*
- *В свете этих конкретных изменений, какие процессы в каждом медицинском подразделении нуждаются в усовершенствовании, для того чтобы обеспечить оказание качественной медицинской помощи, и что́ в системе здравоохранения необходимо модернизировать для обеспечения непрерывности медицинской помощи в ситуациях, когда требуется неотложная акушерская помощь?*

Кроме того, сопоставление потенциально опасных случаев (осложнения, которые ведут к серьезному заболеванию, но в конечном счете не заканчиваются смертельным исходом) со случаями материнской смерти подчеркивает настоятельную необходимость своевременного предоставления медицинской помощи. В результате появилась новая категория для анализа: период для проведения лечебных процедур, который должен стать предметом клинических исследований в целях определения того периода времени, в течение которого осуществляемые медицинские мероприятия оказываются эффективными. Такая категория, как период для проведения лечебных процедур, помогает наглядно показать, что даже надлежащее лечение, если оно проводится несвоевременно, вероятно, не спасет жизни женщин.

От единичных случаев "красного" уровня тревоги к дальнейшим исследованиям

Открытый и регулярный обмен информацией между руководителями исследований МКЗ на местах и федеральными властями способствовал тому, что выявление опасных ситуаций при исследовании отдельных случаев активизировало дальнейший анализ стандартных систем данных (регистрационные записи больниц на 1 029 000 рожениц, ежегодно поступающие от 617 государственных больниц) на предмет выяснения масштабов соответствующих пробелов в охране здоровья матерей и их наличия на всех уровнях системы здравоохранения.

Одним из примеров является исследование по МКЗ в отношении женщин с послеродовым кровотечением, которые умерли при переводе из местных больниц в лечебно-диагностические центры. В ходе анализа было установлено, что мероприятия по стабилизации состояния женщин до их перевозки проведены не были, что и стало фатальным упущением. В семи штатах, где процент материнских смертей в результате послеродового кровотечения был выше общенационального среднего показателя, до 60 процентов материнских смертей происходило во время перевозки пациенток в более крупные больницы. Когда одному из таких медицинских участков были предоставлены машины скорой помощи и квалифицированный персонал, коэффициент материнской смертности от послеродового кровотечения уже в следующем году снизился на 30 процентов.

МКЗ помогает реорганизовать сеть медицинских учреждений в рамках каждой районной системы здравоохранения. Кроме того, для внедрения этой методики необходимо привлечь более широкий спектр заинтересованных сторон, чем те, что традиционно участвуют в работе комитетов по безопасному материнству, то есть руководителей клинических лабораторий и банков крови, а также руководителей районных систем здравоохранения.

Одним из результатов применения МКЗ является то, что теперь отделы по вопросам репродуктивного здоровья как в Министерстве здравоохранения, так и в Мексиканской системе социального обеспечения (Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS)) в своих отчетах о причинах материнских смертей указывают не только медицинские причины, например преэклампсия, сепсис и т. д., но также оценивают их с точки зрения выявленных недостатков в процессе медицинского обслуживания. Например, в докладе о материнской смертности, представленном конкретной районной или государственной системой здравоохранения, теперь указывается: "15 процентов материнских смертей из-за отсутствия в медицинских центрах растворов для внутривенного вливания, вследствие чего невозможно стабилизировать состояние женщин перед их транспортировкой" или "10 процентов материнских смертей из-за задержки хирурга, вызванного в районную больницу в выходные дни". Умение видеть и учитывать не только медицинские причины, но и причины иного характера помогает выявлять нарушения в работе систем здравоохранения, при немедленном устранении которых можно предупредить материнские смерти.

См. "Ссылки", стр. 111.

Новые технологии также обнаруживают потенциал в плане содействия сбору данных о здоровье матерей и новорожденных.

инструментов измерения, также содействуют сбору информации. Например, многообещающими для улучшения сбора данных в отдаленных районах оказались обследования с использованием цифровых технологий.

В ходе одного исследования, проведенного в рамках Инициативы по программной оценке материнской смертности (ИММПАКТ) в восточных районах Буркина-Фасо, 127 регистраторов с помощью карманных персональных компьютеров собрали данные по 86 376 домохозяйствам всего за три с небольшим месяца. Каждое устройство стоило приблизительно 350 долл. США, и, следовательно, стоимость всего оборудования в целом составила 60 тыс. долл. США; хотя анализ эффективности затрат не проводился, но традиционный "бумажный" подход потребовал бы более 1 млн. отпечатанных страниц, 100 приемников глобальной навигационной спутниковой системы и 20 настольных компьютеров, и все это стоило бы гораздо больше. Эксперимент с карманными персональными компьютерами показал преимущество немедленного ввода данных, что нередко указывается в качестве проблемы при проведении обследований на основе "бумажной" технологии. Он также обеспечил обучение и занятость местных учащихся школ, обладающих необходимыми языковыми навыками и умеющих пользоваться мобильными телефонами[11].

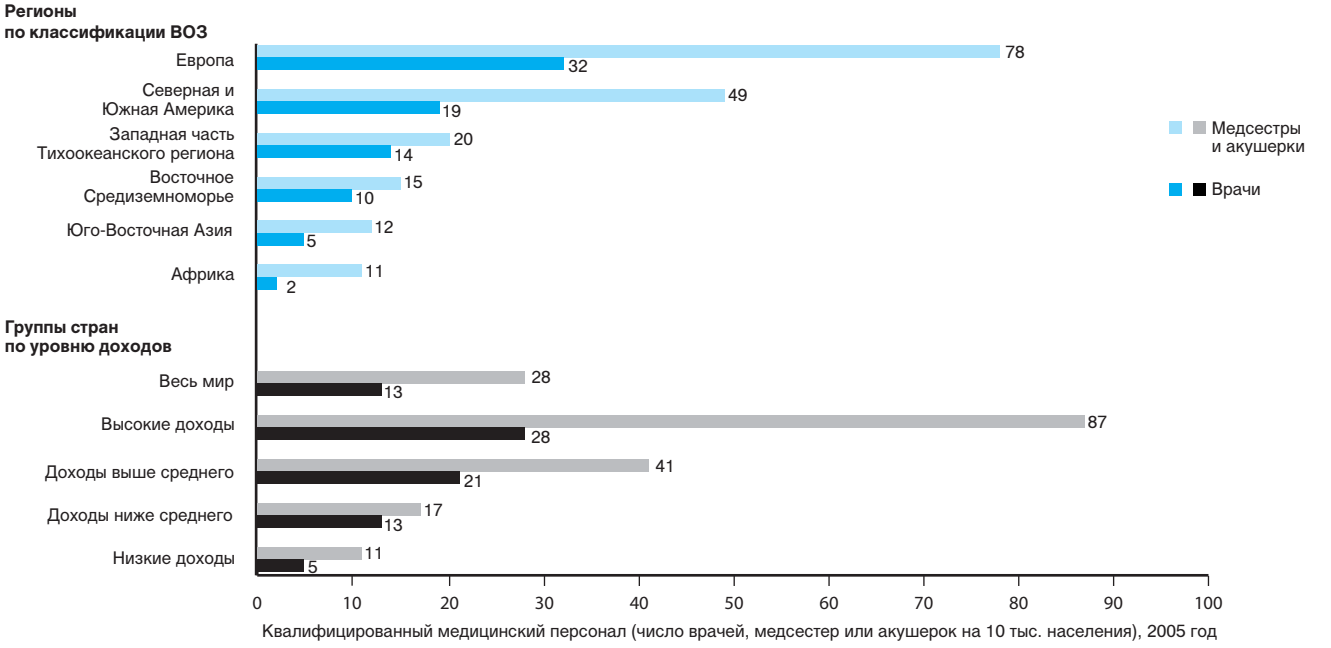
Очевидно, что существует множество способов сбора данных, которые могут обеспечить получение полезной информации для осуществления соответствующих программ и политики. Распространение и анализ этих данных необходимы на местном, национальном и международном уровнях для распределения ресурсов и выработки на основе полученной информации ответных мер в рамках политики и обеспечения максимального сокращения материнской смертности.

Мера 2. Укрепление людских ресурсов, подготовки и контроля

Многие развивающиеся страны испытывают острую нехватку квалифицированных медицинских работников. Массовая миграция, СПИД и вооруженные конфликты – вот одни из ключевых факторов, которые истощают национальные медицинские кадры, что, в свою очередь, сдерживает прогресс в сокращении смертности и заболеваемости матерей и новорожденных. Кроме того, распределение медицинских работников является неравномерным: их больше сконцентрировано в развитых, чем в развивающихся странах, и в городских районах по сравнению с сельскими районами внутри стран.

Диаграмма 4.3

Острая нехватка профессиональных медицинских работников, особенно в Африке и Юго-Восточной Азии



Источник: Всемирная организация здравоохранения, *World Health Statistics 2008*, WHO, Geneva, 2008, pp. 82-83.

Новые направления в области охраны здоровья матерей

Марио Мериальди, Всемирная организация здравоохранения, и Дженнифер Харрис Рекехо, Партнерство в интересах здоровья матерей, новорожденных и детей

Двадцать один год назад мировое медицинское сообщество собралось под эгидой инициативы "За безопасное материнство", для того чтобы сосредоточить внимание на проблеме материнской смертности, которая в своих верхних и нижних пределах отражает вопиющее неравенство в области международного здравоохранения. До 1990 года, который является отправной точкой для целей в области развития Декларации тысячелетия, более полумиллиона женщин, 99 процентов которых приходится на развивающиеся страны, по-прежнему ежегодно умирали от осложнений, связанных с беременностью и родами. Оценки материнской смертности за 2005 год свидетельствуют о том, что ежегодно около 536 тыс. женщин умирают во время беременности и родов, что эквивалентно смерти примерно одной женщины каждую минуту от причин, в большинстве случаев предотвратимых. Эти смерти, которые преимущественно приходятся на самые обездоленные группы населения в странах с недостаточными ресурсами, отражают сохраняющуюся несправедливость и социальное неравенство, которые давно требуют к себе самого пристального внимания. Доля этих смертей является неприемлемо высокой в странах Африки к югу от Сахары, на которые приходится половина всех материнских смертей за год, и Южной Азии (35 процентов), что значительно отдаляет мир от выполнения задачи по сокращению на три четверти коэффициента материнской смертности за период 1990–2015 годов (цель 5 в области развития Декларации тысячелетия, задача А).

Несмотря на разочаровывающее отсутствие прогресса в сокращении материнской смертности после начала осуществления инициативы "За безопасное материнство", по ряду направлений в области охраны здоровья матерей были достигнуты важные успехи. Выделение на международном уровне беспрецедентного объема ресурсов на здравоохранение в сочетании с вновь подтвержденной политической приверженностью в отношении первичной медико-санитарной помощи и новыми дополнительными инициативами, ориентированными конкретно на охрану здоровья матерей, новорожденных и детей, свидетельствует о том, что формируются силы для решения проблемы материнской смертности, которая столь длительное время игнорировалась. Другие изменения в этой области включают внедрение концепции континуума медицинских услуг в качестве основы для программ здравоохранения; создание в 2005 году Партнерства в интересах здоровья матерей, новорожденных и детей для руководства деятельностью по созданию континуума услуг и его пропаганды; ратификацию принятого в Мапуту Плана действий для внедрения континентальной системы охраны сексуального и репродуктивного здоровья и защиты прав в Африке; добавление новой задачи в рамках ЦРДТ-5 (5.B), которая предусматривает обеспечение к 2015 году всеобщего доступа к услугам в сфере охраны репродуктивного здоровья; и включение материнской выживаемости в оценки в рамках инициативы "Отсчет времени до 2015 года". Эти шаги свидетельствуют о новом росте внимания мирового медицинского сообщества к проблеме выживаемости и благополучия матерей и новорожденных.

Такие важные достижения в области эпидемиологии, как усовершенствование процедур оценки материнской смертности, новые оценки распространенности абортов и рост усилий по составлению карты мирового распределения случаев материнской заболеваемости, позволят правительствам и их партнерам улучшить процесс принятия решений. Растущее признание причинно-следственной связи недоедания и материнской смертности способствовало возобновлению интереса к добавкам питательных микроэлементов в период беременности и большему упору на необходимость устранения непосредственных и глубинных причин, таких как бедность, гендерная дискриминация и бесправие, включая ограниченный доступ к образованию для многих девочек и молодых женщин, а также их высокую подверженность инфекционным заболеваниям. Наряду с этим достигнут консенсус в отношении основных стратегий, необходимых сектору здравоохранения для сокращения материнской смертности. Сегодня считается, что комплексная помощь по охране репродуктивного здоровья должна включать услуги по планированию семьи, квалифицированную помощь для всех женщин во время беременности и родов и неотложную помощь для всех женщин и младенцев с опасными для жизни осложнениями. В настоящее время в рамках инициативы "Отсчет времени до 2015 года" национальные правительства, учреждения ООН, международные партнерства в области здравоохранения и неправительственные организации следят за показателями охвата проверенными мероприятиями и механизмами, связанными с каждым из этих трех основных направлений в области охраны репродуктивного здоровья, которые включают дородовое наблюдение, наличие и доступность неотложной акушерской помощи, коэффициенты охвата кесаревым сечением, уровень распространенности контрацепции, долю родов, принятых профессиональными медицинскими работниками, постнатальный уход и неудовлетворенную потребность в планировании семьи.

Усовершенствование методов документирования того, как распределяется в мире материнская смертность и заболеваемость, а также определение и отслеживание эффективных мер, было дополнено важными результатами исследований путей снижения рисков для материнского здоровья. Сегодня все готово для широкомасштабного внедрения ряда мероприятий, доказавших в ходе эпидемиологических исследований свою эффективность в плане увеличения выживаемости матерей и пригодных для всеобщего использования. К ним относятся добавки сульфата магния и препаратов кальция для предупреждения гипертензивных нарушений беременности, эффективные методы распространения руководящих принципов предупреждения и лечения послеродового кровотечения и рекомендуемые беременным женщинам минимум четыре осмотра у антенатолога и один послеродовой осмотр для недавно родивших матерей. Рост осведомленности о неразрывной связи между здоровьем матери и новорожденного также привел к введению в действие эффективных программ предупреждения и лечения малярии и ВИЧ с помощью мер по расширению распространенности обработанных инсектицидами противомоскитных сеток и периодическому профилактическому лечению малярии в период беременности, осуществлению мероприятий по предупреждению передачи ВИЧ от матери ребенку, профилактических мер по профилактике ВИЧ-инфицирования, особенно среди молодых людей, и антиретровирусной терапии ВИЧ-положительных женщин и детей.

К ключевым областям перспективных исследований относится деятельность по разработке стратегий, обеспечивающих предоставление комплексных пакетов услуг в области материнского и неонатального здоровья по всему спектру континуума медицинской помощи. Важным компонентом этих стратегий является создание механизмов интегрирования услуг, традиционно предоставлявшихся с помощью вертикальных подходов – таких, как иммунизация и добавки питательных микроэлементов, – с дородовым и послеродовым обслуживанием в рамках деятельности по укреплению систем здравоохранения. В последние годы также стала прослеживаться обнадеживающая тенденция к созданию партнерств между международными организациями, правительственными ведомствами, научно-исследовательскими институтами, неправительственными организациями и частным сектором для содействия осуществлению многострановых проектов исследования основных осложнений во время беременности и родов, включая преждевременные роды, мертворождения, нарушения развития плода, гипертензивные нарушения, послеродовое кровотечение, а также роды при наличии механического препятствия прохождению плода и акушерский свищ.

Рост политической и финансовой поддержки инициатив по осуществлению программ и исследований, имеющих целью улучшение здоровья матерей и новорожденных, и переход от секторальных, направленных на борьбу с конкретными заболеваниями подходов к здравоохранению к основанным на партнерстве формам предоставления первичной медико-санитарной помощи в виде континуума услуг увеличивают надежды и ожидания того, что долгожданные успехи в области здоровья матерей, новорожденных и детей, столь важные и необходимые для повышения благосостояния и уровня жизни населения, в ближайшем будущем станут более заметными.

См. "Ссылки", стр. 111.

Укрепление системы здравоохранения в Лаосской Народно-Демократической Республике

Лаосская Народно-Демократическая Республика – это горная, преимущественно сельскохозяйственная страна в Юго-Восточной Азии, средний валовой национальный доход которой на душу населения (в 2007 году) составлял менее 600 долл. США. Почти 40 процентов населения этой многоэтнической страны, в которой насчитывается почти 50 различных этнических групп, живут ниже черты бедности. Хотя Лаос стоит на пути к достижению цели 4 в области развития Декларации тысячелетия благодаря тому, что за период 1990–2007 годов сумел добиться сокращения коэффициента смертности детей в возрасте до пяти лет (на 57 процентов), сохраняются серьезные проблемы в области охраны здоровья матерей и новорожденных.

Главными среди этих проблем являются недоедание, улучшение качества питания и повышение санитарной культуры, иммунизация, санитарное состояние окружающей среды и обеспечение достаточного квалифицированного медицинского персонала для предоставления качественных медицинских услуг. Более одного из семи новорожденных имеет пониженную массу тела при рождении – состояние, которое нередко связывают с плохим питанием матери. Коэффициент распространенности исключительно грудного вскармливания, согласно самым последним оценкам, составляет 23 процента и значительно ниже регионального среднего показателя для Восточной Азии и Тихоокеанского региона, который достигает 43 процентов. Только 60 процентов населения имеет доступ к улучшенным источникам питьевой воды и всего 48 процентов имеет доступ к адекватным санитарным средствам. В сельских районах доступ к этим обеим крайне важным услугам намного ниже. В 2007 году только 40 процентов младенцев в возрасте до одного года были привиты от кори и всего 47 процентам беременных женщин были сделаны прививки от неонатального столбняка. Лаосская Народно-Демократическая Республика, где на 100 000 живорождений в 2005 году приходилось 660 материнских смертей, имеет самый высокий в регионе коэффициент материнской смертности. В 2005 году риск материнской смерти в течение жизни составлял 1 из 33.

Несмотря на эти проблемы, наблюдается постоянный прогресс в расширении медицинского обслуживания в целях охвата многочисленного сельского населения страны. Одна из таких программ осуществляется при участии австралийского отделения организации "Спасите детей", которая вместе с Провинциальным управлением здравоохранения и другими партнерами работает над развитием и усовершенствованием инфраструктуры первичной медико-санитарной помощи в провинции Сайнябули. Данная программа состоит из четырех трехгодичных этапов со следующими целями:

- **Этап I.** Укрепить провинциальную управленческую группу, ответственную за профессиональную подготовку районных групп, а также медицинских работников из числа сельских добровольцев и традиционных повитух, создать стационарные и передвижные пункты охраны здоровья матерей и детей и обеспечить их основным оборудованием.
- **Этап II.** Интегрировать первичную медико-санитарную помощь на всех уровнях – провинциальном, районном и деревенском.
- **Этап III.** Расширить программы для охвата ими четырех отдаленных районов.
- **Этап IV.** Повысить квалификацию медицинских работников путем внедрения Комплексной программы лечения детских болезней.

В рамках данной программы первостепенное внимание также уделяется просвещению женщин в вопросах улучшения питания, включая практику грудного вскармливания и прикорма, поскольку, как показали исследования, в Лаосской Народно-Демократической Республике существует сильная взаимосвязь между ненадлежащими традициями в области питания и недоеданием среди детей. Важным компонентом этой программы также является распространение другой медицинской информации, в том числе о медицинском обслуживании и иммунизации в условиях клиники.

Успешное осуществление этой программы в провинции Сайнябули обошлось совсем недорого – примерно 4 млн. долл. США за 12-летний период, что в пересчете на расходы на душу населения составляет всего 1 долл. США в год. За период с 1998 по 2003 год районный коэффициент материнской смертности снизился с 218 смертей на 100 000 живорождений до 110 смертей на 100 000 живорождений. Медианный возраст, в котором младенцы получали прикорм, увеличился с 2,8 месяца в 1999 году до 3,7 месяца в 2001 году, тогда как доля детей, находившихся исключительно на грудном вскармливании в течение первых четырех месяцев, выросла с 28 процентов в 1999 году до 66,2 процента в 2004 году. Охват вакцинацией, однако, оставался недостаточным, поскольку в 2007 году всего 50 процентов детей в возрасте до одного года получили три или более доз вакцины от дифтерии, коклюша и столбняка, что является исходным показателем охвата плановой иммунизацией.

Проведение информационной кампании "Заботливые отцы", которая побуждает отцов к тому, чтобы они оказывали поддержку беременным женщинам и матерям в их заботах о себе и своих детях, дополняет усилия по улучшению здоровья матерей и новорожденных. Министерство здравоохранения в сотрудничестве с ЮНИСЕФ и Федерацией лаосских профсоюзов разрабатывает комплексные методы содействия более активному вовлечению мужчин в семейные заботы. Эти кампании в основном ориентированы на отцов, являющихся наемными работниками, которые были отнесены к группе населения, в наибольшей степени склонной пользоваться платными сексуальными услугами, являющимися источником роста распространенности ВИЧ в стране. Хотя уровень инфицирования ВИЧ среди взрослого населения в Лаосской Народно-Демократической Республике ниже, чем в некоторых соседних странах, нищета и трансграничная миграция способствуют распространению вируса. В связи с неожиданно высоким спросом на плакаты и буклеты, посвященные таким темам, как "Беременность и заботливые отцы", был выпущен их дополнительный тираж.

Подобные программы, направленные на осуществление местных инициатив в области здравоохранения, наряду с поддержанными ЮНИСЕФ в 2007 году широкими кампаниями пропаганды иммунизации и добавок питательных микроэлементов и созданием инфраструктуры сектора здравоохранения, неизменно помогают сокращать все еще высокое число материнских и неонатальных смертей в Лаосской Народно-Демократической Республике.

См. "Ссылки", стр. 111.

Для улучшения здоровья матерей и новорожденных крайне важно ликвидировать кризис кадровых ресурсов здравоохранения. Наибольший дефицит медицинских кадров существует в Африке и Азии.

© UNICEF/HQ07-1307/Anita Khemka

Предупреждение материнских смертей помогает гарантировать выживание и здоровье новорожденных. *После успешно прошедших родов мать со своей новорожденной дочерью лежит на кровати в родильном отделении, Пакистан.*

В 2006 году на основании результатов исследования Всемирной организации здравоохранения было рекомендовано, чтобы для обеспечения надлежащего охвата рожениц услугами квалифицированного медицинского персонала страны имели в среднем 2,28 профессионального медицинского работника на 1000 населения. Из 57 стран, показатели которых намного ниже указанного порогового уровня, 36 стран расположены в Африке к югу от Сахары. Самая большая нехватка медицинских работников в абсолютном выражении существует в Азии, особенно в Индии, Индонезии и Бангладеш. Однако самая большая относительная потребность в них существует в странах Африки к югу от Сахары, где, для того чтобы добиться необходимой обеспеченности[12] медицинскими работниками, их число должно быть увеличено на 140 процентов. По оценке Всемирной организации здравоохранения, приведенной в "Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 2005 год", для увеличения охвата женщин услугами по охране материнского здоровья к 2030 году уровни охвата должны вырасти в три раза, для чего потребуются 334 тыс. квалифицированных медицинских работников для обеспечения к 2015 году охвата 37 процентов родов в мире, а также дополнительные тысячи врачей, хирургов, анестезиологов, технических специалистов и родильных отделений в медицинских учреждениях[13].

Не существует альтернативы участию профессиональных медицинских работников в обслуживании при родах – это является общим принципом для ряда добившихся успехов в сокращении коэффициентов материнской смертности стран с разнообразными условиями. По определению Всемирной организации здравоохранения, профессиональный медицинский работник, принимающий роды, – это "официально уполномоченный медицинский работник, например акушерка, врач или медсестра, который получил необходимое образование или про-

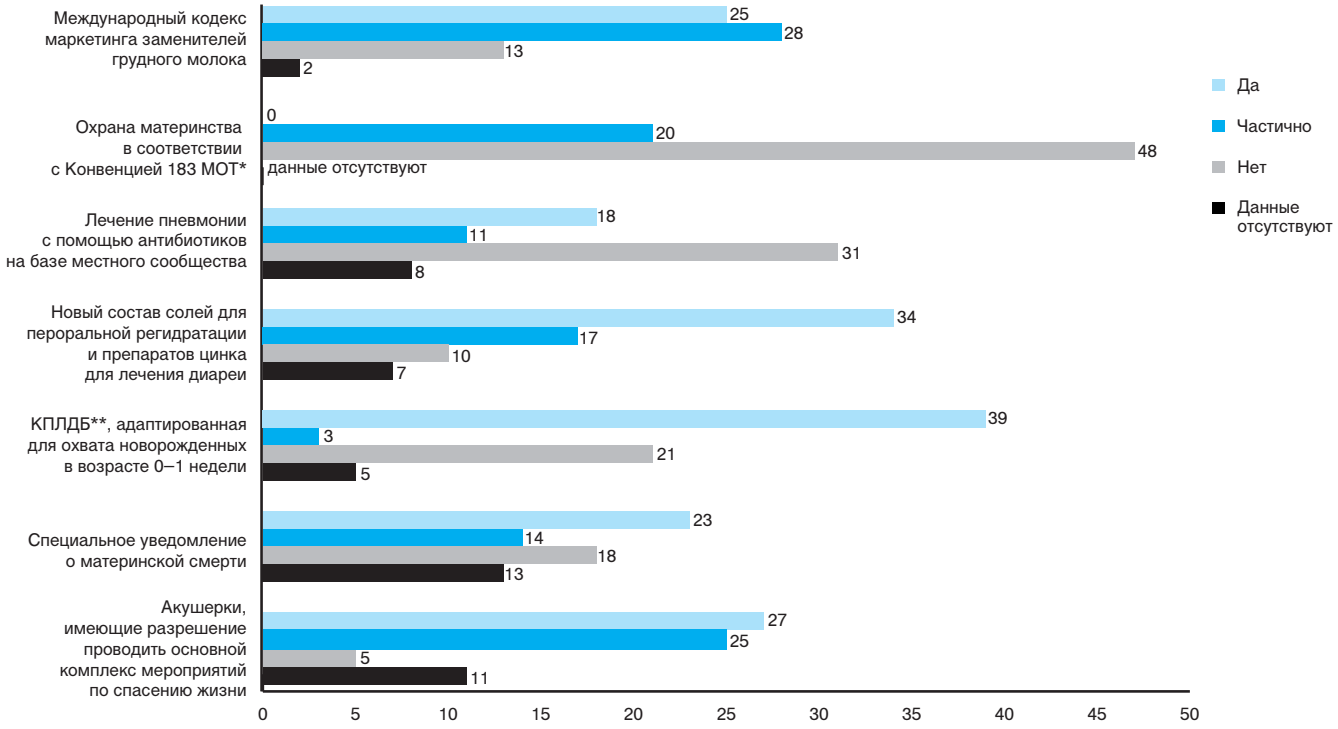
В 57 странах, 36 из которых расположены в Африке к югу от Сахары, обеспеченность медицинскими работниками ниже установленного ВОЗ минимального порогового уровня 2,28 медицинских работника на 1000 населения, который должен гарантировать адекватную профессиональную медицинскую помощь во время родов.

фессиональную подготовку по ведению неосложненных родов и послеродовому уходу, а также умеющий выявить ряд осложнений у женщин и новорожденных, принять необходимые меры и направить их на специализированное лечение"[14]. Однако компетентность медицинских работников, подпадающих под эту категорию, широко варьируется по странам, и не все медицинские работники, которые характеризуются как "участвующие в родовспоможении", обладают необходимой квалификацией.

Акушерки или другой средний медицинский персонал, которые прошли укороченный курс подготовки и к которым предъявляются более низкие квалификационные требования, должны составлять отдельную группу медицинских работников и выполнять различные функции, например распределять работу и заниматься созданием системы консультативной помощи для беременных женщин и новорожденных. Важно также обеспечить поддержку медицинским работникам, подготовленным для участия в родовспоможении, создавая благоприятные условия, чтобы они могли использовать приобретенные навыки. Для этого требуются эффективные бригады медицинской помощи, снабжение, надзор и системы консультативной помощи. В Мозамбике, например, акушерки и медсестры, имеющие сертификат акушерки, помогают акушерам-гинекологам предоставлять недорогие услуги по оказанию качественной неотложной акушерской помощи в районах, испытывающих нехватку соответствующих служб[15]. В Перу местные медико-санитарные работники ежемесячно посещают домохозяйства, входящие в группу "высокого риска", которые определяются как домохозяйства, в которых имеются маленькие дети в возрасте до одного года, беременные женщины и женщины детородного возраста, и оказывают медицинскую помощь младенцам с затруднением дыхания[16]. Распределение обязанностей может способствовать уделению большего внимания беременным женщинам и детям и ликвидировать их чрезмерную зависимость от перегруженного работой малочисленного персонала.

Диаграмма 4.4

Осуществление ключевых стратегий в области охраны здоровья матерей, новорожденных и детей в 68 странах, определенных в качестве приоритетных в рамках инициативы "Отчет времени до 2015 года"



* *МОТ* – Международная организация труда

** *КПЛДБ* – Комплексная программа лечения детских болезней

Источник: Countdown to 2015, *Tracking Progress in Maternal, Newborn and Child Survival: The 2008 report,* UNICEF, New York, 2008, pp. 200-201.

© UNICEF/HQ07-1414/Anita Khemka

Ключевой проблемой для всех стран развивающегося мира является укрепление кадрового состава медицинских работников путем набора, профессиональной подготовки и сокращения текучести квалифицированных медицинских кадров и местных медико-санитарных работников. *Врач проводит в больнице учебный курс по акушерству, Афганистан.*

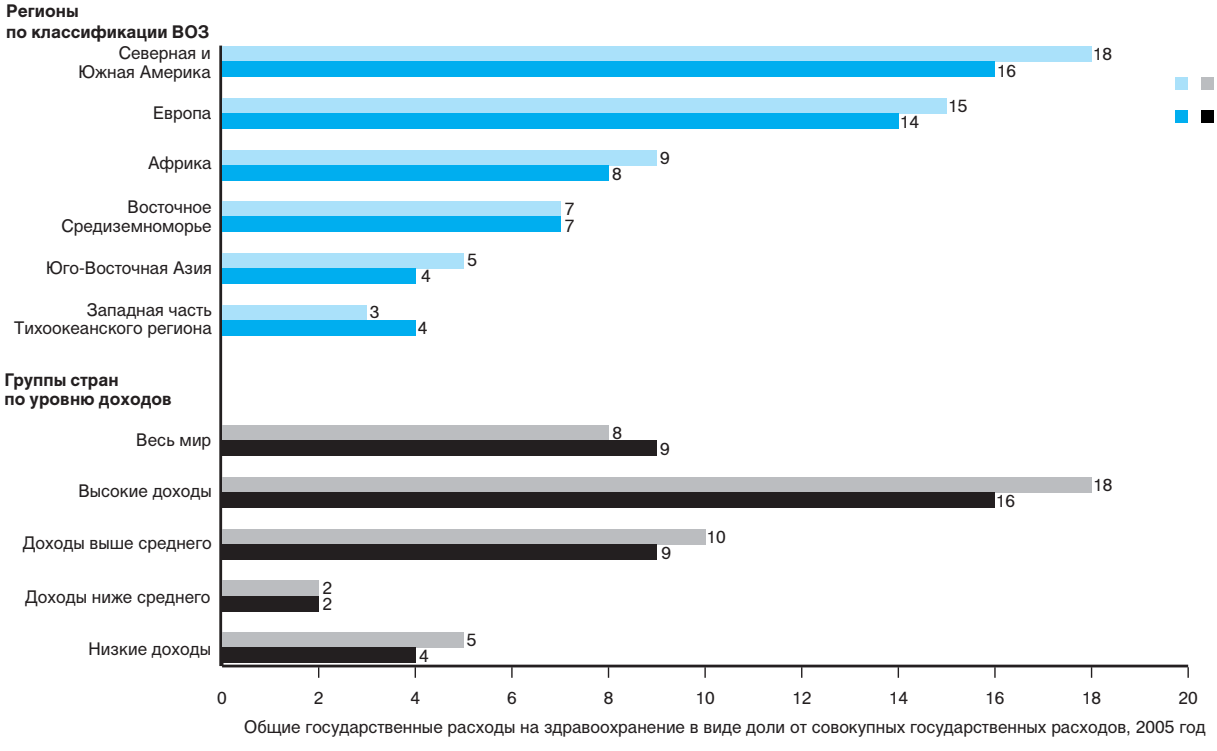
Перед странами также стоит задача разработать стратегию сокращения текучести кадров, которая обеспечивала бы медицинским работникам адекватное вознаграждение и удовлетворяла бы их потребности. В Мали, например, Министерство здравоохранения предоставляет недавно получившим диплом врачам, согласившимся работать в сельских районах, соответствующую подготовку, жилье, оборудование и транспорт[17]. В Пакистане в рамках реализуемой в провинции Пенджаб инициативы "Безопасное материнство" осуществляется ротация дипломированных врачей из подрайонных больниц в районные больницы Шейкхупура, обеспечивая круглосуточное предоставление качественной акушерской и неотложной помощи[18]. В южных и восточных районах Африки с переменным успехом осуществляются другие программы нефинансового стимулирования, такие как кратковременная ротация акушерок, предоставление возможностей повышения квалификации и создание групп психологической поддержки, однако для полной оценки влияния таких программ необходимо их широкомасштабное внедрение и дополнительные исследования[19].

Мера 3. Содействие социальной мобилизации

Меры, обеспечивающие предложение услуг, не могут быть успешными без укрепления спроса на качественную медицинскую помощь на уровне домохозяйств и местных сообществ. Первостепенное внимание при организации медицинского обслуживания должно уделяться социальной интеграции, с тем чтобы отдельные семьи, в част-

Диаграмма 4.5

В Азии доля государственных расходов на здравоохранение в рамках общегосударственных расходов одна из самых низких



Источник: Всемирная организация здравоохранения, *World Health Statistics 2008*, WHO, Geneva, 2008, pp. 90-91.

Спасение жизней матерей и новорожденных – решающие первые дни после родов

Джой Лон, старший научный сотрудник и советник по вопросам политики, Спасение жизней новорожденных/"Спасите детей" – США, Южная Африка

Инвестиции в послеродовой уход могут обеспечить отдачу в виде высокой выживаемости матерей и новорожденных

В течение жизни с самым большим риском смерти человек сталкивается при рождении и в первые 28 дней после рождения – неонатальный период. Ежегодно в этот период умирают почти 4 млн. новорожденных, что эквивалентно 10 тыс. младенцев в день. Три четверти этих смертей происходят в первую неделю после рождения, и 1–2 млн. младенцев умирают в первый день после рождения. Большая часть этих смертей происходит дома, они не регистрируются, и никто, кроме членов семей, о них ничего не знает. Еще больше миллионов новорожденных каждый год тяжело болеют, и неизвестно, сколько из них остаются инвалидами на всю жизнь. Кроме того, риски материнской смертности и заболеваемости также наиболее высоки во время родов и в начальный послеродовой период.

Для младенцев с такими осложнениями, как неонатальный сепсис, или матерей с послеродовым кровотечением задержка в предоставлении надлежащей помощи даже на несколько часов может стать смертельно опасной или привести к долгосрочным повреждениям или инвалидности. Новые важные данные из Бангладеш свидетельствуют о том, что патронаж новорожденных на дому в первый или второй день после рождения может на две трети сократить неонатальную смертность, чего нельзя сказать, если осмотры новорожденных произведены позднее – они менее эффективны в этом отношении. Ранний постнатальный период – первые семь дней жизни – также является важным периодом для ознакомления матерей с практикой, способствующей выживанию младенцев, включая исключительно грудное вскармливание. Оптимальное грудное вскармливание должно начинаться не при осмотре на шестой неделе после родов, когда проводится иммунизация ребенка: данные свидетельствуют о том, что эффективная поддержка и консультативная помощь в первые дни жизни ребенка напрямую увеличивают долю детей, находящихся исключительно на грудном вскармливании. Использование других основных методов ухода в постнатальном периоде, например соблюдение норм гигиены при обработке пуповины или необходимость держать ребенка в тепле, равносильно выбору между жизнью и смертью, особенно это касается недоношенных младенцев. Послеродовой период – это также важный момент для предупреждения передачи ВИЧ от матери ребенку и предоставления женщинам доступа к услугам по планированию семьи.

Недостаточный охват услугами по уходу в начальный послеродовой период

Предоставление эффективной помощи матерям и новорожденным в начальный послеродовой период может стать более плодотворным в плане обеспечения выживания и охраны здоровья, чем в любой другой период в структуре континуума медицинских услуг. Однако, несмотря на эти многообещающие перспективы, в настоящее время самый низкий уровень охвата надлежащими услугами и практикой отмечается именно в первые дни после родов. В 68 странах, определенных в рамках инициативы "Отсчет времени до 2015 года" в качестве приоритетных, в среднем всего 21 процент женщин получили послеродовую помощь.

Изменение концепции предоставления помощи в послеродовой период

Рост признания жизненной важности предоставления помощи матерям и новорожденным, а также существование в настоящее время значительных пробелов в охвате такой помощью наряду с данными, полученными преимущественно в результате исследований, проведенных в Южной Азии, привели к смене концепции. Возникло три основных принципа:

- **Кому предоставлять помощь?** Объединение послеродовой помощи матерям и постнатального ухода за новорожденными обеспечивает их бóльшую эффективность и действенность, чем раздельное предоставление послеродовой и неонатальной помощи.
- **Где предоставлять помощь?** Плановые послеродовые осмотры должны проводиться на дому или в непосредственной близости от дома в целях одновременного ознакомления с полезной для здоровья практикой и оказания медицинской помощи; не следует уповать на то, что мать или ребенок будут доставлены в медицинское учреждение, если возникнут проблемы.
- **Когда предоставлять помощь?** Жизненно важно установить контакт с матерями и младенцами на возможно более раннем этапе – в идеале, в течение 24 или максимум 48 часов после родов, когда должен быть проведен первый осмотр, а не через шесть недель после родов, как это чаще всего бывает. В рамках показателя для измерения послеродовой помощи, содержащегося докладе за 2008 год об осуществлении инициативы "Отсчет времени до 2015 года", особое внимание обращается на предоставление помощи в течение двух дней после родов. В крупномасштабные исследования вносятся изменения с целью измерения этого показателя в большем числе стран и местных сообществ.

Ликвидировать разрыв между политикой и практической деятельностью

Изменение политики и показателей необходимо для отражения важности предоставления послеродовой помощи, но этого недостаточно для спасения жизней. Для обеспечения высокого охвата и качественной помощи в этот период требуется широкомасштабное предоставление услуг. Хотя с объемом пакета услуг по оказанию послеродовой помощи все достаточно ясно, наиболее эффективные механизмы их предоставления будут различными, особенно это касается обслуживания в отдаленных сельских районах и охвата обслуживанием матерей и новорожденных сразу после родов. На диаграмме 4.6 показаны возможности выбора того, где рожать, при условии наличия доступа к медицинским учреждениям и наличия соответствующих кадров в медицинских учреждениях и на уровне местного сообщества. Многие задачи, осуществляемые в рамках послеродовой помощи, могут быть делегированы квалифицированному работнику-консультанту, деятельность которого надлежащим образом контролируется и который имеет надежную связь с системой здравоохранения.

Лечение конкретных случаев неонатальных инфекционных заболеваний – это настоятельная необходимость

Ранние профилактические осмотры в рамках послеродовой помощи имеют огромную важность, однако они наиболее эффективны в том, что касается сокращения коэффициентов смертности, если они сопровождаются предоставлением необходимой медицинской помощи. Причиной почти трети смертей новорожденных являются инфекции; в районах, где люди живут в нищете и высок коэффициент смертности, эта доля гораздо выше. Многие такие младенцы рождаются преждевременно.

С помощью пакетов эффективных услуг в рамках постнатальной помощи можно обеспечить раннее выявление инфекций у новорожденных. В большинстве стран, однако, болезни новорожденных лечат только в медицинских учреждениях по специальному направлению; однако даже получив соответствующее направление, лишь незначительный процент этих лиц действительно обратится за помощью. Одним из возможных выходов может стать лечение антибиотиками, проводимое обычными медико-санитарными работниками первого уровня в рамках КПЛДБ. В странах, где мест-

ные медико-санитарные работники уже занимаются лечением конкретных случаев пневмонии или малярии, можно рассмотреть возможность лечения неонатальных инфекций также как можно ближе к дому или непосредственно на дому. Ряд исследований, проведенных в Азии, показывают, что подобные стратегии могут привести к значительному сокращению неонатальной смертности, и сегодня в Непале осуществляется широкомасштабное внедрение метода лечения на уровне местного сообщества конкретных случаев неонатального сепсиса в комбинации с лечением конкретных случаев детской пневмонии. Из 68 стран, определенных в рамках инициативы "Отсчет времени до 2015 года" в качестве приоритетных, 39 стран изменили свою политику, и теперь лечение конкретных случаев неонатального сепсиса будет проводиться в рамках Комплексной программы лечения детских болезней. Основной задачей сегодня является подготовка соответствующих медработников, которые будут предоставлять такую помощь.

Ликвидация пробела в знаниях

Почти все (98 процентов) неонатальные смерти приходятся на страны с низкими и средними доходами. Однако бóльшая часть исследований и финансовых средств направлены на дополнительное совершенствование высокотехнологичной помощи для сокращения 2 процентов неонатальных смертей, которые происходят в странах с высокими доходами. Все большее число исследований дают новые ответы на вопросы о том, "кому, где, когда и как" предоставлять услуги по спасению жизни в странах, где наблюдается наибольшее число неонатальных смертей и особенно где имеется ограниченный доступ к медицинским учреждениям. В восьми африканских странах действует исследовательская сеть, занимающаяся изучением адаптированных к национальным условиям пакетов услуг и возможностей для наращивания кадрового потенциала медицинских работников. Анализ эффективности затрат на спасение жизней поможет дать нужное направление политике и программам по улучшению медицинского обслуживания матерей и новорожденных в самые первые дни жизни.

См. "Ссылки", стр. 111.

Диаграмма 4.6

Стратегии предоставления послеродовой помощи: приемлемость и возможность реализации

	Возможные способы установления контакта для оказания послеродовой помощи	Степень удобства для матери	Степень удобства для медицинского работника	Проблемы, связанные с осуществлением
1	Мать с ребенком идет в больницу	*	***	Мать должна прийти в больницу в кратчайшие сроки после родов. Скорее всего, это станет возможным в том случае, если роды прошли в медицинском учреждении, но в первые дни после родов это трудноосуществимо.
2	Квалифицированный медицинский работник осуществляет патронажное наблюдение матери и младенца на дому	***	*	Зависит от достаточного количества людских ресурсов, что проблематично. В условиях, где уровень участия квалифицированных медицинских работников в родовспоможении остается низким, проблема оказания послеродовой помощи может быть для них не самой важной. Многие функции, связанные с послеродовой помощью, могут быть переданы работнику с другой квалификацией. Квалифицированный медицинский работник сможет посещать пациентов на дому в постнатальный период, если в сельских медицинских учреждениях днем будет мало работы.
3	Местный медико-санитарный работник посещает и осматривает мать и младенца на дому	***	*	Требуется достаточное число местных медико-санитарных работников, имеющих надлежащую подготовку, мотивацию и находящихся под должным контролем.
4	Сочетание разных способов: роды в медицинском учреждении и первый послеродовой осмотр в этом учреждении, последующий осмотр на дому через два-три дня и в дальнейшем – посещение медицинского учреждения для получения послеродовой помощи	**	**	Необходим бригадный метод работы профессиональных и местных медицинских работников. Достаточные людские ресурсы, руководство и контроль, эффективные системы консультативной помощи и эффективная система отслеживания информации, что дает возможность легко контролировать динамику состояния матери и ребенка.

Примечание: * Неудобно. ** Довольно удобно. *** Очень удобно.

Источник: Lawn Joy, and Kate Kerber, editors, *Opportunities for Africa's Newborns: Practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa,* Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, Cape Town, 2006.

В ряде развивающихся стран инициативы по привлечению местных партнерств к деятельности по поддержанию услуг в области охраны материнства оказываются перспективными.

ности женщины, и местные сообщества были включены в этот процесс на правах партнеров. Из многочисленных примеров видно, что отрицательный опыт общения с официальными медицинскими учреждениями может приводить к тому, что семьи и даже местные сообщества в целом отказываются обращаться за медицинской помощью.

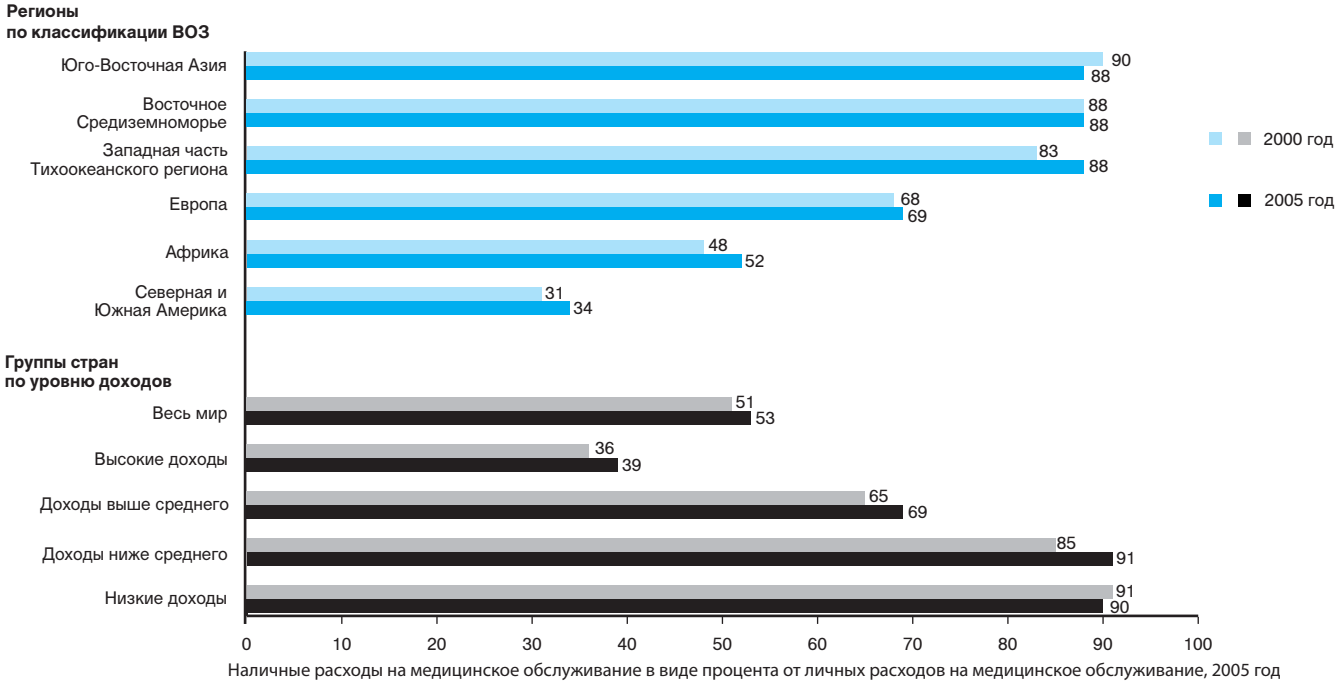
Выявление предотвратимых рисков – одна из важнейших мер, направленных на улучшение охраны здоровья матерей и новорожденных. В отношении беременности и деторождения нередко имеются глубоко укоренившиеся культурные установки и верования, в результате чего самих женщин могут винить в их плохом самочувствии и болезнях, а также в смерти и заболеваемости новорожденных. Там, где мертворождения и неонатальные смерти нередки и считаются обычным явлением, вряд ли думают о том, что их можно предотвратить. Несмотря на то что заставить местные сообщества поверить в возможность альтернативной практики нельзя, они могут стать партнерами в деле укрепления здоровья и благополучия всех их членов, и в частности матерей и детей.

Хотя санитарное просвещение является основным моментом в деле распространения полезных для здоровья практики и моделей поведения, а также содействия надлежащей осведомленности о важности обращения за медицинской помощью, также важным становится вовлечение партнерств, включающих основные заинтересованные стороны из числа местных сообществ, непосредственно в деятельность по предоставлению медицинской помощи. Одним из примеров такого опыта является Бурунди, где традиционные акушерки участвуют в обслуживании родов в медицинских учреждениях в качестве помощников профессиональных медико-санитарных работников и ухаживают за матерями, которые расплачиваются с ними не деньгами, а продуктами питания и другими подарками[20].

Системы здравоохранения также могут заручиться поддержкой местных сообществ путем их интеграции, а не принуждения. В Эквадоре лица, ответственные за выработку политики, взяли на вооружение такой подход, закрепив законодательным образом интеграцию межкультурных подходов в области репродуктивного и сексуального здоровья, с целью содействия более активному участию женщин из числа коренных народов в устойчивом развитии системы здравоохранения.

Диаграмма 4.7

В странах с низкими доходами большая часть личных расходов на медицинское обслуживание оплачивается наличными



Источник: Всемирная организация здравоохранения, *World Health Statistics 2008,* WHO, Geneva, 2008, pp. 90-91.

В целях укрепления среды, благоприятной для здоровья матерей и новорожденных, необходимо мобилизовать семьи, включая мужчин и других родственников, чтобы они умели распознавать риски для здоровья и соответствующим образом реагировать.

Бурунди: приверженность правительства делу охраны материнства и детства

Бурунди – одна из наименее развитых стран мира. Затяжная гражданская война и затянувшаяся перестройка политической системы мешают экономическому и социальному прогрессу. Коэффициенты бедности быстро растут: почти 88 процентов бурундийцев живут на доходы, равные всего 2 долл. США в день. Недоедание распространено среди 66 процентов населения страны, а более половины детей в возрасте до 5 лет имеют среднюю или сильную задержку в росте. В 2005 году риск материнской смерти в течение жизни составлял 1 из 16. Скорректированный коэффициент материнской смерти в 2005 году составлял 1100 случаев смерти на 100 000 живорождений, а коэффициент неонатальной смертности в 2004 году – 41 случай смерти на 1000 живорождений.

В Бурунди на собственном опыте поняли всю важность предоставления недорогой качественной медицинской помощи малоимущим в целом и матерям и детям в частности. В феврале 2002 года правительство ввело в действие программу возмещения затрат, в соответствии с которой пациенты должны были сами оплачивать медицинские консультации, анализы и лекарства. Эта инициатива имела целью сбор денежных средств для создаваемой системы здравоохранения и осуществлялась в 12 из 17 сельских провинций, охватывая 5 млн. из 8,5 млн. жителей страны. С введением этой программы увеличилось число пациентов, которые не могли платить за медицинские услуги, получаемые ими в государственных больницах, и многие из них за неуплату были подвергнуты содержанию под стражей. Женщины, родившие детей с помощью кесарева сечения, составляли, по оценке, 35 процентов неимущих пациентов больниц, данные о которых были включены в доклад организации "Хьюман райтс уотч" за 2006 год о пациентах, содержавшихся под стражей; 10 процентов неимущих пациентов, в соответствии с этим исследованием, составляли дети. Услуги по охране здоровья женщин и детей не только требуют обременительных расходов, но также нередко бывают низкого качества.

Нынешнее правительство во главе с президентом Нкурунзиза начало предпринимать шаги для преодоления этого кризиса в здравоохранении. В 2005 году, когда Бурунди присоединилась к Инициативе Международного валютного фонда и Всемирного банка в отношении бедных стран с крупной задолженностью, в рамках которой в 2005 году должно было состояться промежуточное списание задолженности, бюджет здравоохранения вырос в три раза. В 2006 году правительство сделало важный шаг, объявив о введении бесплатного медицинского обслуживания для беременных женщин и детей. В том же году при содействии Фонда Организации Объединенных Наций в области народонаселения, Всемирной организации здравоохранения, Всемирной продовольственной программы и ЮНИСЕФ была разработана и введена в действие новая политика под названием "Дорожная карта сокращения неонатальной и материнской смертности". Еще один важный шаг был сделан в 2007 году, когда Бурунди стала одной из восьми стран – участниц международного партнерства в области здравоохранения, руководимого странами и ориентированного на конкретный результат проекта сотрудничества между правительствами, международными организациями и неправительственными организациями. Основная задача этого партнерства состоит в том, чтобы определить ряд основных целей, включающих увеличение числа родов в медицинских учреждениях и объема услуг по предупреждению передачи ВИЧ от матери ребенку.

Сегодня национальная политика Бурунди в области охраны репродуктивного здоровья включает предоставление неонатальной помощи в качестве важнейшей стратегии в деле сокращения детской смертности. Центральным в этой политике должно стать широкомасштабное внедрение услуг по предупреждению передачи ВИЧ от матери ребенку. В 2005 году медианный коэффициент распространенности ВИЧ-инфекции среди молодых беременных женщин в возрасте 15–24 лет в Бужумбуре составлял 16 процентов. Обеспечение более активного участия мужчин в реализации стратегии предупреждения передачи ВИЧ от матери ребенку может стать одним из направлений, которое будет учтено при составлении будущих программ.

Страна также приступила к осуществлению крайне необходимого основного минимума мер в области здравоохранения, что пойдет на пользу женщинам и детям. Благодаря программам иммунизации почти три четверти женщин в районах высокого риска получают противостолбнячную вакцину. Подобные усилия побуждают к действию заинтересованные стороны на национальном и местном уровнях. Однако для непрерывной поддержки международных и местных участников в их деятельности по созданию инфраструктуры здравоохранения в Бурунди необходимо, чтобы правительство постоянно ставило на первое место медицинское обслуживание малоимущих.

См. "Ссылки", стр. 112.

Финансирование качественной медицинской помощи – это глобальная проблема. Почти треть из 68 стран, определенных инициативой "Отсчет времени до 2015 года" в качестве приоритетных, расходуют меньше установленного Инициативой минимального уровня, который составляет 45 долл. США на человека в год.

Данная стратегия помогает убедить некоторых женщин из числа коренных народов в том, что культурная практика, которой они придерживаются, например вертикальное положение во время родов, не позволяет им пользоваться современными медицинскими услугами[21].

Участие мужчин и других членов семьи

Для обеспечения большей сплоченности необходимо привлечь к участию большее число не только женщин, но и мужчин. Исследования показывают, что мужчины способны распознавать множество осложнений, которые приводят к материнским смертям, но они не всегда понимают свою роль в предотвращении этих смертей. В связи с тем, что современные исследования преимущественно сосредоточены на экономических аспектах предоставления медицинских услуг и в меньшей степени – на профилактике заболеваний, обеспечении ухода, питании и других решающих для здоровья факторах[22], необходимы более широкие исследования роли мужчин в обеспечении выживания и охране здоровья матери и ребенка.

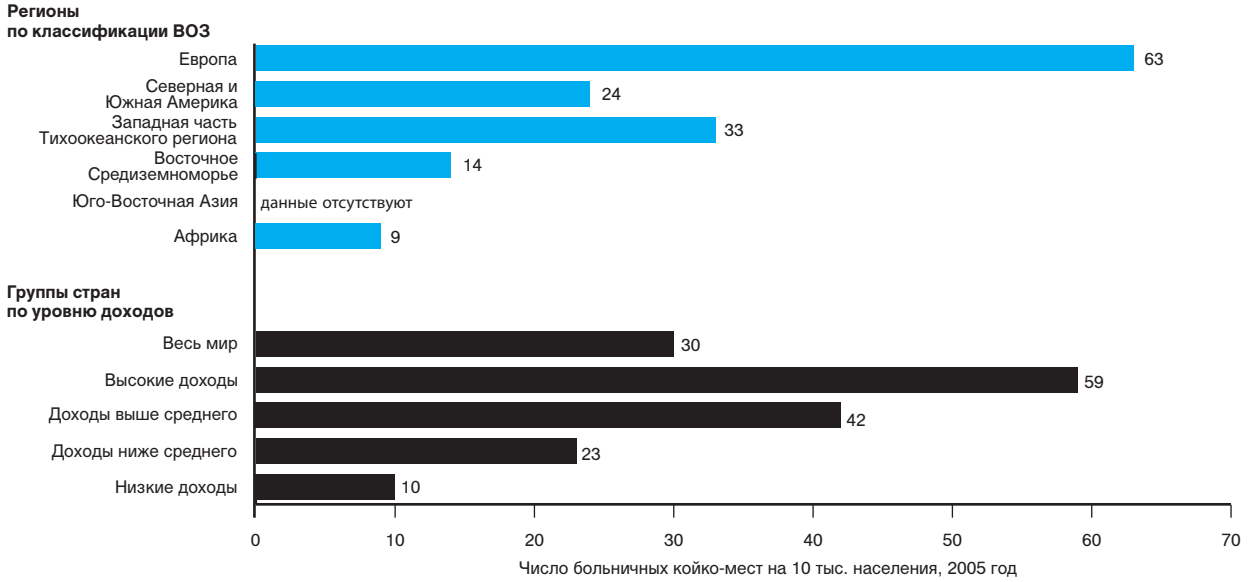
Привлечь к участию в этом процессе можно не только обоих родителей, мужчин и женщин, но и других членов семей. Во многих обществах, где члены расширенной семьи живут в непосредственной близости друг от друга, родственники со стороны мужа и жены – или другие родственники старшего возраста – оказывают влияние на принятие решений по вопросам медицинского обслуживания. В Мали, например, участие бабушек в местной программе обучения способствовало повышению осведомленности о правильном питании матерей и младенцев и о вредном влиянии тяжелой работы на здоровье матерей, а также более активному вовлечению отцов в обеспечение ухода за их женщинами-партнерами и новорожденными. Данная программа также улучшила отношения между женщинами и их свекровями, помогая преодолевать чувство стыдливости и недоверие, которые отдаляли их друг от друга[23].

Мера 4. Обеспечение справедливого и устойчивого финансирования

Обеспечение финансирования качественной медицинской помощи – это общемировая проблема как для промышленно развитых, так и для развивающихся стран. Несмотря на отсутствие согласованных на международном уровне минимально допустимых общих расходов на душу населения, по оценке инициативы "Отсчет времени до 2015 года", расходы менее 45 долл. США на душу населения считаются недостаточными для предоставления качественных основных услуг в области здравоохранения. Из 68 стран, определенных в рамках инициативы "Отсчет времени до 2015 года" в качестве приоритетных, в том что касается здоровья матерей, новорожденных и

Диаграмма 4.8

В странах с низкими доходами имеется всего 10 больничных койко-мест на 10 тыс. населения



Источник: Всемирная организация здравоохранения, *World Health Statistics 2008*, WHO, Geneva, 2008, pp. 82-83.

Интеграция мер по охране здоровья матерей и детей в Индии

Прогресс Индии крайне важен для улучшения здоровья матерей и новорожденных на региональном и глобальном уровнях. Согласно последним международным оценкам, коэффициент материнской смертности в Индии в 2005 году составлял 450 случаев смерти на 100 000 живорождений, тогда как коэффициент неонатальной смертности в 2004 году составлял 39 случаев смерти на 1000 живорождений. Обе цифры свидетельствуют о сокращении коэффициентов предыдущих лет. Несмотря на это, даже в условиях быстрого экономического роста Индии, чей валовой внутренний продукт в 2007–2008 годах увеличивался ежегодно более чем на 9 процентов, сохраняется рост неравенства в области здоровья между группами по уровню доходов и между социальными и кастовыми группами. Рост неравенства в сочетании с недостаточным предоставлением первичной медико-санитарной помощи и ростом стоимости медицинского обслуживания затрудняет усилия страны по достижению связанных со здоровьем целей в области развития Декларации тысячелетия.

При общей численности населения, которая составляет приблизительно 1,1 млрд. человек, широком разнообразии окружающей среды и культурном многообразии, а также сложной системе политического устройства, которая включает 28 штатов и 7 союзных территорий, усилия Индии в области управления системой медицинского обслуживания своих граждан носят в значительной степени децентрализованный характер. Правительство Индии подчеркивает важность расширения первичной медико-санитарной помощи, которая в соответствии с Конституцией относится к компетенции штатов. Начиная с 2000 года в рамках такой помощи оказывается бóльшая поддержка в предоставлении медицинского обслуживания женщинам и детям в сельских районах и в таких небогатых штатах, как Бихар, Орисса и Раджастан. Правительство также поощряет частное здравоохранение, которое по карману пока немногим, в то время как расходы на государственное здравоохранение уменьшились до 2 процентов валового внутреннего продукта.

В целях ликвидации увеличивающегося неравенства правительство Индии выступило с обязательством обеспечить "инклюзивный рост". Одной из соответствующих инициатив является Janani Suraksha Yojana – финансируемый правительством проект в рамках Национальной задачи по созданию сельского здравоохранения, предусматривающий материальные стимулы для медико-санитарных работников на местах, которые осуществляют дородовое наблюдение в период беременности, помогают принимать роды в медицинских учреждениях и оказывают послеродовую помощь. Преимуществами этого проекта могут воспользоваться все беременные женщины из 10 штатов в возрасте 19 лет и старше, живущие ниже черты бедности, максимум в период двух беременностей. Женщины, которые не охвачены этой программой, но имеют такие осложнения, как наличие механического препятствия прохождению плода во время родов, эклампсия и сепсис, также имеют право воспользоваться предоставляемыми ею льготами. Программа также включает механизм аккредитации и вознаграждения участвующих в ней частнопрактикующих врачей.

По данным одного контрольного исследования, проведенного в отдельных районах штата Раджастан в 2007–2008 годах, благодаря программе Janani Suraksha Yojana был увеличен доступ к дородовому и послеродовому обслуживанию. Этот обзор также показал, что 76 из 200 участников исследования, или почти 40 процентов, составили девочки в возрасте до 18 лет (установленного законом брачного возраста в Индии). Программа успешно справляется с расширением доступа к медицинской помощи, в то же время позволяя правительству более тщательно контролировать положение девочек и женщин.

Некоторые штаты также выступили с инициативой о создании партнерств в области здравоохранения с частным сектором. В штате Гуджарат, одной из наиболее развитых индийских провинций, нехватка квалифицированных медико-санитарных работников побудила правительство штата объединиться с частными больницами для предоставления бесплатной акушерской помощи беременным женщинам, живущим ниже черты бедности и особенно принадлежащим к кастам и племенам "неприкасаемых". В 2005 году была начата программа Chiranjeevi Yojana, что означает "программа для долгой жизни", которая работает на основе меморандума о взаимопонимании, заключенного между правительством штата Гуджарат и частными акушерами-гинекологами. За каждые роды правительство перечисляет по 1795 рупий (40 долл. США), и в эту сумму также входят 200 рупий на транспортные расходы для перевозки каждого пациента и 50 рупий, предназначенные для лица, сопровождающего пациента, в порядке компенсации потери дохода.

В 2006 году в докладе об исследовании программы Chiranjeevi Yojana, проведенном Фондом Организации Объединенных Наций в области народонаселения, сообщалось, что программа добилась успеха в увеличении числа родов, принимаемых в медицинских учреждениях, и что частнопрактикующие врачи с энтузиазмом участвуют в этой инициативе. В докладе также отмечалось нежелание пациенток рожать в медицинских учреждениях и то, что их мужья и родственники оказывают большое влияние на принятие решений по этому вопросу, ограничивая способность женщин активно обращаться за профессиональной медицинской помощью. По результатам исследования было представлено несколько рекомендаций, касающихся, среди прочего, создания независимого органа для обеспечения качественного контроля и справедливого осуществления этой инициативы.

В рамках данной инициативы правительство штата Гуджарат отказалось от предыдущей практики в том смысле, что оно взяло на себя исключительную ответственность за возмещение расходов частных медицинских работников, отказавшись от услуг таких посредников, как страховые компании. Правительство штата совместно с профессиональными организациями, такими как ассоциации акушеров-гинекологов и научные организации, работает над планированием и введением в действие новых механизмов и соглашений.

С учетом продемонстрированных программой замечательных успехов ее рамки были расширены с 5 на все 25 районов штата Гуджарат. За период с января 2006 года по март 2008 года к участию в ней было привлечено 180 врачей. Они приняли почти 100 000 родов, при этом каждый врач принял в среднем 540 родов. Несмотря на многообещающий опыт, для улучшения ситуации и получения желаемой отдачи необходимы непрерывный мониторинг и оценка.

См. "Ссылки", стр. 112.

© UNICEF/HQ08-0043/David Turnley

Для укрепления и интегрирования материнской и неонатальной помощи необходимы национальная и международная приверженность и создание глобальных партнерств в области здравоохранения между учреждениями и ведомствами. *Женщина держит своего малыша и чашку с дополнительным питанием, Сьерра-Леоне.*

детей, 21 страна расходует на цели здравоохранения менее 45 долл. США на душу населения[24].

Объем государственных расходов на здравоохранение может быть ключевым фактором, определяющим потенциал системы здравоохранения. Страны с низким уровнем расходов на душу населения могут ассоциироваться с неудовлетворительными результатами мероприятий по охране здоровья, нехваткой медицинского персонала и отсутствием инвестиций в инфраструктуру и материально-техническое обеспечение здравоохранения[25]. Данные Панамериканской организации здравоохранения показывают, что средние расходы на общественное здравоохранение в 2004 году составляли всего 2,6 процента валового внутреннего продукта для стран с низкими и средними доходами в целом, что разительно контрастирует с 7 процентами ВВП, расходуемыми странами с высокими доходами. Южная Азия имеет один из самых низких уровней расходов, который составляет всего 1,1 процента валового внутреннего продукта. Хотя страны Африки к югу от Сахары расходуют на здравоохранение несколько больший процент своего ВВП (2,4 процента в 2004 году), лишь некоторые из стран этого региона выполняют обязательство, взятое в рамках Абуджийской декларации 2001 года, согласно которому страны должны выделять 15 процентов своих государственных бюджетов на расходы в области здравоохранения[26].

Страны и доноры все чаще признают принципиально важную роль охраны здоровья матерей и новорожденных в обеспечении справедливого социального и экономического развития. Многие правительства, даже в районах с низкой обеспеченностью ресурсами, изыскивают различные способы помочь семьям покрывать расходы на повседневную и неотложную акушерскую и неонатальную помощь. В связи с этим возможны различные варианты, включая уменьшение или отмену прямых сборов с пациентов; осуществление инициатив социальной защиты, таких как денежные переводы и ваучеры, обусловленные или необусловленные; а также введение национального или местного медицинского страхования либо субсидирование медицинского обслуживания малоимущих домохозяйств, предоставляемого частным здравоохранением[27].

Прямые сборы с потребителей

Основным спорным вопросом, касающимся финансирования здравоохранения, является практика прямых сборов с потребителей, которая в значительной степени препятствует доступу к медицинским услугам, особенно малоимущих групп населения. Отмена платы за пользование услугами может расширить доступ к медицинскому обслуживанию, особенно для малоимущих граждан. Ряд развивающихся стран уже упразднили или находятся в процессе отмены некоторых или всех видов прямых сборов, что нередко ведет к обнадеживающему расширению доступа к медицинскому обслуживанию. К их числу относятся самые разные страны – от Бурунди в Восточной Африке (*см. вставку на стр. 83*) и Ганы в Западной Африке до отдельных районов Непала[28].

До сих пор не проводилось систематической оценки результатов отмены вносимой пациентами платы за медицинские услуги в развивающихся странах. Предварительные данные свидетельствуют о том, что в странах, где отмена платы за медицинские услуги не была подкреплена другими мерами в области политики, такими как увеличение национальных бюджетов здравоохранения или разработка стратегий тщательного планирования и обдуманного осуществления соответствующих мер, проблемы в системе здравоохранения, как правило, увеличивались, а результативность проводимых изменений снижалась. Однако в стра-

Способы обеспечения большей справедливости в области охраны здоровья матерей и новорожденных включают увеличение сметы расходов на здравоохранение, отмену прямых сборов с пациентов, осуществление инициатив в области страхования и программ денежных переводов.

нах, где действия по отмене платы за медицинские услуги тщательно планировались и регулировались, уже имеются признаки увеличения спроса на такие услуги и свидетельства того, что больше всего от этого выиграли малоимущие граждане, хотя коэффициент их катастрофически высоких затрат на такие услуги не снизился[29].

Опыт Уганды и Южной Африки свидетельствует о том, что, для того чтобы стать эффективными, меры по отмене платы за пользование услугами должны стать частью более широкого пакета реформ, который включает увеличение бюджетов для компенсации упущенного дохода, поддержание на должном уровне качества услуг и реагирование на увеличение спроса. Для этого также необходимы открытый диалог и широкое участие заинтересованных сторон, а также тщательный контроль за тем, чтобы официальная плата не заменялась неофициальными поборами, и надлежащее руководство альтернативными механизмами финансирования, которые приходят на смену практике получения с пациентов платы за услуги[30].

Надо подчеркнуть, что взимание платы с пациентов – это не единственное препятствие, с которым сталкиваются малоимущие группы населения. Другие связанные с затратами барьеры включают неофициальные поборы; стоимость лекарственных препаратов, лабораторных и радиологических исследований, которые государственные медицинские учреждения не обеспечивают; расходы на транспорт, питание и проживание; и платные услуги в частных медицинских учреждениях. Эти затраты обычно составляют значительную долю совокупных расходов домохозяйств, которые становятся непомерно высокими для малообеспеченных домохозяйств[31].

Кроме того, для того чтобы неимущие получили доступ к надлежащему медицинскому обслуживанию, необходимо также устранить ряд барьеров, связанных с качеством, информацией и культурой. Данные свидетельствуют о том, что эти не связанные с затратами барьеры в наибольшей степени затрагивают бедные домохозяйства.

Хотя плата за пользование услугами представляет собой только один из множества барьеров, с которыми сталкиваются малоимущие, это та область, где в первую очередь должны быть приняты политические меры. Как свидетельствует недавний опыт Уганды, политический процесс отмены платы за медицинские услуги может оказывать каталитическое воздействие, давая возможность правительствам решать другие проблемы, такие как предложение и закупка лекарственных препаратов, бюджетные ассигнования или управление финансовыми средствами, которые являются дополнительными препятствиями для прогресса[32].

Ясно, что отмена платы за медицинские услуги – это не простое мероприятие. Странам, которые стремятся двигаться в этом направлении, нужна поддержка в планировании и осуществлении этих политических перемен, а отмена прямых сборов с пациентов должна проводиться в увязке с более широкими мерами по укреплению систем здравоохранения.

Необходимо отметить, что крайне важен контекст, в котором проводятся мероприятия по отмене платы за медицинские услуги, и никакая глобальная политика, скорее всего, не решит проблемы любой отдельно взятой страны. Реализация решений по наиболее приемлемому плану действий должна быть подкреплена тщательным анализом ситуации в конкретной стране, последствий применения альтернативных механизмов финансирования и стратегий предоставления услуг для обеспечения справедливости в отношении медицинского обслуживания, а также многочисленных финансовых и нефинансовых барьеров для доступа к медицинской помощи.

Страхование и денежные переводы

Национальные системы медицинского страхования, подобные боливийской системе социального страхования медицинского обслуживания матери и ребенка, помогут расширить доступ к дородовому обслуживанию и родовспоможению для женщин из беднейших слоев населения[33]. Однако эту форму финансирования трудно расширять в странах с ограниченной занятостью в формальном секторе, низким уровнем доходов, рассредоточенными домохозяйствами и минимальной инфраструктурой.

Местные программы медицинского страхования, которые по сравнению с системами социального страхования имеют менее формальный характер и менее масштабный охват, способствовали увеличению доли родов, принимаемых в медицинских учреждениях: на 45 процентов в Руанде и на 12 процентов – в Гамбии[34]. Осуществление в одном из городских районов Буркина-Фасо программы распределения расходов привело к увеличению числа направлений пациентов для оказания им неотложной помощи с 84 до 683 случаев в год[35]. Однако расширение таких программ для обеспечения большего охвата может быть трудной задачей, для решения которой требуется правительственная или донорская поддержка, поскольку такие программы не могут осуществляться на основе самофинансирования и зависят от эффективной мобилизации местного сообщества.

В экспериментальном порядке вводятся системы обусловленных денежных переводов и ваучеров в целях создания спроса на конкретные услуги среди бедных слоев населения. Введение денежных переводов увеличило пользование дородовым обслуживанием в течение первого триместра беременности среди наиболее бедных женщин в Мексике на 8 процентов, а в Гондурасе – на 15–20 процентов[36]. Индия

При разработке стратегий финансирования и развития необходимо принимать во внимание национальный и местный контексты, а также уделять первостепенное внимание косвенным препятствиям, мешающим доступу к медицинскому обслуживанию, таким как транспортные расходы и инфраструктура.

создает финансовые стимулы для женщин из маргинализированных групп, живущих в самых неблагополучных районах, с тем чтобы они рожали в медицинских учреждениях. Хотя эти меры расширяют доступ к медицинскому обслуживанию, эффективного улучшения результатов мероприятий в области материнского здоровья невозможно добиться без одновременного повышения качества услуг. Для того чтобы политики могли принимать обоснованные решения о соответствующем широкомасштабном внедрении этих новых финансовых инструментов, необходим их непрерывный мониторинг и оценка.

Частный сектор – поставщик медицинских услуг

Частный сектор стал важным поставщиком медицинских услуг, особенно в Азии, однако массив данных, необходимый для измерения его эффективности, по-прежнему ограничен и большинство имеющихся оценок позволяет измерить кратковременные изменения в работе этого сектора, а не результаты мероприятий в области здравоохранения или другие виды воздействий на пациентов. Частный сектор неоднороден по своему характеру и включает множество поставщиков медицинских услуг, в том числе традиционных целителей и множество повитух, больницы при церквях, курорты с минеральными источниками и международные корпорации, которые могут функционировать без соответствующего контроля и надзора. Во многих странах с низкими доходами частные поставщики медицинских услуг работают в условиях слабого контроля со стороны официальных регулирующих органов, будь то в форме профессиональных ассоциаций, механизмов правоприменения или государственного налогообложения[37].

Необходимо в срочном порядке уделить самое пристальное внимание зарождающемуся сотрудничеству в сфере общественного и частного здравоохранения, поскольку несправедливая структура финансирования и нерегулируемый характер частного сектора могут пагубно сказаться на выполнении правительственных обязательств в отношении здравоохранения, подорвать доверие общества и усилить социально-экономическое неравенство. Результаты исследований, предоставляемых частным сектором услуг в Индии, Индонезии и Мексике, выявили проблемы, касающиеся оценки качества медицинской помощи в рамках государственного и частного секторов, и то, насколько важно учитывать национальный контекст, прежде чем делать окончательные выводы по каждому сектору[38]. Перед правительствами стоит задача улучшения регулирования деятельности частных поставщиков медицинских услуг на основе международных руководящих принципов разработки национальной политики, которая устанавливает обязательные минимальные стандарты для таких услуг, как дородовое наблюдение, лечение конкретных случаев ВИЧ-инфицирования и заболевания СПИДом, максимально допустимую долю родоразрешений путем кесарева сечения, и решает другие жизненно важные проблемы здоровья матерей и новорожденных.

Мера 5. Укрепление инфраструктуры, транспорта и материально-технического обеспечения, снабжения и процесса предоставления консультативной помощи

Для укрепления систем здравоохранения в целях обеспечения охраны здоровья матерей и новорожденных требуются инвестиции в секторы, которые содействуют предоставлению основных услуг по охране материнства и осуществлению необходимого минимума мер для поддержания здоровья. В дополнение к укреплению информационных систем также крайне важно развивать людские ресурсы, содействовать социальной мобилизации, осуществлять справедливое финансирование и развивать инфраструктуру, системы поставок, материально-техническое обеспечение, транспортные услуги и консультативную помощь. В срочном порядке необходимо увеличить объем инвестиций в расширение медицинских учреждений, особенно в странах с низкими доходами. Согласно последним оценкам ВОЗ, в странах с низкими доходами имеется всего 10 больничных койко-мест на 10 000 населения, тогда как в странах с высокими доходами этот показатель почти в шесть раз выше[39].

Там, где медицинские учреждения уже созданы, правительства и другие контрольные органы должны заботиться о том, чтобы они надлежащим образом функционировали и содержались. В Уганде, где зарегистрировано сокращение материнской смертности, был проведен обзор учреждений неотложной акушерской помощи, который показал, что в 54 из 56 районов страны более 97 процентов учреждений, которые должны предоставлять основную неотложную медицинскую помощь, не в состоянии делать это. Основным препятствием для предоставления услуг[40] является отсутствие водопровода, электричества и действующих операционных. В срочном порядке должны быть проведены дополнительные обзоры для обеспечения постоянной модернизации существующих медицинских учреждений и создания новых. Еще одной первоочередной задачей является финансирование медицинских поставок, включая лекарственные препараты первой необходимости. Межведомственный список ООН основных лекарственных препаратов для предоставления услуг в области репродуктивного здоровья служит полезным руководством по минимальному ассортименту эффективных недорогих лекарств, которые должны быть в наличии[41].

Планы развития инфраструктуры здравоохранения должны составляться с учетом наилучших методов совершенствования транспортной системы,

Повышение качества медицинской помощи необходимо как для обеспечения безопасности и благополучия людей, так и для поощрения более широкого спроса на медицинское обслуживание.

удобной для женщин и детей, когда им нужно добраться до медицинского учреждения для получения обычной или неотложной медицинской помощи, а в некоторых ситуациях – для мобильных медицинских бригад. Программы, осуществляемые в Индии (*см. вставку на стр. 84*) и сельских районах Непала, служат примерами использования стимулов для финансирования услуг по транспортировке беременных женщин[42].

Совершенствование транспортной инфраструктуры также содействует укреплению процесса предоставления консультативной помощи, который остается недооцененным и недостаточно исследованным элементом служб экстренной помощи матерям и новорожденным и систем здравоохранения в целом. А ведь этот элемент нередко играет важнейшую роль в обеспечении выживания матерей и новорожденных.

Сокращение периода времени между консультацией специалиста и доставкой женщины в соответствующее медицинское учреждение нередко является решающим для ее выживания. В рамках одного исследования, проведенного в сельских районах на западе штата Махараштра, Индия, было установлено, что умершие от осложнений женщины вынуждены были преодолеть расстояние в 3 км до больницы общего профиля, а женщины с аналогичными осложнениями, которые выжили, – 2,5 км. Однако в случае акушерских осложнений это расстояние до специализированного медицинского учреждения составило 63,5 км для женщин, которые умерли, и 39,3 км – для женщин, которые остались живы. Исследование, проведенное в штате Карнатака, Индия, показало, что практика направления женщин в медицинские учреждения для оказания им неотложной акушерской помощи отражает многочисленные, но случайные и зачастую тщетные попытки получить эффективную помощь в ряде плохо функционирующих государственных служб, а также в неофициальных и частных медицинских учреждениях. При том что частные поставщики медицинских услуг связаны между собой неформальными сетями, государственные службы[43] не имеют механизмов обратной связи или получения информации для предоставления консультативной помощи.

Для того чтобы системы консультативной помощи были более гибкими и эффективными, они должны быть способны, как минимум, обеспечивать следующее: связь между учреждениями (чтобы быть наготове в экстренных случаях), транспортировку и клиническую стабилизацию пациентов, сопровождение при переводе пациента в специализированное медицинское учреждение, последующее наблюдение каждого пациента и возможность оказать помощь пациенту, если он нетранспортабелен. В более широком смысле системы консультативной помощи должны оценивать потребности населения и потенциал систем здравоохранения, содействовать активному сотрудничеству между разными уровнями системы и секторами, обеспечивать отчетность о процессах обмена информацией и транспортировки, разрабатывать протоколы для учреждения, которое переводит пациента, и для учреждения, которое принимает его, обеспечивать отчетность о результатах работы учреждения и поддерживающий стиль руководства, обеспечивать защиту от бремени финансовых расходов и разрабатывать показатели для мониторинга эффективности.

Мера 6. Повышение качества медицинской помощи

Определения качественной материнской и неонатальной помощи стали более широкими, при этом акцент сместился с уделения первостепенного внимания исключительно биомедицинским результатам лечения, поставив во главу угла более всеобъемлющий подход, в рамках которого во внимание принимаются также права пациента и его удовлетворенность предоставленными услугами, стандарты, обеспечение справедливости, а также обязанности и права медицинских учреждений и работников. Качественное медицинское обслуживание гарантирует предоставление минимального набора основных услуг всем беременным женщинам, роженицам, а также новорожденным, одновременно обеспечивая возможность оказания экстренной или специализированной медицинской помощи нуждающимся в ней женщинам и младенцам. Задачами такого медицинского обслуживания должны стать получение, по возможности, наилучших лечебных результатов; обеспечение потребностей поставщиков услуг, пациентов и семей; обеспечение эффективного управления и финансовой результативности; и развитие имеющихся видов услуг в целях повышения стандартов медицинской помощи, предоставляемой всем женщинам[44].

В то время как действующие системы здравоохранения в промышленно развитых странах и странах со средними доходами могут нуждаться в реформировании в целях обеспечения более доступных и качественных услуг по охране здоровья матерей и новорожденных, новые, формирующиеся системы здравоохранения могут включить механизмы, обеспечивающие качественную медицинскую помощь, в новые программы. В Кот-д'Ивуаре, например, в 2000 году было начато осуществление национальной программы по интеграции мер предупреждения передачи ВИЧ от матери ребенку в существующие услуги по охране материнского здоровья. Недавно проведенное исследование показало, что реализация данной программы позволила повысить общее качество медицинской помощи во многих областях, включая введение окситоцина в третьем периоде родов и контроль за состоянием матки в послеродовой период[45]. Такие программы дают персоналу новые возможности повышения квали-

Успех в укреплении систем здравоохранения зависит прежде всего от создания благоприятной среды и проявления сильной политической воли.

фикации, повышают их ответственность, а также расширяют возможности для спасения жизней.

Различные организации подчеркивают, что в таких несхожих между собой странах, как Мали, Перу и Вьетнам, неотложная акушерская помощь должна предоставляться в рамках принятия мер по повышению качества медицинской помощи. Эти меры в качестве основы для оказания неотложной акушерской помощи улучшают и упрощают механизмы отчетности и мониторинга, позволяют разрабатывать документацию и стандарты при широком участии различных сторон на базе инклюзивного подхода и поощряют повышение квалификации персонала путем профессиональной подготовки и введения поддерживающего стиля руководства. С помощью более эффективных систем обмена информацией и консультативной помощи удалось добиться более согласованной коллективной работы. Это дало возможность решать проблемы женщин, в том числе касающиеся их прав, создавать партнерства с местными сообществами и расширить возможности поставщиков медицинских услуг в плане использования новых подходов для решения проблем[46].

Успешная реализация этих мер зависит от поддержки и ответственного отношения со стороны высшего руководства. Оценка готовности медицинских работников к переменам показала, что при осуществлении изменений на местном уровне они необязательно получали поддержку в виде сопутствующих мер, одновременно принимаемых на высшем политическом уровне[47]. Проблемы, для решения которых требуются ответственность и отчетность на уровне высшего руководства или изменение политики, – вакантные должности для сотрудников и штатные перемещения, свобода персонала в решении финансовых вопросов, форматы отчетности, наличие таких жизненно важных субстанций, как кровь, – могут ограничить влияние местных процессов повышения качества медицинской помощи на результаты мероприятий по охране материнского здоровья. Медицинские работники не могут эффективно проводить в жизнь перемены или, соответственно, нести ответственность за отсутствие перемен, если в рамках своей деятельности они не получают поддержки со стороны администрации системы здравоохранения и избранных руководителей, которые управляют ими и их действиями.

Создание и развитие систем здравоохранения: аргументы в поддержку совместных действий

Национальные правительства, а также местные и международные агентства все чаще и охотнее соглашаются с тем, что укрепление базы данных, развитие и повышение эффективности медицинских кадров, модернизация и расширение инфраструктуры и материально-технического обеспечения, создание механизмов справедливого финансирования и стимулирование спроса на качественную медицинскую помощь посредством социальной мобилизации – это ключевые элементы создания и развития систем здравоохранения.

Кроме того, растет общее согласие в отношении преимуществ широкомасштабного использования комплексных пакетов основных услуг и привлечения местных партнерств к организации предоставления услуг по охране здоровья матерей и новорожденных. Наконец, как отмечается в докладах за текущий и прошлый годы, также существует обязательство в отношении создания благоприятной для выживания и охраны здоровья матерей, новорожденных и детей среды, в рамках которой будут осуществляться права женщин и детей.

Для претворения обещаний в жизнь и целенаправленные действия необходимо нечто большее, чем решительные высказывания или твердые обязательства. Для этого потребуются, ни много ни мало, согласованные действия национальных правительств, международного сообщества по вопросам развития, организаций гражданского общества, частного сектора, а также самих домохозяйств и местных сообществ, которые должны взять на себя ответственность за улучшение здоровья матерей и новорожденных, которое, как барометр, показывает степень национального и международного уважения к правам человека и приверженности прогрессу человечества. В главе 5 рассматриваются некоторые из партнерств, которые являются движущей силой этого процесса, и анализируются возможные варианты развития такого сотрудничества в ближайшие годы.

5 Совместная работа по обеспечению здоровья матерей и новорожденных

© UNICEF/HQ07-1151/Shehzad Noorani

Для улучшения здоровья матерей и новорожденных необходимы сотрудничество, ответственность и творческий подход. Предпринимаемые на международном и национальном уровнях усилия во все большей степени способствуют достижению задач, предусмотренных целями в области развития Декларации тысячелетия, а также других согласованных на международном уровне целей и задач. Пришло время проявить в вопросах охраны здоровья матерей и новорожденных такую же ответственность, использовать такой же огромный массив фактических данных, новаторский подход и ресурсы, которые обеспечили достижение быстрых и устойчивых результатов во многих аспектах выживаемости детей. В заключительной главе доклада "Положение детей в мире, 2009 год" рассматриваются партнерства и программы сотрудничества, направленные на создание благоприятных условий, предоставление континуума услуг и укрепление систем здравоохранения в целях улучшения здоровья матерей и новорожденных. В ней исследуются пути укрепления сотрудничества, повышения эффективности внешней помощи и использования ресурсов, а также ответственность в целях достижения конкретных результатов.

Середина пути в достижении целей в области развития Декларации тысячелетия в сфере здравоохранения пройдена. Достигнутые на сегодняшний день результаты неоднозначны. Многое сделано за последние годы для ускорения прогресса в области охраны здоровья матерей, новорожденных и детей, для координации действий и расширения охвата наиболее важными мерами по охране здоровья. Во многих развивающихся странах достигнуты конкретные результаты, в частности в сокращении числа случаев смерти детей в возрасте от 29 дней до 5 лет (так называемый постнеонатальный период). Растет международное содействие в области охраны здоровья матерей, новорожденных и детей, что способствует увеличению объемов внешней помощи, укреплению партнерств и консолидации правовых основ для соответствующих действий.

Основная задача состоит в том, чтобы максимально использовать эти достижения в период, оставшийся до 2015 года, и впоследствии. Особое внимание следует уделить потребностям Африки и Азии – двух континентов с наиболее высоким уровнем материнской и неонатальной смертности. Во всех развивающихся регионах, в том числе реализующих широкие планы по достижению всех или некоторых из ЦРДТ в области здравоохранения, есть страны, сообщества и социально-экономические группы, которые отстают в осуществлении мер по достижению этих целей и заслуживают большей поддержки в области охраны здоровья матерей и новорожденных.

Первостепенное значение имеет необходимость совместных действий. Для решения задачи улучшения здоровья матерей и новорожденных потребуются созидательные, последовательные и согласованные действия на макроуровне, направленные на создание благоприятных условий для женщин и девочек, обеспечение континуума услуг и укрепление систем здравоохранения.

В настоящем докладе вновь подтверждается широко известная истина: в проблеме материнской и неонатальной смертности нет ничего загадочного. Почему женщины и младенцы умирают из-за связанных с беременностью и родами причин и почему миллионы детей умирают в течение первых 28 дней жизни, хорошо известно. Для решения этих проблем необходимы достоверные данные и анализ, рациональные стратегии, адекватные ресурсы, политическая воля и сотрудничество в рамках партнерств. Как следует из предыдущих глав, слабость системы здравоохранения в отдельных странах требует принятия разработанных для каждой конкретной страны мер, причем комплекс корректирующих мер должен зависеть от основных характеристик страны, политического выбора, конкретных функций затрат, а также от создания благоприятной среды для здоровья матерей и новорожденных на основе соблюдения прав женщин и детей.

В связи с этим основное внимание в заключительной главе доклада "Положение детей в мире, 2009 год" уделяется самой недавней деятельности глобальных партнерств в области здравоохранения. В ней рассматриваются три основных направления сотрудничества: совместная деятельность, эффективность внешней помощи, ресурсы и ориентированность на достижение конкретных результатов.

Укрепление сотрудничества

В последние годы наблюдалось расширение глобальных партнерств в области здравоохранения, чему отчасти способствовало особое внимание к вопросам сотрудничества в ЦРДТ-8, направленной на создание глобального партнерства в целях развития, а также в Монтеррейском консенсусе 2002 года по финансированию развития. Эти инициативы оказывают решающее воздействие в ряде таких областей, как исследования, оценка, профилактика и лечение инфекционных заболеваний, в частности СПИДа, туберкулеза, кори и малярии.

Борьба с корью может стать одним из примеров: в 2007 году в Африке было зафиксировано снижение смертности от этой болезни на 91 процент за период 2000–2006 годов. Это беспрецедентное достижение стало результатом согласованных усилий по расширению иммунизации против кори, предпринимаемых национальными правительствами и международными партнерами[1].

Проблема профилактики малярии также решается посредством распространения в рамках массовых кампаний обработанных инсектицидами противомоскитных сеток. Одновременно успехов на многих фронтах добивается движение борьбы против ВИЧ и СПИДа. В 2007 году 33 процента из оценочных 1,5 миллиона ВИЧ-инфицированных беременных женщин в странах с низкими и средними доходами получали антиретровирусную терапию в целях предупреждения передачи ВИЧ от матери ребенку, что на 15 процентов больше, чем в 2005 году. Кроме того, число детей, прошедших антиретровирусную терапию, почти утроилось: с 75 тыс. в 2005 году до 200 тыс. в 2007 году[2].

Это лишь три примера конкретных улучшений в жизни матерей, новорожденных и детей вследствие согласованных действий национальных правительств и международных партнеров.

Вопросы здоровья матерей и новорожденных в последние годы были предметом особого внимания глобальных партнерств и инициатив в области здравоохранения. В результате сформировалось несколько новых направлений сотрудничества, дополняющих деятельность уже давно существующих партнерств в целях ускорения продвижения к достижению ЦРДТ-5.

Однако процесс увеличения количества глобальных партнерств в области здравоохранения, деятельность которых направлена на обеспечение здоровья матерей, новорожденных и детей, не лишен проблем. В зависимости от применяемого определения, насчитывается более 100 глобальных партнерств в области здравоохранения, при этом развивающиеся страны иногда сообщают о сложностях взаимодействия с большим числом инициатив[3]. Кроме того, при наличии консенсуса относительно необходимости создания эффективного континуума услуг для матерей, новорожденных и детей сохраняется задача дополнения вертикальных потоков внешней помощи, выделяемой на мероприятия в связи с конкретными заболеваниями, мерами по укреплению комплексных подходов в сочетании с развитием систем здравоохранения.

© UNICEF/HQ07-1314/Anita Khemka

Комплексные меры по охране репродуктивного здоровья; квалифицированная помощь в период беременности; принятие родов профессиональной акушеркой, медсестрой или врачом; неотложная акушерская помощь при наличии опасных для жизни осложнений – все это должно быть доступно для будущих матерей и новорожденных. *Врач проводит практическое занятие с учащимися медицинского училища в рамках инициативы "Право женщины на жизнь и здоровье", Пакистан.*

Интеграция деятельности глобальных партнерств в области здравоохранения по созданию на национальном уровне континуума услуг является одной из главных задач на ближайшие годы. Ряд двусторонних доноров уже предпринимают шаги по гармонизации сотрудничества и повышению эффективности своего вклада через партнерства. Среди них – Глобальная стратегия в отношении достижения показателей здоровья, предусмотренных целями в области развития Декларации тысячелетия, возглавляемая Норвегией; Инициатива по обеспечению здоровья, возглавляемая Германией и Францией; Инициатива по спасению миллиона жизней, возглавляемая Канадой; а также Механизм укрепления систем здравоохранения ГАВИ.

В свою очередь, деятельность восьми основных международных учреждений в области здравоохранения – Всемирной организации здравоохранения, ЮНИСЕФ, Всемирного банка, ГАВИ, Фонда Организации Объединенных Наций в области народонаселения, Совместной программы Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией и фонда Билла и Мелинды Гейтс – обогащается благодаря расширению диалога через неформальную группу "Большая восьмерка по вопросам здравоохранения". Данная группа, которая провела свое учредительное заседание в июле 2007 года, собирается два раза в год для рассмотрения задач по расширению основных мероприятий в области охраны здоровья и ускорения продвижения

Совместная деятельность по обеспечению здоровья матерей и новорожденных

Сара Браун, основатель "Альянса белой ленты за безопасное материнство", супруга премьер-министра Великобритании Гордона Брауна

В последние годы моя работа во многом была посвящена профилактическим программам, направленным на улучшение здоровья детей, родившихся недоношенными или после тяжелой беременности. Все в большей степени путем совместной работы медицинское сообщество в развитых странах совершенствует меры, направленные на то, чтобы новорожденные, появившиеся на свет в сложных условиях, получали на первых важнейших этапах жизни необходимую помощь, благодаря которой они смогут выжить и ощутить качество жизни.

Однако положение с выживанием младенцев в развивающихся странах разительно отличается от ситуации в развитых странах, таких как Соединенное Королевство. В качестве представителя международного консультативного совета Королевского колледжа акушерства и гинекологии я знакомилась с программами профессиональной подготовки, которые ККАГ осуществляет во многих странах Африки и Азии. Таким образом я имела возможность лично убедиться, что нельзя приступать к спасению наиболее уязвимых младенцев и детей, не обеспечив прежде здоровье их матерей.

Причина проста: именно матери растят детей, кормят их, отправляют в школу и приводят их на вакцинацию. У детей, лишившихся матери, почти в пять раз выше вероятность смерти в младенческом возрасте, чем у детей, у которых есть мать, а для новорожденных, не имеющих матери, риск смерти возрастает в десять раз.

Масштабы этой проблемы становятся очевидными, если посмотреть на ежегодные данные в отношении материнской смертности, в которых за почти 20 лет мало что изменилось. В нынешнем году более полумиллиону матерей в мире суждено погибнуть в период беременности и родов, и почти все эти смерти случаются в более бедных странах. Кроме того, на каждый случай материнской смерти придется 20 случаев, когда женщины получат травмы и увечья в результате осложнений, связанных с родами.

Чрезвычайно важно, чтобы мы – правительства, неправительственные организации, религиозные организации, компании, представляющие частный сектор, и просто ответственные граждане – все вместе принимали необходимые меры для обеспечения женщинам в каждой стране и каждом местном сообществе доступа к жизненно важной первичной медико-санитарной помощи и профессиональным медицинским работникам. Это спасет жизни матерей, а следовательно, повысит возможность выживания для новорожденных и детей, которые в противном случае окажутся подверженными серьезным рискам.

Если мы добьемся этого, мы сможем спасать человеческие жизни на каждом этапе жизненного цикла. Цель 5 в области развития Декларации тысячелетия, направленная на улучшение материнского здоровья, составляет основу всех ЦРДТ. Для создания континуума услуг, необходимых матерям и их детям, требуется доступ к помощи профессиональных медицинских работников. Роды проходят благополучно, когда матери имеют доступ к пренатальной поддержке и профессиональной помощи во время родов и в критический период после них. Хорошо укомплектованный кадрами, обеспеченный всем необходимым медицинский центр также будет обеспечивать проведение младенцам соответствующих вакцинаций, а также наличие необходимых медикаментов для предотвращения смерти от малярии или пневмонии.

Мы не должны ограничиваться только вертикальными решениями. Все активные организации, участвующие в работе по искоренению бедности и болезней и улучшению здравоохранения и образования, должны найти возможность включить в свою деятельность вопросы, связанные с родами. Мы должны добиться максимальной эффективности от использования столь ценных ресурсов и реагировать на реальные потребности на местах. Мы видим, какие изменения может принести эффективное медицинское обслуживание. Факты говорят сами за себя.

Япония в течение десятилетия, прошедшего после 1945 года, сократила у себя коэффициент материнской смертности на две трети. Она сумела добиться этого благодаря созданию корпуса местных медико-санитарных работников, которые оказывали непрерывную медицинскую помощь, начиная с периода беременности, рождения ребенка и вплоть до его поступления в школу. С помощью справочника по проблемам материнства и детства, которым японцы по праву гордятся, матерей просвещали в отношении их прав и важности качественного медико-санитарного обслуживания. В значительной степени это стало возможным благодаря политической воле и движущей силе, которые существуют и по сей день. Решающую роль в концентрации внимания на вопросах материнского здоровья и направлении ресурсов на их решение играет международное руководство.

Именно сейчас, когда мы отсчитываем последние годы, оставшиеся до 2015 года – установленного срока достижения ЦРДТ, – наши усилия приобретают всемирный размах. Именно сейчас мы можем добиться изменений повсюду в мире. Никогда ранее эта проблема не была настолько зримой и не пользовалась такой поддержкой из самых разных источников во всем мире. Вопрос материнского здоровья был впервые включен в повестку дня саммита Группы восьми, состоявшегося в этом году в Японии.

Однако необходимо понимать, что правительства не в состоянии самостоятельно добиться резкого сокращения материнской смертности. Все больше неправительственных организаций признают проблему материнской смертности одной из первостепенных задач и работают сообща. Они присоединяются к низовым организациям, таким как "Альянс белой ленты за безопасное материнство", члены которых проводят кампании в поддержку прогресса в более чем 90 странах. Внушительные первые шаги были предприняты мировым сообществом акушерок и акушеров-гинекологов. Их профессиональные организации во главе с Международной федерацией гинекологии и акушерства и Международной конфедерацией акушерок привержены совместной работе в целях оказания помощи развивающимся странам в подготовке медико-санитарных работников в области дородового медицинского обслуживания, родовспоможения и ухода за новорожденными.

Все мы способны внести свой вклад в дело сокращения материнской смертности. Частные лица могут выступать в поддержку преобразований, местные сообщества могут информировать своих членов – мужчин и женщин, а неправительственные организации, организации частного сектора и правительства – проводить совместную работу для поиска практических решений.

Пусть каждый из нас внесет свой вклад, применив свои навыки и умения. Давайте работать вместе с целью усиления охраны материнства и детства во всем мире.

Совместными усилиями мы должны обеспечить доступ к профессиональным медицинским работникам в каждой стране и в каждом местном сообществе, там где требуется их помощь, чтобы каждое правительство было готово их задействовать.

Мы в долгу перед миллионами умерших за последние 20 лет матерей, жизнь которых можно было спасти. Мы в долгу перед тысячами беременных женщин повсюду в мире; ежедневно кто-то из них рискует жизнью во время родов.

Мы в долгу перед следующим поколением детей, которые родятся в беднейших странах мира, детей, нуждающихся в своих матерях и заслуживающих того, чтобы у них была мать.

к достижению ЦРДТ в области здравоохранения[4].

Международное партнерство в области здравоохранения (МПЗ), созданное в сентябре 2007 года, представляет собой координационное партнерство, объединяющее правительства, доноров и международные учреждения в целях обеспечения согласованности их усилий и поддержки национальных планов развития здравоохранения. Заключенные на страновом и глобальном уровнях договоры служат главными механизмами, посредством которых МПЗ стремится содействовать этому процессу. В августе 2008 года Эфиопия стала первой страной, в которой правительство и партнеры подписали страновой договор с МПЗ. Мозамбик также утвердил страновой договор в сентябре 2008 года; другие страны Африки и Азии готовятся к подписанию договоров в ближайшие месяцы[5].

© UNICEF/ALBA000331/Giacomo Pirozzi

Значительные государственные капиталовложения в общую систему здравоохранения и совместные национальные и международные меры и приверженность обеспечат улучшения в области выживаемости и здоровья матерей и новорожденных. *Медсестра ухаживает за новорожденным в поддерживаемом ЮНИСЕФ медицинском центре матери и ребенка, Албания.*

Повышение эффективности международной помощи

В ходе ряда форумов высокого уровня было принято решение обратить внимание на проблему эффективности внешней помощи. На основе Парижской декларации 2005 года по повышению эффективности внешней помощи был разработан комплекс передовых методик для глобальных партнерств в области здравоохранения с акцентом на гармонизации действий, согласовании оказываемой поддержки с национальными стратегиями и системами, ответственности стран, взаимной отчетности и управлении, ориентированном на результаты. Комитет содействия развитию ОЭСР также откликнулся на потребность в дальнейшем практическом руководстве. В сентябре 2008 года в Аккре, Гана, состоялся третий Форум высокого уровня по повышению эффективности внешней помощи. В Аккрской программе действий, одобренной участниками Форума, углублены и усилены принятые обязательства. В ней подчеркивается необходимость ускоренного повышения эффективности внешней помощи по трем ключевым направлениям: усиление ответственности стран, создание более эффективных и инклюзивных партнерств, а также концентрация внимания на конкретных результатах развития и открытой отчетности.

Что касается партнерств, то в Аккрской программе действий рекомендуется принятие партнерствами пяти принципов повышения эффективности внешней помощи. Они включают:

- **Сокращение фрагментарности затрат по оказанию помощи** путем повышения взаимодополняемости действий доноров и содействия большему разделению труда между партнерами. Обсуждение вопроса о совершенствовании процесса разделения труда по всем странам начнется в июне 2009 года.
- **Повышение эффективности использования средств внешней помощи** путем отмены обусловленности помощи, содействия осуществлению местных и региональных закупок, а также соблюдения международных соглашений о социальной ответственности корпораций.
- **Взаимодействие со всеми участниками процесса развития** путем признания важности сотрудничества Юг-Юг, содействия развивающимся странам в использовании ими своих программ международного сотрудни-

Основные глобальные партнерства в области здравоохранения в целях содействия здоровью матерей и новорожденных

В последние годы появились глобальные партнерства в области здравоохранения, которые занимаются вопросами здоровья матерей и новорожденных и обеспечением средств для их решения. Ниже представлены некоторые из основных партнерств.

- **Партнерство в целях содействия здоровью матерей, новорожденных и детей** – глобальное партнерство в области здравоохранения, созданное в сентябре 2005 года, объединяет организации по охране здоровья матерей, новорожденных и детей в союз, насчитывающий около 240 организаций-членов. Партнерство, которое находится в Женеве и управляется Всемирной организацией здравоохранения, выступает за увеличение инвестиций и ответственности за спасение жизни матерей и детей. В июле 2008 года Партнерство выступило с "Глобальным призывом" к лидерам Большой восьмерки о финансировании основных медицинских услуг для женщин, новорожденных и детей и предложило организациям и частным лицам присоединиться к содержащемуся в нем требованию об предоставлении политического руководства и инвестиций.

- **Кампания "Поможем женщинам и детям сегодня"** – новое информационно-пропагандистское движение за искоренение материнской и детской смертности и улучшение здоровья женщин и детей во всем мире, координируемое Партнерством в целях содействия здоровью матерей, новорожденных и детей. Движение возникло в ответ на существующую обеспокоенность по поводу значительного отставания в масштабах всего мира по срокам достижения целей в области развития Декларации тысячелетия (ЦРДТ) по сокращению материнской и детской смертности.

- **Глобальная кампания за достижение целей в области развития здравоохранения, сформулированных в Декларации тысячелетия,** которую открыл 26 сентября 2007 года премьер-министр Норвегии Йенс Столтенберг на заседании в рамках Глобальной инициативы Клинтона в Нью-Йорке. Глобальная кампания поддерживается рядом правительств, в том числе Соединенного Королевства, Норвегии, Канады, Франции и Германии, а также рядом передовых глобальных организаций в области здравоохранения и правозащитной деятельности. В рамках этой кампании особое внимание уделяется здоровью женщин и детей, "чьи потребности по-прежнему игнорируются в наибольшей степени". Глобальная кампания объединяет ряд соответствующих инициатив, в том числе:

  - **Международное партнерство в области здравоохранения,** о начале работы которого объявил в Лондоне премьер-министр Соединенного Королевства Гордон Браун в сентябре 2007 года, ориентировано на содействие в создании национальных систем здравоохранения в беднейших странах мира.

  - **Инициатива по спасению миллиона жизней,** о начале работы которой объявил премьер-министр Канады Стивен Харпер в ноябре 2007 года, ориентирована на укрепление систем здравоохранения путем подготовки рядового медико-санитарного персонала и предоставление доступных по стоимости медицинских услуг непосредственно местным сообществам.

  - **Инновационное финансирование,** ориентированное на конкретные результаты, инициированное Норвегией и Всемирным банком в ноябре 2007 года, направлено на поиск наиболее рентабельных путей улучшения конкретных результатов в области здравоохранения.

  - **Инициатива по обеспечению здоровья,** начатая Германией и Францией в 2008 году, направлена на укрепление систем здравоохранения за счет создания соответствующих социальных механизмов охраны здоровья с целью достижения всеобщего охвата.

- **Помощь женщинам – инициатива,** начатая в Лондоне в октябре 2007 года в ознаменование 20-й годовщины глобальных действий по сокращению высоких коэффициентов смертности матерей и новорожденных, а также инвалидности матерей в развивающихся странах и с целью применения знаний, полученных на основе исследований и опыта двух десятилетий. Эта инициатива направлена на переформулирование проблемы материнского здоровья как одного из основных прав человека и предусматривает целостную стратегию достижения справедливого развития, сокращения бедности и обеспечения экологической устойчивости. Партнером-организатором выступает организация "Фэмили кэр интернэшнл".

- **Спасение жизни новорожденных** – один из проектов организации "Спасите детей", направленный на повышение выживаемости новорожденных в странах с высоким уровнем неонатальной смертности. С момента своего основания в 2000 году инициатива охватила свыше 20 млн. матерей и младенцев экстренно необходимым медицинским обслуживанием в 18 странах Азии, Африки и Латинской Америки.

- **Альянс белой ленты за безопасное материнство** – международное объединение частных лиц и организаций, созданное с целью содействия обеспечению безопасных беременности и родов для всех женщин. Члены Альянса действуют в своих странах, добиваясь, чтобы эта проблема стала одним из приоритетов для их правительств и других международных организаций.

- **Инициатива по плановой оценке материнской смертности** (IMMPACT) – глобальная инициатива в области исследований, направленная на содействие улучшению здоровья будущих матерей в развивающихся странах. Проводя исследования различных стратегий и оценивая их эффективность и соответствие их результатов затраченным средствам, IMMPACT ставит своей целью совершенствование механизма измерения результатов и подтверждающих их фактических данных, что помогает в оценке потенциала каждой стратегии.

- **Отсчет времени до 2015 года** – инициатива, организованная в 2005 году группой ученых, политиков, активистов и учреждений с целью отслеживания прогресса в достижении цели 4 в области развития Декларации тысячелетия. Доклады об уровне охвата были представлены на конференции по 60 приоритетным странам, в которых должны осуществляться инициативы по повышению выживаемости детей. Вторая конференция, состоявшаяся в апреле 2008 года, расширила мандат инициативы "Отсчет времени до 2015 года", включив в него вопросы выживаемости матерей и новорожденных; количество стран, рассматриваемых в докладах, было увеличено до 68.

- **Предотвращение материнской смертности и инвалидности** – глобальная программа, осуществляемая Школой общественного здравоохранения Мейлмана при Колумбийском университете, Нью-Йорк, содействует сокращению материнской смертности и заболеваемости путем проведения научных исследований, информационно-пропагандистских мероприятий, анализа проводимой политики и поддержки программ. В последние годы программа действовала примерно в 50 развивающихся странах мира.

См. "Ссылки", стр. 112.

Усиление политической и институциональной приверженности делу охраны здоровья матерей и новорожденных дополняется увеличением направляемых на эти цели финансовых средств.

чества в целях оказания поддержки другим развивающимся странам и углубления трехстороннего сотрудничества. Глобальные фонды и программы безотлагательно призываются поддерживать ответственное участие стран, согласовывать и гармонизировать оказываемое ими содействие, обеспечивать взаимную отчетность и по-прежнему ориентироваться на достижении конкретных результатов.

- **Углубление взаимодействия с организациями гражданского общества** путем привлечения их к изучению вопроса о возможностях применения ими в своей деятельности принципов Парижской декларации, к процессу с участием многих заинтересованных сторон с целью содействия повышению их эффективности в области развития, а также путем создания благоприятной среды, позволяющей им оптимизировать свой вклад в области развития.
- **Адаптация политики предоставления помощи для стран, находящихся в нестабильных условиях**, путем мониторинга соблюдения Принципов добросовестного выполнения международных обязательств в нестабильных государствах и ситуациях, проведения совместного анализа потенциала и существующей ситуации, содействия сотрудничеству между донорами и национальными правительствами в целях определения комплекса практических целей и задач, касающихся коренных причин конфликтов и нестабильности, содействия участию женщин, а также разрабатывая гибкие, оперативные и долгосрочные механизмы финансирования[6].

Такие действия имеют особое значение для глобальных партнерств в области здравоохранения, поскольку сектор здравоохранения выбран донорами и странами-партнерами для мониторинга прогресса в осуществлении Парижской декларации. Уже принимаются меры по укреплению и гармонизации внешней помощи, предназначенной для сектора здравоохранения. Важные достижения включают усиление внимания к согласованным подходам; наращиванию потенциала и финансированию, ориентированному на конкретные результаты; договорам о взаимной отчетности в ряде стран; большую гармонизацию внешней помощи и согласованность в ее применении; принятие на вооружение в мероприятиях странового уровня коренных принципов глобальных партнерств в области здравоохранения; а также создание группы "Большая восьмерка по вопросам здравоохранения" и Международного партнерства в области здравоохранения с целью обеспечения более взаимосвязанных и всеобъемлющих мероприятий по предоставлению внешней помощи[7].

Устойчивое взаимодействие и совершенствование принципов передовой практики неуклонно содействуют консолидации рамок действий глобальных партнерств в области здравоохранения, а также комплекса показателей достигнутого прогресса и контрольных показателей, поддающихся измерению на национальном уровне и мониторингу на международном уровне.

Углубление глобальной политической воли и увеличение ресурсов для улучшения результатов в области охраны здоровья

Меры по улучшению качества внешней помощи дополняются возрастающей политической волей и увеличением финансовых средств, направляемых для охраны здоровья матерей и новорожденных. Несколько лет назад вопросы охраны материнства и детства редко рассматривались руководителями стран мира. Сегодня проблема охраны материнского и детского здо-

Диаграмма 5.1

Ключевые глобальные инициативы в области здравоохранения, направленные на укрепление систем здравоохранения и широкомасштабное осуществление комплекса основных мер

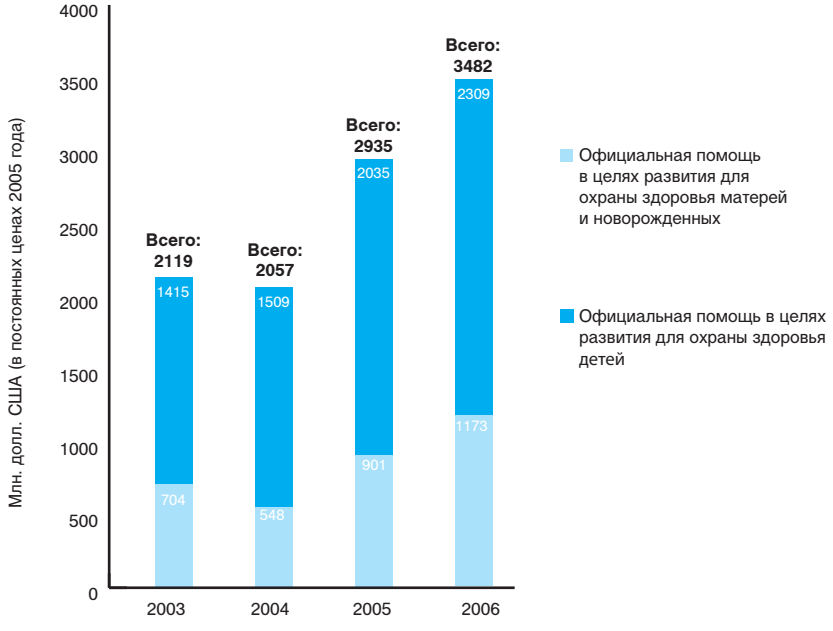
Источник: Международное партнерство в области здравоохранения (International Health Partnership), <www.internationalhealthpartnership.net/ihp_plus_about_initiatives.html>, данные на 1 сентября 2008 года.

© UNICEF/HQ07-0346/Christine Nesbitt

Инвестирование средств как на национальном, так и на международном уровне на цели профессиональной подготовки и удержания квалифицированного персонала имеет важнейшее значение для улучшения здоровья матерей и новорожденных. *Сантиметр и традиционный стетоскоп для прослушивания сердцебиения плода на столе для обследования в родильном отделении, где предоставляется медико-санитарное обслуживание до и после родов, а также услуги по предупреждению передачи вируса ВИЧ от матери ребенку, Нигерия.*

Диаграмма 5.2

Официальная помощь в целях развития для охраны здоровья матерей и новорожденных стремительно возросла с 2004 года



Источник: Greco, Giulia, et al., 'Countdown to 2015: Assessment of donor assistance to maternal, newborn, and child health between 2003 and 2006', *The Lancet*, vol, 371, 12 April 2008, p. 1269.

ровья входит в повестку дня мировых лидеров и основных конференций, в том числе Группы восьми.

Проблема материнской смертности обсуждалась на саммите Группы восьми 2008 года, а Партнерство в целях содействия здоровью матерей, новорожденных и детей обратилось с просьбой к лидерам этих стран увеличить расходы на охрану материнства и детства и планирование семьи на 10,2 млрд. долл. США в год[8].

В период проведения саммита Группы восьми была создана группа экспертов в области здравоохранения Группы восьми. Группа разработала принципы деятельности, обязавшись принимать всеобъемлющие меры в связи с целями в области развития Декларации тысячелетия в сфере здравоохранения и подчеркнув значение как инициатив в отношении конкретных заболеваний, так и укрепления систем здравоохранения. Она также подчеркнула необходимость деятельности в более долгосрочной перспективе после истечения срока достижения ЦРДТ в 2015 году, а также насущную потребность в мобилизации усилий широкого круга заинтересованных сторон.

Группа экспертов обязалась действовать по пяти основным направлениям: укрепление систем здравоохранения; охрана здоровья матерей, новорожденных и детей; инфекционные заболевания, в том числе СПИД, туберкулез, малярия, полиомиелит и тропические болезни, в отношении которых не проводится должных лечебных мероприятий; содействие межсекторальному подходу, включая расширение прав и возможностей женщин, сокращение гендерного неравенства и насилия в отношении женщин, а также охрану здоровья; и ресурсы. Развивающимся странам предлагается выделять больше собственных средств на здравоохранение, при этом Группа восьми подтвердила свое обязательство принять меры для достижения цели по предоставлению не менее 60 млрд. долл. США на борьбу с основ-

В фокусе

Сотрудничество в интересах матерей и новорожденных в Центральноафриканской Республике

Центральноафриканская Республика входит в число стран с наиболее низкими доходами в мире; валовой национальный доход на душу населения в 2007 году там составил 360 долл. США. Расположенная в самом центре Африканского континента, эта страна в течение десятилетия находится в состоянии конфликта. Наиболее пострадали районы, расположенные на северо-востоке и северо-западе страны, где происходят частые столкновения между повстанцами и правительственными вооруженными силами. Непрекращающееся применение силы привело к массовому переселению жителей и разрушению государственной инфраструктуры, в частности здравоохранения, особенно на севере.

Выживаемость и здоровье матерей и новорожденных по-прежнему подвергаются риску в условиях нищеты и конфликта. Риск материнской смерти в течение жизни составляет 1 из 25, а по межучрежденческим оценкам Организации Объединенных Наций коэффициент материнской смертности в стране составил в 2005 году 980 материнских смертей на 100 000 живорождений. В 2004 году коэффициент неонатальной смертности – 52 на 1000 живорождений – превышал средний уровень в Западной и Центральной Африке – 44 на 1000, который и так был самым высоким региональным показателем среди развивающихся стран. Лишь 53 процента женщин в стране получают при родах помощь профессионального медицинского работника.

Здоровье матерей и новорожденных находится под угрозой в результате слабого контроля за инфекционными заболеваниями, незащищенности и отсутствия всеобъемлющих программ охраны материнского здоровья. Среди инфекционных болезней серьезной причиной смертности новорожденных является столбняк. Заболеваемость им преобладает в бедных, отдаленных и находящихся в неблагоприятных условиях сообществах, где не соблюдаются правила гигиены во время родов и при постнатальном обслуживании, а также плохо налажена система иммунизации матерей с применением столбнячного анатоксина в период беременности.

Несмотря на проблемы в связи с постоянным отсутствием безопасности, международные учреждения в сотрудничестве с правительством принимают меры по предупреждению инфицирования столбняком матерей и новорожденных в рамках более широких действий по охране здоровья матерей, новорожденных и детей. В январе 2008 года Министерство здравоохранения совместно со Всемирной организацией здравоохранения, Фондом Организации Объединенных Наций в области народонаселения и ЮНИСЕФ начало кампанию за выживаемость матерей и детей. На первом этапе данной кампании первостепенное внимание уделялось иммунизации – результатом стала противостолбнячная вакцинация 700 тыс. женщин репродуктивного возраста. Второй цикл иммунизации был проведен в марте, при этом предусматривается, что в рамках кампании иммунизация должна охватить 1,5 млн. женщин и детей по всей стране. Кампания по противостолбнячной иммунизации стала важным первым шагом движения за сокращение уровня смертности матерей и новорожденных.

Перед Центральноафриканской Республикой и ее партнерами стоит задача закрепления этих достижений и усиления систем здравоохранения в целях предоставления услуг по охране материнства и осуществления основных мероприятий в области здравоохранения, способствующих улучшению здоровья матерей и новорожденных. Повышение безопасности также будет играть ключевую роль в расширении доступа женщин и детей к медицинским услугам.

См. "Ссылки", стр. 112.

ными инфекционными заболеваниями и укрепление систем здравоохранения[9].

Фонды, занимающиеся вопросами конкретных заболеваний, такие как Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, инициатива по вакцинации ГАВИ и программы борьбы со СПИДом и малярией, осуществляемые правительством США, создают возможности для мобилизации значительных ресурсов на цели охраны здоровья матерей и новорожденных путем укрепления систем здравоохранения и предоставления медицинского обслуживания. Эти фонды содействуют повышению квалификации медицинского персонала, надежности систем снабжения, совершенствованию лабораторий и диагностики, а также расширению обслуживания на дому и на базе местного сообщества, при том что их деятельность направлена на борьбу с конкретными заболеваниями.

Всемирная организация здравоохранения, ЮНИСЕФ, Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения и Всемирный банк вновь активизировали свою деятельность по улучшению здоровья матерей и новорожденных (*см. вставку на стр. 102*), а основные глобальные партнерства и программы в области здравоохранения мобилизуют значительные средства для оказания поддержки конкретным программам и комплексным подходам к оказанию медико-санитарных услуг. Наблюдаемое в странах с низким и средним уровнем доходов и странах-донорах усиление политической воли и ответственности в отношении ускорения прогресса в вопросах охраны материнского и детского здоровья способствует значительному укреплению взаимодействия и сотрудничества, а также формированию глобального договора.

© UNICEF/HQ07-1493/Anita Khemka

Как местные медико-санитарные работники, так и профессиональный медицинский персонал играют важнейшую роль в обеспечении континуума услуг – от обслуживания на дому и на базе местного сообщества вплоть до медицинского пункта и больницы. *Местный добровольный медико-санитарный работник выдает беременной женщине витамин А, добавки, содержащие железо и фолиевую кислоту, при посещении на дому, Непал.*

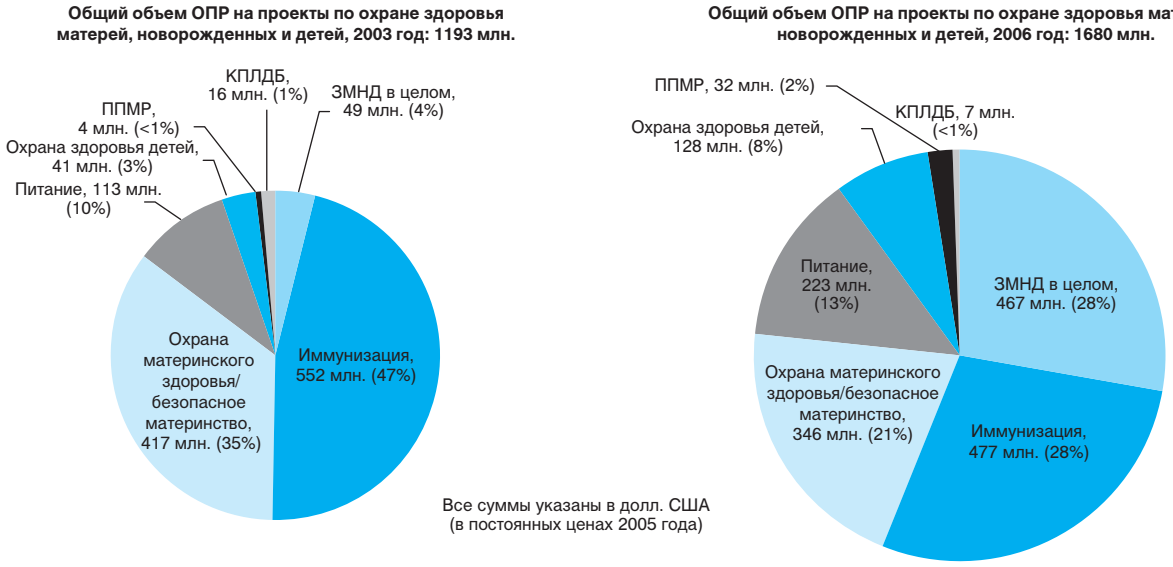
Финансирование охраны здоровья матерей, новорожденных и детей

Усиление политической и институциональной ответственности в вопросах охраны здоровья матерей, новорожденных и детей находит отражение в резком росте направляемых в эти сферы объемов внешней помощи. Последние оценки свидетельствуют, что глобальная официальная помощь на цели развития в области охраны здоровья матерей, новорожденных и детей в 2003–2006 годах увеличилась на 64 процента. В частности, объем средств, выделенных на охрану здоровья детей, вырос на 63 процента, а на охрану здоровья матерей и новорожденных – на 66 процентов. Выплаты ГАВИ и Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией на цели охраны здоровья матерей, новорожденных и детей за тот же период увеличились на 200 процентов.

Для дальнейшего увеличения объема средств, направляемых на охрану здоровья матерей и новорожденных, остается еще широкое поле деятельности. Последний анализ поступления официальной помощи в целях развития (ОПР) в эти области свидетельствует, что на внешнюю помощь деятельности, связанной с охраной здоровья матерей, новорожденных и детей, приходится лишь 3 процента

Диаграмма 5.3

Значительный рост финансирования в области питания, предупреждения передачи СПИДа от матери ребенку и охраны здоровья детей



Источник: Greco, Giulia, et al., 'Countdown to 2015: Assessment of donor assistance to maternal, newborn, and child health between 2003 and 2006', *The Lancet,* vol. 307, 12 April 2008, p. 1269.

КПЛДБ: Комплексная программа лечения детских болезней
ЗМНД: здоровье матерей, новорожденных и детей
ППМР: предупреждение передачи ВИЧ от матери ребенку

Возможность спасения жизней тысяч женщин и миллионов детей находится в пределах достижимого.

общего объема выплат в рамках ОПР. Кроме того, объем средств, выделенных на деятельность по охране здоровья матерей и новорожденных, уступает объему средств, направляемых на охрану здоровья детей. Данные за 2006 год свидетельствуют, что глобальная ОПР в области охраны здоровья матерей и новорожденных достигла 1,2 млрд. долл. США, что составляет примерно половину суммы, выделенной на охрану здоровья детей. Несмотря на резкое увеличение с 2003 года, когда объем глобальной ОПР в области охраны здоровья матерей и новорожденных составлял 704 млн. долл. США, в 2006 году это на практике означало всего лишь 12 долл. США на одно живорождение.

Результаты исследования также свидетельствуют, что некоторые страны испытывают от года к году резкие колебания объемов помощи, поступающих на охрану здоровья матерей, новорожденных и детей, что осложняет принятие мер в целях эффективного планирования в отношении стратегических приоритетов в развивающихся странах, особенно в тех, где наиболее высока зависимость от внешней помощи. При этом, несмотря на достижения последнего времени в укреплении механизмов эффективной внешней помощи и продвижение к секторальной и бюджетной поддержке, основной объем финансирования на охрану здоровья матерей, новорожденных и детей выделяется в рамках проектного финансирования.

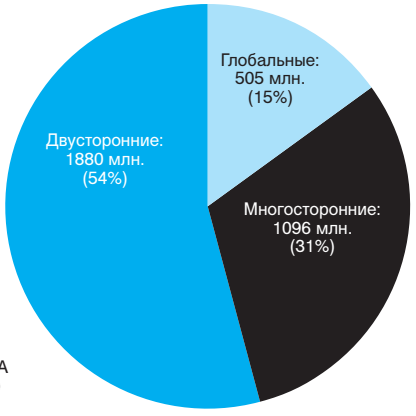
В условиях, когда финансирование по-прежнему поступает большей частью на поддерживающие проекты внешней помощи, уровень финансирования на цели развития систем здравоохранения по таким направлениям, как профессиональная подготовка, комплектование персонала, управление и материально-техническое снабжение, крайне необходимого для ускорения прогресса в обеспечении охраны здоровья матерей и новорожденных, остается низким в относительном выражении[10]. Повышение предсказуемости и устойчивости поступления внешней помощи будет иметь решающее значение для поддержания и углубления прогресса, достигнутого в области охраны здоровья матерей, новорожденных и детей. Требует внимания и задача сокращения транзакционных издержек для национальных правительств в их взаимоотношениях с глобальными партнерствами и программами в области здравоохранения, с учетом дальнейшего упорядочения и гармонизации внешней помощи и технической поддержки.

Диаграмма 5.4

Резкое увеличение в последние годы финансирования в целях охраны здоровья матерей, новорожденных и детей со стороны глобальных инициатив в области здравоохранения

Общий объем ОПР в области охраны здоровья матерей, новорожденных и детей, 2003 год: 2119 млн. долл. США

Общий объем ОПР в области охраны здоровья матерей, новорожденных и детей, 2006 год: 3482 млн. долл. США



Все суммы указаны в долл. США
(в постоянных ценах 2005 года)

Источник: Greco, Giulia, et al., 'Countdown to 2015: Assessment of donor assistance to maternal, newborn, and child health between 2003 and 2006', *The Lancet,* vol. 307, 12 April 2008, p. 1269.

Учреждения Организации Объединенных Наций укрепляют свое сотрудничество для оказания поддержки охране здоровья матерей и новорожденных

На Мероприятии высокого уровня по целям в области развития Декларации тысячелетия в сентябре 2008 года на Генеральной Ассамблее ООН четыре основных учреждения в области здравоохранения – Всемирная организация здравоохранения, ЮНИСЕФ, Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения и Всемирный банк – выступили с совместным заявлением о намерении активизировать и гармонизировать свои усилия в отношении цели 5 в области развития Декларации тысячелетия – цели, по которой достигнут наименьший прогресс. Главной целью новых обязательств в отношении совместных действий является координирование усилий на страновом уровне и совместное обеспечение необходимых ресурсов.

Четыре вышеназванных учреждения обязались усилить поддержку стран с наиболее высоким уровнем материнской смертности, особенно 25 стран с самыми высокими коэффициентами материнской смертности или количеством случаев материнских смертей. Исходя из своих сравнительных преимуществ, профиля деятельности и опыта, а также из их общих сильных сторон, эти учреждения планируют совместно содействовать наращиванию потенциала, развитию систем здравоохранения, а также расчету затрат и финансированию планов по охране здоровья матерей, новорожденных и детей.

Укрепление национального потенциала

Указанные учреждения будут работать с правительствами и гражданским обществом с целью наращивания национального потенциала путем:

- проведения оценки потребностей и обеспечения того, чтобы планы в области здравоохранения были ориентированы на достижение ЦРДТ и основаны на практической деятельности;
- расчета стоимости реализации национальных планов и оперативной мобилизации необходимых средств;
- расширения масштабов качественного медицинского обслуживания с целью гарантирования всеобщего доступа к услугам по охране репродуктивного здоровья, в особенности по планированию семьи, родовспоможению при участии профессионального медицинского работника, неотложной акушерской и неонатальной помощи, при обеспечении взаимосвязи с вопросами профилактики и лечения ВИЧ;
- решения проблемы острой нехватки профессиональных медицинских работников, в частности акушерок;
- решения проблемы устранения финансовых барьеров в доступе к обслуживанию, особенно для беднейших слоев населения;
- принятия мер в отношении коренных причин материнской смертности и заболеваемости, включая гендерное неравенство, ограниченный доступ девочек к образованию, в особенности на уровне средней школы, браки несовершеннолетних и беременность в подростковом возрасте;
- укрепления систем мониторинга и оценки.

Основные функции и обязательства учреждений в рамках континуума услуг в области охраны здоровья матерей и новорожденных

В одном из предыдущих документов по совместному оказанию поддержки в целях ускоренного создания континуума услуг в области охраны здоровья матерей и новорожденных, опубликованном в июле 2008 года, четыре вышеназванных учреждения также обязались работать с правительствами в целях укрепления континуума услуг в области охраны здоровья матерей и новорожденных. Исходя из их сравнительных преимуществ и опыта были также указаны основные функции каждого из учреждений:

Всемирная организация здравоохранения: политика, нормативы, исследования, мониторинг и оценка.

Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения: обеспечение товарами для охраны репродуктивного здоровья, поддержка в осуществлении соответствующих программ, людские ресурсы для охраны сексуального и репродуктивного здоровья, в том числе здоровья матерей и новорожденных, а также техническая помощь в создании потенциала для проведения мониторинга и оценки.

ЮНИСЕФ: финансирование, поддержка в осуществлении соответствующих программ, материально-техническое снабжение, мониторинг и оценка.

Всемирный банк: финансирование здравоохранения, включение вопросов здоровья матерей, новорожденных и детей в структуру национального развития, стратегическое планирование, инвестиции в затраты на системы здравоохранения, включая фидуциарные системы и управление, а также тиражирование успешных программ.

Кроме того, для каждого компонента континуума услуг по охране здоровья матерей и новорожденных были определены отдельные учреждения-координаторы или учреждения по совместной координации для обеспечения оптимального уровня поддержки, отчетности и усиления координации. Представленное в диаграмме 5.5 определение функций учреждений не препятствует привлечению других учреждений в каждой области, а скорее означает, что учреждение или учреждения-координаторы будут координировать принимаемые Организацией Объединенных Наций меры по оказанию поддержки в реализации плана развития общественного здравоохранения в данной сфере. Кроме того, в своей работе каждое учреждение будет продолжать руководствоваться конкретной ситуацией в каждой стране, имеющимися сильными сторонами и опытом каждого учреждения в данной стране, а также другими связанными с конкретными условиями факторами, такими как общесекторальные подходы (ОСП) и другие планы или договоры в области общественного здравоохранения. В каждом случае правительство продолжит осуществлять руководство этим процессом и его координирование.

См. "Ссылки", стр. 112.

Диаграмма 5.5

Координаторы и партнерские учреждения для каждого компонента континуума услуг по охране здоровья матерей и новорожденных и соответствующие функции

Сфера	Учреждения-координаторы	Партнеры
Континуум услуг по охране здоровья матерей и новорожденных		
Планирование семьи	ЮНФПА, ВОЗ	ЮНИСЕФ, Всемирный банк
Дородовое медицинское обслуживание	ЮНИСЕФ, ВОЗ	ЮНФПА, Всемирный банк
Родовспоможение с участием профессионального медицинского работника	ВОЗ, ЮНФПА	ЮНИСЕФ, Всемирный банк
Базовая неотложная акушерская и неонатальная помощь	ЮНФПА, ЮНИСЕФ	ВОЗ, Всемирный банк
Комплексная неотложная акушерская и неонатальная помощь (КНАНП)	ВОЗ, ЮНФПА	ЮНИСЕФ, Всемирный банк
Послеродовая медицинская помощь	ВОЗ, ЮНФПА	ЮНИСЕФ, Всемирный банк
Медицинское обслуживание новорожденных	ВОЗ, ЮНИСЕФ	ЮНФПА, Всемирный банк
Питание матерей и новорожденных	ЮНИСЕФ, ВОЗ, Всемирный банк (питание матерей)	ЮНФПА
Дополнительные сферы деятельности по охране здоровья матерей и новорожденных		
Образование девочек	ЮНИСЕФ	ЮНФПА, Всемирный банк
Гендерные вопросы/культура/участие мужчин	ЮНФПА, ЮНИСЕФ	ВОЗ, Всемирный банк
Гендерное насилие	ЮНФПА, ЮНИСЕФ	ВОЗ
Сексуальное и репродуктивное здоровье в подростковом возрасте – молодежь	ЮНФПА, ЮНИСЕФ, ВОЗ	Всемирный банк
Коммуникация в целях развития	ЮНФПА, ЮНИСЕФ	ВОЗ, Всемирный банк
Акушерская фистула	ЮНФПА	ВОЗ
Предупреждение опасных абортов/ медицинская помощь после аборта	ВОЗ	ЮНФПА
Калечащие операции на половых органах женщин	ЮНФПА, ЮНИСЕФ, ВОЗ	Всемирный банк
Охрана здоровья матерей и новорожденных в чрезвычайных гуманитарных ситуациях	ЮНФПА, ЮНИСЕФ, ВОЗ	Всемирный банк
Инфекции, передаваемые половым путем	ВОЗ	ЮНФПА, ЮНИСЕФ
ВИЧ/СПИД, объединение с вопросами планирования семьи	Согласно программе ЮНЭЙДС "Разделение труда при оказании технической поддержки"	
Профессиональная подготовка персонала для охраны здоровья матерей и новорожденных перед поступлением на работу и по месту работы	ВОЗ, ЮНФПА	ЮНИСЕФ, Всемирный банк
Положения и правила/законодательство о людских ресурсах для здравоохранения	ВОЗ	ЮНФПА, ЮНИСЕФ, Всемирный банк
Перечень основных лекарственных средств	ВОЗ	ЮНФПА, ЮНИСЕФ
Разработка и осуществление "дорожных карт"	ВОЗ, ЮНФПА, Всемирный банк	ЮНИСЕФ

Источник: WHO-UNFPA-UNICEF-World Bank Joint Country Support for Accelerated Implementation of Maternal and Newborn Continuum of Care, 22 July 2008.

Следует также уделять внимание необходимости устойчивых, предсказуемых, гибких ресурсов для оказания поддержки в долгосрочных регулярных затратах на обеспечение медицинского обслуживания, таких как заработная плата, а также чтобы дать возможность правительству выделить средства из бюджета на здравоохранение. Кроме того, другие секторы, непосредственно влияющие на доступ к медицинскому обслуживанию матерей и новорожденных, такие как транспорт, также необходимо должным образом учитывать в инициативах по развитию устойчивых систем здравоохранения.

Эти проблемы не являются непреодолимыми. Однако для их решения от всех основных партнеров потребуется приверженность совместной работе в целях выполнения обязательств в отношении матерей, новорожденных и детей. Принимаемые меры должны быть ориентированы на фактические данные и конкретные результаты. Цели в области развития Декларации тысячелетия служат надежным контрольным ориентиром для действий в ближайшие годы. Для достижения поставленных целей потребуется налаживание прочных связей между всеми участвующими партнерами – национальными правительствами, донорами, глобальными партнерствами и программами в области здравоохранения, международными учреждениями, организациями гражданского общества, частным сектором, местными сообществами и самими семьями. Заметный прогресс, уже достигнутый за последние годы в укреплении сотрудничества и ориентировании на конкретные результаты, позволяет надеяться на более значительные достижения за время, оставшееся до 2015 года, и впоследствии.

Медицинская помощь при родах матерям и новорожденным

При рассмотрении положения матерей и новорожденных в глобальном масштабе, а также различных и иногда сложных задач по повышению уровня их выживаемости и состояния здоровья может быть упущена из виду человеческая сторона ситуации, а это миллионы женщин, которым предстоит рожать с опасностью для здоровья, учитывая тот факт, что данная или последующие беременности могут закончиться для них смертью или пожизненным увечьем и что без надлежащей первичной медико-санитарной помощи для рожденных ими детей также существует весьма вероятная угроза смерти или заболевания.

При рассмотрении положения матерей с 1990 года вопрос уровня смертности выходит на первый план. С начала этого периода ежегодно умирало примерно 500 тыс. женщин, следовательно, всего по причинам, связанным с беременностью и родами, умерло около 10 млн. женщин. Согласно имеющимся последним оценкам смертности новорожденных, ежегодно умирают почти 4 млн. новорожденных. Трагедия состоит в том, что большинство из них могли быть спасены с помощью экономичных, испытанных на практике мероприятий.

Нельзя допустить, чтобы такое положение дел сохранялось в дальнейшем. Не нужно ждать прорыва в научной области или создания новой парадигмы, чтобы определить наилучший путь решения этого вопроса. Знания, способные спасти жизни миллионов новорожденных и матерей, уже есть; данные и их анализ быстро совершенствуются; рамки действий определены; задача достижения целей в области развития Декларации тысячелетия ясна.

Возможность спасения жизней тысяч матерей и миллионов детей находится в пределах достижимого. Теперь необходимо сконцентрировать усилия на том, чтобы людские и финансовые ресурсы, политическая воля, а также заметный рост ответственности и сотрудничества на национальном и международном уровнях были неизменно направлены на решение задачи улучшения здоровья и повышения выживаемости матерей и новорожденных.

Укрепление информационных систем в области здравоохранения: Сеть по показателям здоровья

Для принятия решений в области общественного здравоохранения необходима надежная информация. Она обеспечивает данные для политики, программ, бюджетов и оценок, а также служит основой для подотчетности правительств по своим обязательствам перед гражданами. Однако во многих развивающихся странах в результате недостаточного финансирования информационных систем в области здравоохранения сохраняются разрывы в сборе, распространении и анализе данных. В условиях возрастания проблем в области здравоохранения и приближения срока для достижения целей в области развития Декларации тысячелетия в сфере здравоохранения удовлетворение потребности в надежной информации абсолютно необходимо.

Сеть по показателям здоровья (СПЗ) представляет собой международное партнерство развивающихся стран, международных учреждений, фондов, глобальных партнерств в области здравоохранения и технических экспертов, направленное на укрепление информационных систем в области здравоохранения. Такие системы включают все многочисленные подсистемы и источники данных, которые в совокупности содействуют генерированию информации в области здравоохранения: записи актов гражданского состояния, переписи населения и социологические обследования, контроль и принятие мер в отношении болезней, рабочую статистику и информацию об организации системы охраны здоровья, финансовые данные и контроль за использованием ресурсов. В соответствии с современными тенденциями в развитии систем здравоохранения СПЗ призвана расширять базу систем информации и статистики в области здравоохранения, выводя их за пределы конкретных болезней и укрепляя руководство в деле получения и использования информации в области здравоохранения на национальном уровне. Для решения этих задач необходимо усиление координации действий и сотрудничества между странами и международными партнерами, а также согласованный план развития информационных систем в области здравоохранения. Дальнейшая цель СПЗ состоит в концентрации донорского участия на едином национальном плане развития информационных систем в области здравоохранения при сокращении, благодаря этому, дублирования, фрагментации и совпадения функций.

Главное в согласованном плане – разработка Механизма и стандартов для страновых информационных систем в области здравоохранения, известных как Механизм СПЗ, в рамках которого планируется учредить партнерство в качестве универсальной парадигмы сбора, сообщения и использования данных к 2011 году. В основе этого механизма лежит инструмент СПЗ – стандартизированный вопросник, по которому заинтересованные стороны в соответствующей стране оценивают текущее состояние информации в области здравоохранения по конкретным критериям. Этот инструмент обеспечивает средство измерения базового состояния, критических разрывов в результатах, процессах, контексте и ресурсах информации в области здравоохранения, а также оценки эффективности деятельности и достижений. Страны, получающие от партнерства техническую и финансовую помощь, должны пройти оценку с помощью инструмента СПЗ.

Механизм СПЗ выполняет двоякую задачу: направление инвестиций на стандартизацию информации в области здравоохранения и на улучшение доступа к ней, а также – путем расширения – использования более качественной информации в области здравоохранения на национальном и международном уровнях. СПЗ призвана не заменить существующие основные положения информационных систем в области здравоохранения, а использовать соответствующие стандарты в качестве основы и содействовать распространению передовой практики. Этот процесс предусматривается как динамичный, развивающийся за счет включения более качественных фактических данных и более широкого опыта.

Помимо разработки динамичного механизма, СПЗ призвана решать две взаимосвязанные задачи: углубление информационных систем в области здравоохранения путем оказания технической помощи и активной финансовой поддержки в реализации Механизма СПЗ и расширение доступа, распространения и использования информации в области здравоохранения среди всех заинтересованных сторон на всех уровнях. Партнерство исходит из единственного и рационального принципа: дело не в том, что по причине бедности страны не могут позволить себе иметь качественную информацию в области здравоохранения, а в том, что по причине бедности они не могут себе позволить обходиться без нее.

См. "Ссылки", стр. 112.

Ссылки

ГЛАВА 1

[1] Wessel, Hans, et al., 'Deaths among Women of Reproductive Age in Cape Verde: Causes and avoidability', *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, vol. 78, no. 3, March 1999, pp. 225–232; Bartlett, Linda A., et al., 'Where Giving Birth is a Forecast of Death: Maternal mortality in four districts of Afghanistan, 1999–2002', The Lancet, vol. 365, no. 9462, 5–11 March 2005, pp. 864–870; Kilpatrick, Sarah J., et al., 'Preventability of Maternal Deaths: Comparison between Zambian and American referral hospitals', *Obstetrics & Gynecology*, vol. 100, 2002, pp. 321–326.

[2] World Health Organization, *Neonatal and Perinatal Mortality: Country, regional and global estimates 2004*, WHO, Geneva, 2006, p. 4.

[3] Взято из глобальных баз данных ЮНИСЕФ, 2008 год; Всемирная организация здравоохранения, Детский фонд Организации Объединенных Наций, Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения и Всемирный банк, "Материнская смертность в 2005 году. По оценкам ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНФПА и Всемирного банка", ВОЗ, Женева, 2007 год, стр. 35.

[4] Nanda, Geeta, Kimberly Switlick and Elizabeth Lule, *Accelerating Progress towards Achieving the MDG to Improve Maternal Health: A collection of promising approaches*, World Bank, Washington, D.C., April 2005, p. 4.

[5] Fishman, Steven M., et al., 'Childhood and maternal underweight', Chapter 2 in *Comparative Quantification of Health Risks: Global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*, edited by Majid Ezzati et al., World Health Organization, Geneva, 2004, pp. 84–86.

[6] Barlett, Linda A. et al., 'Where Giving Birth is a Forecast of Death: Maternal mortality in four districts of Afghanistan, 1999–2002', *The Lancet*, vol. 365, no. 9462, 5–11 March 2005, p. 868.

[7] Всемирная Организация здравоохранения, Детский фонд Организации Объединенных Наций, Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения и Всемирный банк, "Материнская смертность в 2005 году. По оценкам ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНФПА и Всемирного банка", ВОЗ, Женева, 2007 год, стр. 3–8, 35.

[8] Цифры взяты из доклада Детского фонда Организации Объединенных Наций *Progress for Children: A report card on maternal mortality*, Number 7, UNICEF, New York, September 2008, pp. 42-45; Всемирная Организация здравоохранения, Детский фонд Организации Объединенных Наций, Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения и Всемирный банк, "Материнская смертность в 2005 году. По оценкам ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНФПА и Всемирного банка", ВОЗ, Женева, 2007 год, стр. 23–27, 35.

[9] World Health Organization, *Neonatal and Perinatal Mortality: Country, regional and global estimates 2004*, WHO, Geneva, 2006, p. 2.

[10] Lawn, Joy E., Simon Cousens and Jelka Zupan, '4 Million Neonatal Deaths: When? where? why?', *The Lancet*, vol. 365, no. 9462, 5 March 2005, pp. 891–892.

[11] Оценки ЮНИСЕФ основаны на данных Всемирной организации здравоохранения *Neonatal and Perinatal Mortality: Country, regional and global estimates 2004,* WHO, Geneva, 2006.

[12] Ronsmans, Carine, and Wendy J. Graham, 'Maternal Mortality: Who, when, where and why', *The Lancet,* vol. 368, no. 9542, 30 September 2006, p. 1193; Li, X.F., et al., 'The Postpartum Period: The key to maternal mortality', *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 54, no. 1, 1996, pp. 1–10; World Health Organization, *World Health Report 2005: Make every mother and child count*, WHO, Geneva, 2005, pp. 10, 62.

[13] Ronsmans, Carine, and Wendy J. Graham, 'Maternal Mortality: Who, when, where and why', *The Lancet*, vol. 368, no. 9542, 30 September 2006, p. 1195.

[14] Black, Robert E., et al., 'Maternal and Child Undernutrition: Global and regional exposures and health consequences, *The Lancet*, vol. 371, no. 9608, 19 January 2008, pp. 243–244; World Health Organization, *Adolescent Pregnancy: Unmet needs and undone deeds – A review of the literature and programmes*, WHO, Geneva, 2007, pp. 19–20.

[15] Center for Disease Control and Prevention, 'Trends in Wheat-Flour Fortification with Folic Acid and Iron – Worldwide, 2004 and 2007', *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 57, no. 1, 11 January 2008, pp. 8–10.

[16] Allen, Lindsay H., and Stuart R. Gillespie, 'What Works? A Review of the Efficacy and Effectiveness of Nutrition Interventions', ACC/SCN Nutrition Policy Paper No. 19/ADB Nutrition and Development Series No. 5, Asian Development Bank with the UN Administrative Committee on Coordination Sub-Committee on Nutrition (ACC/SCN), Manila, 2001, pp. 56, 59.

[17] World Health Organization, *The World Health Report 2005: Make every mother and child count*, WHO, Geneva, 2005, p. 44; United Nations Children's Fund, *Progress for Children: A report card on maternal mortality*, Number 7, UNICEF, New York, September 2008, p. 6.

[18] Ronsmans, Carine, and Wendy J. Graham, 'Maternal Mortality: Who, when, where and why', *The Lancet*, vol. 368, no. 9542, 30 September 2006, pp. 1194–1195.

[19] Brahmbhatt, Heena, et al., 'Association of HIV and Malaria with Mother-to-Child Transmission, Birth Outcomes, and Child Mortality', *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 47, no. 4, 1 April 2008, p. 475.

[20] United Nations Children's Fund, *Progress for Children: A report card on maternal mortality*, Number 7, UNICEF, New York, September 2008, p. 6; World Health Organization, *Adolescent Pregnancy: Unmet needs and undone deeds – A review of literature and programmes*, WHO, Geneva, 2007, pp. 19–20; Gunasekera, Prasanna, Junko Sazaki and Godfrey Walker, 'Pelvic Organ Prolapse: Don't forget developing countries', *The Lancet*, vol. 369, no. 9575, 26 May 2007, pp. 1789–1790.

[21] Lawn, Joy E., Simon Cousens and Jelka Zupan, '4 Million Neonatal Deaths: When? Where? Why?', *The Lancet*, vol. 365, no. 9462, 5 March 2005, pp. 894–895; Desai, Meghna, et al., 'Epidemiology and Burden of Malaria in Pregnancy', *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 7, no. 2, February 2007, pp. 96–97.

[22] Bang, Abhay, M. H. Reddy and M. D. Deshmukh, 'Child Mortality in Maharashtra', *Economic and Political Weekly*, vol. 37, no. 49, 7 December 2002, pp. 4947–4965; Black, Robert E., et al., 'Maternal and Child Undernutrition: Global and regional exposures and health consequences, *The Lancet*, vol. 371, no. 9608, 19 January 2008, pp. 243–244.

[23] Desai, Meghna, et al., 'Epidemiology and Burden of Malaria in Pregnancy', *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 7, no. 2, February 2007, pp. 96–97.

[24] Setty-Venugopal, Vidya, and Ushma D. Upadhyay, 'Birth Spacing: Three to five saves lives', *Population Reports*, Series L, no. 13, Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, Population Information Program, Baltimore, 2002, p. 1.

[25] World Health Organization, *World Health Report 2005: Make every mother and child count*, WHO, Geneva, 2005, p. 10; JHPIEGO, *Best Practices: Detecting and treating newborn asphyxia*, JHPIEGO, 2004, <http://www.mnh.jhpiego.org/best/detasphyxia.pdf>, доступ к сайту открыт с 31 августа 2008 года.

[26] Lawn, Joy E., Simon Cousens and Jelka Zupan, '4 Million Neonatal Deaths: When? where? why?', *The Lancet*, vol. 365, no. 9462, 5 March 2005, p. 896.

[27] Lawn, Joy E., et al., 'Newborn Survival', Chapter 27 in *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2nd ed., edited by Dean T. Jamison, et al., Oxford University Press and the World Bank, Washington, D.C., 2006, p. 534.

[28] Основано на данных доклада Детского фонда Организации Объединенных Наций *Progress for Children: A report card on maternal mortality*. Number 7, UNICEF, New York, September 2008, pp. 37-38; Kerber, Kate J., et al., 'Continuum of Care for Maternal, Newborn and Child Health: From slogan to service delivery'. *The Lancet*, vol. 370, no. 9595, 13 October 2007, pp. 1358-1369; Bryce, Jennifer, and J. H. Requejo, *Tracking Progress in Maternal, Newborn & Child Survival: The 2008 report*, Countdown to 2015, United Nations Children's Fund, New York, 2008, pp. 41-18.

[29] Определение "нестабильные государства" Всемирного банка охватывает страны с низкими доходами, которые по Индексу оценки институтов и политики страны (ОИПС) имеют 3,2 балла и меньше. Список нестабильных государств обновляется ежегодно на основе расчета индивидуальных индексов ОИПС. Подробнее об этом определении см.: *Global Monitoring Report 2007: Confronting the challenges of gender equality and fragile states*, World Bank, Washington D.C., 2007, p. 40. Перечень стран и территорий, включенных в список учрежденной Всемирным банком Международной ассоциации развития на 2007 год, см. по адресу <http://web.worlbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTABOUTUS/IDA/0, content MDK:21389974~pagePK:51236175~piPK:437394~theSitePK:73154,00.html>, доступ к которому открыт с 30 августа 2008 года.

[30] United Nations Millennium Project, Investing in Development: *A practical plan to achieve the Millennium Development Goals*, Earthscan, London/Sterling, VA, 2005, pp. 113, 188.

ГЛАВА 1, ВСТАВКИ

Проблемы с измерением материнской смертности
Всемирная Организация здравоохранения, Детский Фонд Организации Объединенных Наций, Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения и Всемирный банк, "Материнская смертность в 2005 году. По оценкам ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНФПА и Всемирного банка", ВОЗ, Женева, 2007 год, стр. 1–10.

Создание среды, благоприятной для матерей и новорожденных
Gill, Kirrin, Rohini Pande and Anju Malhotra, 'Women Deliver for Development: Executive Summary', Family Care International, New York, 2007, p. 1; United Nations, *The Millennium Development Goals Report 2007*, UN, New York, 2007, p. 17.

Здоровье матерей и новорожденных в Нигерии: разработка стратегии ускорения прогресса
United Nations Population Fund/Engender Health, *Obstetric Fistula Needs Assessment Report: Findings from nine African countries*, UNFPA/Engender Health, New York, 2003, p. 57–58; World Health Organization, *Neonatal and Perinatal Mortality: Country, regional and global estimates 2004*, WHO, Geneva, 2006, p. 11; Wall, L. Lewis, 'Dead Mothers and Injured Wives: The social context of maternal morbidity and mortality among the Hausa of northern Nigeria', *Studies in Family Planning*, vol. 29, no. 4, December 1998, p. 350.

Расширение цели 5 в области развития Декларации тысячелетия: обеспечить к 2015 году всеобщий доступ к услугам в сфере охраны репродуктивного здоровья
Glasier, A., et al., 'Sexual and Reproductive Health: A matter of life and death', *The Lancet*, vol. 368, no. 9547, 4 November 2006, p. 1595; derived from United Nations Population Fund, *The State of World Population 2004: The Cairo consensus at ten – Population, reproductive health and the global effort to end poverty*, UNFPA, New York, 2004, pp. 4–7, 12.

Придание первоочередного значения материнскому здоровью в Шри-Ланке
UNICEF Sri Lanka, *Annual Report 2007*, Colombo, 2008, pp.7–8; Padmanathan, Indra, et al., *Investing in Maternal Health: Learning from Malaysia and Sri Lanka*, Washington, D.C., World Bank, 2003, pp. 1–3, 107, 110, 114, 116–117, 122, 131.

Глобальный продовольственный кризис и его возможное влияние на здоровье матерей и новорожденных
Food and Agricultural Organization of the United Nations, *Soaring Food Prices: Facts, perspectives, impacts and actions required*, FAO, Rome, June 2008, pp. 2–4, 17; Young, Helen, et al., 'Public Nutrition in Complex Emergencies', The Lancet, vol. 364, no. 9448, 20 November 2004, p. 1899; United Nations High Commissioner for Refugees, United Nations Children's Fund, World Food Programme and World Health Organization, *Food and Nutrition Needs in Emergencies*, UNHCR/UNICEF/WFP/WHO, p. 21; Food and Agriculture Organization of the United Nations, *The Global Information and Early Warning System on Food and Agriculture*, <http://www.fao.org/giews/english/giews_en.pdf >, доступ к сайту открыт с 1 августа 2008 года.

ГЛАВА 2

1 World Health Organization, *Ouagadougou Declaration on Primary Health Care and Health Systems in Africa: Achieving better health for Africa in the New Millennium*, WHO, Geneva, April 2008, p. 1.

2 Kerber, Kate, et al., 'Continuum of Care for Maternal, Newborn and Child Health: From slogan to service delivery,' *The Lancet*, vol. 370, no. 9595, 13 October 2007, pp. 1358–1369.

3 United Nations Children's Fund, *The State of the World's Children 2008*, UNICEF, New York, January 2008, pp. 39–41, 63–64.

4 Lawn, Joy E., Simon Cousens and Jelka Zupan, '4 Million Neonatal Deaths: When? Where? Why?', *The Lancet*, vol. 365, no. 9462, 5 March 2005, pp. 894–895; Black, Robert E., et al., 'Maternal and Child Undernutrition: Global and regional exposures and health consequences, *The Lancet*, vol. 371, no. 9608, 19 January 2008, pp. 245–248.

5 World Bank, *Education and Development*, World Bank, Washington, D.C., 2002, p. 20.

6 Организация Объединенных Наций, Всеобщая декларация прав человека, статья 26, ООН, Нью-Йорк, 1948 год; Организация Объединенных Наций, Конвенция о правах ребенка, статья 28, ООН, Нью-Йорк, 1989 год.

7 United Nations Children's Fund, Progress for Children: A World Fit for Children Statistical Review, Number 6, UNICEF, New York, December 2007, pp. 16, 35.

8 Lloyd, Cynthia B., 'Schooling and Adolescent Reproductive Behavior in Developing Countries', background paper to *Public Choices, Private Decisions: Sexual and Reproductive Health and the Millennium Development Goals*, United Nations Millennium Project, New York, 2006.

9 Rowbottom, Sara, *Giving Girls Today and Tomorrow: Breaking the cycle of adolescent pregnancy*, United Nations Population Fund, New York, 2007, p. 2.

10 Ibid., p. 5.

11 United Nations Population Fund, *The State of the World's Population 2005: The promise of equality, gender equity, reproductive health and the millennium development goals*, UNFPA, New York, 2005, pp. 34–38.

12 Ibid.

13 World Bank, *Education and Development*, World Bank, Washington D.C., 2002, p. 5.

14 United Nations Children's Fund, *Progress for Children: A World Fit for Children Statistical Review*, Number 6, UNICEF, New York, December 2007, p. 45.

15 Данные взяты из статистической таблицы 9, стр. 150.

16 International Planned Parenthood Federation and the Forum on Marriage and the Rights of Women and Girls, *Ending Child Marriage: A guide for global policy action*, IPPF, London, September 2006, pp. 7, 11, 15.

17 United Nations Children's Fund, *Progress for Children: A World Fit for Children Statistical Review*, Number 6, UNICEF, New York, 2007, p. 44.

18 World Health Organization, *Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries*, WHO, Geneva, 2006, p. 6.

19 World Health Organization, *Eliminating Female Genital Mutilation: An interagency statement – OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO*, WHO, Geneva, 2008, p. 11.

20 TOSTAN, *2006 Annual Report,* pp. 12–16.

21 World Health Organization, summary report, *WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women: Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*, WHO, Geneva, 2005, p. 22.

22 Ganatra, B.R., K.J. Coyaji and V.N. Rao, 'Too far, too little, too late: A community-based case-control study of maternal mortality in rural west Maharashtra, India', *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 76, no. 6, 1998, pp. 591–598.

23 Vlachova, Marie, and Lea Biason, *Women in an Insecure World: Violence against women – Facts, figures and analysis*, Geneva Centre for the Democratic Control of Armed Forces, Geneva, 2005, pp. 15–16.

24 United Nations Children's Fund, *Progress for Children: A report card on maternal mortality*, Number 7, UNICEF, New York, September 2008, p. 12; and United Nations, *In-depth Study on All Forms of Violence against Women: Report of the Secretary-General*, UN, New York, 2006, p. 49.

25 Leung W.C., et al., 'Pregnancy outcome following domestic violence in a Chinese community', *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 72, no. 1, January 2001, pp. 79–80; and Valladares, Eliette M., et al., 'Physical Partner Abuse During Pregnancy: A risk factor for low birth weight in Nicaragua', *Obstetrics & Gynecology*, vol. 100, no. 4, October 2002, pp. 700–705.

26 United Nations, *In-depth Study on All Forms of Violence against Women: Report of the Secretary-General*, UN, New York, 2006, p. 49.

27 Campbell, Jacquelyn C., 'Health consequences of intimate partner violence', *The Lancet*, vol. 359, no. 9314, April 2002, pp. 1331–1336.

28 ¯sling-Monemi, Kajsa, et al., 'Violence against Women Increases the Risk of Infant and Child Mortality: A case-referent study from Nicaragua', *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 81, no. 1, 2003, pp. 10–16.

29 United Nations Children's Fund, *The State of the World's Children 2007*, UNICEF, New York, 2006, pp. 17–18.

30 Ibid., pp. 23–28.

31 Desai, Sonalde, and Kiersten Johnson, 'Women's Decisionmaking and Child Health: Familial and social hierarchies', in Sunitor Kishor, ed., *A Focus on Gender: Collected papers on gender using DHS data*, ORC Macro and Measure DHS, Maryland, USA, 2005, p. 66.

[32] Smith, Lisa C., et al., *The Importance of Women's Status for Child Nutrition in Developing Countries*, research report 131, International Food Policy Research Institute, Washington, D.C., 2003, pp. xi–xii, 8–14.

[33] Quisumbing, Agnes R., ed., *Household Decisions, Gender, and Development: A synthesis of recent research*, Johns Hopkins University Press for International Food Policy Research Institute, Washington, D.C., 2004, p. 118.

[34] Данные взяты из базы данных Межпарламентского союза по теме "Женщины в национальных парламентах", <www.ipu.org/wmn-e/world.htm>, доступ к которой открыт с июля 2008 года.

[35] Данные взяты из базы данных "Объединенные города и местные правительства" (United Cities and Local Governments) по проблеме "Женщины в процессах принятия решений на местах", <www.cities-localgovernments.org/uclg/index.asp?pag=wldmstatistics. as p&type=&L=EN&pon=1>, доступ к которой открыт с июля 2008 года.

[36] United Nations Development Fund for Women, *Progress of Arab Women 2004*, UNIFEM Arab States Regional Office, Amman, 2004, p. 62.

[37] United Nations Children's Fund, 'National Situational Analysis of Children and Women', UNICEF Mozambique, 2006; United Nations Development Fund for Women, *Progress of Arab Women 2004*, UNIFEM Arab States Regional Office, Amman, p. 62.

[38] Cowan, Carolyn Pape, et al., 'Encouraging strong relationships between fathers and children', *Working Strategies*, vol. 8, no. 4, Summer 2005, p. 2.

ГЛАВА 2, ВСТАВКИ

Первичная медико-санитарная помощь: 30 лет после Алматинской конференции
Chan, Margaret, 'Address to the 61st World Health Assembly', WHO, Geneva, 19 May 2008; International Declaration of Alma-Ata, 1978; United Nations, 'Resolutions adopted by the General Assembly during its Sixth Special Session', 9 April–2 May 1974, Supplement No. 1 (A/9559), pp. 3–5; Thieren, Michel, 'Background paper on the concept of universal access', prepared for the Technical Meeting for the Development of a Framework for Universal Access to HIV/AIDS Prevention, Treatment and Care in the Health Sector', WHO, Geneva, 18–20 October 2005; Haines, Andy, Richard Horton and Zulfiqar Bhutta, 'Primary Health Care Comes of Age: Looking forward to the 30th anniversary of Alma-Ata – A call for papers,' *The Lancet*, vol. 370, no. 9591, 15 September 2007, pp. 911–913.

Решение проблемы нехватки медицинских работников: важная мера улучшения охраны здоровья матерей и новорожденных
World Health Organization, *World Health Report 2006: Working together for health*, WHO, Geneva, 2006, pp. 8–12, 24, 99–101; Koblinsky, Marge, et al., 'Going to scale with professional skilled care', The Lancet, vol. 368, no. 9544, pp. 1377–1386; Tawfik, Linda, 'The impact of HIV/AIDS on the health workforce in developing countries', background paper for the *World Health Report 2006: Working together for health*, WHO, Geneva, 2006, p. 8; Physicians for Human Rights, *An Action Plan to Prevent Brain Drain: Building Equitable Health Systems in Africa*, PHR, Boston, 2004; Shisana, Olive, et al., 'HIV/AIDS Prevalence Among South African Health Workers', *South African Medical Journal,* vol. 94, no. 10, 2004, pp. 846–850, cited in Freedman, Lynn P., et al., *Child Health and Maternal Health: Who's Got the Power? Transforming health systems for women and children,* Task Force on Child Health and Maternal Health, UN Millennium Project, UNDP, 2005, p. 122.

Содействие достижению большего равенства в уровне здоровья для матерей и новорожденных
Gwatkin, Davidson R., et al., *Socio-Economic Differences in Health, Nutrition, and Population within Developing Countries: An overview*, Health, Nutrition and Population, World Bank, Washington, D.C., September 2007, pp. 123–124; Fotso, Jean-Christophe, 'Child Health Inequities in Developing Countries: Differences across urban and rural areas', *International Journal for Equity in Health*, vol. 5, no. 9, 2006; Countdown 2008 Equity Analysis Group et al., 'Mind the Gap: Equity and trends in coverage of maternal, newborn and child health services in 54 Countdown countries', *The Lancet*, vol. 371, no. 9620, 12 April 2008, pp. 1259–1269; Victora, Cesar G., et al., 'Explaining Trends in Inequities: Evidence from Brazilian child health studies', *The Lancet,* vol. 356, no. 9235, pp. 1093–1098; Kerber, Kate J., 'The Continuum of Care for Maternal, Newborn and Child Health: Coverage, co-coverage and equity analysis from Demographic and Health Surveys', Faculty of Health Sciences, University of Cape Town (unpublished), 2007, pp. 16, 23–40.

Адаптация услуг по охране материнства к культурам сельских районов Перу
Countdown Coverage Writing Group et al., 'Countdown to 2015 for Maternal, Newborn and Child Survival: The 2008 report on tracking coverage of interventions', *The Lancet*, vol. 371, no. 9620, 12 April 2008, pp. 1254–1255; World Health Organization, Maternal Mortality in 2005: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank, WHO, Geneva, 2007, p. 26; Pan American Health Organization, *Gender, Health and Development in the Americas 2003*, PAHO and Population Reference Bureau, 2003; и информация, предоставленная отделением ЮНИСЕФ в Перу.

Южный Судан: после достижения мира возобновляется борьба с материнской смертностью
Central Bureau of Statistics and Southern Sudan Commission for Census, Statistics and Evaluation, *Sudan Household Health Survey 2006*, CBS and SSCCSE, Khartoum, pp. 43, 161, 164, 178; United Nations Population Fund Sudan Country Office, *Annual Report 2006*, UNFPA Sudan, pp. 3–4; и информация, предоставленная отделением ЮНИСЕФ в Судане.

ГЛАВА 3

[1] Kerber, Kate J., et al., 'Continuum of Care for Maternal, Newborn and Child Health: From slogan to service delivery', *The Lancet*, vol. 370, no. 9595, 13 October 2007, pp. 1358–1369.

[2] Glasier, Anna, et al., 'Sexual and Reproductive Health: A matter of life and death,' *The Lancet*, vol. 368, no. 9547, 4 November 2006, p. 1602.

[3] Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу, *Доклад о глобальной эпидемии СПИДа*, 2008 год, ЮНЭЙДС, Женева, 2008, стр. 33.

[4] World Health Organization, *Reproductive Health Strategy to Accelerate Progress towards the Attainment of International Development Goals and Targets*, WHO, Geneva, 2004, pp. 26–30.

[5] Black, Robert E., et al., 'Maternal and Child Undernutrition: Global and regional exposures and health consequences', *The Lancet*, vol. 371, no. 9608, 19 January 2008, p. 244.

[6] Ibid., p. 249.

[7] Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу, *Доклад о глобальной эпидемии СПИДа, 2008 год*, ЮНЭЙДС, Женева, 2008, стр. 30.

[8] Briand, ValØrie, et al., 'Intermittent preventive treatment for the prevention of malaria during pregnancy in high transmission areas', *Malaria Journal*, vol. 6, no. 1, 2007, p. 160.

[9] World Health Organization and United Nations Children's Fund, *Antenatal Care in Developing Countries: Promises, achievements and missed opportunities – An analysis of trends, levels and differentials, 1990–2001,* WHO, Geneva, 2003, p. 2.

[10] United Nations Children's Fund, Progress for *Children: A report card on maternal mortality*, Number 7, UNICEF, New York, September 2008, p. 44.

[11] World Health Organization, *World Health Report 2005: Make every mother and child count*, WHO, Geneva, 2005, pp.10, 62.

[12] United Nations Children's Fund, Progress for *Children: A report card on maternal mortality,* Number 7, UNICEF, New York, September 2008, p. 44.

[13] Paul, Vinod K., 'Meeting MDG 5: Good news from India,' *The Lancet*, vol. 369, no. 9561, 17 February 2007, p. 558; Chatterjee, Patralekha, 'India addresses maternal deaths in rural areas', *The Lancet*, vol. 370, no. 9592, 22 September 2007, pp. 1023–1024.

[14] United Nations Children's Fund, *Progress for Children: A report card on maternal mortality*, Number 7, UNICEF, New York, September 2008, p. 9.

[15] World Health Organization, *Postpartum care of the mother and newborn: A practical guide,* WHO, Geneva, 1998, p. 17.

[16] United Nations Children's Fund, *Progress for Children: A report card on maternal mortality,* Number 7, UNICEF, New York, September 2008, pp. 11, 44.

[17] Olsen, Oystein Evjen, Sidney Ndeki and Ole Frithjof Norheim, 'Availability, distribution and use of emergency obstetric care in northern Tanzania', *Health Policy and Planning*, vol. 20, no. 3, 2005, pp. 171–173.

[18] World Health Organization, *Postpartum care of the mother and newborn: A practical guide*, WHO, Geneva, 1998, p. 2; World Health Organization, *World Health Report 2005: Make every mother and child count*, WHO, Geneva, 2005, pp. 62, 73–74.

[19] Kerber, Kate J., et al., 'Continuum of Care for Maternal, Newborn and Child Health: From slogan to service delivery', *The Lancet*, vol. 370, no. 9595, 13 October 2007, p. 1366.

[20] World Health Organization, *World Health Report 2005: Make every mother and child count*, WHO, Geneva, 2005, pp. 73–74.

[21] Prince, Martin, et al., 'No health without mental health', *The Lancet*, vol. 370, no. 9595, 8 September 2007, pp. 867–8.

[22] Knippenberg, R., et al., 'Systematic scaling up of neonatal care in countries', *The Lancet*, vol. 365, no. 9464, 19 March 2005, pp. 1088–1089; Countdown Coverage Writing Group et al., 'Countdown to 2015 for Maternal, Newborn and Child Survival: The 2008 report on tracking coverage of interventions, *The Lancet*, vol. 371, no. 9620, 12 April 2008, p. 1256.

[23] Данные взяты из статистической таблицы 8, стр. 149.

[24] Алматинская декларация, статьи 6–8, Международная конференция по первичной медико-санитарной помощи, Алма-Ата, СССР, 1978 год; Haines, Andy, et al., 'Achieving Child Survival Goals; Potential contribution of community health workers', *The Lancet*, vol. 369, no. 9579, 23 June 2007, p. 2121.

[25] Haines, Andy, et al., 'Achieving child survival goals: Potential contribution of community health workers', *The Lancet*, vol. 369, no. 9579, 23 June 2007, p. 2123.

[26] Freedman, Lynn P., et al., *Child Health and Maternal Health: Who's got the power? Transforming health systems for women and children*, Task Force on Child Health and Maternal Health, UN Millennium Project, UNDP, 2005, p. 65.

[27] Kerber, Kate J., et al., 'Continuum of Care for Maternal, Newborn and Child Health: From slogan to service delivery', *The Lancet*, vol. 370, no. 9595, 13 October 2007, p. 1361.

[28] Lawn, Joy, and Kate Kerber, eds., *Opportunities for Africa's Newborns: Practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa*, Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, Cape Town, 2006, p. 32.

[29] Kerber, Kate J., et al., 'Continuum of Care for Maternal, Newborn and Child Health: From slogan to service delivery', *The Lancet*, vol. 370, no. 9595, 13 October 2007, p. 1364.

[30] Ibid.

[31] Lawn, Joy, and Kate Kerber, eds., *Opportunities for Africa's Newborns: Practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa*, Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, Cape Town, 2006, p. 33.

[32] Bartlett, Linda A., et al., 'Where Giving Birth Is a Forecast of Death: Maternal mortality in four districts of Afghanistan, 1999–2002', *The Lancet*, vol. 365, no. 9462, 5 March 2005; pp. 864–870.

[33] Paxton, A., et al., 'Global patterns in availability of emergency obstetric care', *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 93, no. 3, 2006, pp. 300–307.

ГЛАВА 3, ВСТАВКИ

Ликвидация материнского и неонатального столбняка

World Health Organization, *Weekly epidemiological record*, WHO, Geneva: nos. 20, 19 May 2006, pp. 198–208; 81, 31 March 2006, pp. 120–127; 44, 30 October 1987, pp. 332–335; 82, 29 June 2007, pp. 237–242; and 34, 22 August 2008, pp. 301–307; Roper, Martha H., Jos H. Vandelaer and Franɜois L. Gasse, 'Maternal and neonatal tetanus', *The Lancet*, vol. 370, no. 9603, 8 December 2007, pp. 1947–1959.

Гипертензивные нарушения: общие, но комплексные нарушения

Khan, Khalid S., et al., 'WHO Analysis of Causes of Maternal Death: A systematic review', *The Lancet*, vol. 367, no. 9516, 1 April 2006, p. 1073; Podymow, Tiina, and Phyllis August, 'Hypertension in pregnancy', *Advances in Chronic Kidney Disease*, vol. 14, no. 2 , April 2007, pp. 178–179, 181; Hofmeyr, G.J., A.N. Attalah and L. Duley, 'Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems', *Cochrane Database of Systematic Reviews 2006*, vol. 3, article no. CD001059; Bhutta, Zulfiqar A., et al., 'What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival', *The Lancet*, vol. 371, no. 9610, 2 February 2008, p. 431; Dolea, Carmen, and Carla AbouZahr, 'Global burden of hypertensive disorders of pregnancy in the year 2000', *Global Burden of Disease 2000*, World Health Organization, Geneva, 2003.

Первые 28 дней жизни

Lawn, Joy E., Simon Cousens and Jelka Zupan, '4 million neonatal deaths: When? Where? Why?', *The Lancet*, vol. 365, no. 9462, 5 March 2005, pp. 891–900; Lawn, Joy E., Kenji Shibuya and Claudia Stein, 'No Cry at Birth: Global estimates of intrapartum stillbirths and intrapartum-related neonatal deaths', *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 83, no. 6, June 2005, pp. 409–17; Bang, Abhay T., et al., 'Effect of Home-based Neonatal Care and Management of Sepsis on Neonatal Mortality: Field trial in rural India,' *The Lancet*, vol. 354, no. 9194, 4 December 1999, pp. 1955–1961; Baqui, Abdullah H., et al., 'Effect of Community-based Newborn-care Intervention Package Implemented through Two Service-delivery Strategies in Sylhet District, Bangladesh: A cluster-randomized controlled trial', *The Lancet* , vol. 371, no. 9628, 7 June 2008, pp. 1936–1944; Manandhar, D.S., et al., 'Effect of a Participatory Intervention with Women's Groups on Birth Outcomes in Nepal: Cluster-randomized controlled trial, *The Lancet*, vol. 364, no. 9438, 11 September 2004, pp. 970– 979; Kumar, V., et al., 'Effect of Community-based Behaviour Change Management on Neonatal Mortality in Shivgarh, Uttar Pradesh, India: A cluster-randomized controlled trial', *The Lancet*, vol. 372, no. 9644, 27 September 2008, pp. 1151–1162; Bhutta, Zulfiqar A., et al., 'Implementing Community-based Perinatal Care: Results from a pilot study in rural Pakistan, *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 86, no. 6, June 2008, pp. 452–459; Kerber, Kate J., et al., 'Continuum of Care for Maternal, Newborn and Child Health: From slogan to service delivery', *The Lancet*, vol. 370, no. 9595, 13 October 2007, pp. 1358–1369; Bhutta, Zulfiqar A., et al., 'Interventions to Address Maternal, Newborn and Child Survival: What difference can integrated primary health care strategies make?', *The Lancet*, vol. 372, no. 9642, 13 September 2008, pp. 972–989; Bhutta, Zulfiqar A., et al., 'Community-based Interventions for Improving Perinatal and Neonatal Health Outcomes in Developing Countries: A review of the evidence', *Pediatrics*, vol. 115, no. 2, February 2005, pp. 519–617; Haws, Rachel A., et al., 'Impact of Packaged Interventions on Neonatal Health: A review of the evidence', Health Policy and Planning, vol. 22, no. 4, 25 May 2007, pp. 193–215.

Акушерство в Афганистане

Всемирная Организация здравоохранения, Детский Фонд Организации Объединенных Наций, Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения и Всемирный банк, "Материнская смертность в 2005 году. По оценкам ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНФПА и Всемирного банка", ВОЗ, Женева, 2008 г., стр. 23; United Nations Children's Fund, *Progress for Children: A report card on maternal mortality*, Number 7, UNICEF, New York, September 2008, pp. 10, 43; UNICEF Regional Office for South Asia, *Maternal and Neonatal Health Review in South Asia Region*, 25 June 2008, pp. 67-68; Currie, Sheena, Pashtoon Azfar and Rebecca C. Fowler, 'A bold new beginning for *midwifery* in Afghanistan', Midwifery, vol. 23, no. 3, September 2007, pp. 226-234; Afghan Ministry of Public Health, *Maternal Mortality in Afghanistan: Magnitude, causes, risk factors and preventability*, Afghan Ministry of Public Health, Centers for Disease Control and Prevention and UNICEF, 6 November 2002, p. 4; и информация, предоставленная отделением ЮНИСЕФ в Афганистане.

Уход за ребенком по методу "мама-кенгуру" в Гане

Whitelaw, A., and K. Sleath, 'Myth of the Marsupial Mother: Home care of very low birthweight babies in Bogota, Colombia', *The Lancet*, vol. 1, no. 8439, 25 May 1985, pp. 1206–1208; Pattinson, Robert C., et al., 'Implementation of Kangaroo Mother Care: A randomized trial of two outreach strategies', *Acta Paediatrica*, vol. 94, no. 7, 2005, pp. 924–927; Bergh, A.-M., and Robert C. Pattinson, 'Development of a Conceptual Tool for the Implementation of Kangaroo Mother Care', *Acta Paediatrica*, vol. 92, no. 6, pp. 709–714; и информация, предоставленная отделением ЮНИСЕФ в Гане.

Коинфицирование ВИЧ и малярией во время беременности

Desai, Meghna, et al., 'Epidemiology and Burden of Malaria in Pregnancy', *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 7, no. 2, February 2007, pp. 93–104; Ter Kuile, F.O., et al., 'The Burden of Co-infection with HIV Type I and Malaria in Pregnant Women in Sub-Saharan Africa', *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, vol. 71, supplement 2, 2004, pp. 41–54; World Health Organization, 'Malaria and HIV Interactions and their Implications for Public Health Policy', WHO, Geneva, 2005, pp. 10–11; United Nations Children Fund, 'Malaria and HIV Factsheet', UNICEF Technical Note no. 6, February 2003, p. 2; World Health Organization, 'Technical Expert Group Meeting on Intermittent Preventive Treatment in pregnancy (IPTp)', Geneva, 2008, p. 4; World Health Organization, 'Assessment of the Safety of Artemisinin Compounds in Pregnancy', Geneva, 2003, p. 2.

Проблемы, с которыми сталкиваются девочки подросткового возраста в Либерии
Информация предоставлена отделением ЮНИСЕФ в Либерии.

ГЛАВА 4

1 Hill, K., et al., 'Interim Measures for Meeting Needs for Health Sector Data: Births, deaths and causes of death', *The Lancet*, vol. 370, no. 9600, 17 November 2007, pp. 1726–1735.

2 World Health Organization, *Beyond the Numbers: Reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer*, WHO, Geneva, 2004, pp. 1–2.

3 Measure Evaluation, 'Measuring Maternal Mortality from a Census: Guidelines for potential users', <www.cpc.unc.edu/measure/publications>, доступ к сайту открыт с 30 сентября 2008 года; World Health Organization, *Verbal Autopsy: Ascertaining and attributing causes of death*, WHO, Geneva, 2007, p. 6.

4 Setel, P.W., et al., 'Sample Registration of Vital Events with Verbal Autopsy: A renewed commitment to measuring and monitoring vital statistics, *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 83, no. 8, 2005, pp. 611–617; Measure Evaluation, 'Sample Registration of Vital Events with Verbal Autopsy', <www.cpc.unc.edu/measure/tools/monitoring-evaluation-systems/savvy>, доступ к сайту открыт с 30 сентября 2008 года.

5 World Health Organization, Beyond the Numbers: *Reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer*, WHO, Geneva, 2004, pp. 106–107.

6 US Centers for Disease Control and Prevention, 'Updated Guidelines for Evaluating Public Health Surveillance Systems', *Morbidity and Mortality Weekly Report – Recommendations and Reports*, vol. 50, no. RR13, CDC, Washington, D.C., 27 July 2001, pp. 1–35.

7 United Nations Children's Fund, World Health Organization and United Nations Population Fund, *Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services*, UNICEF, August 1997; Averting Maternal Death and Disability Program, *Averting Maternal Death and Disability Program Report, 1999–2005*, Mailman School of Public Health, Columbia University, New York, October 2006, pp. 2–4.

8 World Health Organization, *Beyond the Numbers: Reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer*, WHO, Geneva, 2004, p. 4.

9 Granja, A.C., F. Machungo and S. Bergstrom, 'Avoidability of Maternal Death in Mozambique: Audit and retrospective risk assessment in 106 consecutive cases', *African Journal of Health Sciences,* vol. 7, no. 3–4, July–December 2000, pp. 83–7.

10 Blouse, A., P. Gomez and B. Kinzie, *Site Assessment and Strengthening for Maternal and Newborn Health Programmes*, JHPIEGO, Baltimore, 2004, pp. 1–42; EngenderHealth, *COPE for Maternal Health Services: A process and tools for improving the quality of maternal health services*, New York, 2001.

11 Byass, Peter, et al., 'Direct Data Capture Using Hand-held Computers in Rural Burkina Faso: Experienes, benefits and lessons learnt, *Tropical Medicine and International Health*, vol. 13, special issue 1, July 2008, p. 29.

12 World Health Organization, *World Health Report 2006: Working together for health,* WHO, Geneva, 2006, p. 12.

13 World Health Organization, *World Health Report 2005: Make every mother and child count*, WHO, Geneva, 2005, p. 96.

14 United Nations Population Fund, *Investing in People: National progress in implementing the ICPD Programme of Action 1994–2004*, UNFPA, New York, 2004, p. 45; World Health Organization, International Confederation of Midwives, and International Federation of Gynecology and Obstetrics, *Making Pregnancy Safer: The critical role of the skilled attendant – A joint statement by WHO, ICM and FIGO*, WHO, Geneva, 2004, p. 1; World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, 'Proportion of Births Attended by Skilled Health Workers', 2008 updates, WHO, Geneva, p. 3.

15 United Nations Children's Fund and World Health Organization, *Management of Sick Children by Community Health Workers*, UNICEF/WHO, New York, January 2006, p. 7.

16 Ibid.

17 Derived from United Nations Children's Fund, *The State of the World's Children 2008: Child survival*, UNICEF, New York, January 2008, p. 77.

18 UNICEF Regional Office for South Asia, *Maternal and Neonatal Health Review in the South Asia Region*, 25 June 2008, p. 152.

19 Dambisya, Ysowa, 'A Review of Non-financial Incentives for Health Worker Retention in Eastern and Southern Africa', Regional Network for Equity in Health in East and Southern Africa, Discussion Paper no. 44, May 2007, p. 49.

20 Lawn, Joy E., and Kate J. Kerber, eds., *Opportunities for Africa's Newborns: Practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa*, Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, Cape Town, 2006, p. 73.

21 Vivar, Susana Camacho, 'Ecuador Addresses Cultural Issues for Pregnant Women', *The Lancet*, vol. 370, no. 9595, 13 October 2007, p. 1302.

22 Lawoyin, Taiwo, O, O.C Olushevi, and David A. Adewole, 'Men's Perception of Maternal Mortality in Nigeria', *Journal of Public Health Policy*, vol. 28, no. 3, 2007, pp. 299–318.

23 Lawn, Joy E., and Kate J. Kerber, eds., *Opportunities for Africa's Newborns: Practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa*, Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, Cape Town, 2006, p. 87.

24 Bryce, Jennifer, and J.H. Requejo, *Tracking Progress in Maternal, Newborn & Child Survival: The 2008 report,* Countdown to 2015, United Nations Children's Fund, New York, 2008, p. 44.

25 Данные подготовлены Подразделением по разработке систем и политики в области здравоохранения Отдела по укреплению систем здравоохранения, Панамериканская организация по вопросам здравоохранения.

26 United Nations Economic and Social Commission, United Nations Economic Commission for Africa, African Union Commission, 'Meeting Africa's New Development Challenges in the 21st Century: Issues paper', Addis Ababa, 21 March 2008, p. 13.

27 Borghi, J.O., et al., 'Mobilizing Financial Resources for Maternal Health', *The Lancet*, vol. 368, no. 21, October 2006, pp. 1457–1465.

28 Witter, Sophie, et al., 'The Experience of Ghana in Implementing a User Fee Exemption Policy to Provide Free Delivery Care', *Reproductive Health Matters*, vol. 15, no. 30, 2007, pp. 61–71; Borghi, J.O., et al., 'Mobilizing Financial Resources for Health', *The Lancet*, vol. 368, no. 21, October 2006, pp. 1457–1465.

29 Gilson, Lucy, and Di McIntyre, 'Removing Fees for Primary Care in Africa: The need for careful action', *British Medical Journal*, vol. 331, 2005, pp. 331, 762–765.

30 Borghi, J.O., et al., 'Mobilizing Financial Resources for Health', The Lancet, vol. 368, no. 21, October 2006, pp. 1457–1465; Deininger, K., and P. Mpuga, *Economic and Welfare Effects of the Abolition of Health User Fees: Evidence from Uganda*, World Bank policy research working paper no. 3276, Washington, D.C., 2004; Nabyonga, J., et al., 'Abolition of Cost-sharing Is Pro-poor: Evidence from Uganda', *Health Policy Plan*, vol. 20, pp. 100–108.

31 Borghi, J.O., et al., 'Mobilizing Financial Resources for Health', *The Lancet,* vol. 368, no. 21, October 2006, pp. 1457–1465; Gilson, Lucy, and Di McIntyre, 'Removing User Fees for Primary Care in Africa: The need for careful action', *British Medical Journal*, vol. 331, 1 October 2005, pp. 762–765.

32 Gilson, Lucy, and Di McIntyre, 'Removing User Fees for Primary Care in Africa: The need for careful action, *British Medical Journal*, vol. 331, 1 October 2005, pp. 762–765.

33 Dmytraczenko, T., et al., *Evaluacion del Seguro Nacional de Maternidad y Ninez en Bolivia*, Partnerships for Health Reform, Abt Associates, Bethesda, Maryland, 1998; Borghi, J.O., et al., 'Mobilizing Financial Resources for Maternal Health', *The Lancet*, vol. 368, no. 9545, 21 October 2006, pp. 1457–1465.

34 Schneider, P., et al., *Utilization, Cost and Financing of District Health Services in Rwanda*, Partnerships for Health Reform, Abt Associates, Bethesda, Maryland, March 2001; Fox-Rushby, J.A., 'Cost-effectiveness Analysis of a Mobile Maternal Health Care Service in West Kiang, The Gambia', *World Health Stat Quarterly*, vol. 48, no. 1, 1995; pp. 23–27.

35 Richard, F., et al., 'Reducing Financial Barriers to Emergency Obstetric Care: Experience of cost-sharing mechanism in a district hospital in Burkina Faso', *Tropical Medicine and International Health*, vol. 12, no. 8, August 2007, pp. 972–981.

36 Gertler, P., and S. Boyce, *An Experiment in Incentive-based Welfare: The impact of Progresa on health in Mexico*, University of California, Berkeley, 2001; Morris, S.S., et al., 'Monetary Incentives in Primary Health Care and Effects on

Use and Coverage of Preventive Health Care Interventions in Rural Honduras: A cluster randomized trial, *The Lancet*, vol. 364, no. 9450, 4 December 2004; pp. 30–37.

[37] Peters, David H., Gita G. Mirchandani and Peter M. Hansen, 'Strategies for Engaging the Private Sector in Sexual and Reproductive Health: How effective are they?', *Health Policy and Planning*, vol. 19, supplement 1, pp. 5–21.

[38] Bhatia, Jagdish, and John Cleland, 'Health Care of Female Outpatients in South-central India: Comparing public and private sector provision', *Health Policy and Planning*, vol. 19, no. 6, pp. 402–409; Barber, Sarah L., 'Public and Private Prenatal Care Providers in Urban Mexico: How does their quality compare?', *International Journal for Quality in Health Care*, 4 May 2006, pp. 1–8; Barber, SL, PJ Gertler, and P Hasrimurti, 'Differences in access to high-quality outpatient care in Indonesia', *Health Affairs*, vol. 26, no. 3 May–June 2007, pp 352-366.

[39] World Health Organization, *World Health Statistics 2008*, WHO, Geneva, 2008, pp. 82–83.

[40] Mbonye, A.K., et al., 'Declining Maternal Mortality Ratio in Uganda: Priority interventions to achieve the MDG, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 98, no. 3, September 2007, p. 287.

[41] World Health Organization, International Planned Parenthood Foundation, John Snow, Inc., PATH, Population Services International, United Nations Population Fund, World Bank, *The Interagency List of Essential Medicines for Reproductive Health*, WHO, Geneva, 2006.

[42] Barker, Carol, et al., 'Support to the Safe Motherhood Programme in Nepal: An integrated approach', *Reproductive Health Matters*, vol. 15, no. 30, November 2007, p. 5.

[43] Pan American Health Organization, *Neonatal Health in the Context of Maternal, Newborn and Child Health for the Attainment of the Millennium Development Goals of the UN Millennium Declaration*, PAHO, Washington D.C., 2006, p. 19.

[43] Ganatra, B.R., K.J. Coyaji and V.N. Rao, 'Too Far, Too Little, Too Late: A community-based, case-control study of maternal mortality in rural west Maharashtra, India', *Bulletin of the World Health Organization*, 1988, vol. 76, no. 6, pp. 591–598; George, Asha, 'Persistence of High Maternal Mortality in Koppal District, Karnataka, India: Observed service delivery constraints', *Reproductive Health Matters*, vol. 15, no. 30, 2007, pp. 91–102; Murray, Susan F., and Stephen C. Pearson, 'Maternity Referral Systems in Developing Countries: Current knowledge and future research needs', *Social Science and Medicine*, vol. 62, 2006, pp. 2205–2215.

[44] Pittrof, Rudiger, Oona Campbell and Veronique Filippi, 'What Is Quality in Maternity Care? An international perspective', *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, vol. 81, no. 4, April 2002, p. 278.

[45] Delvaux, Therese, et al., 'Quality of Antenatal and Delivery Care Before and After the Implementation of a Prevention of Mother-to-child HIV Transmission Programme in Cote d'Ivoire', *Tropical Medicine and International Health*, vol.13, no. 8, August 2008, p. 974.

[46] Kayongo, M., et al., 'Strengthening Emergency Obstetric Care in Ayacucho, Peru', *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, vol. 92 , no. 3, March 2006, pp. 299–307; Otchere, S.A., and H.T. Binh, 'Strengthening Emergency Obstetrics in Thanh Hoah and Quang Tri provinces in Vietnam', *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, vol. 99, no. 3, September 2007, pp. 165–172; Otchere, S.A., and A. Kayo, 'The Challenges of Improving Emergency Obstetric Care in Two Rural Districts in Mali', *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, vol. 99, August 2007, pp. 173–182.

[47] Thomas, Lena Susan, et al., 'Making Systems Work: The hard part of improving maternal health services in South Africa', *Reproductive Health Matters*, vol. 15, no. 30, September 2007, pp. 45–48.

ГЛАВА 4, ВСТАВКИ

Использование методики выявления критического звена в системах здравоохранения в целях предотвращения материнских смертей
Núñez Urquiza, Rosa María, et al., 'Más Allá de las Cifras: Detección de eslabones críticos en los procesos de atención para prevenir muertes maternas', *Género y Salud en Cifras*, vol. 3, nos. 2/3, May–December 2005, pp. 5–15.

Новые направления в области охраны здоровья матерей
Starrs, Ann M., 'Delivering for Women', *The Lancet*, vol. 370, no. 9595, 13 October 2007, p. 1285; World Health Organization, United Nations Children's Fund, United Nations Population Fund and World Bank, *Maternal Mortality in 2005: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank*, WHO, Geneva, 2005; World Health Organization, *World Health Report 2005: Make every mother and child count*, WHO, Geneva, 2005; Braveman, Paula, and Eleuther Tarimo, 'Social Inequalities in Health within Countries: Not only an issue for affluent nations', *Social Science & Medicine*, vol. 54, no. 11, 2002, pp. 1621–1635; Marmot, Michael, 'Social Determinants of Health Inequalities', *The Lancet*, vol. 365, no. 9464, 19 March 2005, pp. 1099–1104; Hill, Kenneth, et al., 'Estimates of Maternal Mortality Worldwide between 1990 and 2005: An assessment of available data', *Obstetric Anesthesia Digest*, vol. 28, no. 2, June 2008, pp. 94–95; Bryce, Jennifer, and J. H. Requejo, *Tracking Progress in Maternal, Newborn & Child Survival: The 2008 report*, Countdown to 2015, United Nations Children's Fund, New York, 2008; Sedgh, Gilda, et al., 'Induced Abortion: Rates and trends worldwide', *The Lancet*, vol. 370, no 9595, 13 October 2007, pp. 1338–1345; G lmezoglu, A. Metin, et al., 'WHO Systematic Review of Maternal Mortality and Morbidity: Methodological issues and challenges', *BMC Medical Research Methodology*, vol. 4, no. 16, 2004, p. 16; Filippi, V., et al., 'Health of Women after Severe Obstetric Complications in Burkina Faso: A longitudinal study', *The Lancet*, vol. 370, no. 9595, 13 October 2007, pp. 1329–1337; Bhutta, Zulfiqar A., et al., 'What Works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival, *The Lancet*, vol. 371, no. 9610, 2 February 2008, pp. 417–440; Shankar, A.H., et al., 'Effect of Maternal Multiple Micronutrient Supplementation on Fetal Loss and Infant Death in Indonesia: A double-blind cluster-randomized trial', *The Lancet*, vol. 371, no. 9608, 19 January 2008, pp. 215–227; Campbell, O.M., and W.J. Graham, 'Strategies for Reducing Maternal Mortality: Getting on with what works', *The Lancet*, vol. 368, no. 9543, 7 October 2006, pp. 1284–1299; Villar, J., et al., 'World Health Organization randomized trial of calcium supplementation among low calcium intake pregnant women', American Journal of Obstetrics & Gynecology, vol. 193, no. 6S2, February 2006, pp. 639–649; Altman, D., et al., 'Do women with pre-eclampsia, and their babies, benefit from magnesium sulphate? The Magpie Trial: A randomized placebo-controlled trial', *The Lancet*, vol. 359, no. 9321, 1 June 2002, pp. 1877–1890; Althabe, Fernando, et al., 'A behavioral intervention to improve obstetrical care', New England Journal of Medicine, vol. 358, no. 18, 1 May 2008, pp. 1929–1940; Villar, J., et al., 'WHO Antenatal Care Randomized Trial for the Evaluation of a New Model of Routine Antenatal Care', *The Lancet*, vol. 357, no. 9268, 19 May 2001, pp. 1551–1564; United Nations Children's Fund, Malaria & Children: Progress in intervention coverage, UNICEF, New York, 2007; Kerber, Kate J., et al., 'Continuum of Care for Maternal, Newborn, and Child Health: From slogan to service delivery', *The Lancet*, vol. 370; no. 9595, 13 October 2007, pp. 1358–1369.

Укрепление системы здравоохранения в Лаосской Народно-Демократической Республике
Economist Intelligence Unit, Country Report Laos, January 2008, EIU, London, 2008, pp. 7, 12; United Nations Children's Fund, The State of Asia-Pacific's Children 2008, UNICEF, New York, May 2008, p. 38; United Nations Population Fund, Maternal and Neonatal Health in East and Southeast Asia, UNFPA, New York, 18 May 2008, p. 1; Perks, Carol, Michael J. Toole and Khamla Phouthonsy, 'District Health Programmes and Health-sector Reform: Case study in the Lao People's Democratic Republic', Bulletin of the World Health Organization, vol. 84, no. 2, February 2006, p. 133–135; UNICEF Lao People's Democratic Republic, Annual Report 2007, pp.3–4, 9.

Спасение жизней матерей и новорожденных – решающие первые дни после родов
Lawn, Joy E., Simon Cousens and Jelka Zupan, '4 Million Neonatal Deaths: When? where? why?', *The Lancet,* vol. 365, no. 9462, 5 March 2005, pp. 891–900; Baqui, A.H., et al., 'Effect of Timing of First Postnatal Care Home Visit on Neonatal Mortality in Bangladesh: An observational study', 2008 (unpublished); Darmstadt, G.L., et al., 'Evidence-based, Cost-effective Interventions: How many newborn babies can we save?', *The Lancet*, vol. 365, no. 9463, 12 March 2005, pp. 977–988; Bhutta, Zulfiqar A., et al., 'What Works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival', *The Lancet*, vol. 371, no. 9610, 2 February 2008, pp. 417–440; Dearden, Kirk, et al., 'The Impact of Mother-to-mother Support on Optimal Breast-feeding: A controlled community intervention trial in peri-urban Guatemala City, Guatemala', *Pan American Journal of Public Health*, vol. 12, no. 3, September 2002, pp. 193–201; Kerber, Kate J., et al., 'Continuum of Care for Maternal, Newborn and Child Health: From slogan to service delivery', *The Lancet*, vol. 370, no. 9595, 13 October 2007, pp. 1358–1369; Bryce, J., et al., 'Countdown to 2015 for Maternal, Newborn and Child Survival: The 2008 report on tracking coverage of interventions', *The Lancet*, vol. 371, no. 9620, 12 April 2008, pp. 1247–1258; Tinker, Anne, et al., 'A Continuum of Care to Save Newborn Lives', *The Lancet*, vol. 365, no. 9462, 5 March 2005, pp. 822–825; Lawn, Joy E.,

and Kerber, Kate J., eds., *Opportunities for Africa's Newborns: Practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa*, Partnership on Maternal, Newborn and Child Health, Cape Town, 2006, p.84; Peterson, S., et al., 'Coping with Paediatric Referral: Ugandan parents' experience', *The Lancet*, vol. 363, no. 9425, 12 June 2004, pp. 1955–1956; Bang, A.T., et al., 'Effect of Home-based Neonatal Care and Management of Sepsis on Neonatal Mortality: Field trial in rural India, *The Lancet*, vol. 354, no. 9194, 4 December 1999, pp. 1955–1961; Baqui, Abdullah H., et al., 'Effect of Community-based Newborn-care Intervention Package Implemented through Two Service-delivery Strategies in Sylhet District, Bangladesh: A cluster-randomized controlled trial', *The Lancet*, vol. 371, no. 9628, 7 June 2008, pp. 1936–1944.

Бурунди: приверженность правительства делу охраны материнства и детства
Economist Intelligence Unit, *Country Report Burundi, May 2008*, EIU, London, 2008; United Nations Development Programme, *Human Development Report 2007/2008: Fighting Climate Change – Human solidarity in a divided world*, UNDP, New York, 2007, p. 240; United Nations Children's Fund, *The State of the World's Children 2008: Child survival*, UNICEF, New York, January 2008, pp. 114, 118, 126, 142; Philips, Mit, et al., 'Burundi: A population deprived of basic health care', *British Journal of General Practice*, vol. 54, no. 505, 1 August 2004, p. 634; *Human Rights Watch*, 'A High Price to Pay: Detention of poor patients in Burundian hospitals, Human Rights Watch, vol. 18, no. 8(A), September 2006, pp. 7, 21, 27; United Nations Children's Fund, *Annual Report 2007*, UNICEF, New York, 2008, pp. 11, 25–26; International Health Partnership; *Scaling-Up for Better Health (IHP+) Update*, no. 1, WHO, 1 November 2007, p. 1, , <www.who.int/healthsystems/ihp/en/index.html>, доступ к сайту открыт с 30 июля 2008 года.

Интеграция мер по охране здоровья матерей и детей в Индии
United Nations Children's Fund, The State of Asia-Pacific's Children 2008, UNICEF, New York, May 2008, pp. 20, 53; United Nations Children's Fund, The State of the World's Children 2008: Child survival, UNICEF, New York, January 2008, pp. 115, 143; Maternal and Neonatal Health Review in the South Asian Region, 25 June 2008, pp. 16, 103; United Nations Children's Fund, Annual Report 2007, UNICEF, New York, 2008, p. 4; Government of India, Ministry of Health & Family Welfare, Janani Suraksha Yojana: Guidelines for implementation, September 2006, p. 5; Sharma, Ramakant, 'Janani Suraksha Yojana: A study of the implementation status in selected districts of Rajasthan', Population Research Centre, Mohanlal Sukhadia University, 2007–2008; United Nations Population Fund, 'Rapid Assessment of Chiranjeevi Yojana in Gujarat 2006', UNFPA India, pp. v, 23; Bhat, Ramesh, Dale Huntington and Sunil Maheshwari, 'Public-Private Partnerships: Managing contracting arrangements to strengthen the Reproductive and Child Health Programme in India – Lessons and implications from three case studies', World Health Organization, 2007, p. 12–13; UNICEF India Country Office, 'Assessment of Chiranjeevi Performance', February 2008, <http://gujhealth.gov.in/Chiranjeevi%20Yojana/M_index.htm>, доступ к сайту открыт с 4 августа 2008 года.

ГЛАВА 5

1 World Health Organization, 'Progress in Global Measles Control and Mortality Reduction, 2000–2006', *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 82, no. 48, 30 November 2007, p. 422.

2 Joint United Nations Monitoring Programme on HIV/AIDS, United Nations Children's Fund and World Health Organization, *Towards Universal Access: Scaling up HIV services for women and children in the health sector – Progress Report 2008*, UNAIDS/UNICEF/WHO, pp. 88–89,98.

3 Overseas Development Institute, 'Global Health: Making partnerships work', Briefing paper no. 15, ODI, London, January 2007, p. 1

4 International Health Partnership, 'Informal Meeting of Global Health Leaders', Outcome Document, July 2007, <www.internationalhealthpartnership.net/ihp_plus_about_agencies.html>, доступ к сайту открыт с 30 сентября 2008 года.

5 International Health Partnership, <http://www.internationalhealthpartnership.net>, доступ к сайту открыт с 15 сентября 2008 года.

6 High Level Forum on Aid Effectiveness, 'Paris Declaration on Aid Effectiveness: Ownership, harmonisation, alignment, results and mutual accountability', Paris, 28 February–2 March 2005; 3rd High Level Forum on Aid Effectiveness, 'Accra Agenda for Action', Accra, 2–4 September 2008.

7 Canadian International Development Agency, Office of Economic Cooperation and Development and the World Bank, *Building a New Aid Relationship: The Paris Declaration on Aid Effectiveness*, 3rd High Level Forum on Aid Effectiveness, Accra, 2–4 September 2008, p. 26.

8 Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, 'A Global Call for G8 Leaders and Other Donors to Champion Maternal, Newborn and Child Health', World Health Organization, Geneva, April 2008, pp. 1–4.

9 Toyako Framework for Action on Global Health: Report of the G8 Health Experts Group, Tokyo, 8 July 2008, pp. 1–10.

10 Greco, Giulia, et al., 'Countdown to 2015: Assessment of donor assistance to maternal, newborn and child health between 2003 and 2006', *The Lancet*, vol. 371, no. 9620, 12 April 2008, pp. 1268–1275.

ГЛАВА 5, ВСТАВКИ

Совместная деятельность по обеспечению здоровья матерей и новорожденных
World Health Organization: *The Health of the People: The African regional health report 2006*, WHO Regional Office for Africa, Brazzaville, 2006, p. 19; The White Ribbon Alliance for Safe Motherhood, *Annual Report 2007*; Graham, Wendy J., 'How Japan Reduced Maternal Mortality in One Generation', brief published by the Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, <www.who.int/pmnch/topics/maternal/japanexample/en/print.html>, доступ к сайту открыт с 30 сентября 2008 года.

Основные глобальные партнерства в области здравоохранения в целях содействия здоровью матерей и новорожденных
Информация взята с веб-сайтов партнерств, доступ к которым открыт с 30 августа 2008 года.

Сотрудничество в интересах матерей и новорожденных в Центральноафриканской Республике
Информация предоставлена отделением ЮНИСЕФ в Центральноафриканской Республике.

Учреждения ООН укрепляют свое сотрудничество в поддержку охраны здоровья матерей и новорожденных
World Health Organization, 'Accelerating Efforts to Save the Lives of Women and Newborns', joint statement on behalf of UNICEF, United Nations Population Fund, the World Bank and WHO, 25 September 2008; *WHO-UNFPA-UNICEF-World Bank Joint Country Support for Accelerated Implementation of Maternal and Newborn Continuum of Care*, <www.who.int/mediacentre/news/statements/2008/who_unfpa_unicef_joint_country_support.pdf>, доступ к сайту открыт с 28 октября 2008 года.

Укрепление информационных систем в области здравоохранения: Сеть по показателям здоровья
World Health Organization, *Health Metrics Network, Framework and Standards for Country Health Information Systems*, 2nd edition, WHO, Geneva, 2008, pp. 5–8; Health Metrics Network website, <www.who.int/healthmetric/about/en>, доступ к сайту открыт с 30 сентября 2008 года.

СТАТИСТИЧЕСКИЕ ТАБЛИЦЫ

Статистические данные социально-экономического характера по странам и территориям мира с уделением особого внимания благополучию детей.

Общие замечания о данных ..... стр. 114

Пояснения к условным обозначениям ..... стр. 116

Ранжирование стран по коэффициенту смертности детей в возрасте до 5 лет ..... стр. 117

Суммарные показатели ..... стр. 152

Измерение развития человека:
Вводные пояснения к таблице 10 ..... стр. 153

ТАБЛИЦЫ

1 Базовые показатели ..... стр. 118
2 Питание ..... стр. 122
3 Здравоохранение ..... стр. 126
4 ВИЧ/СПИД ..... стр. 130
5 Образование ..... стр. 134
6 Демографические показатели ..... стр. 138
7 Экономические показатели ..... стр. 142
8 Женщины ..... стр. 146
9 Защита детей ..... стр. 150
10 Темпы прогресса ..... стр. 154

Общие замечания о данных

Данные, представленные в нижеследующих статистических таблицах, взяты из глобальных баз данных ЮНИСЕФ, которые включают только сопоставимые на международном уровне и статистически надежные данные; эти данные сопровождаются определениями, ссылками на источники и пояснениями к условным обозначениям. По мере возможности, использовались данные, полученные от учреждений Организации Объединенных Наций, занимающихся деятельностью в соответствующей области. В тех случаях, когда такие стандартизированные на международном уровне оценки отсутствуют, таблицы составляются на основе других источников, в частности на основе данных, полученных при проведении в масштабах страны репрезентативных обследований домохозяйств. Данные, представленные в докладе за этот год, отражают информацию, имеющуюся на 1 июля 2008 года. Подробнее о методологии и источниках данных см. на веб-сайте <www.childinfo.org>.

Определение некоторых показателей, таких как данные об ожидаемой продолжительности жизни, суммарные коэффициенты фертильности и общие коэффициенты рождаемости и смертности, является частью регулярной работы по составлению оценок и прогнозов, осуществляемой Отделом народонаселения Организации Объединенных Наций. Эти и другие оценки, получаемые на основе международных данных, периодически пересматриваются и обновляются, поэтому некоторые данные будут отличаться от данных, встречающихся в предыдущих публикациях ЮНИСЕФ. Настоящий доклад содержит самые последние оценки и прогнозы, взятые из доклада “Перспективы роста населения в мире, 2006 год”.

Вполне вероятно, что качество данных по странам, которые в последнее время пострадали от антропогенных катастроф или стихийных бедствий, будет существенно снижено. Это особенно относится к случаям, когда было нарушено единство основной инфраструктуры страны или имели место значительные перемещения населения.

Оценки смертности

Ежегодно ЮНИСЕФ включает в доклад “Положение детей в мире” оценки смертности, такие как коэффициент младенческой смертности, коэффициент смертности детей в возрасте до 5 лет и случаи смерти детей в возрасте до 5 лет, по крайней мере за два базисных года, если это возможно. Эти показатели отражают наиболее точные оценки, имеющиеся на момент представления доклада, и основаны на результатах работы Межведомственной группы по оценке детской смертности, в которую входят представители ЮНИСЕФ, Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), Всемирного банка и Отдела народонаселения Организации Объединенных Наций. Каждый год эта группа пересматривает и обновляет эти оценки, осуществляя детальный анализ результатов обработки новых данных. Время от времени такой анализ ведет к корректировке ранее опубликованных оценок. В этой связи оценки, опубликованные в издаваемых ежегодных выпусках доклада “Положение детей в мире”, могут оказаться несопоставимыми и не должны использоваться для анализа тенденций смертности в динамике по времени. Важно отметить, что сопоставимые оценки смертности детей в возрасте до 5 лет за периоды 1970 года, 1990 года и самого последнего по времени года имеются в таблице 10. Кроме того, полный временной ряд по всем странам имеется на веб-сайте <www.childinfo.org>. Этот временной ряд основан на самых последних оценках, представленных Межведомственной группой по оценке детской смертности.

Кластерные обследования по методу совокупных показателей (МИКС)

Вот уже более десяти лет ЮНИСЕФ оказывает поддержку странам в сборе статистически надежных и сопоставимых на международном уровне данных с помощью кластерных обследований по методу совокупных показателей (МИКС). С 1995 года приблизительно в 100 странах было проведено почти 200 таких обследований, и самый последний цикл обследований МИКС был проведен более чем в 50 странах в течение 2005–2006 годов, что позволило получить новую и более полную оценку положения детей и женщин в мире. Следующий цикл обследований МИКС планируется на период 2009–2010 годов.

Проводимые при поддержке ЮНИСЕФ обследования МИКС наряду с демографическими и медико-санитарными обследованиями являются одними из самых значительных источников данных, необходимых для мониторинга прогресса в достижении целей в области развития Декларации тысячелетия, и могут использоваться для представления данных по 21 из 53 показателей достижения ЦРДТ. Эти данные также могут использоваться для мониторинга выполнения других согласованных на международном уровне обязательств, таких как план действий "Мир, пригодный для жизни детей" и глобальные цели в области борьбы со СПИДом и малярией. Они включены в статистические таблицы, представленные в настоящем докладе, а также используются при анализе этого доклада на основе имеющейся информации. Подробнее об этих данных см. на веб-сайте <www.childinfo.org>.

Изменения

В показатели, включенные в статистические таблицы в этом году, были внесены следующие изменения.

Таблица 1. Базовые показатели. В таблице 1 приведены оценки детской смертности, полученные Межведомственной группой по оценке детской смертности. Следует отметить, что приведенные в этой таблице коэффициенты неонатальной смертности за

2004 год представлены ВОЗ и не получили официальной оценки Межведомственной группы по оценке детской смертности. В связи с этим эти оценки необязательно совпадают с возрастной структурой детской смертности, предполагаемой оценками младенческой смертности и смертности детей до 5 лет за 2007 год. Кроме того, по 12 странам Восточной Африки и южной части Африки (Ботсвана, Замбия, Зимбабве, Лесото, Малави, Мозамбик, Намибия, Объединенная Республика Танзания, Руанда, Свазиленд, Уганда и Южная Африка) оценки детской смертности были пересмотрены с учетом оценок ЮНЭЙДС в отношении детской смертности, связанной со СПИДом. Эти оценки ЮНЭЙДС получены на основе информации, касающейся не только распространенности ВИЧ, но также последних усилий в области профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа. Подробнее разъяснение этих методов оценки см. на веб-сайте <www.childmortality.org >.

Таблица 2. Питание. Оценка распространенности пониженной массы тела, задержки в росте и истощения среди детей в возрасте до 5 лет проводится путем сравнения результатов фактических измерений с показателями международной стандартной выборки референтной группы населения. В апреле 2006 года Всемирная организация здравоохранения издала "Стандарты роста детей ВОЗ", которые были призваны заменить международные эталоны роста, разработанные Национальным центром статистики здравоохранения/ВОЗ, основанные на данных обследования ограниченной выборки детей из Соединенных Штатов. Новые стандарты – это результат интенсивного исследовательского проекта, который охватывает более 8 тыс. детей из Бразилии, Ганы, Индии, Норвегии, Омана и Соединенных Штатов. В рамках новых стандартов преодолеваются присущие прежним эталонам роста технические и биологические ограничения и утверждается, что дети, родившиеся в любом месте мира, если им предоставлены оптимальные условия для хорошего старта в жизни, имеют потенциальную возможность для развития и достижения параметров веса и роста в одинаковых пределах, иными словами, на различия в росте детей до 5 лет в большей степени влияют питание, методы вскармливания, окружающая среда и медицинское обслуживание, чем генетические или этнические факторы.

В этом году в таблицу 2 впервые включены оценки пониженной массы тела согласно новым "Стандартам роста детей ВОЗ". Следует отметить, что из-за различий между прежними эталонами роста и новыми стандартами оценки распространенности по показателям антропометрических измерений детей, основанные на этих двух нормативах, совершенно не сопоставимы.

Таблица 4. ВИЧ/СПИД. В августе 2008 года Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) и ВОЗ опубликовали новые глобальные оценки распространенности ВИЧ/СПИДа за 2007 год, которые были получены с помощью усовершенствованной методологии и отражают наличие в ряде стран более надежных данных популяционных обследований и широких национальных систем дозорного эпидемиологического надзора.

Различия между новыми оценками ЮНЭЙДС и ВОЗ в отношении распространенности ВИЧ среди взрослого населения, численности взрослых и детей, живущих с ВИЧ, и детей, оставшихся сиротами в связи со СПИДом, за 2007 год менее заметны, чем между оценками, опубликованными в предыдущих докладах. Показатели, опубликованные в настоящем докладе, несопоставимы с предыдущими оценками, и поэтому они не служат отражением тенденций в динамике по времени. ЮНЭЙДС опубликовала сопоставимые оценки, применив новые методы для пересмотра предыдущих оценок распространенности ВИЧ/СПИДа, доступ к которым можно получить на веб-сайте <www.unaids.org>.

Таблица 5. Образование. Доля учеников, переведенных в 5-й класс (процент детей, поступивших в первый класс начальной школы и доучившихся до пятого класса), заменена долей учащихся, переведенных в последний класс начальной школы (процент детей, поступивших в первый класс начальной школы и доучившихся до последнего класса начальной школы). Доля учеников, переведенных в последний класс начальной школы, которая заменила долю учеников, переведенных в пятый класс, стала в январе 2008 года официальным показателем достижения цели 2 в области развития Декларации тысячелетия (обеспечение всеобщего начального образования).

Таблица 7. Экономика. Всемирный банк недавно объявил о введении новой черты бедности, которая основана на пересмотренных оценках уровней цен, скорректированных с учетом паритета покупательной способности валют (ППС), во всем мире. В таблице 7 отражена эта новая черта бедности, и она дает представление о доле населения, живущего менее чем на 1,25 долл. США в день в ценах 2005 года, скорректированных с учетом паритета покупательной способности валют. Новый порог бедности отражает курсы валют, пересмотренные в соответствии с паритетом покупательной способности на основании результатов Программы международных сопоставлений 2005 года. Этот пересмотр показывает, что стоимость жизни в развивающихся странах выше, чем, по оценкам, предполагалось прежде. В связи с пересмотром курсов валют в соответствии с ППС уровни бедности в отдельных странах не могут сравниваться с данными по уровню бедности, опубликованными в предыдущих изданиях. Подробнее об определении, методологии и источниках представленных данных см. на веб-сайте <www.worldbank.org>.

Таблица 8. Женщины. В таблице этого года в дополнение к доле женщин, прошедших осмотр квалифицированным медицинским работником хотя бы один раз в период беременности, представлена доля женщин, прошедших минимум четыре осмотра тем или иным медицинским работником. Два показателя дородового наблюдения являются частью пересмотренной основы для монито-

Общие замечания о данных (продолжение)

ринга достижения ЦРДТ-5, которая вступила в силу в январе 2008 года в рамках реализации новой задачи: обеспечение всеобщего доступа к услугам в сфере охраны репродуктивного здоровья.

Таблица 9. Защита детей. Данные по детской инвалидности взяты из обследований домохозяйств, и соответствующий показатель определяется как доля детей в возрасте 2–9 лет, у которых при обследовании выявлен хотя бы один тип нарушений (например, когнитивные нарушения, нарушения двигательной способности, судороги, нарушения зрения или слуха). Вопросы о детской инвалидности задаются родителю или лицу, осуществляющему уход за ребенком, которого просят дать собственную оценку физического и умственного развития ребенка, а также функционирования его физиологической системы и умственной деятельности.
К июню 2008 года была изменена методология, используемая для исчисления этих оценок на основе данных обследований МИКС. Прежде эти оценки исчислялись на основе ответов, полученных на 9 из 10 вопросов об инвалидности, которые задавались при обследованиях МИКС. В докладе этого года и в будущем данные будут основаны на ответах на все 10 вопросов.

Пояснения к условным обозначениям

В связи с тем, что данные статистические таблицы имеют целью представить достаточно широкую картину положения детей и женщин в мире, было сочтено, что подробные характеристики данных и примечания целесообразнее включить во все таблицы. Источники и годы конкретных данных, включенных в статистические таблицы, см. по адресу <www.childinfo.org>.

Условные обозначения, характерные для конкретной таблицы, приводятся в примечаниях к этой таблице. Нижеследующие условные обозначения являются общими для всех таблиц:

– Данные отсутствуют.

x Данные, которые относятся к иным годам или периодам, нежели указанные в заглавии колонки, отличаются от стандартного определения или относятся только к части страны. Такие данные не включаются в расчеты региональных и мировых средних показателей.

y Данные, которые относятся к иным годам или периодам, нежели указанные в названии колонки, отличаются от стандартного определения или относятся только к части страны. Такие данные включены в расчеты региональных и мировых средних показателей.

* Данные относятся к последнему году периода, указанного в заглавии колонки.

§ Включает также территории внутри каждой категории стран или региональной группы. Страны и территории, входящие в каждую категорию стран или региональную группу, перечислены на стр. 152.

Ранжирование стран по коэффициенту смертности детей в возрасте до 5 лет

В последующих перечнях страны и территории ранжируются в порядке убывания по оценкам за 2007 год по коэффициенту смертности детей в возрасте до 5 лет (КСД-5), важнейшему показателю благополучия детей. В таблицах на последующих страницах страны и территории перечислены в порядке английского алфавита.

	Коэффициент смертности детей в возрасте до 5 лет (2007 год)	
	Величина	Занимаемое место
Сьерра-Леоне	262	**1**
Афганистан	257	**2**
Чад	209	**3**
Экваториальная Гвинея	206	**4**
Гвинея-Бисау	198	**5**
Мали	196	**6**
Буркина-Фасо	191	**7**
Нигерия	189	**8**
Руанда	181	**9**
Бурунди	180	**10**
Нигер	176	**11**
Центральноафриканская Республика	172	**12**
Замбия	170	**13**
Мозамбик	168	**14**
Демократическая Республика Конго	161	**15**
Ангола	158	**16**
Гвинея	150	**17**
Камерун	148	**18**
Сомали	142	**19**
Либерия	133	**20**
Уганда	130	**21**
Кот-д'Ивуар	127	**22**
Джибути	127	**22**
Конго	125	**24**
Бенин	123	**25**
Кения	121	**26**
Эфиопия	119	**27**
Мавритания	119	**27**
Объединенная Республика Танзания	116	**29**
Гана	115	**30**
Сенегал	114	**31**
Мадагаскар	112	**32**
Малави	111	**33**
Гамбия	109	**34**
Судан	109	**34**
Мьянма	103	**36**
Того	100	**37**
Сан-Томе и Принсипи	99	**38**
Тимор-Лешти	97	**39**
Камбоджа	91	**40**
Габон	91	**40**
Свазиленд	91	**40**
Пакистан	90	**43**
Зимбабве	90	**43**
Бутан	84	**45**
Лесото	84	**45**
Гаити	76	**47**
Йемен	73	**48**
Индия	72	**49**
Эритрея	70	**50**
Лаосская Народно-Демократическая Республика	70	**50**
Соломоновы Острова	70	**50**
Намибия	68	**53**
Таджикистан	67	**54**
Коморские Острова	66	**55**
Папуа-Новая Гвинея	65	**56**
Кирибати	63	**57**
Бангладеш	61	**58**
Гайана	60	**59**
Южная Африка	59	**60**
Боливия	57	**61**
Корейская Народно-Демократическая Республика	55	**62**
Непал	55	**62**
Маршалловы Острова	54	**64**
Туркменистан	50	**65**
Ирак	44	**66**
Монголия	43	**67**
Узбекситан	41	**68**
Ботсвана	40	**69**
Микронезия (Федеративные Штаты)	40	**69**
Азербайджан	39	**71**
Гватемала	39	**71**
Доминиканская Республика	38	**73**
Кыргызстан	38	**73**
Алжир	37	**75**
Тувалу	37	**75**
Египет	36	**77**
Мексика	35	**78**
Никарагуа	35	**78**
Тринидад и Тобаго	35	**78**
Марокко	34	**81**
Вануату	34	**81**
Иран (Исламская Республика)	33	**83**
Кабо-Верде	32	**84**
Казахстан	32	**84**
Индонезия	31	**86**
Ямайка	31	**86**
Грузия	30	**88**
Мальдивские Острова	30	**88**
Науру	30	**88**
Ливан	29	**91**
Парагвай	29	**91**
Суринам	29	**91**
Филиппины	28	**94**
оккупированная палестинская территория	27	**95**
Самоа	27	**95**
Белиз	25	**97**
Саудовская Аравия	25	**97**
Армения	24	**99**
Сальвадор	24	**99**
Гондурас	24	**99**
Иордания	24	**99**
Украина	24	**99**
Панама	23	**104**
Тонга	23	**104**
Турция	23	**104**
Бразилия	22	**107**
Китай	22	**107**
Эквадор	22	**107**
Шри-Ланка	21	**110**
Тунис	21	**110**
Колумбия	20	**112**
Перу	20	**112**
Гренада	19	**114**
Сент-Винсент и Гренадины	19	**114**
Венесуэла (Боливарианская Республика)	19	**114**
Острова Кука	18	**117**
Фиджи	18	**117**
Ливийская Арабская Джамахирия	18	**117**
Молдова	18	**117**
Сент-Китс и Невис	18	**117**
Сент-Люсия	18	**117**
Сирийская Арабская Республика	17	**123**
бывшая югославская Республика Македония	17	**123**
Аргентина	16	**125**
Албания	15	**126**
Маврикий	15	**126**
Катар	15	**126**
Румыния	15	**126**
Российская Федерация	15	**126**
Вьетнам	15	**126**
Босния и Герцеговина	14	**132**
Уругвай	14	**132**
Багамские Острова	13	**134**
Беларусь	13	**134**
Сейшельские Острова	13	**134**
Барбадос	12	**137**
Болгария	12	**137**
Оман	12	**137**
Антигуа и Барбуда	11	**140**
Коста-Рика	11	**140**
Доминика	11	**140**
Кувейт	11	**140**
Малайзия	11	**140**
Бахрейн	10	**145**
Черногория	10	**145**
Палау	10	**145**
Бруней-Даруссалам	9	**148**
Чили	9	**148**
Латвия	9	**148**
Литва	8	**151**
Сербия	8	**151**
Словакия	8	**151**
Объединенные Арабские Эмираты	8	**151**
Соединенные Штаты	8	**151**
Куба	7	**156**
Венгрия	7	**156**
Польша	7	**156**
Таиланд	7	**156**
Австралия	6	**160**
Канада	6	**160**
Хорватия	6	**160**
Эстония	6	**160**
Новая Зеландия	6	**160**
Соединенное Королевство	6	**160**
Бельгия	5	**166**
Кипр	5	**166**
Израиль	5	**166**
Республика Корея	5	**166**
Мальта	5	**166**
Нидерланды	5	**166**
Швейцария	5	**166**
Австрия	4	**173**
Чешская Республика	4	**173**
Дания	4	**173**
Финляндия	4	**173**
Франция	4	**173**
Германия	4	**173**
Греция	4	**173**
Ирландия	4	**173**
Италия	4	**173**
Япония	4	**173**
Монако	4	**173**
Норвегия	4	**173**
Португалия	4	**173**
Сан-Марино	4	**173**
Словения	4	**173**
Испания	4	**173**
Андорра	3	**189**
Исландия	3	**189**
Лихтенштейн	3	**189**
Люксембург	3	**189**
Сингапур	3	**189**
Швеция	3	**189**
Святейший Престол	–	
Ниуэ	–	

ТАБЛИЦА 1 . БАЗОВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ

Страны и территории	Место страны по уровню смертности детей в возрасте до 5 лет	Коэффициент смертности детей в возрасте до 5 лет		Коэффициент младенческой смертности (до 1 года)		Коэффициент неонатальной смертности 2004 г.	Общая численность населения (в тыс.) 2007 г.	Число рождений в год (в тыс.) 2007 г.	Число смертей детей в возрасте до 5 лет в год (в тыс.) 2007 г.	ВНД на душу населения (долл. США) 2007 г.	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (лет) 2007 г.	Общий коэффициент грамотности взрослого населения (%) 2000–2007 гг.*	Чистый коэффициент охвата начальным образованием/ посещаемости (%) 2000–2007 гг.*	Процентная доля доходов домохозяйств в 1995–2005 гг.*	
		1990 г.	2007 г.	1990 г.	2007 г.									40% с самым низким доходом	20% с самым высоким доходом
Афганистан	2	260	257	168	165	60	27145	1314	338	250x	44	28	61	–	–
Албания	126	46	15	37	13	9	3190	52	1	3290	76	99	94	21	40
Алжир	75	69	37	54	33	22	33858	704	26	3620	72	75	95	19	43
Андорра	189	6	3	5	3	2	75	0	0	d	–	–	83	–	–
Ангола	16	258	158	150	116	54	17024	810	128	2560	42	67	58s	–	–
Антигуа и Барбуда	140	–	11	–	10	8	85	0	0	11520	–	–	–	–	–
Аргентина	125	29	16	25	15	10	39531	693	11	6050	75	98	99	11	55
Армения	99	56	24	48	22	18	3002	37	1	2640	72	100	99s	21	43
Австралия	160	9	6	8	5	3	20743	256	2	35960	81	–	96	18x	41x
Австрия	173	9	4	8	4	3	8361	77	0	42700	80	–	97	22	38
Азербайджан	71	98	39	78	34	35	8467	134	5	2550	67	99	73s	19	45
Багамские Острова	134	29	13	22	12	5	331	6	0	15730x	73	–	88	–	–
Бахрейн	145	19	10	15	9	4	753	13	0	19350	76	89	98	–	–
Бангладеш	58	151	61	105	47	36	158665	3998	244	470	64	54	81s	21	43
Барбадос	137	17	12	15	11	8	294	3	0	d	77	–	96	–	–
Беларусь	134	24	13	20	12	3	9689	91	1	4220	69	100	89	23	37
Бельгия	166	10	5	9	4	2	10457	109	1	40710	79	–	97	22	41
Белиз	97	43	25	35	22	17	288	7	0	3800	76	–	97	–	–
Бенин	25	184	123	111	78	36	9033	365	45	570	56	41	67s	19	45
Бутан	45	148	84	91	56	30	658	12	1	1770	66	56	70s	–	–
Боливия	61	125	57	89	48	24	9525	263	15	1260	65	90	78s	7	63
Босния и Герцеговина	132	22	14	18	13	10	3935	34	0	3580	75	97	91s	19	43
Ботсвана	69	57	40	45	33	46	1882	47	2	5840	50	83	84	9x	65x
Бразилия	107	58	22	49	20	13	191791	3706	82	5910	72	91	94	9	61
Бруней-Даруссалам	148	11	9	10	8	4	390	8	0	26930x	77	95	94	–	–
Болгария	137	18	12	15	10	7	7639	68	1	4590	73	98	92	22	38
Буркина-Фасо	7	206	191	112	104	32	14784	654	125	430	52	29	47	18	47
Бурунди	10	189	180	113	108	41	8508	399	72	110	49	59	75	15	48
Камбоджа	40	119	91	87	70	48	14444	382	35	540	59	76	90	17	50
Камерун	18	139	148	85	87	30	18549	649	96	1050	50	68	84s	15	51
Канада	160	8	6	7	5	3	32876	340	2	39420	81	–	100	20	40
Кабо-Верде	84	60	32	45	24	9	530	15	0	2430	72	84	88	–	–
Центральноафриканская Республика	12	171	172	113	113	52	4343	158	27	380	44	49	59s	7x	65x
Чад	3	201	209	120	124	42	10781	492	103	540	51	26	36s	–	–
Чили	148	21	9	18	8	5	16635	250	2	8350	79	97	–	11	60
Китай	107	45	22	36	19	18	1328630	17374	382	2360	73	93	99	13	52
Колумбия	112	35	20	28	17	13	46156	876	18	3250	73	94	89	10	61
Коморские Острова	55	120	66	88	49	25	839	28	2	680	65	75	73	–	–
Конго	24	104	125	67	79	30	3768	133	17	1540	55	87	86s	–	–
Острова Кука	117	32	18	26	16	10	13	0	0	–	–	–	74	–	–
Коста-Рика	140	18	11	16	10	8	4468	80	1	5560	79	96	92	13	53
Кот-д'Ивуар	22	151	127	104	89	64	19262	687	87	910	48	49	62s	14	51
Хорватия	160	13	6	11	5	5	4555	41	0	10460	76	99	90	22	38
Куба	156	13	7	11	5	4	11268	118	1	c	78	100	97	–	–
Кипр	166	11	5	9	3	2	855	10	0	24940	79	98	99	–	–
Чешская Республика	173	12	4	10	3	2	10186	93	0	14450	76	–	93	25	36
Корейская Народно-Демократическая Республика	62	55	55	42	42	22	23790	317	17	a	67	–	–	–	–
Демократическая Республика Конго	15	200	161	127	108	47	62636	3118	502	140	46	67	52s	–	–
Дания	173	9	4	7	4	3	5442	62	0	54910	78	–	96	23	36
Джибути	22	175	127	116	84	45	833	24	3	1090	55	–	79s	–	–
Доминика	140	18	11	14	9	10	67	0	0	4250	–	–	77	–	–
Доминиканская Республика	73	66	38	53	31	18	9760	231	9	3550	72	89	78	12	55
Эквадор	107	57	22	43	20	13	13341	283	6	3080	75	93	97	11	58
Египет	77	93	36	68	30	17	75498	1840	66	1580	71	72	96	22	42
Сальвадор	99	60	24	47	21	12	6857	158	4	2850	72	86	94	10	56
Экваториальная Гвинея	4	170	206	103	124	47	507	20	4	12860	51	87	61s	–	–
Эритрея	50	147	70	88	46	21	4851	191	13	230	58	–	47	–	–
Эстония	160	18	6	14	4	4	1335	14	0	13200	71	100	94	19	43
Эфиопия	27	204	119	122	75	41	83099	3201	381	220	53	36	45s	22	39
Фиджи	117	22	18	19	16	10	839	18	0	3800	69	–	91	–	–
Финляндия	173	7	4	6	3	2	5277	58	0	44400	79	–	97	24	37

Страны и территории	Место страны по уровню смертности детей в возрасте до 5 лет	Коэффициент смертности детей в возрасте до 5 лет		Коэффициент младенческой смертности (до 1 года)		Коэффициент неонатальной смертности 2004 г.	Общая численность населения (в тыс.) 2007 г.	Число рождений в год (в тыс.) 2007 г.	Число смертей детей в возрасте до 5 лет в год (в тыс.) 2007 г.	ВНД на душу населения (долл. США) 2007 г.	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (лет) 2007 г.	Общий коэффициент грамотности взрослого населения (%) 2000–2007 гг.*	Чистый коэффициент охвата начальным образованием/посещаемости (%) 2000–2007 гг.*	Процентная доля доходов домохозяйств в 1995–2005 гг.*	
		1990 г.	2007 г.	1990 г.	2007 г.									40% с самым низким доходом	20% с самым высоким доходом
Франция	173	9	4	7	4	2	61647	758	3	38500	81	–	99	20	40
Габон	40	92	91	60	60	31	1331	34	3	6670	57	86	94s	–	–
Гамбия	34	153	109	104	82	44	1709	60	7	320	59	–	62	14	53
Грузия	88	47	30	41	27	25	4395	48	1	2120	71	–	95s	16	47
Германия	173	9	4	7	4	3	82599	678	3	38860	79	–	98	22	37
Гана	30	120	115	76	73	43	23478	703	81	590	60	65	72	16	47
Греция	173	11	4	9	4	3	11147	103	0	29630	79	97	100	19	42
Гренада	114	37	19	30	15	11	106	2	0	4670	69	–	84	–	–
Гватемала	71	82	39	60	29	19	13354	449	18	2440	70	73	94	12	54
Гвинея	17	231	150	137	93	39	9370	377	57	400	56	30	51s	18	46
Гвинея-Бисау	5	240	198	142	118	47	1695	84	17	200	46	65	54s	14x	53x
Гайана	59	88	60	64	45	22	738	13	1	1300	66	–	96s	–	–
Гаити	47	152	76	105	57	32	9598	270	21	560	61	62	50s	9	63
Святейший Престол	–	–	–	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	
Гондурас	99	58	24	45	20	17	7106	200	5	1600	70	83	79s	11	58
Венгрия	156	17	7	15	6	5	10030	93	1	11570	73	99	88	22	39
Исландия	189	7	3	5	2	1	301	4	0	54100	82	–	98	–	–
Индия	49	117	72	83	54	39	1169016	27119	1953	950	64	66	83s	19	45
Индонезия	86	91	31	60	25	17	231627	4386	136	1650	70	91	96	18	47
Иран (Исламская Республика)	83	72	33	54	29	19	71208	1441	48	3470	71	85	94	17	45
Ирак	66	53	44	42	36	63	28993	935	41	2170x	59	74	89	–	–
Ирландия	173	9	4	8	4	4	4301	67	0	48140	79	–	95	20	42
Израиль	166	12	5	10	4	3	6928	137	1	21900	81	–	97	16	45
Италия	173	10	4	8	3	3	58877	539	2	33540	81	99	99	19	42
Ямайка	86	33	31	28	26	10	2714	55	2	3710	72	86	97s	15	52
Япония	173	6	4	5	3	1	127967	1070	4	37670	83	–	100	25x	36x
Иордания	99	40	24	33	21	16	5924	154	4	2850	72	93	90	18	46
Казахстан	84	60	32	51	28	32	15422	297	10	5060	67	100	98s	19	42
Кения	26	97	121	64	80	34	37538	1479	179	680	53	74	76	16	49
Кирибати	57	88	63	65	46	25	95	0	0	1170	–	–	97	–	–
Кувейт	140	15	11	13	9	7	2851	51	1	31640	78	94	84	–	–
Кыргызстан	73	74	38	62	34	30	5317	115	4	590	66	99	92s	22	39
Лаосская Народно-Демократическая Республика	50	163	70	120	56	30	5859	157	11	580	64	73	84	20	43
Латвия	148	17	9	13	7	6	2277	21	0	9930	73	100	90	19	43
Ливан	91	37	29	32	26	19	4099	74	2	5770	72	–	82	–	–
Лесото	45	102	84	81	68	52	2008	59	5	1000	42	82	85s	6	67
Либерия	20	205	133	138	93	66	3750	189	25	150	45	56	40	–	–
Ливийская Арабская Джамахирия	117	41	18	35	17	11	6160	145	3	9010	74	87	–	–	–
Лихтенштейн	189	10	3	9	2	–	35	0	0	d	–	–	88	–	–
Литва	151	16	8	12	7	5	3390	30	0	9920	73	100	89	19	43
Люксембург	189	9	3	8	2	3	467	5	0	75880	79	–	97	–	–
Мадагаскар	32	168	112	103	70	41	19683	722	81	320	59	71	76s	13	54
Малави	33	209	111	124	71	26	13925	573	64	250	48	72	91	18	47
Малайзия	140	22	11	16	10	5	26572	555	6	6540	74	92	100	13	54
Мальдивские Острова	88	111	30	79	26	24	306	7	0	3200	68	97	97	–	–
Мали	6	250	196	148	117	54	12337	595	117	500	54	23	61	16	47
Мальта	166	11	5	10	4	3	407	4	0	15310	79	92	91	–	–
Маршалловы Острова	64	92	54	63	49	24	59	0	0	3070	–	–	66	–	–
Мавритания	27	130	119	81	75	40	3124	102	12	840	64	56	57s	17	46
Маврикий	126	24	15	21	13	9	1262	19	0	5450	73	87	95	–	–
Мексика	78	52	35	42	29	11	106535	2088	73	8340	76	92	98	13	55
Микронезия (Федеративные Штаты)	69	58	40	45	33	11	111	3	0	2470	68	–	92	–	–
Молдова	117	37	18	30	16	12	3794	43	1	1260	69	99	88	20	41
Монако	173	9	4	7	3	2	33	0	0	d	–	–	–	–	–
Монголия	67	98	43	71	35	18	2629	49	2	1290	67	97	97s	20	41
Черногория	145	16	10	14	9	9	598	8	0	5180	74	–	97s	–	–
Марокко	81	89	34	69	32	24	31224	641	22	2250	71	56	88	17	47
Мозамбик	14	201	168	135	115	35	21397	855	144	320	42	44	60s	15	54
Мьянма	36	130	103	91	74	49	48798	891	92	220x	62	90	84s	–	–
Намибия	53	87	68	57	47	20	2074	53	4	3360	52	88	91s	4x	79x
Науру	88	–	30	–	25	14	10	0	0	–	–	–	60	–	–

ТАБЛИЦА 1 . БАЗОВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ

Страны и территории	Место страны по уровню смертности детей в возрасте до 5 лет	Коэффициент смертности детей в возрасте до 5 лет		Коэффициент младенческой смертности (до 1 года)		Коэффициент неонатальной смертности 2004 г.	Общая численность населения (в тыс.) 2007 г.	Число рождений в год (в тыс.) 2007 г.	Число смертей детей в возрасте до 5 лет в год (в тыс.) 2007 г.	ВНД на душу населения (долл. США) 2007 г.	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (лет) 2007 г.	Общий коэффициент грамотности взрослого населения (%) 2000–2007 гг.*	Чистый коэффициент охвата начальным образованием/посещаемости (%) 2000–2007 гг.*	Процентная доля доходов домохозяйств в 1995–2005 гг.*	
		1990 г.	2007 г.	1990 г.	2007 г.									40% с самым низким доходом	20% с самым высоким доходом
Непал	62	142	55	99	43	32	28196	796	44	340	64	57	84s	15	55
Нидерланды	166	8	5	7	4	3	16419	184	1	45820	80	–	98	21	39
Новая Зеландия	160	11	6	9	5	3	4179	57	0	28780	80	–	99	18	44
Никарагуа	78	68	35	52	28	16	5603	140	5	980	73	81	90	15	49
Нигер	11	304	176	143	83	41	14226	701	123	280	57	30	38s	10	53
Нигерия	8	230	189	120	97	47	148093	5959	1126	930	47	72	63	15	49
Ниуэ	–	–	–	–	16	2	0	–	–	–	–	90	–	–	
Норвегия	173	9	4	7	3	2	4698	56	0	76450	80	–	98	24	37
оккупированная палестинская территория	95	38	27	33	24	–	4017	145	4	1230	73	93	76	–	–
Оман	137	32	12	25	11	5	2595	58	1	11120	76	84	74	–	–
Пакистан	43	132	90	102	73	53	163902	4446	400	870	65	55	56s	22	41
Палау	145	21	10	18	9	13	20	0	0	8210	–	–	96	–	–
Панама	104	34	23	27	18	11	3343	70	2	5510	75	93	99	9	60
Папуа-Новая Гвинея	56	94	65	69	50	32	6331	190	12	850	57	58	–	12	57
Парагвай	91	41	29	34	24	12	6127	153	4	1670	72	94	94	9	62
Перу	112	78	20	58	17	11	27903	584	12	3450	71	91	96	11	57
Филиппины	94	62	28	43	23	15	87960	2295	64	1620	72	93	91	15	51
Польша	156	17	7	15	6	5	38082	360	3	9840	76	99	96	19	43
Португалия	173	15	4	11	3	3	10623	112	0	18950	78	95	98	17	46
Катар	126	26	15	20	12	4	841	14	0	12000x	76	90	94	–	–
Республика Корея	166	9	5	8	4	4	48224	448	2	19690	79	–	98	22	38
Румыния	126	32	15	25	13	10	21438	211	3	6150	72	98	93	21	40
Российская Федерация	126	27	15	23	13	7	142499	1515	23	7560	65	100	91	17	47
Руанда	9	195	181	117	109	48	9725	435	79	320	46	65	86s	14	53
Сент-Китс и Невис	117	36	18	30	16	11	50	1	0	9630	–	–	71	–	–
Сент-Люсия	117	21	18	16	14	11	165	3	0	5530	74	–	98	–	–
Сент-Винсент и Гренадины	114	22	19	18	17	13	120	2	0	4210	71	–	90	–	–
Самоа	95	50	27	40	22	14	187	5	0	2430	71	99	90	–	–
Сан-Марино	173	13	4	12	4	2	31	0	0	45130	–	–	–	–	–
Сан-Томе и Принсипи	38	101	99	65	64	38	158	5	0	870	65	88	98	–	–
Саудовская Аравия	97	44	25	35	20	11	24735	618	15	15440	73	85	–	–	–
Сенегал	31	149	114	72	59	35	12379	439	50	820	63	43	58s	17	48
Сербия	151	–	8	–	7	9	9858	127	1	4730	74	–	95	21	38
Сейшельские Острова	134	19	13	17	12	7	87	3	0	8960	–	92	99	–	–
Сьерра-Леоне	1	290	262	169	155	56	5866	268	70	260	42	38	69s	17	47
Сингапур	189	8	3	6	2	1	4436	37	0	32470	80	94	–	14	49
Словакия	151	15	8	13	7	4	5390	53	0	11730	75	–	92	24	35
Словения	173	11	4	9	3	2	2002	18	0	20960	78	100	95	21	40
Соломоновы Острова	50	121	70	86	53	23	496	15	1	730	63	–	62	–	–
Сомали	19	203	142	121	88	49	8699	377	54	140x	48	–	22s	–	–
Южная Африка	60	64	59	49	46	17	48577	1092	64	5760	50	88	88	10	62
Испания	173	9	4	7	4	2	44279	476	2	29450	81	97	100	19	42
Шри-Ланка	110	32	21	26	17	8	19299	292	6	1540	72	92	98	18	48
Судан	34	125	109	79	69	27	38560	1230	134	960	58	61	54s	–	–
Суринам	91	51	29	41	27	17	458	9	0	4730	70	90	96	–	–
Свазиленд	40	96	91	70	66	40	1141	33	3	2580	40	80	84s	13	56
Швеция	189	7	3	6	3	2	9119	102	0	46060	81	–	95	23	37
Швейцария	166	8	5	7	4	3	7484	69	0	59880	82	–	89	20	41
Сирийская Арабская Республика	123	37	17	30	15	7	19929	535	9	1760	74	83	95	–	–
Таджикистан	54	117	67	91	57	38	6736	186	12	460	67	100	89s	20	42
Таиланд	156	31	7	26	6	9	63884	932	7	3400	70	94	94	16	49
бывшая югославская Республика Македония	123	38	17	33	15	9	2038	22	0	3460	74	97	92	17	46
Тимор-Лешти	39	184	97	138	77	29	1155	48	5	1510	61	–	75s	–	–
Того	37	150	100	89	65	39	6585	245	25	360	58	53	80	–	–
Тонга	104	32	23	26	19	12	100	3	0	2320	73	99	96	–	–
Тринидад и Тобаго	78	34	35	30	31	10	1333	20	1	14100	70	99	98s	17x	45x
Тунис	110	52	21	41	18	13	10327	173	4	3200	74	78	96	16	47
Турция	104	82	23	67	21	16	74877	1381	32	8020	72	89	91	15	50
Туркменистан	65	99	50	81	45	37	4965	109	5	b	63	100	99s	16	48
Тувалу	75	53	37	42	30	21	11	0	0	–	–	–	100	–	–
Уганда	21	175	130	106	82	30	30884	1445	188	340	51	74	82s	15	53
Украина	99	25	24	22	20	7	46205	419	10	2550	68	100	97s	23	37
Объединенные Арабские Эмираты	151	15	8	13	7	4	4380	71	1	26210x	79	90	88	–	–

Страны и территории	Место страны по уровню смертности детей в возрасте до 5 лет	Коэффициент смертности детей в возрасте до 5 лет		Коэффициент младенческой смертности (до 1 года)		Коэффициент неонатальной смертности 2004 г.	Общая численность населения (в тыс.) 2007 г.	Число рождений в год (в тыс.) 2007 г.	Число смертей детей в возрасте до 5 лет в год (в тыс.) 2007 г.	ВНД на душу населения (долл. США) 2007 г.	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (лет) 2007 г.	Общий коэффициент грамотности взрослого населения (%) 2000–2007 гг.*	Чистый коэффициент охвата начальным образованием/посещаемости (%) 2000–2007 гг.*	Процентная доля доходов домохозяйств в 1995–2005 гг.*	
		1990 г.	2007 г.	1990 г.	2007 г.									40% с самым низким доходом	20% с самым высоким доходом
Соединенное Королевство	160	9	6	8	5	3	60769	722	4	42740	79	–	98	18	44
Объединенная Республика Танзания	29	157	116	96	73	35	40454	1600	186	400	52	72	73s	19	42
Соединенные Штаты	151	11	8	9	7	4	305826	4281	34	46040	78	–	92	16	46
Уругвай	132	25	14	21	12	7	3340	51	1	6380	76	98	100	14	51
Узбекситан	68	74	41	61	36	26	27372	623	26	730	67	97	100s	19	45
Вануату	81	62	34	48	28	18	226	7	0	1840	70	78	87	–	–
Венесуэла (Боливарианская Республика)	114	32	19	27	17	11	27657	597	11	7320	74	93	91	12	52
Вьетнам	126	56	15	40	13	12	87375	1653	25	790	74	90x	95	18	45
Йемен	48	127	73	90	55	41	22389	860	63	870	62	59	75	19	45
Замбия	13	163	170	99	103	40	11922	473	80	800	42	68x	57s	12	55
Зимбабве	43	95	90	62	59	36	13349	373	34	340	43	91	88	13	56
СУММАРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ															
Африка к югу от Сахары	186	148	109	89	41	767218	30323	4480	965	50	62	64	13	54
Восточная и южная части Африки	165	123	101	80	36	378926	14268	1761	1245	50	65	68	12	58
Западная и центральная части Африки	206	169	116	97	45	388292	16056	2719	698	50	60	60	16	48
Ближний Восток и Северная Африка	79	46	58	36	25	389176	9726	445	3666	69	75	86	18	45
Южная Азия	125	78	89	59	41	1567187	37986	2985	889	64	63	80	19	46
Восточная Азия и Тихоокеанский регион	56	27	42	22	18	1984273	29773	799	2742	72	93	97	16	46
Латинская Америка и Карибский бассейн	55	26	44	22	13	566646	11381	302	5628	73	91	93	11	56
ЦВЕ/СНГ	53	25	44	22	16	405992	5560	138	5686	68	97	93	20	42
Промышленно развитые страны§	10	6	8	5	3	974913	11021	66	38579	79	–	96	20	40
Развивающиеся страны§	103	74	71	51	31	5432837	122266	9109	2405	67	79	83	15	50
Наименее развитые страны§	179	130	112	84	40	804450	29076	3775	491	55	57	65	15	50
Весь мир	93	68	64	47	28	6655406	135770	9216	7952	68	81	85	19	42

§ Включает также территории внутри каждой категории стран или региональной группы. Страны и территории, входящие в каждую категорию стран или региональную группу, перечислены на стр. 152.

ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

Коэффициент смертности детей в возрасте до 5 лет: показатель вероятности смерти в период от рождения и до достижения 5-летнего возраста. Отражает число смертей за год среди детей до 5 лет на 1000 живорождений.

Коэффициент младенческой смертности: показатель вероятности смерти в течение первого года жизни. Отражает число смертей за год среди младенцев до 1 года на 1000 живорождений.

Коэффициент неонатальной смертности: показатель вероятности смерти в период первых полных 28 дней жизни. Отражает число смертей в течение этого периода среди младенцев в возрасте до 28 дней на 1000 живорождений.

ВНД на душу населения: валовой национальный доход (ВНД) – сумма добавленной стоимости, созданной всеми производителями-резидентами, плюс любые налоги на продукты (минус субсидии), не включенные в стоимостную оценку выпуска продукции, плюс чистые поступления из-за рубежа от первичного дохода (оплата труда работников и доход от собственности). ВНД на душу населения есть отношение валового национального дохода к численности населения на середину года. Пересчет ВНД на душу населения в долл. США осуществляется по методу "Атлас" Всемирного банка.

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении: число лет, которые проживут новорожденные дети, если взять за константу повозрастные коэффициенты смертности в год рождения с учетом существующих рисков смерти.

Коэффициент грамотности взрослых: число грамотных лиц в возрасте 15 лет и старше, выраженное в виде процентной доли от общей численности населения в этой возрастной группе.

Чистые коэффициенты охвата начальным образованием/посещаемости начальной школы: число детей, охваченных начальным образованием или посещающих начальную школу, выраженное в виде процента от общего числа детей младшего школьного возраста. Этот показатель обозначает или чистый коэффициент охвата начальным образованием, или чистый коэффициент посещаемости начальной школы. В большинстве случаев, если имеются оба показателя, то предпочтение отдается чистому коэффициенту охвата начальным образованием, за исключением случаев, когда данные по посещаемости начальной школы считаются высококачественными. Определения чистого коэффициента охвата начальным образованием и чистого коэффициента посещаемости начальной школы приведены в таблице 5, стр. 134.

Доля дохода: процент дохода, полученного 20 процентами домохозяйств с самыми высокими доходами и 40 процентами домохозяйств с самыми низкими доходами.

ОСНОВНЫЕ ИСТОЧНИКИ ДАННЫХ

Коэффициент смертности детей в возрасте до 5 лет и коэффициент младенческой смертности: ЮНИСЕФ, Всемирная организация здравоохранения, Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций и Статистический отдел Организации Объединенных Наций.

Коэффициент неонатальной смертности: Всемирная организация здравоохранения с использованием данных системы учета естественного движения населения и обследований домохозяйств.

Общая численность населения: Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций.

Число рождений: Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций.

Число смертей среди детей в возрасте до 5 лет: ЮНИСЕФ.

ВНД на душу населения: Всемирный банк.

Ожидаемая продолжительность жизни: Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций.

Грамотность взрослых: Институт статистики ЮНЕСКО (ЮИС), включая оценочное обследование "Образование для всех" за 2000 год.

Охват школьным образованием/посещаемость: данные ЮИС, кластерных обследований по методу совокупных показателей (МИКС) и демографических и медико-санитарных обследований (ДМСО).

Доход домохозяйств: Всемирный банк.

ПРИМЕЧАНИЯ

a: Низкие доходы (935 долл. США или менее)
b: Доходы от низких до средних (от 936 до 3705 долл. США)
c: Доходы выше среднего (от 3706 до 11 455 долл. США)
d: Высокие доходы (составляют 11 456 долл. США или более).

– Данные отсутствуют.
x Данные, относятся к иным годам или периодам, нежели указанные в заглавии колонки, отличаются от стандартного определения либо относятся только к части страны. Такие данные включаются в расчеты региональных и мировых средних показателей.
s Данные национальных обследований домохозяйств.
* Данные относятся к последнему году периода, указанного в заглавии колонки.

ТАБЛИЦА 2. ПИТАНИЕ

Страны и территории	Доля новорожденных с низкой массой тела при рождении 2000–2007 гг. (в %)*	Доля детей (в %), которые в 2000–2007 гг.* были: исключительно на грудном вскармливании (до 6 месяцев)	на грудном вскармливании и получали прикорм (6–9 месяцев)	все еще на грудном вскармливании (20–23 месяца)	Доля детей в возрасте до 5 лет (в %), у которых в 2000–2007 гг.* наблюдались: пониженный вес[‡] (ВОЗ реф. гр.) умеренно и сильно	пониженный вес[‡] (НЦСЗ/ВОЗ) умеренно и сильно	пониженный вес[‡] (НЦСЗ/ВОЗ) сильно	истощение[‡] (НЦСЗ/ВОЗ) умеренное и сильное	задержка роста[‡] (НЦСЗ/ВОЗ) умеренная и сильная	Коэффициент охвата детей добавками витамина А (от полугода до 5 лет) 2007 г.: доля детей (в %), получивших по крайней мере одну дозу[‡]	полный охват (в %)[Δ]	Доля домохозяйств, потреблявших йодированную соль в 2000–2007 гг. (в %)*
Афганистан	–	–	29	54	33y	39y	12y	7y	54y	94	92	28
Албания	7	40	69	22	6	8	1	7	22	–	–	60
Алжир	6	7	39	22	3	4	1	3	11	–	–	61
Андорра	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ангола	12	11	77	37	26	31	8	6	45	36	36	35
Антигуа и Барбуда	5	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Аргентина	7	–	–	28	2y	4y	–	1y	4y	–	–	90x
Армения	8	33	57	15	4	4	0	5	13	–	–	97
Австралия	7	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Австрия	7	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Азербайджан	12	12	44	16	8	10	2	5	21	95	95w	54
Багамские Острова	7x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Бахрейн	8x	34x	65x	41x	–	9x	2x	5x	10x	–	–	–
Бангладеш	22	37	52	89	41	46	–	16	36	95	94	84
Барбадос	14	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Беларусь	4	9	38	4	1	1	0	1	3	–	–	55
Бельгия	8x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Белиз	8	10	–	27	–	6	1	1	18	–	–	90x
Бенин	15	43	72	57	18	23	5	7	38	73	73	55
Бутан	15x	–	–	–	14x	19x	3x	3x	40x	48	48	96
Боливия	7	54	74	46	5	8	1	1	27	–	–	90
Босния и Герцеговина	5	18	29	10	1	2	0	3	7	–	–	62
Ботсвана	10	34	57	11	11	13	2	5	23	–	–	66
Бразилия	8	–	30x	17x	4	5	–	–	–	–	–	88
Бруней-Даруссалам	10x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Болгария	10	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100
Буркина-Фасо	16	7	50	85	32	37	14	23	35	95	73	34
Бурунди	11	45	88	–	35	39	14	7	53	83	83	98
Камбоджа	14	60	82	54	28	36	7	7	37	76	76	73
Камерун	11	21	64	21	16	19	5	6	30	–	–	49
Канада	6	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Кабо-Верде	13x	57x	64x	13x	–	–	–	–	–	–	–	0x
Центральноафриканская Республика	13	23	55	47	24	29	8	10	38	78	78	62
Чад	22	2	77	65	–	37	14	14	41	54	54	56
Чили	6	85k	–	–	–	1y	–	0y	1y	–	–	100x
Китай	2	51	32	15	6	7	–	–	11	–	–	94
Колумбия	9	47	65	32	5y	7y	1y	1y	12y	–	–	92x
Коморские Острова	25	21	34	45	–	25	–	8	44	93	0	82
Конго	13	19	78	21	11	14	3	7	26	95	79	82
Острова Кука	3	19x	–	–	–	10x	–	–	–	–	–	–
Коста-Рика	7	35x	47x	12x	–	5x	0x	2x	6x	–	–	92x
Кот-д'Ивуар	17	4	54	37	16	20	4	7	34	63	4	84
Хорватия	5	23x	–	–	–	1x	–	1x	1x	–	–	90x
Куба	5	26	47	16	–	4	0	2	5	–	–	88
Кипр	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Чешская Республика	7	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Корейская Народно-Демократическая Республика	7	65	31	37	18y	23y	8y	7y	37y	95	95	40
Демократическая Республика Конго	12	36	82	64	28	31	9	13	38	79	79	72
Дания	5	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Джибути	10	1	23	18	24	29	10	21	33	95	94	0
Доминика	9	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Доминиканская Республика	11	4	36	15	–	5	1	1	7	–	–	19
Эквадор	16x	40	77	23	6	9	1	2	23	–	–	99x
Египет	14	38	67	37	5	6	1	4	18	87	87w	78
Сальвадор	7	24	76	43	6y	10y	1y	1y	19y	20	13	62
Экваториальная Гвинея	13	24	–	–	–	19	4	7	39	–	–	33
Эритрея	14	52	43	62	35	40	12	13	38	51	50	68
Эстония	4	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Эфиопия	20	49	54	–	33	38	11	11	47	88	86	20

Страны и территории	Доля новорожденных с низкой массой тела при рождении 2000–2007 гг. (в %)*	Доля детей (в %), которые в 2000–2007 гг.* были: исключительно на грудном вскармливании (до 6 месяцев)	на грудном вскармливании и получали прикорм (6–9 месяцев)	все еще на грудном вскармливании (20–23 месяца)	Доля детей в возрасте до 5 лет (в %), у которых в 2000–2007 гг.* наблюдались: пониженный вес[†] (ВОЗ реф. гр.) умеренно и сильно	пониженный вес[‡] (НЦСЗ/ВОЗ) умеренно и сильно	пониженный вес[‡] (НЦСЗ/ВОЗ) сильно	истощение[‡] (НЦСЗ/ВОЗ) умеренное и сильное	задержка роста[‡] (НЦСЗ/ВОЗ) умеренная и сильная	Коэффициент охвата детей добавками витамина А (от полугода до 5 лет) 2007 г.: доля детей (в %), получивших по крайней мере одну дозу[‡]	полный охват (в %)[Δ]	Доля домохозяйств, потреблявших йодированную соль в 2000–2007 гг. (в %)*
Фиджи	10x	47x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	31x
Финляндия	4	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Франция	7x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Габон	14	6	62	9	8	12	2	3	21	90	0	36
Гамбия	20	41	44	53	16	20	4	6	22	93	82	7
Грузия	5	11	35	20	2	2	0	2	10	–	–	87
Германия	7x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Гана	9	54	58	56	13	18	3	5	22	95	77	32
Греция	8x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Гренада	9	39x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Гватемала	12	51	67	47	18y	23y	4y	2y	49y	33	29	40
Гвинея	12	27	41	71	22	26	7	9	35	95	94	51
Гвинея-Бисау	24	16	35	61	15	19	4	7	41	66	64	1
Гайана	13	11	42	31	10	12	2	8	14	–	–	–
Гаити	25	41	87	35	18	22	6	9	24	–	–	3
Святейший Престол	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Гондурас	10	30	69	48	8	11	1	1	25	–	–	80x
Венгрия	9	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Исландия	4	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Индия	28	46	57	77	43	46	–	19	38	53	33	51
Индонезия	9	40	75	59	23	28	9	–	–	87	87	73
Иран (Исламская Республика)	7x	23	68	58	–	11x	2x	5x	15x	–	–	99
Ирак	15	25	51	36	6	8	1	5	21	–	–	28
Ирландия	6x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Израиль	8	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Италия	6x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ямайка	12	15	36	24	3	4	–	4	3	–	–	100x
Япония	8	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Иордания	12	22	66	11	–	4	1	2	9	–	–	88
Казахстан	6	17	39	16	4	4	1	4	13	–	–	92
Кения	10	13	84	57	16	20	4	6	30	22	15	91
Кирибати	5x	80x	–	–	–	13x	–	–	–	–	–	–
Кувейт	7x	12x	26x	9x	–	10x	3x	11x	24x	–	–	–
Кыргызстан	5	32	49	26	2	3	0	4	14	95	95	76
Лаосская Народно-Демократическая Республика	14	23	10	47	31	37	9	7	40	83	69	75
Латвия	5	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ливан	6	27	35	11	–	4	–	5	11	–	–	92
Лесото	13	36	79	60	–	20	4	4	38	85	38	91
Либерия	–	35	70	45	23	26	8	6	39	85	85	–
Ливийская Арабская Джамахирия	7x	–	–	23x	4x	5x	1x	3x	15x	–	–	90x
Лихтенштейн	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Литва	4	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Люксембург	8	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Мадагаскар	17	67	78	64	36	42	11	13	48	95	95	75
Малави	14	57	89	72	15	21	4	4	46	90	90	50
Малайзия	9	29x	–	12x	–	8	1	–	–	–	–	–
Мальдивские Острова	22	10	85	–	–	30	7	13	25	62	62	44
Мали	19	38	30	56	27	32	10	13	34	95	89	79
Мальта	6	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Маршалловы Острова	12x	63x	–	–	–	–	–	–	–	39	39	–
Мавритания	–	20	78	57	–	32	10	13	35	95	89	2
Маврикий	14	21	–	–	–	15x	2x	14x	10x	–	–	0x
Мексика	8	38x	36x	21x	3	5	–	2	13	–	–	91
Микронезия (Федеративные Штаты)	18	60x	–	–	–	15x	–	–	–	–	–	–
Молдова	6	46	18	2	–	4	1	4	8	–	–	60
Монако	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Монголия	6	57	57	65	5	6	1	2	21	95	94	83
Черногория	4	19	35	13	2	3	1	3	5	–	–	71
Марокко	15	31	66	15	9	10	2	9	18	–	–	21
Мозамбик	15	30	80	65	20	24	6	4	41	48	42	54
Мьянма	15	15	66	67	–	32	7	9	32	94	93	60
Намибия	14	24	72	28	–	24	5	9	24	–	–	63
Науру	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–

ТАБЛИЦА 2. ПИТАНИЕ

Страны и территории	Доля новорожденных с низкой массой тела при рождении 2000–2007 гг. (в %)*	Доля детей (в %), которые в 2000–2007 гг.* были:			Доля детей в возрасте до 5 лет (в %), у которых в 2000–2007 гг.* наблюдались:					Коэффициент охвата детей добавками витамина А (от полугода до 5 лет) 2007 г.		Доля домохозяйств, потреблявших йодированную соль в 2000–2007 гг. (в %)*
		исключительно на грудном вскармливании (до 6 месяцев)	на грудном вскармливании и получали прикорм (6–9 месяцев)	все еще на грудном вскармливании (20–23 месяца)	пониженный вес† (ВОЗ реф. гр.) умеренно и сильно	пониженный вес† (НЦСЗ/ВОЗ) умеренно и сильно	пониженный вес† (НЦСЗ/ВОЗ) сильно	истощение‡ (НЦСЗ/ВОЗ) умеренное и сильное	задержка роста‡ (НЦСЗ/ВОЗ) умеренная и сильная	доля детей (в %), получивших по крайней мере одну дозу§	полный охват (в %)Δ	
Непал	21	53	75	95	39	45	10	12	43	95	95	63
Нидерланды	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Новая Зеландия	6	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	83x
Никарагуа	12	31	83	43	–	7	1	1	17	95	–	97
Нигер	27	9	73	–	39	44	15	10	50	95	95	46
Нигерия	14	17	64	34	24	29	9	9	38	77	55	97
Ниуэ	0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Норвегия	5	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
оккупированная палестинская территория	7	27	–	–	–	3	0	1	10	–	–	86
Оман	9	–	91	73	13x	18x	1x	7x	10x	–	–	61x
Пакистан	19x	37	36	55	31	38	13	13	37	95	95	17
Палау	9x	59x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Панама	10	25x	38x	21x	6x	8x	1x	1x	18x	–	–	95x
Папуа-Новая Гвинея	11x	59x	74x	66x	–	–	–	–	–	7	7	–
Парагвай	9	22	60	–	3	4	–	1	14	–	–	94
Перу	10	63	82	47	6	5	1	1	30	–	–	91
Филиппины	20	34	58	32	21	28	–	6	30	83	83	45
Польша	6	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Португалия	8	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Катар	10x	12x	48x	21x	–	6x	–	2x	8x	–	–	–
Республика Корея	4	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Румыния	8	16	41	–	4	3	0	2	10	–	–	74
Российская Федерация	6	–	–	–	–	3x	1x	4x	13x	–	–	35
Руанда	6	88	69	77	18	23	4	4	45	89	76	88
Сент-Китс и Невис	9	56x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100
Сент-Люсия	11	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Сент-Винсент и Гренадины	8	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Самоа	4x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Сан-Марино	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Сан-Томе и Принсипи	8	60	60	18	7	9	1	8	23	55	48	37
Саудовская Аравия	11x	31x	60x	30x	–	14x	3x	11x	20x	–	–	–
Сенегал	19	34	61	42	14	17	3	8	16	94	94	41
Сербия	5	15	39	8	1	2	0	3	6	–	–	73
Сейшельские Острова	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Сьерра-Леоне	24	8	52	57	25	30	8	9	40	95	86	45
Сингапур	8	–	–	–	3	3	0	2	2	–	–	–
Словакия	7	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Словения	6	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Соломоновы Острова	13x	65	–	–	16x	21x	–	–	–	–	–	–
Сомали	–	9	15	35	32	36	12	11	38	89	4	1
Южная Африка	15x	7	46	–	10x	12x	2x	3x	25x	–	–	62x
Испания	6x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Шри-Ланка	22	53	–	73	23y	29y	–	14y	14y	–	–	94
Судан	31x	16	47	40	–	41	15	16	43	90	90	1
Суринам	13	9	25	11	7	10	1	5	8	–	–	–
Свазиленд	9	32	77	31	5	7	–	2	24	–	–	80
Швеция	4x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Швейцария	6x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Сирийская Арабская Республика	9	29	37	16	9	10	2	9	22	–	–	79
Таджикистан	10	25	15	34	14	17	4	7	27	92	92	46
Таиланд	9	5	43	19	7	9	0	4	12	–	–	47
бывшая югославская Республика Македония	6	37x	8x	10x	2	2	0	2	9	–	–	94
Тимор-Лешти	12	31	82	35	–	49	15	25	54	57	50	60
Того	12	28	35	44	22	26	7	14	24	95	64	25
Тонга	3	62x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Тринидад и Тобаго	19	13	43	22	–	6	1	4	4	–	–	28
Тунис	7	47	–	22	–	4	1	2	12	–	–	97
Турция	16x	21	38	24	–	4	1	1	12	–	–	64
Туркменистан	4	11	54	37	8	11	2	6	15	–	–	87
Тувалу	5	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Уганда	14	60	80	54	16	20	5	5	32	64	–	96

Страны и территории	Доля новорожденных с низкой массой тела при рождении 2000–2007 гг. (в %)*	Доля детей (в %), которые в 2000–2007 гг.* были: исключительно на грудном вскармливании (до 6 месяцев)	на грудном вскармливании и получали прикорм (6–9 месяцев)	все еще на грудном вскармливании (20–23 месяца)	Доля детей в возрасте до 5 лет (в %), у которых в 2000–2007 гг.* наблюдались: пониженный вес† (ВОЗ реф. гр.) умеренно и сильно	пониженный вес† (НЦСЗ/ВОЗ) умеренно и сильно	пониженный вес† (НЦСЗ/ВОЗ) сильно	истощение‡ (НЦСЗ/ВОЗ) умеренное и сильное	задержка роста‡ (НЦСЗ/ВОЗ) умеренная и сильная	Коэффициент охвата детей добавками витамина А (от полугода до 5 лет) 2007 г.: доля детей (в %), получивших по крайней мере одну дозу‡	полный охват (в %)Δ	Доля домохозяйств, потреблявших йодированную соль в 2000–2007 гг. (в %)*
Украина	4	6	49	11	–	1y	0y	0y	3y	–	–	18
Объединенные Арабские Эмираты	15x	34x	52x	29x	–	14x	3x	15x	17x	–	–	–
Соединенное Королевство	8	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Объединенная Республика Танзания	10	41	91	55	17	22	4	3	38	93	93	43
Соединенные Штаты	8	–	–	–	1y	2y	0y	0y	1y	–	–	–
Уругвай	8	54	32	31	–	5	1	2	11	–	–	–
Узбекситан	5	26	45	38	4	5	1	3	15	84	84	53
Вануату	6	50x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Венесуэла (Боливарианская Республика)	9	7x	50x	31x	–	5	–	4	12	–	–	90x
Вьетнам	7	17	70	23	–	20	5	8	36	95	95w	93
Йемен	32x	–	–	–	42	46	15	12	53	47	47w	30
Замбия	12	61	93	42	15	19	3	5	39	95	95	77
Зимбабве	11	22	79	–	12	17	3	6	29	83	83	91
СУММАРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ												
Африка к югу от Сахары	15	31	68	51	24	28	8	9	38	77	67	64
Восточная и южная части Африки	14	40	71	56	23	28	7	7	40	73	68	56
Западная и центральная части Африки	15	23	65	47	24	28	9	10	36	81	67	72
Ближний Восток и Северная Африка	12	26	57	36	11	17	5	8	26	–	–	60
Южная Азия	27	44	53	75	41	45	–	18	38	64	50	51
Восточная Азия и Тихоокеанский регион	6	43	45	27	11	14	–	–	16	86	86**	86
Латинская Америка и Карибский бассейн	9	–	–	–	5	6	–	2	16	–	–	83
ЦВЕ/СНГ	6	20	41	23	–	5	1	2	12	–	–	50
Промышленно развитые страны§	7	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Развивающиеся страны§	15	39	55	51	24	26	–	11	30	72	62**	70
Наименее развитые страны§	17	37	64	64	30	34	9	11	40	84	82	55
Весь мир	14	38	55	50	23	25	–	11	28	72	62**	68

§ Включает также территории внутри каждой категории стран или региональной группы. Страны и территории, входящие в каждую категорию стран или региональную группу, перечислены на стр. 152.

ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

Низкая масса тела при рождении: новорожденные, вес которых не превышает 2500 граммов.

Пониженная масса тела (по методу референтной группы населения ВОЗ): умеренно пониженная и сильно пониженная: процент детей в возрасте 0–59 месяцев, вес которых ниже двух стандартных отклонений от медианного веса для определенного возраста в соответствии со Стандартами роста детей ВОЗ, опубликованными в 2006 году.

Пониженная масса тела (эталоны роста НЦСЗ/ВОЗ): умеренно пониженная и сильно пониженная: процент детей в возрасте 0–59 месяцев, вес которых ниже двух стандартных отклонений от медианного веса для определенного возраста референтной группы населения Национального центра статистики здравоохранения (НЦСЗ)/ВОЗ; сильно пониженная: процент детей в возрасте 0–59 месяцев, вес которых ниже трех стандартных отклонений от среднего веса для определенного возраста референтной группы населения НЦСЗ/ВОЗ.

Истощение (НЦСЗ/ВОЗ): умеренное и сильное: процент детей в возрасте 0–59 месяцев, вес которых ниже двух стандартных отклонений от медианного веса для определенного роста референтной группы населения НЦСЗ/ВОЗ.

Задержка роста (НЦСЗ/ВОЗ): умеренная и сильная: процент детей в возрасте 0–59 месяцев, рост которых ниже двух стандартных отклонений от медианного роста для определенного возраста референтной группы населения НЦСЗ/ВОЗ.

Витамин А: процент детей в возрасте 6–59 месяцев, которые в 2007 году получили добавку витамина А.

Потребление йодированной соли: процент домохозяйств, потребляющих йодированную соль достаточной концентрации (15 промилле или более).

ОСНОВНЫЕ ИСТОЧНИКИ ДАННЫХ

Низкая масса тела при рождении: Демографические и медико-санитарные обследования (ДМСО), кластерные обследования по методу совокупных показателей (МИКС), данные других национальных обследований домохозяйств и данные стандартных систем отчетности, ЮНИСЕФ и ВОЗ.

Грудное вскармливание: ДМСО, МИКС, другие национальные обследования и ЮНИСЕФ.

Пониженный вес, истощение и задержка роста: ДМСО, МИКС, другие национальные обследования домохозяйств ВОЗ и ЮНИСЕФ.

Витамин А: ЮНИСЕФ.

Йодирование соли: МИКС, ДМСО, другие национальные обследования домохозяйств и ЮНИСЕФ.

ПРИМЕЧАНИЯ

– Данные отсутствуют.

x Обозначает данные, которые относятся к иным годам или периодам, нежели указанные в заглавии колонки, отличаются от стандартного определения либо относятся только к части страны. Такие данные не включаются в расчеты региональных и мировых средних показателей.

y Обозначает данные, которые относятся к иным годам или периодам, нежели указанные в заглавии колонки, отличаются от стандартного определения либо относятся только к части страны. Такие данные включены в расчеты региональных и мировых средних показателей.

k Относится исключительно к грудному вскармливанию в течение менее чем 4 месяцев.

w Обозначает страны, в которых национальные программы добавок витамина А направлены на сокращение возрастного диапазона. Показатель охвата представлен как целевой.

† В докладе за нынешний год для сбора статистики относительно "пониженной массы тела" применяются одинаковые показатели к двум разным референтным группам населения. Из-за этого отличия представленные здесь данные совершенно не сопоставимы друг с другом или с данными в предыдущих изданиях настоящего доклада. Стандарты роста детей ВОЗ постепенно вытесняют широко используемые референтные группы населения НЦСЗ/ВОЗ. Для получения более детального описания этого перехода можно ознакомиться с Общими замечаниями о данных на стр. 114.

‡ Данные по "истощению" и "задержке роста" относятся к одинаковым референтным группам населения, и поэтому они сопоставимы между собой и с данными, опубликованными в предыдущих изданиях настоящего доклада.

‡ Обозначает процент детей, получивших по крайней мере одну дозу в 2007 году (последний на момент представления доклада показатель охвата на уровне одного пункта).

Δ Процент детей, охваченных двумя дозами в 2007 году, представлен в виде более низкого процента охвата на уровне двух пунктов. "0" (ноль) обозначает, что в 2007 году была получена всего одна доза.

* Данные относятся к последнему году периода, указанного в заглавии колонки.

** За исключением Китая.

ТАБЛИЦА 3. ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Страны и территории	Доля населения, пользующаяся улучшенными источниками питьевой воды (%), 2006 г.			Доля населения, пользующаяся надлежащими санитарными сооружениями (%), 2006 г.			Доля стандартных вакцин в рамках РПИ, финансируемых государством (в %), 2007 г.	Иммунизация в 2007 г.								Доля детей в возрасте до 5 лет с подозрением на пневмонию, которым была оказана надлежащая медицинская помощь в (%)	Доля детей в возрасте до 5 лет с подозрением на пневмонию, которые получают антибиотики (%)	Доля детей в возрасте до 5 лет, больных диареей и получающих пероральную регидратацию и усиленное питание	Малярия 2003–2007 гг.*		
								Процент детей в возрасте 1 года, которые были привиты от:													
								туберкулеза	ДКС		полиомиелита	кори	гепатита В	гемофилического гриппа	Новорожденные, защищенные от столбняка (%)[-]				Процент детей в возрасте до 5 лет, которые спят под противомоскитными сетками	Процент детей в возрасте до 5 лет, которые спят под специально обработанными противомоскитными сетками	Процент детей в возрасте до 5 лет, больных лихорадкой и получающих противомалярийные препараты
								с помощью соответствующих вакцин:													
	всего	в городе	в сельской местности	всего	в городе	в сельской местности	всего	БЦЖ	АКДС1[β]	АКДС3[β]	полио-3	от кори	НервВ3	Hib3		2000–2007 гг.*		2000–2007 гг.*			
Афганистан	22	37	17	30	45	25	0	77	93	83	83	70	83	–	73	28	–	48	–	–	–
Албания	97	97	97	97	98	97	100	98	98	98	99	97	98	–	87	45	38	50	–	–	–
Алжир	85	87	81	94	98	87	100	99	98	95	95	92	90	–	70	53	59	24	–	–	–
Андорра	100	100	100	100	100	100	–	–	98	96	96	94	91	95	–	–	–	–	–	–	–
Ангола	51	62	39	50	79	16	18	88	99	83	83	88	83	83	81	58	–	32	21	18	29
Антигуа и Барбуда	–	95	–	–	98	–	–	–	99	99	98	99	97	99	–	–	–	–	–	–	–
Аргентина	96	98	80	91	92	83	–	99	94	96	94	99	92	96	–	–	–	–	–	–	–
Армения	98	99	96	91	96	81	33	94	96	88	90	92	85	–	–	36	11	59	–	–	–
Австралия	100	100	100	100	100	100	88	–	97	92	92	94	94	94	–	–	–	–	–	–	–
Австрия	100	100	100	100	100	100	–	–	95	85	85	79	85	85	–	–	–	–	–	–	–
Азербайджан	78	95	59	80	90	70	72	98	97	95	97	97	97	–	–	36	–	45	12x	1x	1x
Багамские Острова	–	98	–	100	100	100	100	–	99	95	95	96	93	95	93	–	–	–	–	–	–
Бахрейн	–	100	–	–	100	–	100	–	97	97	97	99	97	97	66	–	–	–	–	–	–
Бангладеш	80	85	78	36	48	32	60	97	97	90	96	88	90	–	91	30	22	49	–	–	–
Барбадос	100	100	100	99	99	100	–	–	93	93	93	75	93	93	–	–	–	–	–	–	–
Беларусь	100	100	99	93	91	97	100	98	99	95	90	99	91	–	–	90	67	54	–	–	–
Бельгия	–	100	–	–	–	–	–	–	99	99	99	92	94	98	–	–	–	–	–	–	–
Белиз	–	100	–	–	–	–	100	99	98	96	97	96	96	96	85	71	44	–	–	–	–
Бенин	65	78	57	30	59	11	11	88	84	67	64	61	67	67	93	36	–	42	47	20	54
Бутан	81	98	79	52	71	50	0	94	92	95	93	95	95	–	86	–	–	–	–	–	–
Боливия	86	96	69	43	54	22	100	93	94	81	79	81	81	81	71	52	–	54	–	–	–
Босния и Герцеговина	99	100	98	95	99	92	95	98	96	95	95	96	94	95	–	91	73	53	–	–	–
Ботсвана	96	100	90	47	60	30	100	99	98	97	97	90	85	–	78	14	–	7	–	–	–
Бразилия	91	97	58	77	84	37	–	99	98	98	99	99	95	98	93	46x	15x	28x	–	–	–
Бруней-Даруссалам	–	–	–	–	–	–	–	96	99	99	99	97	99	99	65	–	–	–	–	–	–
Болгария	99	100	97	99	100	96	100	98	96	95	95	96	95	–	–	–	–	–	–	–	–
Буркина-Фасо	72	97	66	13	41	6	23	99	99	99	99	94	99	99	80	39	15	42	18	10	48
Бурунди	71	84	70	41	44	41	–	84	86	74	64	75	74	74	78	38	26	23	13	8	30
Камбоджа	65	80	61	28	62	19	17	90	87	82	82	79	82	–	87	48	–	50	88	4	0
Камерун	70	88	47	51	58	42	40	81	90	82	81	74	82	–	81	35	38	22	27	13	58
Канада	100	100	99	100	100	99	–	–	97	94	90	94	14	94	–	–	–	–	–	–	–
Кабо-Верде	–	–	–	–	–	–	90	86	83	81	81	74	79	–	77	51	–	–	–	–	–
Центральноафриканская Республика	66	90	51	31	40	25	1	74	65	54	47	62	–	–	54	32	39	47	33	15	57
Чад	48	71	40	9	23	4	80	40	45	20	36	23	–	–	60	12	–	27	27x	1x	53x
Чили	95	98	72	94	97	74	–	98	95	94	94	91	94	94	–	–	–	–	–	–	–
Китай	88	98	81	65	74	59	–	94	94	93	94	94	92	–	–	–	–	–	–	–	–
Колумбия	93	99	77	78	85	58	100	93	97	93	93	95	93	93	78	62	–	39	24x	–	–
Коморские Острова	85	91	81	35	49	26	0	77	79	75	75	65	75	–	89	49	–	31	36x	9x	63x
Конго	71	95	35	20	19	21	100	86	80	80	80	67	80	–	90	48	–	39	68	6	48
Острова Кука	95	98	88	100	100	100	100	99	99	99	99	98	99	–	–	–	–	–	–	–	–
Коста-Рика	98	99	96	96	96	95	–	91	90	89	89	90	89	88	–	–	–	–	–	–	–
Кот-д'Ивуар	81	98	66	24	38	12	31	94	93	76	75	67	76	–	76	35	19	45	17	3	36
Хорватия	99	100	98	99	99	98	100	99	98	96	96	96	95	96	–	–	–	–	–	–	–
Куба	91	95	78	98	99	95	99	99	97	93	99	99	93	97	–	–	–	–	–	–	–
Кипр	100	100	100	100	100	100	36	–	99	97	97	87	93	90	–	–	–	–	–	–	–
Чешская Республика	100	100	100	99	100	98	100	99	98	99	99	97	99	99	–	–	–	–	–	–	–
Корейская Народно-Демократическая Республика	100	100	100	–	–	–	–	96	93	92	99	99	92	–	91	93	–	–	–	–	–
Демократическая Республика Конго	46	82	29	31	42	25	0	94	95	87	87	79	87	–	81	42	–	17	19	6	30
Дания	100	100	100	100	100	100	100	–	97	75	75	89	–	75	–	–	–	–	–	–	–
Джибути	92	98	54	67	76	11	0	90	92	88	88	74	25	25	77	62	43	33	9	1	10
Доминика	–	100	–	–	–	–	100	90	93	96	93	96	93	93	–	–	–	–	–	–	–
Доминиканская Республика	95	97	91	79	81	74	–	92	87	79	83	96	70	59	85	64	–	42	–	–	–
Эквадор	95	98	91	84	91	72	–	99	99	99	99	99	99	99	67	–	–	–	–	–	–
Египет	98	99	98	66	85	52	100	98	98	98	98	97	98	–	85	63	–	27	–	–	–
Сальвадор	84	94	68	86	90	80	100	93	98	96	96	98	96	96	87	62	–	–	–	–	–
Экваториальная Гвинея	43	45	42	51	60	46	100	73	65	33	39	51	–	–	62	–	–	36	15x	1x	49x
Эритрея	60	74	57	5	14	3	–	99	99	97	96	95	97	–	80	44	–	54	12x	4x	4x
Эстония	100	100	99	95	96	94	100	98	98	95	95	96	95	95	–	–	–	–	–	–	–
Эфиопия	42	96	31	11	27	8	0	72	81	73	71	65	73	73	85	19	5	15	35	33	10
Фиджи	47	43	51	71	87	55	100	90	82	83	84	81	84	83	94	–	–	–	–	–	–
Финляндия	100	100	100	100	100	100	100	97	99	99	97	98	–	97	–	–	–	–	–	–	–

Страны и территории	Доля населения, пользующаяся улучшенными источниками питьевой воды (%), 2006 г.			Доля населения, пользующаяся надлежащими санитарными сооружениями (%), 2006 г.			Доля стандартных вакцин в рамках РПИ, финансируемых государством (в %), 2007 г.	Иммунизация в 2007 г.								Доля детей в возрасте до 5 лет с подозрением на пневмонию, которым была оказана надлежащая медицинская помощь в (%)	Доля детей в возрасте до 5 лет с подозрением на пневмонию, которые получают антибиотики (%)	Доля детей в возрасте до 5 лет, больных диареей и получающих пероральную регидратацию и усиленное питание	Малярия 2003–2007 гг.*		
								Процент детей в возрасте 1 года, которые были привиты от:													
								туберкулеза	ДКС		полиомиелита	кори	гепатита В	гемофилического гриппа	Новорожденные, защищенные от столбняка (%)[-]				Процент детей в возрасте до 5 лет, которые спят под противомоскитными сетками	Процент детей в возрасте до 5 лет, которые спят под специально обработанными противомоскитными сетками	Процент детей в возрасте до 5 лет, больных лихорадкой и получающих противомалярийные препараты
								с помощью соответствующих вакцин:													
	всего	в городе	в сельской местности	всего	в городе	в сельской местности	всего	БЦЖ	АКДС1[β]	АКДС3[β]	полио-3	от кори	НервВ3	Hib3		2000–2007 гг.*		2000–2007 гг.*			
Франция	100	100	100	–	–	–	10	84	98	98	98	87	29	87	–	–	–	–	–	–	–
Габон	87	95	47	36	37	30	100	89	69	38	31	55	38	–	67	48	–	44	–	–	–
Гамбия	86	91	81	52	50	55	8	95	90	90	85	85	90	90	90	69	61	38	63	49	63
Грузия	99	100	97	93	94	92	43	96	99	98	88	97	94	–	–	74	56	37	–	–	–
Германия	100	100	100	100	100	100	–	–	98	97	97	94	87	94	–	–	–	–	–	–	–
Гана	80	90	71	10	15	6	54	99	96	94	94	95	94	94	88	34	33	29	33	22	61
Греция	100	100	99	98	99	97	–	88	96	88	87	88	88	88	–	–	–	–	–	–	–
Гренада	–	97	–	97	96	97	100	–	91	99	99	98	99	99	–	–	–	–	–	–	–
Гватемала	96	99	94	84	90	79	–	97	94	82	82	93	82	82	80	64	–	22x	6x	1x	–
Гвинея	70	91	59	19	33	12	70	91	96	75	62	71	83	–	95	42	–	38	12	1	44
Гвинея-Бисау	57	82	47	33	48	26	0	89	83	63	64	76	–	–	92	57	42	25	73	39	46
Гайана	93	98	91	81	85	80	100	97	96	94	94	96	94	94	91	64	20	40	–	–	–
Гаити	58	70	51	19	29	12	0	75	83	53	52	58	–	–	43	31	3	43	–	–	5
Святейший Престол	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	56	54	49	–	–	–
Гондурас	84	95	74	66	78	55	100	91	95	86	86	89	86	86	94	–	–	–	–	–	1
Венгрия	100	100	100	100	100	100	100	99	99	99	99	99	–	99	–	–	–	–	–	–	–
Исландия	100	100	100	100	100	100	–	–	97	97	97	95	–	97	–	–	–	–	–	–	–
Индия	89	96	86	28	52	18	100	85	81	62	62	67	6	–	86	69	13	33	–	–	8
Индонезия	80	89	71	52	67	37	92	91	91	75	83	80	74	–	83	61	–	56	32x	0x	1x
Иран (Исламская Республика)	–	99	–	–	–	–	100	99	99	99	98	97	97	–	83	93	–	–	–	–	–
Ирак	77	88	56	76	80	69	100	92	84	62	66	69	58	–	69	82	82	64	7x	0x	1x
Ирландия	–	100	–	–	–	–	–	93	97	92	92	87	–	92	–	–	–	–	–	–	–
Израиль	100	100	100	–	100	–	–	–	98	96	95	97	99	95	–	–	–	–	–	–	–
Италия	–	100	–	–	–	–	–	–	98	96	96	87	96	95	–	–	–	–	–	–	–
Ямайка	93	97	88	83	82	84	100	87	85	85	85	76	85	85	54	75	52	39	–	–	–
Япония	100	100	100	100	100	100	–	–	99	98	95	98	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Иордания	98	99	91	85	88	71	100	90	99	98	98	95	98	98	87	75	87	44	–	–	–
Казахстан	96	99	91	97	97	98	–	99	97	93	94	99	94	–	–	71	32	48	–	–	–
Кения	57	85	49	42	19	48	–	92	89	81	76	80	81	81	74	49	–	33	15	6	27
Кирибати	65	77	53	33	46	20	100	90	99	94	93	93	96	–	–	–	–	–	–	–	–
Кувейт	–	–	–	–	–	–	–	–	99	99	99	99	99	99	83	–	–	–	–	–	–
Кыргызстан	89	99	83	93	94	93	50	98	98	94	94	99	94	–	–	62	45	22	–	–	–
Лаосская Народно-Демократическая Республика	60	86	53	48	87	38	13	56	59	50	46	40	50	–	47	36	–	37	82x	18x	9x
Латвия	99	100	96	78	82	71	100	99	98	98	98	97	97	97	–	–	–	–	–	–	–
Ливан	100	100	100	–	100	–	100	–	90	74	74	53	74	74	–	74	–	–	–	–	–
Лесото	78	93	74	36	43	34	1	96	95	83	80	85	85	–	76	59	–	53	–	–	–
Либерия	64	72	52	32	49	7	1	86	99	88	84	95	–	–	89	70	–	–	–	–	59
Ливийская Арабская Джамахирия	–	–	–	97	97	96	100	99	98	98	98	98	98	56	–	–	–	–	–	–	–
Лихтенштейн	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Литва	–	–	–	–	–	–	100	99	99	95	95	97	96	95	–	–	–	–	–	–	–
Люксембург	100	100	100	100	100	100	100	–	99	99	99	96	87	99	–	–	–	–	–	–	–
Мадагаскар	47	76	36	12	18	10	26	94	92	82	81	81	82	–	72	48	–	47	30x	0x	34x
Малави	76	96	72	60	51	62	33	95	96	87	88	83	87	87	86	52	30	27	31	25	25
Малайзия	99	100	96	94	95	93	–	99	88	96	96	90	87	89	89	–	–	–	–	–	–
Мальдивские Острова	83	98	76	59	100	42	100	99	99	98	98	97	98	–	94	22	–	–	–	–	–
Мали	60	86	48	45	59	39	100	77	83	68	62	68	68	44	89	38	–	38	41	27	32
Мальта	100	100	100	–	100	–	80	–	84	74	76	79	82	72	–	–	–	–	–	–	–
Маршалловы Острова	–	–	–	–	–	–	3	92	99	93	91	94	93	83	–	–	–	–	–	–	–
Мавритания	60	70	54	24	44	10	100	92	92	75	75	67	74	–	60	45	24	9	43	–	21
Маврикий	100	100	100	94	95	94	100	98	97	97	96	98	97	96	86	–	–	–	–	–	–
Мексика	95	98	85	81	91	48	–	99	99	98	98	96	98	98	87	–	–	–	–	–	–
Микронезия (Федеративные Штаты)	94	95	94	25	61	14	5	82	92	79	79	92	90	79	–	–	–	–	–	–	–
Молдова	90	96	85	79	85	73	–	98	95	92	94	96	95	–	–	60	–	48	–	–	–
Монако	–	100	–	–	100	–	–	90	99	99	99	99	99	99	–	–	–	–	–	–	–
Монголия	72	90	48	50	64	31	19	99	95	95	99	98	98	78	–	63	71	47	–	–	–
Черногория	98	100	96	91	96	86	100	98	98	92	92	90	90	89	–	89	57	64	–	–	–
Марокко	83	100	58	72	85	54	100	96	98	95	95	95	95	90	85	38	–	46	–	–	–
Мозамбик	42	71	26	31	53	19	–	87	88	72	70	77	72	–	82	55	–	47	10	–	15
Мьянма	80	80	80	82	85	81	–	89	89	86	84	81	85	–	91	66	–	65	–	–	–
Намибия	93	99	90	35	66	18	100	95	88	86	81	69	–	–	82	72	14	39	12	11	10
Науру	–	–	–	–	–	–	100	99	99	99	99	99	99	–	–	–	–	–	–	–	–

ТАБЛИЦА 3. ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Страны и территории	Доля населения, пользующаяся улучшенными источниками питьевой воды (%), 2006 г.			Доля населения, пользующаяся надлежащими санитарными сооружениями (%), 2006 г.			Доля стандартных вакцин в рамках РПИ, финансируемых государством (в %), 2007 г.	Иммунизация в 2007 г.								Доля детей в возрасте до 5 лет с подозрением на пневмонию, которым была оказана надлежащая медицинская помощь в (%)	Доля детей в возрасте до 5 лет с подозрением на пневмонию, которые получают антибиотики (%)	Доля детей в возрасте до 5 лет, больных диареей и получающих пероральную регидратацию и усиленное питание	Малярия 2003–2007 гг.*		
								Процент детей в возрасте 1 года, которые были привиты от:													
								туберкулеза	ДКС		полиомиелита	кори	гепатита В	гемофилического гриппа	Новорожденные, защищенные от столбняка (%)[c]				Процент детей в возрасте до 5 лет, которые спят под противомоскитными сетками	Процент детей в возрасте до 5 лет, которые спят под специально обработанными противомоскитными сетками	Процент детей в возрасте до 5 лет, больных лихорадкой и получающих противомалярийные препараты
								с помощью соответствующих вакцин:													
	всего	в городе	в сельской местности	всего	в городе	в сельской местности	всего	БЦЖ	АКДС1[b]	АКДС3[b]	полио-3	от кори	НервВ3	Hib3		2000–2007 гг.*		2000–2007 гг.*			
Непал	89	94	88	27	45	24	29	89	85	82	82	81	82	–	83	43	25	37	–	–	0
Нидерланды	100	100	100	100	100	100	–	–	98	96	96	96	–	96	–	–	–	–	–	–	–
Новая Зеландия	–	100	–	–	–	–	100	–	91	88	88	79	88	78	–	–	–	–	–	–	–
Никарагуа	79	90	63	48	57	34	49	99	94	87	88	99	87	87	94	57	–	49	–	–	2x
Нигер	42	91	32	7	27	3	0	64	58	39	55	47	–	–	72	47	–	34	15	7	33
Нигерия	47	65	30	30	35	25	–	69	72	54	61	62	41	–	53	33	–	28	6	1	34
Ниуэ	100	100	100	100	100	100	–	99	99	99	99	99	99	99	–	–	–	–	–	–	–
Норвегия	100	100	100	–	–	–	60	–	97	93	93	92	–	95	–	–	–	–	–	–	–
оккупированная палестинская территория	89	90	88	80	84	69	–	99	99	99	99	99	99	99	–	65	–	–	–	–	–
Оман	–	–	–	–	97	–	–	99	99	99	97	97	99	99	95	–	–	–	–	–	–
Пакистан	90	95	87	58	90	40	31	89	90	83	83	80	83	–	81	69	50	37	2	–	3
Палау	89	79	94	67	96	52	0	–	99	94	94	91	91	95	–	–	–	–	–	–	–
Панама	92	96	81	74	78	63	–	99	99	88	88	89	88	88	–	–	–	–	–	–	–
Папуа-Новая Гвинея	40	88	32	45	67	41	100	67	76	60	61	58	59	–	60	75x	–	–	–	–	–
Парагвай	77	94	52	70	89	42	–	68	86	66	65	80	66	66	81	51x	29x	–	–	–	–
Перу	84	92	63	72	85	36	–	97	95	80	95	99	80	80	82	67	–	57	–	–	–
Филиппины	93	96	88	78	81	72	100	90	90	87	87	92	88	–	65	55	–	76	–	–	0
Польша	–	100	–	–	–	–	–	93	99	99	99	98	98	88	–	–	–	–	–	–	–
Португалия	99	99	100	99	99	98	–	98	94	97	96	95	97	97	–	–	–	–	–	–	–
Катар	100	100	100	100	100	100	8	96	96	94	97	92	94	94	–	–	–	–	–	–	–
Республика Корея	–	97	–	–	–	–	–	96	95	91	91	92	91	–	–	–	–	–	–	–	–
Румыния	88	99	76	72	88	54	–	99	98	97	96	97	99	–	–	–	–	–	–	–	–
Российская Федерация	97	100	88	87	93	70	–	96	98	98	99	99	98	–	–	–	–	–	–	–	–
Руанда	65	82	61	23	34	20	24	89	96	97	98	99	97	96	82	28	–	24	16	13	12
Сент-Китс и Невис	99	99	99	96	96	96	–	97	99	99	99	99	99	99	–	–	–	–	–	–	–
Сент-Люсия	98	98	98	–	–	–	100	99	99	99	99	94	99	99	–	–	–	–	–	–	–
Сент-Винсент и Гренадины	–	–	–	–	–	96	100	99	99	99	99	99	99	99	–	–	–	–	–	–	–
Самоа	88	90	87	100	100	100	–	91	85	71	71	63	69	–	5	–	–	–	–	–	–
Сан-Марино	–	–	–	–	–	–	–	–	92	92	92	92	92	92	–	–	–	–	–	–	–
Сан-Томе и Принсипи	86	88	83	24	29	18	50	98	99	97	98	86	99	–	–	47	–	63	53	42	25
Саудовская Аравия	–	97	–	–	100	–	100	96	97	96	96	96	96	96	–	–	–	–	–	–	–
Сенегал	77	93	65	28	54	9	31	99	99	94	93	84	94	94	86	47	–	43	28	16	22
Сербия	99	99	98	92	96	88	100	98	97	94	93	95	99	89	–	93	57	71	–	–	–
Сейшельские Острова	–	100	–	–	–	100	100	99	99	99	99	99	99	–	–	–	–	–	–	–	–
Сьерра-Леоне	53	83	32	11	20	5	0	82	77	64	64	67	64	64	94	48	21	31	20	5	52
Сингапур	–	100	–	–	100	–	–	98	97	96	96	95	95	–	–	–	–	–	–	–	–
Словакия	100	100	100	100	100	99	100	98	99	99	99	99	99	99	–	–	–	–	–	–	–
Словения	–	–	–	–	–	–	60	–	98	97	98	96	–	98	–	–	–	–	–	–	–
Соломоновы Острова	70	94	65	32	98	18	0	84	84	79	77	78	79	–	84	–	–	–	–	–	–
Сомали	29	63	10	23	51	7	–	52	58	39	39	34	–	–	68	13	32	7	18	11	8
Южная Африка	93	100	82	59	66	49	100	99	99	97	97	83	97	97	72	75x	–	37x	–	–	–
Испания	100	100	100	100	100	100	100	–	98	96	96	97	96	96	–	–	–	–	–	–	–
Шри-Ланка	82	98	79	86	89	86	31	99	99	98	98	98	98	–	91	58	–	–	62	3	0
Судан	70	78	64	35	50	24	0	83	95	84	84	79	78	–	72	57	–	38	23x	0x	50x
Суринам	92	97	79	82	89	60	100	–	96	84	84	85	84	84	93	74	37	28	–	–	–
Свазиленд	60	87	51	50	64	46	100	99	97	95	95	91	95	–	86	73	24	22	1	1	1
Швеция	100	100	100	100	100	100	–	18	99	99	99	96	4	99	–	–	–	–	–	–	–
Швейцария	100	100	100	100	100	100	5	–	97	93	94	86	–	92	–	–	–	–	–	–	–
Сирийская Арабская Республика	89	95	83	92	96	88	100	99	99	99	99	98	98	99	92	77	71	34	–	–	–
Таджикистан	67	93	58	92	95	91	10	83	88	86	85	85	84	–	–	64	41	22	2	1	2
Таиланд	98	99	97	96	95	96	–	99	99	98	98	96	96	–	89	84	65	46	–	–	–
бывшая югославская Республика Македония	100	100	99	89	92	81	100	95	98	95	96	96	96	–	–	93	74	45	–	–	–
Тимор-Лешти	62	77	56	41	64	32	–	74	76	70	70	63	–	–	59	24	–	–	48x	8x	47x
Того	59	86	40	12	24	3	97	91	94	88	78	80	–	–	82	23	26	22	41	38	48
Тонга	100	100	100	96	98	96	56	99	99	99	99	99	99	99	–	–	–	–	–	–	–
Тринидад и Тобаго	94	97	93	92	92	92	–	–	90	88	90	91	89	88	–	74	34	32	–	–	–
Тунис	94	99	84	85	96	64	100	99	99	98	98	98	98	–	96	43	–	–	–	–	–
Турция	97	98	95	88	96	72	100	94	98	96	96	96	96	76	69	41	–	19x	–	–	–
Туркменистан	–	–	–	–	–	–	77	99	99	98	98	99	98	–	–	83	50	25	–	–	–
Тувалу	93	94	92	89	93	84	10	99	99	97	97	95	97	–	–	–	–	–	–	–	–
Уганда	64	90	60	33	29	34	15	90	90	64	59	68	68	68	85	73	47	39	22	10	61

Страны и территории	Доля населения, пользующаяся улучшенными источниками питьевой воды (%), 2006 г.			Доля населения, пользующаяся надлежащими санитарными сооружениями (%), 2006 г.			Доля стандартных вакцин в рамках РПИ, финансируемых государством (в %), 2007 г.	Иммунизация в 2007 г. Процент детей в возрасте 1 года, которые были привиты от:								Доля детей в возрасте до 5 лет с подозрением на пневмонию, которым была оказана надлежащая медицинская помощь в (%)	Доля детей в возрасте до 5 лет с подозрением на пневмонию, которые получают антибиотики (%)	Доля детей в возрасте до 5 лет, больных диареей и получающих пероральную регидратацию и усиленное питание	Малярия 2003–2007 гг.*		
								туберкулеза	ДКС		полиомиелита	кори	гепатита В	гемофилического гриппа	Новорожденные, защищенные от столбняка (%)λ				Процент детей в возрасте до 5 лет, которые спят под противомоскитными сетками	Процент детей в возрасте до 5 лет, которые спят под специально обработанными противомоскитными сетками	Процент детей в возрасте до 5 лет, больных лихорадкой и получающих противомалярийные препараты
								с помощью соответствующих вакцин:													
	всего	в городе	в сельской местности	всего	в городе	в сельской местности	всего	БЦЖ	АКДС1β	АКДС3β	полио-3	от кори	НервВ3	Hib3		2000–2007 гг.*		2000–2007 гг.*			
Украина	97	97	97	93	97	83	–	97	98	98	99	98	96	11	–	–	–	–	–	–	–
Объединенные Арабские Эмираты	100	100	100	97	98	95	–	98	97	92	94	92	92	92	–	–	–	–	–	–	–
Соединенное Королевство	100	100	100	–	–	–	100	–	97	92	92	86	–	92	–	–	–	–	–	–	–
Объединенная Республика Танзания	55	81	46	33	31	34	75	89	89	83	88	90	83	–	88	59	–	53	31	16	58
Соединенные Штаты	99	100	94	100	100	99	–	–	99	96	92	93	92	94	–	–	–	–	–	–	–
Уругвай	100	100	100	100	100	99	100	99	98	94	94	96	94	94	–	–	–	–	–	–	–
Узбекистан	88	98	82	96	97	95	64	99	94	96	98	99	98	–	–	68	56	28	–	–	–
Вануату	–	–	–	–	–	–	100	82	79	76	76	65	76	–	88	–	–	–	–	–	–
Венесуэла (Боливарианская Республика)	–	–	–	–	–	–	–	83	78	71	73	55	71	71	51	72	–	51	–	–	–
Вьетнам	92	98	90	65	88	56	87	94	92	92	92	83	67	–	86	83	55	65	95	5	3
Йемен	66	68	65	46	88	30	31	64	94	87	87	74	87	87	52	–	38	48	–	–	–
Замбия	58	90	41	52	55	51	24	92	92	80	77	85	80	80	89	68	–	48	34	29	38
Зимбабве	81	98	72	46	63	37	0	76	77	62	66	66	62	–	78	25	8	47	7	3	5
СУММАРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ																					
Африка к югу от Сахары	58	81	45	30	42	24	31	83	85	73	74	73	67	34	76	40	–	31	21	12	34
Восточная и южная части Африки	59	88	48	34	48	28	32	86	88	78	77	77	77	55	81	45	–	33	24	19	29
Западная и центральная части Африки	56	77	41	27	37	20	30	80	82	69	71	69	58	16	71	37	–	29	18	8	38
Ближний Восток и Северная Африка	87	94	78	73	87	53	81	92	96	91	92	89	89	32	77	68	–	39	–	–	–
Южная Азия	87	94	84	33	57	23	83	87	84	69	69	71	29	–	85	63	18	35	–	–	–
Восточная Азия и Тихоокеанский регион	88	96	81	66	75	59	–	93	93	89	91	90	87	2	–	65**	–	61**	–	–	–
Латинская Америка и Карибский бассейн	92	97	73	79	86	52	–	96	95	92	93	93	89	90	83	–	–	–	–	–	–
ЦВЕ/СНГ	94	99	86	89	94	81	81	96	97	96	97	97	96	23	–	57	–	–	–	–	–
Промышленно развитые страны§	100	100	98	100	100	99	–	–	98	96	94	93	65	84	–	–	–	–	–	–	–
Развивающиеся страны§	84	94	76	53	71	39	70	89	89	80	81	81	65	21	81	57**	–	38**	–	–	–
Наименее развитые страны§	62	81	55	33	49	27	28	85	89	79	79	76	75	28	81	42	–	37	–	–	–
Весь мир	87	96	78	62	79	45	71	89	90	81	82	82	65	26	81	57**	–	38**	–	–	–

§ Включает также территории внутри каждой категории стран или региональной группы. Страны и территории, входящие в каждую категорию стран или региональную группу, перечислены на стр. 152.

ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

Государственное финансирование вакцин: процент вакцин, применяемых в стране в плановом порядке для охраны здоровья детей, который финансируется национальным правительством (включая кредиты).

РПИ: расширенная программа иммунизации: иммунизация в соответствии с этой программой включает вакцинацию против туберкулеза, дифтерии, коклюша и столбняка, полиомиелита и кори, а также защиту детей от неонатального столбняка путем вакцинации беременных женщин. В некоторых странах эта программа может включать применение других вакцин, например для иммунизации от гепатита В (НерВ), гемофилического гриппа типа b (Hib) или желтой лихорадки.

БЦЖ: процент младенцев, которые получили бациллу Кальмета-Герена (вакцина от туберкулеза)

АКДС1: процент младенцев, которые получили свою первую дозу вакцины от дифтерии, коклюша и столбняка.

АКДС3: процент младенцев, которые получили три дозы вакцины от дифтерии, коклюша и столбняка.

Гепатит В3: процент младенцев, которые получили три дозы вакцины от гепатита В.

Hib3: процент младенцев, которые получили три дозы вакцины от гемофилического гриппа типа b.

Доля детей в возрасте до 5 лет с подозрением на пневмонию, которые получают антибиотики: процентная доля детей (в возрасте 0–4 года), у которых в течение последних двух недель, предшествовавших обследованию, подозревали пневмонию и которые получают антибиотики.

Доля детей в возрасте до 5 лет с подозрением на пневмонию, которым была оказана надлежащая медицинская помощь: процентная доля детей (в возрасте 0–4 года), у которых в течение двух недель, предшествовавших обследованию, подозревали пневмонию и которым была оказана надлежащая медицинская помощь.

Доля детей, больных диареей и получающих пероральную регидратацию и усиленное питание: процент детей (0–4 года), у которых в течение двух недель, предшествовавших обследованию, наблюдалась диарея и которые в период заболевания получали либо пероральную регидратационную терапию (растворы для пероральной регидратации или рекомендованные к применению приготовленные в домашних условиях жидкости), либо обильное питье и усиленное питание.

Малярия

Процент детей в возрасте до 5 лет, которые спят под противомоскитными сетками: процент детей (0–4 года), которые спят под противомоскитными сетками.

Процент детей в возрасте до 5 лет, которые спят под специально обработанными противомоскитными сетками: процент детей (0–4 года), которые спят под противомоскитной сеткой, обработанной инсектицидом.

Процент детей в возрасте до 5 лет, больных лихорадкой и получающих противомалярийные препараты: процентная доля детей (в возрасте 0–4 лет), которые болели лихорадкой в течение двух недель, предшествовавших обследованию, и получали любые соответствующие (местные) противомалярийные лекарственные препараты.

ОСНОВНЫЕ ИСТОЧНИКИ ДАННЫХ

Использование улучшенных источников питьевой воды и надлежащих санитарно-технических сооружений: ЮНИСЕФ и Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), Объединенная мониторинговая программа.

Государственное финансирование вакцин: ЮНИСЕФ и ВОЗ.

Иммунизация: ЮНИСЕФ и ВОЗ.

Подозрение на пневмонию: ДМСО, МИКС и другие национальные обследования домохозяйств.

Пероральная регидратация: ДМСО и МИКС.

Малярия: МИКС и ДМСО.

ПРИМЕЧАНИЯ

– Данные отсутствуют.

x Обозначает данные, которые относятся к иным годам или периодам, нежели указанные в заглавии колонки, отличаются от стандартного определения либо относятся только к части страны. Такие данные не включаются в расчеты региональных и мировых средних показателей.

β Охват прививками с помощью вакцины АКДС1 должен быть по крайней мере не ниже, чем с помощью вакцины АКДС3. Расхождения, когда охват прививками с помощью вакцины АКДС1 меньше охвата прививками с помощью АКДС3, отражают недостатки в сборе данных и порядке представления отчетности. Для устранения этих расхождений ЮНИСЕФ и ВОЗ работают с национальными и территориальными системами.

λ В докладе за нынешний год ВОЗ и ЮНИСЕФ используют соответствующую модель для определения процентной доли новорожденных, которые могут считаться защищенными от столбняка, так как беременные женщины получили две или более дозы противостолбнячной вакцины. Использование такой модели имеет целью повысить точность данного показателя с помощью сбора данных или учета других возможных программ и мероприятий по защите женщин (например, когда женщины получают две дозы противостолбнячной вакцины в рамках дополнительных мероприятий по иммунизации). Более полное разъяснение методологии можно найти в разделе “Общие замечания о данных”, стр. 114.

* Данные относятся к последнему году периода, указанного в заглавии колонки.

** За исключением Китая.

ТАБЛИЦА 4. ВИЧ/СПИД

Страны и территории	Оценочный коэффициент распространенности ВИЧ среди взрослых (в возрасте 15–49 лет), 2007 г.	Оценочное число лиц (всех возрастов), живущих с ВИЧ, 2007 г. (в тыс. человек)			Передача от матери ребенку	Детские инфекции	Профилактика среди молодых людей						Сироты		
							Уровень распространенности ВИЧ среди молодых людей (15–24 лет) 2007 г.		Доля лиц, имеющих всесторонние познания о ВИЧ, 2002–2007 гг. (%)*		Доля лиц, пользовавшихся презервативами при последних рискованных сексуальных контактах, 2002–2007 гг. (%)*		Дети (0–17 лет)		Доля детей-сирот, посещающих школу
		оценка	нижний уровень оценки	верхний уровень оценки	Оценочное число женщин (15 лет и старше), живущих с ВИЧ, 2007 г. (в тыс. человек)	Оценочное число детей (0–14 лет), живущих с ВИЧ, 2007 г. (в тыс. человек)	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины	Ставшие сиротами в результате СПИДа 2007 г. оценка (в тыс. человек)	Ставшие сиротами вследствие всех причин 2007 г. оценка (в тыс. человек)	2002–2007 гг.*
Афганистан	–	–	–		–	–	–	–	–	–	–	–	–	2100	–
Албания	–	–	<1,0		–	–	–	–	–	6	–	–	–	–	–
Алжир	0,1	21	11–43		6,0	–	0,1	0,1	–	13	–	–	–	570	–
Андорра	–	–	–		–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ангола	2,1	190	150–240		110	17	0,2	0,3	–	–	–	–	50	1200	90x
Антигуа и Барбуда	–	–	–		–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Аргентина	0,5	120	90–150		32	–	0,6	0,3	–	–	–	–	–	610	–
Армения	0,1	2,4	1,8–3,5		<1,0	–	0,2	0,1	15	23	86	–	–	50	–
Австралия	0,2	18	11–36		1,2	–	0,2	<0,1	–	–	–	–	–	140	–
Австрия	0,2	9,8	7,6–13		2,9	–	0,2	0,1	–	–	–	–	–	52	–
Азербайджан	0,2	7,8	4,7–16		1,3	–	0,3	0,1	5	5	31	–	–	190	–
Багамские Острова	3,0	6,2	4,0–8,7		1,6	<0,2	3,2	1,5	–	–	–	–	–	7	–
Бахрейн	–	–	–		–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Бангладеш	–	12	7,7–19		2,0	–	–	–	–	16	–	–	–	5000	84
Барбадос	1,2	2,2	1,5–3,2		<1,0	–	1,3	0,6	–	–	–	–	–	3	–
Беларусь	0,2	13	10–19		3,9	–	0,3	0,1	–	34	–	–	–	190	–
Бельгия	0,2	15	8,9–29		4,1	–	0,2	0,1	–	–	–	–	–	78	–
Белиз	2,1	3,6	2,2–5,3		2,0	<0,2	0,5	1,5	–	40	–	–	–	6	–
Бенин	1,2	64	58–73		37	5,4	0,3	0,9	35	16	45	28	29	340	90
Бутан	0,1	<0,5	<1,0		<0,1	–	0,1	<0,1	–	–	–	–	–	22	–
Боливия	0,2	8,1	6,5–11		2,2	–	0,2	0,1	18	15	37	20	–	300	74p
Босния и Герцеговина	<0,1	<0,5	<1,0		–	–	–	–	–	48	–	71	–	–	–
Ботсвана	23,9	300	280–310		170	15	5,1	15,3	33x	40x	88x	75x	95	130	99x
Бразилия	0,6	730	600–890		240	–	1,0	0,6	–	–	71	58	–	3200	–
Бруней-Даруссалам	–	–	–		–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Болгария	–	–	–		–	–	–	–	15	17	70	57	–	95	–
Буркина-Фасо	1,6	130	110–160		61	10	0,5	0,9	–	19	–	64	100	690	61p
Бурунди	2,0	110	78–130		53	15	0,4	1,3	–	30	–	25	120	600	85
Камбоджа	0,8	75	67–84		20	4,4	0,8	0,3	45	50	84	–	–	600	83
Камерун	5,1	540	430–640		300	45	1,2	4,3	–	32	–	62	300	1100	91
Канада	0,4	73	43–110		20	–	0,4	0,2	–	–	–	–	–	180	–
Кабо-Верде	–	–	–		–	–	–	–	36	36	79	56	–	–	–
Центральноафриканская Республика	6,3	160	150–170		91	14	1,1	5,5	27	17	–	41	72	280	96
Чад	3,5	200	130–240		110	19	2,0	2,8	20	8	25	17	85	540	105
Чили	0,3	31	23–39		8,7	–	0,3	0,2	–	–	–	–	–	160	–
Китай	0,1	700	450–1000		200	–	0,1	0,1	–	–	–	–	–	17000	–
Колумбия	0,6	170	110–230		47	–	0,7	0,3	–	–	–	36	–	790	85
Коморские Острова	<0,1	<0,2	<1,0		<0,1	–	0,1	<0,1	–	10x	–	–	<0,1	27	–
Конго	3,5	79	65–94		43	6,6	0,8	2,3	35	26	36	16	69	210	88
Острова Кука	–	–	–		–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Коста-Рика	0,4	9,7	6,1–15		2,7	–	0,4	0,2	–	–	–	–	–	36	–
Кот-д'Ивуар	3,9	480	400–550		250	52	0,8	2,4	28	18	53	39	420	1200	83
Хорватия	<0,1	<0,5	<1,0		–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Куба	0,1	6,2	3,6–12		1,8	–	0,1	0,1	–	52	–	–	–	99	–
Кипр	–	–	–		–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Чешская Республика	–	1,5	<1,0–2,8		<0,5	–	<0,1	–	–	–	–	–	–	94	–
Корейская Народно-Демократическая Республика	–	–	<0,1		–	–	–	–	–	–	–	–	–	530	–
Демократическая Республика Конго	–	–	400–500		–	–	–	–	21	15	26	17	–	4500	77
Дания	0,2	4,8	3,7–6,9		1,1	–	0,2	0,1	–	–	–	–	–	53	–
Джибути	3,1	16	12–19		8,7	1,1	0,7	2,1	–	18	51	26	5	42	–
Доминика	–	–	–		–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Доминиканская Республика	1,1	62	52–71		30	2,7	0,3	0,6	34	41	70	44	–	170	96
Эквадор	0,3	26	15–40		7,1	–	0,4	0,2	–	–	–	–	–	200	–
Египет	–	9,2	7,2–13		2,6	–	–	–	–	4y	–	–	–	1400	–
Сальвадор	0,8	35	24–72		9,7	–	0,9	0,5	–	–	–	–	–	130	–
Экваториальная Гвинея	3,4	11	8,2–14		5,9	<1,0	0,8	2,5	–	4x	–	–	5	32	95x
Эритрея	1,3	38	25–58		21	3,1	0,3	0,9	–	37	–	–	18	280	83
Эстония	1,3	9,9	5,4–19		2,4	–	1,6	0,7	–	–	–	–	–	20	–
Эфиопия	2,1	980	880–1100		530	92	0,5	1,5	33	20	50	28	650	5000	90
Фиджи	0,1	–	<0,5		–	–	0,1	–	–	–	–	–	–	22	–
Финляндия	0,1	2,4	1,4–4,4		<1,0	–	0,1	<0,1	–	–	–	–	–	48	–

Страны и территории	Оценочный коэффициент распространенности ВИЧ среди взрослых (в возрасте 15–49 лет), 2007 г.	Оценочное число лиц (всех возрастов), живущих с ВИЧ, 2007 г. (в тыс. человек)			Передача от матери ребенку	Детские инфекции	Профилактика среди молодых людей						Сироты		
							Уровень распространенности ВИЧ среди молодых людей (15–24 лет) 2007 г.		Доля лиц, имеющих всесторонние познания о ВИЧ, 2002–2007 гг. (%)*		Доля лиц, пользовавшихся презервативами при последних рискованных сексуальных контактах, 2002–2007 гг. (%)*		Дети (0–17 лет)		Доля детей-сирот, посещающих школу
		оценка	нижний уровень оценки	верхний уровень оценки	Оценочное число женщин (15 лет и старше), живущих с ВИЧ, 2007 г. (в тыс. человек)	Оценочное число детей (0–14 лет), живущих с ВИЧ, 2007 г. (в тыс. человек)	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины	Ставшие сиротами в результате СПИДа 2007 г. оценка (в тыс. человек)	Ставшие сиротами вследствие всех причин 2007 г. оценка (в тыс. человек)	2002–2007 гг.*
Франция	0,4	140	78–240	38	–	0,4	0,2	–	–	–	–	–	420	–
Габон	5,9	49	37–68	27	2,3	1,3	3,9	22x	24x	48x	33x	18	67	98x
Гамбия	0,9	8,2	3,7–13	4,5	<1,0	0,2	0,6	–	39	–	54	3	48	87
Грузия	0,1	2,7	1,5–6,1	<1,0	–	0,1	0,1	–	15	–	–	–	72	–
Германия	0,1	53	31–97	15	–	0,1	0,1	–	–	–	–	–	540	–
Гана	1,9	260	230–290	150	17	0,4	1,3	33	25	56	42	160	1100	104p
Греция	0,2	11	6,1–19	3,0	–	0,2	0,1	–	–	–	–	–	73	–
Гренада	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Гватемала	0,8	59	41–84	52	–	–	1,5	–	–	–	–	–	360	–
Гвинея	1,6	87	73–110	48	6,3	0,4	1,2	23	17	37	26	25	380	73
Гвинея-Бисау	1,8	16	11–23	8,7	1,5	0,4	1,2	–	18	–	39	6	110	97
Гайана	2,5	13	7,6–18	7,1	<1,0	0,5	1,7	–	50	68	62	–	23	–
Гаити	2,2	120	100–140	58	6,8	0,6	1,4	40	34	43	29	–	380	86
Святейший Престол	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Гондурас	0,7	28	18–44	7,4	1,6	0,7	0,4	–	30	–	24	–	170	108
Венгрия	0,1	3,3	2,0–5,9	<1,0	–	0,1	<0,1	–	–	–	–	–	130	–
Исландия	0,2	<0,5	<1,0	<0,2	–	0,2	0,1	–	–	–	–	–	2	–
Индия	0,3	2400	1800–3200	880	–	0,3	0,3	36	20	37	22	–	25000	72
Индонезия	0,2	270	190–400	54	–	0,3	0,1	0y	1	–	–	–	4400	82y
Иран (Исламская Республика)	0,2	86	68–110	24	–	0,2	0,1	–	–	–	–	–	1300	–
Ирак	–	–	–	–	–	–	–	–	3	–	–	–	–	84
Ирландия	0,2	5,5	4,1–7,7	1,5	–	0,2	0,1	–	–	–	–	–	38	–
Израиль	0,1	5,1	2,5–12	2,9	–	<0,1	0,1	–	–	–	–	–	44	–
Италия	0,4	150	110–210	41	–	0,4	0,2	–	–	–	–	–	320	–
Ямайка	1,6	27	19–36	7,6	–	1,7	0,9	–	60	–	–	–	53	–
Япония	–	9,6	7,9–10	2,3	–	–	–	–	–	–	–	–	520	–
Иордания	–	<1,0	<2,0	–	–	–	–	–	3y	–	–	–	–	–
Казахстан	0,1	12	7,0–29	3,3	–	0,2	0,1	–	22	65x	32x	–	470	–
Кения	–	–	1500–2000	–	–	–	–	47	34	47	25	–	2500	95
Кирибати	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Кувейт	–	<1,0	<2,0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Кыргызстан	0,1	4,2	2,3–7,7	1,1	–	0,2	0,1	–	20	–	56	–	140	–
Лаосская Народно-Демократическая Республика	0,2	5,5	3,3–13	1,3	–	0,2	0,1	–	–	–	–	–	210	–
Латвия	0,8	10	7,4–15	2,7	–	0,9	0,5	–	–	–	–	–	33	–
Ливан	0,1	3,0	1,7–7,2	<1,0	–	0,1	0,1	–	–	–	–	–	71	–
Лесото	23,2	270	260–290	150	12	5,9	14,9	18	26	53	53	110	160	95
Либерия	1,7	35	29–41	19	3,1	0,4	1,3	27	21	22	14	15	270	–
Ливийская Арабская Джамахирия	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Лихтенштейн	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Литва	0,1	2,2	1,2–4,6	<1,0	–	0,1	0,1	–	–	–	–	–	51	–
Люксембург	0,2	–	<1,0	<0,2	–	0,2	0,1	–	–	–	–	–	4	–
Мадагаскар	0,1	14	9,1–23	3,4	<0,5	0,2	0,1	16	19	12	5	3	840	75
Малави	11,9	930	860–1000	490	91	2,4	8,4	42	42	58	40	550	1100	97
Малайзия	0,5	80	52–120	21	–	0,6	0,3	–	–	–	–	–	410	–
Мальдивские Острова	–	–	<0,1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	9	–
Мали	1,5	100	88–120	56	9,4	0,4	1,1	22	18	36	17	44	550	87
Мальта	0,1	<0,5	<1,0	–	–	0,1	0,1	–	–	–	–	–	3	–
Маршалловы Острова	–	–	–	–	–	–	–	39	27	–	–	–	–	–
Мавритания	0,8	14	8,3–26	3,9	<0,5	0,9	0,5	–	–	–	–	3	83	–
Маврикий	1,7	13	7,5–28	3,8	<0,1	1,8	1,0	–	–	–	–	<0,5	21	–
Мексика	0,3	200	150–310	57	–	0,3	0,2	–	–	–	–	–	1400	–
Микронезия (Федеративные Штаты)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Молдова	0,4	8,9	6,0–15	2,6	–	0,4	0,2	54y	42y	63	44	–	74	–
Монако	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Монголия	0,1	<1,0	1,5	<0,2	–	0,1	–	–	35	–	–	–	64	96p
Черногория	–	–	–	–	–	–	–	–	30	–	66	–	–	–
Марокко	0,1	21	15–31	5,9	–	0,1	0,1	–	12	–	–	–	630	–
Мозамбик	12,5	1500	1300–1700	810	100	2,9	8,5	33	20	33	29	400	1400	80
Мьянма	0,7	240	160–370	100	–	0,7	0,6	–	–	–	–	–	1600	–
Намибия	15,3	200	160–230	110	14	3,4	10,3	62	65	81	64	66	110	100
Науру	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Непал	0,5	70	50–99	17	–	0,5	0,3	44	28	78	–	–	990	–
Нидерланды	0,2	18	10–32	4,9	–	0,2	0,1	–	–	–	–	–	110	–

ТАБЛИЦА 4. ВИЧ/СПИД

Страны и территории	Оценочный коэффициент распространенности ВИЧ среди взрослых (в возрасте 15–49 лет), 2007 г.	Оценочное число лиц (всех возрастов), живущих с ВИЧ, 2007 г. (в тыс. человек)			Передача от матери ребенку	Детские инфекции	Профилактика среди молодых людей						Сироты		
							Уровень распространенности ВИЧ среди молодых людей (15–24 лет) 2007 г.		Доля лиц, имеющих всесторонние познания о ВИЧ, 2002–2007 гг. (%)*		Доля лиц, пользовавшихся презервативами при последних рискованных сексуальных контактах, 2002–2007 гг. (%)*		Дети (0–17 лет)		Доля детей-сирот, посещающих школу
		оценка	нижний уровень оценки	верхний уровень оценки	Оценочное число женщин (15 лет и старше), живущих с ВИЧ, 2007 г. (в тыс. человек)	Оценочное число детей (0–14 лет), живущих с ВИЧ, 2007 г. (в тыс. человек)	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины	Ставшие сиротами в результате СПИДа 2007 г. оценка (в тыс. человек)	Ставшие сиротами вследствие всех причин 2007 г. оценка (в тыс. человек)	2002–2007 гг.*
Новая Зеландия	0,1	1,4	<1,0	2,6	<0,5	–	0,1	–	–	–	–	–	–	34	–
Никарагуа	0,2	7,7	5,3	15	2,1	–	0,3	0,1	–	22x	–	17x	–	110	106x
Нигер	0,8	60	44	85	17	3,2	0,9	0,5	16	13	37y	18y	25	570	67
Нигерия	3,1	2600	2000	3200	1400	220	0,8	2,3	21	18	46	24	1200	9700	64p
Ниуэ	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Норвегия	0,1	3,0	1,7	5,0	<1,0	–	0,1	0,1	–	–	–	–	–	37	–
оккупированная палестинская территория	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Оман	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Пакистан	0,1	96	69	150	27	–	0,1	0,1	–	3	–	–	–	3900	–
Палау	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Панама	1,0	20	16	26	5,5	–	1,1	0,6	–	–	–	–	–	48	–
Папуа-Новая Гвинея	1,5	54	53	55	21	1,1	0,6	0,7	–	–	–	–	–	330	–
Парагвай	0,6	21	12	38	5,8	–	0,7	0,3	–	–	–	–	–	130	–
Перу	0,5	76	57	97	21	–	0,5	0,3	–	19	–	32	–	570	85x
Филиппины	–	8,3	6,0	11	2,2	–	–	–	18	12	25	11	–	1800	–
Польша	0,1	20	11	34	5,5	–	0,1	0,1	–	–	–	–	–	440	–
Португалия	0,5	34	20	63	9,4	–	0,5	0,3	–	–	–	–	–	82	–
Катар	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Республика Корея	<0,1	13	7,5	42	3,6	–	<0,1	<0,1	–	–	–	–	–	360	–
Румыния	0,1	15	12	16	7,0	–	0,2	0,2	1y	3y	–	–	–	300	–
Российская Федерация	1,1	940	630	1300	240	5,2	1,3	0,6	–	–	–	–	–	4000	–
Руанда	2,8	150	130	170	78	19	0,5	1,4	54	51	40	26	220	860	82
Сент-Китс и Невис	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Сент-Люсия	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Сент-Винсент и Гренадины	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Самоа	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Сан-Марино	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Сан-Томе и Принсипи	–	–	–	–	–	–	–	–	–	44	–	56	–	–	–
Саудовская Аравия	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Сенегал	1,0	67	47	96	38	3,1	0,3	0,8	24	19	52	36	8	350	83
Сербия	0,1	6,4	3,9	12	1,8	–	0,1	0,1	–	42	–	74	–	130	–
Сейшельские Острова	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Сьерра-Леоне	1,7	55	42	76	30	4,0	0,4	1,3	–	17	–	20	16	350	83
Сингапур	0,2	4,2	2,6	7,3	1,2	–	0,2	0,1	–	–	–	–	–	24	–
Словакия	<0,1	<0,5	<1,0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Словения	<0,1	<0,5	<1,0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Соломоновы Острова	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Сомали	0,5	24	13	45	6,7	<1,0	0,6	0,3	–	4	–	–	9	590	78
Южная Африка	18,1	5700	4900	6600	3200	280	4,0	12,7	–	–	–	–	1400	2500	–
Испания	0,5	140	80	230	28	–	0,6	0,2	–	–	–	–	–	210	–
Шри-Ланка	–	3,8	2,8	5,1	1,4	–	<0,1	–	–	–	–	–	–	330	–
Судан	1,4	320	220	440	170	25	0,3	1,0	–	–	–	–	–	1800	96x
Суринам	2,4	6,8	4,2	12	1,9	<0,2	2,7	1,4	–	41	–	49	–	9	–
Свазиленд	26,1	190	180	200	100	15	5,8	22,6	52	52	70	54	56	96	97
Швеция	0,1	6,2	3,5	11	2,9	–	0,1	0,1	–	–	–	–	–	66	–
Швейцария	0,6	25	14	43	9,2	–	0,4	0,5	–	–	–	–	–	39	–
Сирийская Арабская Республика	–	–	–	–	–	–	–	–	–	7	–	–	–	–	–
Таджикистан	0,3	10	5,0	23	2,1	<0,1	0,4	0,1	–	2	–	–	–	210	–
Таиланд	1,4	610	410	880	250	14	1,2	1,2	–	46	–	–	–	1300	93
бывшая югославская Республика Македония	<0,1	<0,5	<1,0	–	–	–	–	–	–	27	–	70	–	–	–
Тимор-Лешти	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	48	–
Того	3,3	130	110	150	69	10	0,8	2,4	–	28	–	50	68	260	94
Тонга	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Тринидад и Тобаго	1,5	14	9,5	19	7,7	–	0,3	1,0	–	54	–	51	–	20	–
Тунис	0,1	3,7	2,7	5,4	1,0	–	0,1	<0,1	–	–	–	–	–	130	–
Турция	–	<2,0	<5,0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Туркменистан	<0,1	<0,5	<1,0	–	–	–	–	–	–	5	–	–	–	–	–
Тувалу	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Уганда	5,4	940	870	1000	480	130	1,3	3,9	38	32	55	38	1200	2500	96
Украина	1,6	440	340	540	190	5,1	1,5	1,5	43	42	–	–	–	1000	98
Объединенные Арабские Эмираты	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–

Страны и территории	Оценочный коэффициент распространенности ВИЧ среди взрослых (в возрасте 15–49 лет), 2007 г.	Оценочное число лиц (всех возрастов), живущих с ВИЧ, 2007 г. (в тыс. человек)			Передача от матери ребенку	Детские инфекции	Профилактика среди молодых людей						Сироты		
							Уровень распространенности ВИЧ среди молодых людей (15–24 лет) 2007 г.		Доля лиц, имеющих всесторонние познания о ВИЧ, 2002–2007 гг. (%)*		Доля лиц, пользовавшихся презервативами при последних рискованных сексуальных контактах, 2002–2007 гг. (%)*		Дети (0–17 лет)		Доля детей-сирот, посещающих школу
		оценка	нижний уровень оценки	верхний уровень оценки	Оценочное число женщин (15 лет и старше), живущих с ВИЧ, 2007 г. (в тыс. человек)	Оценочное число детей (0–14 лет), живущих с ВИЧ, 2007 г. (в тыс. человек)	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины	Ставшие сиротами в результате СПИДа 2007 г.	Ставшие сиротами вследствие всех причин 2007 г.	
													оценка (в тыс. человек)	оценка (в тыс. человек)	2002–2007 гг.*
Соединенное Королевство	0,2	77	37	160	22	–	0,3	0,1	–	–	–	–	–	520	–
Объединенная Республика Танзания	6,2	1400	1300	1500	760	140	0,5	0,9	40	45	46	34	970	2600	102
Соединенные Штаты	0,6	1200	690	1900	230	–	0,7	0,3	–	–	–	–	–	2800	–
Уругвай	0,6	10	5,9	19	2,8	–	0,6	0,3	–	–	–	–	–	46	–
Узбекистан	0,1	16	8,1	45	4,6	<0,2	0,1	0,1	–	31	–	61	–	690	–
Вануату	–	–	–		–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Венесуэла (Боливарианская Республика)	–	–	–		–	–	–	–	–	–	–	–	–	430	–
Вьетнам	0,5	290	180	470	76	–	0,6	0,3	–	44	68	–	–	1500	–
Йемен	–	–	–		–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Замбия	15,2	1100	1000	1200	560	95	3,6	11,3	37	34	48	38	600	1100	103y
Зимбабве	15,3	1300	1200	1400	680	120	2,9	7,7	46	44	68	42	1000	1300	95
СУММАРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ															
Африка к югу от Сахары	5,0	22000	20500	23600	12000	1800	1,1	3,2	30	24	44	29	11600	47500	83
Восточная и южная части Африки	7,8	16400	15300	17600	8970	1300	1,5	4,5	38	31	47	30	8700	24900	92
Западная и центральная части Африки	2,6	5600	4800	6300	3000	480	0,7	1,9	23	19	42	29	3000	22700	76
Ближний Восток и Северная Африка	0,3	480	370	620	220	28	0,1	0,2	–	–	–	–	–	5900	–
Южная Азия	0,3	2600	2000	3400	930	110	0,3	0,2	36	18	38	22	–	37400	73
Восточная Азия и Тихоокеанский регион	0,2	2400	1900	3000	750	41	0,2	0,1	7**	18**	–	–	–	30100	–
Латинская Америка и Карибский бассейн	0,6	1900	1700	2400	660	55	0,5	0,4	–	–	–	–	–	9400	–
ЦВЕ/СНГ	0,8	1500	1100	1900	460	11	0,8	0,5	–	–	–	–	–	7600	–
Промышленно развитые страны§	0,3	2000	1400	2900	460	5,8	0,4	0,2	–	–	–	–	–	7200	–
Развивающиеся страны§	0,9	29500	27300	32100	14600	2000	0,4	0,7	30**	19**	–	–	–	130000	77
Наименее развитые страны§	2,2	10000	9500	11000	5300	900	0,6	1,4	32	23	45	29	–	40400	86
Весь мир	0,8	33000	30000	36000	15500	2000	0,4	0,6	–	–	–	–	15000	145000	–

§ Включает также территории внутри каждой категории стран или региональной группы. Страны и территории, входящие в каждую категорию стран или региональную группу, перечислены на стр. 152.

ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

Оценочный коэффициент распространенности ВИЧ среди взрослых: процент взрослых (15–49 лет), живущих с ВИЧ, на конец 2007 года.

Оценочное число лиц (всех возрастов), живущих с ВИЧ: оценочное число лиц (всех возрастов), живущих с ВИЧ, на конец 2007 года.

Оценочное число женщин (15 лет и старше), живущих с ВИЧ: оценочное число женщин, живущих с ВИЧ, на конец 2007 года.

Оценочное число детей (0–14 лет), живущих с ВИЧ: оценочное число детей 0–14 лет, живущих с ВИЧ, на конец 2007 года.

Уровень распространенности ВИЧ среди молодых людей: процент молодых мужчин и женщин 15–24 лет, живущих с ВИЧ, на конец 2007 года.

Доля лиц, имеющих всесторонние познания о ВИЧ: процент молодых мужчин и женщин (15–24 лет), которые имеют правильное представление о двух основных способах предупреждения передачи ВИЧ половым путем (использование презервативов и ограничение сексуальных контактов одним надежным неинфицированным партнером), не разделяют двух наиболее распространенных заблуждений о передаче ВИЧ, бытующих на местном уровне, а также осведомлены о том, что здоровый на вид человек может быть ВИЧ-инфицированным.

Доля лиц, пользовавшихся презервативами при последних рискованных сексуальных контактах: процент молодых мужчин и женщин (15–24 лет), которые, по их словам, применяли презерватив при последних по времени сексуальных контактах не с супругом и не с сожителем, от общего числа тех, кто занимался сексом с таким партнером за последние 12 месяцев.

Дети, ставшие сиротами в результате СПИДа: оценочное число детей (0–17 лет), по состоянию на конец 2007 года, которые лишились одного или обоих родителей из-за СПИДа.

Дети, ставшие сиротами вследствие всех причин: оценочное число детей (0–17 лет) по состоянию на конец 2007 года, потерявших одного или обоих родителей вследствие всех причин.

Доля детей-сирот, посещающих школу: доля детей (10–14 лет), потерявших обоих биологических родителей, которые посещают в настоящее время школу, в процентах от числа всех детей того же возраста, живущих хотя бы с одним родителем и посещающих школу.

ОСНОВНЫЕ ИСТОЧНИКИ ДАННЫХ

Оценочный коэффициент распространенности ВИЧ среди взрослых: Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (UNAIDS), *Report on the global AIDS epidemic, 2008.*

Оценочное число лиц (всех возрастов), живущих с ВИЧ: UNAIDS, *Report on the global AIDS epidemic, 2008.*

Оценочное число женщин (15 лет и старше), живущих с ВИЧ: UNAIDS, *Report on the global AIDS epidemic, 2008.*

Оценочное число детей (0–14 лет), живущих с ВИЧ: UNAIDS, *Report on the global AIDS epidemic, 2008.*

Уровень распространенности ВИЧ среди молодых людей: UNAIDS, *Report on the global AIDS epidemic, 2008.*

Доля лиц, имеющих всесторонние познания о ВИЧ: обследования по показателям СПИДа (AIS); демографические и медико-санитарные обследования (ДМСО), кластерные обследования по методу совокупных показателей (МИКС), обследования в области репродуктивного здоровья (RHS) (2002–2007 годы) и другие национальные обследования домохозяйств, 2002–2007 годы; база данных обследования по показателям ВИЧ/СПИДа, www.measuredhs.com/hivdata.

Доля лиц, пользовавшихся презервативами при последних рискованных сексуальных контактах: AIS, BSS, ДМСО и RHS и другие национальные обследования домохозяйств, 2002–2007 годы; база данных обследования по показателям ВИЧ/СПИДа, www.measuredhs.com/hivdata.

Дети, ставшие сиротами в результате СПИДа: ЮНЭЙДС, *Report on the Global AIDS Epidemic, 2008.*

Дети, ставшие сиротами вследствие всех причин: неопубликованные оценки ЮНЭЙДС.

Доля детей-сирот, посещающих школу: AIS, ДМСО и другие национальные обследования домохозяйств, 2002–2007 годы; база данных обследования по показателям ВИЧ/СПИДа, www.measuredhs.com/hivdata.

ПРИМЕЧАНИЯ

– Данные отсутствуют.

x Обозначает данные, которые относятся к иным годам или периодам, нежели указанные в заглавии колонки, отличаются от стандартного определения либо относятся только к части страны. Такие данные не включаются в расчеты региональных и мировых средних показателей.

y Обозначает данные, которые относятся к иным годам или периодам, нежели указанные в заглавии колонки, отличаются от стандартного определения или относятся только к части страны. Такие данные включены в расчеты региональных и мировых средних показателей.

p Доля детей-сирот, посещающих школу (10–14 лет), базируется на невзвешенных данных 25–49 случаев.

* Данные относятся к последнему году периода, указанного в заглавии колонки.

** За исключением Китая.

ТАБЛИЦА 5. ОБРАЗОВАНИЕ

Страны и территории	Коэффициент грамотности молодежи (15–24 лет) 2000–2007 гг.*		Число телефонов и пользователей интернета на 100 человек в 2006 г.		Коэффициент охвата начальным образованием 2000–2007* гг.				Коэффициент посещаемости начальной школы (2000–2007 гг.*) чистый		Доля учащихся, переведенных в последний класс начальной школы (в %) 2000–2007 гг.*		Коэффициент охвата средним образованием в 2000–2007 гг.*				Коэффициент посещаемости средней школы (2000–2007 гг.*) чистый	
					общий		чистый						общий		чистый			
	муж-чины	жен-щины	теле-фоны	пользо-ватели интернета	муж-чины	жен-щины	муж-чины	жен-щины	муж-чины	жен-щины	Официальные данные	Данные обследований	муж-чины	жен-щины	муж-чины	жен-щины	муж-чины	жен-щины
Афганистан	49	18	8	2	126	75	74	46	66	40	–	90	28	9	–	–	18	6
Албания	99	100	60	15	106	105	94	93	92	92	90	100	78	75	74	72	79	77
Алжир	94	91	63	7	114	106	96	94	97	96	91	–	80	86	65	68	57	65
Андорра	–	–	97	56	90	90	83	83	–	–	–	–	83	87	73	75	–	–
Ангола	84	63	14	1	69x	59x	–	–	58	59	–	83	19	16	–	–	22	20
Антигуа и Барбуда	–	–	134	64	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Аргентина	99	99	81	21	113	112	99	98	–	–	87	–	80	89	75	82	–	–
Армения	100	100	–	6	96	100	80	84	99	98	99	100	88	91	84	88	93	95
Австралия	–	–	97	52	105	105	96	97	–	–	–	–	154	146	87	88	–	–
Австрия	–	–	113	51	102	101	97	98	–	–	99	–	104	100	–	–	–	–
Азербайджан	100	100	39	10	98	95	86	83	74	72	97	99	85	81	79	76	82	80
Багамские Острова	–	–	77	34	98	98	87	89	–	–	81	–	91	91	83	85	–	–
Бахрейн	100	100	123	28	120	119	98	98	86	87	99	99	100	104	91	96	77	85
Бангладеш	71	73	13	0	101	105	87	91	79	84	65	94	43	45	40	42	36	41
Барбадос	–	–	88	93	104	102	97	96	–	–	97	–	100	104	88	89	–	–
Беларусь	100	100	61	56	97	95	90	89	93	94	99	100	95	97	87	89	95	97
Бельгия	–	–	93	47	102	102	97	98	–	–	94	–	112	108	89	85	–	–
Белиз	–	89	44	11	125	121	97	97	95	95	92	–	77	81	64	70	58	60
Бенин	63	41	12	1	105	87	87	73	72	62	65	89	41	23	23	11	40	27
Бутан	83	73	10	4	103	101	79	79	74	67	84	–	51	46	38	39	–	–
Боливия	99	98	31	6	109	109	95	95	78	77	82	41	84	81	72	70	57	56
Босния и Герцеговина	100	100	48	24	–	–	–	–	92	89	–	100	–	–	–	–	89	89
Ботсвана	93	95	47	5	108	106	83	85	83	86	75	–	75	78	52	60	36	44
Бразилия	97	99	53	23	141	133	94	95	95x	95x	81	88	101	111	75	83	42x	50x
Бруней-Даруссалам	100	100	79	42	107	106	94	94	–	–	98	–	96	100	88	92	–	–
Болгария	98	97	108	47	101	100	93	92	–	–	95	–	108	104	90	88	–	–
Буркина-Фасо	47	33	7	1	66	54	52	42	49	44	64	90	17	12	14	10	17	15
Бурунди	77	70	3	1	108	98	76	73	72	70	78	74	16	12	–	–	8	6
Камбоджа	90	83	12	0	127	118	91	89	84	86	49	92	43	34	33	28	29	26
Камерун	72	59	19	2	117	98	–	–	86	81	59	95	27	21	–	–	45	42
Канада	–	–	58	77	100	99	99	100	–	–	–	–	119	116	–	–	–	–
Кабо-Верде	97	98	21	6	108	103	88	87	97x	96x	89	–	75	86	56	63	–	–
Центральноафриканская Республика	70	47	3	0	72	49	53	38	64	54	39	65	–	–	13	9	16	10
Чад	56	23	5	1	90	61	71	50	41	31	26	94	23	8	16	5	13	7
Чили	99	99	76	25	107	102	–	–	–	–	98	–	90	92	–	–	–	–
Китай	99	99	35	10	112	111	99	99	–	–	–	–	75	76	–	–	–	–
Колумбия	98	98	64	14	117	115	89	88	90	92	82	89	78	87	62	69	64	72
Коморские Острова	92	87	5	3	91	80	75	71	31	31	72	19	40	30	15	15	10	11
Конго	99	98	19	2	113	102	58	52	86	87	55	93	47	39	–	–	39	40
Острова Кука	–	–	–	27	79	80	73	75	–	–	–	–	71	74	62	68	–	–
Коста-Рика	98	99	33	28	112	111	91	93	87	89	91	–	83	89	58	64	59	65
Кот-д'Ивуар	–	40	22	2	79	62	61	49	66	57	86	90	32	18	25	14	32	22
Хорватия	100	100	96	37	99	99	91	90	–	–	100	–	90	93	86	88	–	–
Куба	100	100	1	2	102	100	96	97	–	–	97	–	93	94	86	88	–	–
Кипр	100	100	103	42	103	102	99	99	–	–	99	–	96	97	93	95	–	–
Чешская Республика	–	–	122	35	100	100	91	94	–	–	100	–	96	97	–	–	–	–
Корейская Народно-Демократическая Республика	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Демократическая Республика Конго	78	63	7	0	68	54	–	–	55	49	–	49	28	16	–	–	18	15
Дания	–	–	107	58	99	99	95	96	–	–	92	–	118	121	88	90	–	–
Джибути	–	48	5	1	49	40	42	34	80	78	–	–	27	18	26	17	50	42
Доминика	–	–	–	37	85	87	75	80	–	–	88	–	107	105	77	85	–	–
Доминиканская Республика	95	97	51	16	101	96	77	79	84	88	61	81	63	75	47	57	27	39
Эквадор	96	97	63	12	117	117	96	97	–	–	76	–	67	68	57	58	–	–
Египет	90	82	24	8	108	102	98	94	96	94	97	98	91	85	82	78	72	67
Сальвадор	95	96	55	10	116	112	94	94	–	–	67	–	63	66	53	56	–	–
Экваториальная Гвинея	95	95	27	2	125	119	91	83	61	60	33	–	41	23	–	–	23	22
Эритрея	85	70	1	2	69	56	50	43	69	64	74	–	39	23	30	20	23	21
Эстония	100	100	125	55	100	98	95	94	–	–	96	–	99	101	90	92	–	–
Эфиопия	62	39	1	0	97	85	74	69	45	45	58	84	37	24	29	19	30	23
Фиджи	–	–	–	9	101	99	91	91	–	–	81	–	80	88	76	83	–	–
Финляндия	–	–	108	56	98	98	97	97	–	–	99	–	109	114	96	96	–	–

Страны и территории	Коэффициент грамотности молодежи (15–24 лет) 2000–2007 гг.*		Число телефонов и пользователей интернета на 100 человек в 2006 г.		Коэффициент охвата начальным образованием 2000–2007* гг.				Коэффициент посещаемости начальной школы (2000–2007 гг.*) чистый		Доля учащихся, переведенных в последний класс начальной школы (в %) 2000–2007 гг.*		Коэффициент охвата средним образованием в 2000–2007 гг.*				Коэффициент посещаемости средней школы (2000–2007 гг.*) чистый	
					общий		чистый						общий		чистый			
	муж-чины	жен-щины	теле-фоны	пользо-ватели интернета	муж-чины	жен-щины	муж-чины	жен-щины	муж-чины	жен-щины	Официальные данные	Данные обследований	муж-чины	жен-щины	муж-чины	жен-щины	муж-чины	жен-щины
Франция	–	–	85	50	110	109	98	99	–	–	98x	–	114	114	98	100	–	–
Габон	98	96	64	6	153	152	88	88	94	94	56	–	53	46	–	–	34	36
Гамбия	63	41	26	5	71	77	59	64	60	62	–	95	47	43	40	37	39	34
Грузия	–	99	38	7	94	97	88	91	94	95	100	–	83	86	77	81	89	88
Германия	–	–	104	47	103	103	98	98	–	–	99	–	102	100	–	–	–	–
Гана	80	76	23	3	98	97	73	71	75	75	60	98	52	46	47	43	45	45
Греция	99	99	99	18	102	102	100	99	–	–	98	–	104	102	92	93	–	–
Гренада	–	–	45	21	94	91	84	83	–	–	83	–	99	102	78	80	–	–
Гватемала	88	83	56	10	118	109	96	92	80x	76x	63	–	56	51	40	37	23x	24x
Гвинея	59	34	–	1	96	81	77	66	55	48	76	96	45	24	35	20	27	17
Гвинея-Бисау	94	87	10	2	84	56	53	37	54	53	–	81	23	13	11	6	8	7
Гайана	–	–	–	23	125	124	–	–	96	96	59	96	106	104	–	–	66	73
Гаити	76	87	14	8	–	–	–	–	48	52	–	85	–	–	–	–	18	21
Святейший Престол	–	–	0	0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Гондурас	88	93	30	5	119	118	96	97	77	80	81	–	66	86	–	–	29	36
Венгрия	98	99	99	35	98	96	89	88	–	–	98	–	96	95	90	90	–	–
Исландия	–	–	109	65	98	97	98	97	–	–	99	–	108	111	89	91	–	–
Индия	87	77	15	11	114	109	90	87	85	81	73	95	59	49	–	–	59	49
Индонезия	99	99	28	5	116	112	97	94	94	95	80	–	64	64	59	59	54	56
Иран (Исламская Республика)	98	97	24	26	104	132	91	100	94	91	88	–	83	78	79	75	–	–
Ирак	89	81	32	0	109	90	95	82	91	80	70	83	54	36	45	32	46	34
Ирландия	–	–	113	34	104	103	95	95	–	–	–	–	108	116	85	90	–	–
Израиль	–	–	123	28	109	111	96	98	–	–	100	–	93	92	88	89	–	–
Италия	100	100	135	53	104	103	99	98	–	–	100	–	101	100	93	94	–	–
Ямайка	91	98	94	49	95	95	90	90	97	98	87	–	86	89	77	80	88	92
Япония	–	–	79	68	100	100	100	100	–	–	–	–	101	102	99	99	–	–
Иордания	99	99	74	14	96	98	89	91	99	99	96	–	88	90	81	83	85	89
Казахстан	100	100	53	9	105	106	90	90	99	98	100	100	93	92	86	86	97	97
Кения	80	81	21	8	107	104	75	76	79	79	84	90	52	49	43	42	12	13
Кирибати	–	–	–	2	112	114	96	98	–	–	81	–	82	94	65	72	–	–
Кувейт	100	100	91	29	97	96	84	83	–	–	96	–	87	91	75	79	–	–
Кыргызстан	100	100	24	12	97	96	86	85	91	93	99	99	86	87	80	81	90	92
Лаосская Народно-Демократическая Республика	85	80	17	1	123	109	86	81	81	77	62	93	49	38	38	32	40	33
Латвия	100	100	95	47	96	93	89	92	–	–	98	–	98	99	–	–	–	–
Ливан	–	–	31	26	96	93	82	82	97	97	87	93	78	85	70	77	61	68
Лесото	75	91	20	3	115	114	71	74	82	88	62	84	33	42	19	29	16	27
Либерия	68	76	8	0	96	87	40	39	–	–	–	–	37	27	22	13	–	–
Ливийская Арабская Джамахирия	100	98	66	4	113	108	–	–	–	–	–	–	86	101	–	–	–	–
Лихтенштейн	–	–	82	64	106	107	87	89	–	–	–	–	120	104	62	69	–	–
Литва	100	100	138	32	95	94	90	89	–	–	97	–	99	99	92	93	–	–
Люксембург	–	–	117	72	102	103	96	98	–	–	88	–	94	98	82	86	–	–
Мадагаскар	73	68	5	1	142	137	96	96	74	77	36	93	24	23	17	18	17	21
Малави	84	82	5	0	117	121	88	94	86	88	36	71	32	27	25	23	27	26
Малайзия	98	98	75	54	101	100	100	100	–	–	99	–	66	72	66	72	–	–
Мальдивские Острова	98	98	88	9	118	114	97	97	–	–	–	–	80	86	65	70	–	–
Мали	36	23	11	1	90	71	68	54	45	33	73	90	35	21	–	–	15	11
Мальта	96	99	86	34	101	99	92	91	–	–	99	–	99	100	84	90	–	–
Маршалловы Острова	–	–	–	–	94	92	67	66	–	–	–	–	66	67	43	47	–	–
Мавритания	70	63	34	1	99	104	78	82	56	59	45	–	27	23	16	15	21	17
Маврикий	95	97	62	25	102	102	94	96	–	–	99	–	89	88	81	82	–	–
Мексика	98	98	53	19	114	111	98	97	97	97	92	–	86	88	71	70	–	–
Микронезия (Федеративные Штаты)	–	–	19	14	109	111	–	–	–	–	–	–	80	86	–	–	–	–
Молдова	100	100	32	17	97	96	88	88	84	85	97	100	87	91	80	83	82	85
Монако	–	–	52	56	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Монголия	94	97	29	12	99	102	90	93	96	98	91	97	84	95	77	87	85	91
Черногория	–	93	107	44	–	–	–	–	98	97	–	97	–	–	–	–	90	92
Марокко	84	67	52	20	112	100	91	85	91	87	74	–	53	45	37	32	39	36
Мозамбик	58	48	12	1	113	97	79	73	63	57	40	68	18	13	4	4	8	7
Мьянма	97	96	0	0	114	115	99	100	83	84	72	100	49	49	46	46	51	48
Намибия	91	94	30	4	107	107	74	79	91	91	77	90	53	61	30	40	40	53
Науру	–	–	–	–	78	80	–	–	–	–	25	–	42	50	–	–	–	–

ТАБЛИЦА 5. ОБРАЗОВАНИЕ

Страны и территории	Коэффициент грамотности молодежи (15–24 лет) 2000–2007 гг.*		Число телефонов и пользователей интернета на 100 человек в 2006 г.		Коэффициент охвата начальным образованием 2000–2007* гг.				Коэффициент посещаемости начальной школы (2000–2007 гг.*) чистый		Доля учащихся, переведенных в последний класс начальной школы (в %) 2000–2007 гг.*		Коэффициент охвата средним образованием в 2000–2007 гг.*				Коэффициент посещаемости средней школы (2000–2007 гг.*) чистый	
					общий		чистый						общий		чистый			
	муж-чины	жен-щины	теле-фоны	пользо-ватели интернета	муж-чины	жен-щины	муж-чины	жен-щины	муж-чины	жен-щины	Официальные данные	Данные обследований	муж-чины	жен-щины	муж-чины	жен-щины	муж-чины	жен-щины
Непал	85	73	4	1	129	123	91	87	86	82	81	95	46	41	–	–	46	38
Нидерланды	–	–	106	86	108	105	99	97	–	–	98	–	119	117	88	89	–	–
Новая Зеландия	–	–	94	79	102	102	99	99	–	–	–	–	117	123	91	93	–	–
Никарагуа	85	92	33	3	117	115	90	90	77	84	50	56	62	70	40	47	35	47
Нигер	53	26	3	0	58	43	56	40	44	31	53	88	14	9	12	7	13	9
Нигерия	89	85	24	6	105	87	68	59	66	58	63	96	36	29	28	23	38	33
Ниуэ	–	–	–	–	107	102	–	–	–	–	–	–	96	102	91x	96x	–	–
Норвегия	–	–	108	82	98	98	98	98	–	–	100	–	113	113	96	97	–	–
оккупированная палестинская территория	99	99	22	7	82	83	76	76	91	92	98	–	91	97	87	92	–	–
Оман	99	98	70	11	82	83	73	75	–	–	99	–	90	87	78	77	–	–
Пакистан	80	60	22	8	94	74	74	57	60	51	70	–	34	26	33	26	23	18
Палау	–	–	0	0	108	101	98	95	–	–	–	–	96	105	–	–	–	–
Панама	97	96	66	15	113	110	99	98	–	–	85	–	67	73	61	68	–	–
Папуа-Новая Гвинея	63	65	–	2	60	50	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Парагвай	96	97	51	4	113	110	94	95	95	96	84	–	66	67	56	59	81	80
Перу	99	97	31	23	116	117	96	97	94	94	85	94	93	96	72	72	70	70
Филиппины	94	95	51	6	110	109	91	93	88	89	70	90	79	88	55	66	55	70
Польша	100	99	95	37	98	97	96	96	–	–	98	–	100	99	93	94	–	–
Португалия	100	100	116	30	118	112	98	98	–	–	–	–	94	102	78	86	–	–
Катар	97	98	110	35	105	104	93	94	–	–	89	–	103	100	91	90	–	–
Республика Корея	–	–	84	71	107	103	100	93	–	–	99	–	100	95	99	93	–	–
Румыния	97	98	80	52	105	104	93	93	–	–	94	–	86	86	74	73	–	–
Российская Федерация	100	100	106	18	96	96	91	91	–	–	99	–	85	83	–	–	–	–
Руанда	79	77	3	1	138	142	76	81	84	87	31	76	14	13	–	–	5	5
Сент-Китс и Невис	–	–	–	32	86	103	64	78	–	–	78	–	110	100	70	61	–	–
Сент-Люсия	–	–	–	62	122	114	99	97	–	–	96	–	80	95	65	80	–	–
Сент-Винсент и Гренадины	–	–	74	29	94	100	93	88	–	–	64	–	67	83	57	71	–	–
Самоа	99	100	25	4	100	100	90	91	–	–	96x	–	76	86	62	71	–	–
Сан-Марино	–	–	64	57	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Сан-Томе и Принсипи	95	96	12	14	128	127	97	98	94	95	61	83	44	47	31	34	39	41
Саудовская Аравия	98	96	78	19	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Сенегал	59	44	25	5	81	79	71	70	58	59	54	93	27	21	23	18	20	16
Сербия	–	96	63	13	97	97	95	95	98	98	–	100	87	89	–	–	90	93
Сейшельские Острова	99	99	87	36	126	125	99	100	–	–	99	–	105	119	94	100	–	–
Сьерра-Леоне	64	44	–	0	155	139	–	–	69	69	–	91	38	26	27	19	21	17
Сингапур	100	100	109	59	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Словакия	–	–	91	42	101	99	92	92	–	–	97	–	94	95	–	–	–	–
Словения	100	100	93	64	101	100	96	95	–	–	99	–	96	95	90	91	–	–
Соломоновы Острова	–	–	–	2	102	98	62	62	–	–	–	–	33	27	29	25	–	–
Сомали	–	24	6	1	–	–	–	–	24	20	–	85	–	–	–	–	8	4
Южная Африка	95	96	83	8	108	103	88	88	80x	83x	77	–	92	98	59	66	41x	48x
Испания	100	100	106	43	106	104	100	99	–	–	100	–	115	122	92	96	–	–
Шри-Ланка	97	98	26	2	108	108	98	97	–	–	100	–	86	88	–	–	–	–
Судан	85	71	12	9	71	61	45	37	56	52	74	56	35	33	–	–	17	22
Суринам	96	95	71	8	121	121	95	98	94	93	–	80	66	90	57	79	55	66
Свазиленд	87	90	24	4	110	102	78	79	83	86	71	80	47	47	29	35	31	41
Швеция	–	–	106	77	96	95	95	95	–	–	–	–	104	103	99	99	–	–
Швейцария	–	–	99	58	98	97	89	89	–	–	–	–	95	90	84	80	–	–
Сирийская Арабская Республика	95	92	24	8	129	123	97	92	97	96	92	–	72	68	64	61	64	65
Таджикистан	100	100	–	–	103	98	99	95	89	88	99	100	90	75	87	74	89	74
Таиланд	98	98	63	13	108	108	95	94	98	98	–	–	75	82	68	75	77	84
бывшая югославская Республика Македония	99	99	70	13	98	98	92	92	97	93	98	–	85	83	82	80	79	78
Тимор-Лешти	–	–	5	0	103	95	70	67	76	74	–	–	53	54	–	–	–	–
Того	84	64	11	5	110	95	86	75	82	76	68	84	54	27	30	14	45	32
Тонга	100	100	29	3	116	110	98	94	–	–	91	–	92	96	54	68	–	–
Тринидад и Тобаго	100	100	69	22	96	94	85	85	98	98	84	97	75	78	64	67	84	90
Тунис	97	94	72	13	110	107	96	97	95	93	94	–	81	89	61	68	–	–
Турция	98	94	71	18	96	92	93	89	91	87	94	95	86	71	74	64	52	43
Туркменистан	100	100	4	1	–	–	–	–	99	99	–	100	–	–	–	–	84	84

Страны и территории	Коэффициент грамотности молодежи (15–24 лет) 2000–2007 гг.*		Число телефонов и пользователей интернета на 100 человек в 2006 г.		Коэффициент охвата начальным образованием 2000–2007* гг.				Коэффициент посещаемости начальной школы (2000–2007 гг.*) чистый		Доля учащихся, переведенных в последний класс начальной школы (в %) 2000–2007 гг.*		Коэффициент охвата средним образованием в 2000–2007 гг.*				Коэффициент посещаемости средней школы (2000–2007 гг.*) чистый	
					общий		чистый						общий		чистый			
	муж-чины	жен-щины	теле-фоны	пользо-ватели интернета	муж-чины	жен-щины	муж-чины	жен-щины	муж-чины	жен-щины	Официальные данные	Данные обследований	муж-чины	жен-щины	муж-чины	жен-щины	муж-чины	жен-щины
Тувалу	–	–	15	19	106	105	–	–	–	–	63	–	87	81	–	–	–	–
Уганда	88	84	7	5	116	117	–	–	83	82	25	72	20	16	16	14	16	15
Украина	100	100	107	20	102	102	90	90	96	98	98	100	94	93	83	84	90	93
Объединенные Арабские Эмираты	99	97	119	37	104	103	88	88	–	–	99	–	89	91	78	80	–	–
Соединенное Королевство	–	–	117	63	105	106	98	99	–	–	–	–	97	99	91	94	–	–
Объединенная Республика Танзания	79	76	15	1	113	111	98	97	71	75	83	91	7x	6x	22	20	8	8
Соединенные Штаты	–	–	80	70	98	99	91	93	–	–	96	–	94	94	88	88	–	–
Уругвай	98	99	67	24	117	113	100	100	–	–	92	–	94	109	–	–	–	–
Узбекситан	99	99	9	4	97	94	–	–	100	100	99	100	103	102	–	–	91	90
Вануату	92	92	–	–	110	106	88	86	–	–	69x	–	43	37	41	35	–	–
Венесуэла (Боливарианская Республика)	96	98	69	15	106	103	91	91	91	93	90	82	73	82	62	71	30	43
Вьетнам	95	94	18	17	109	103	–	–	94	94	92	98	68	62	–	–	77	78
Йемен	93	67	14	1	100	74	85	65	68x	41x	60	–	61	30	49	26	35x	13x
Замбия	73x	66x	14	4	118	116	90	94	55	58	76	80	33	27	31	25	17	19
Зимбабве	98	99	6	9	102	101	87	88	91	93	62	79	42	39	38	36	46	43
СУММАРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ																		
Африка к югу от Сахары	77	68	18	3	101	90	75	70	64	61	61	84	36	29	28	24	26	22
Восточная и южная части Африки	78	69	19	3	110	104	83	81	66	66	60	82	39	34	30	27	20	18
Западная и центральная части Африки	77	66	18	3	93	77	67	58	63	56	62	86	33	24	26	20	31	26
Ближний Восток и Северная Африка	93	85	37	13	102	97	86	81	88	85	83	–	73	67	67	62	54	52
Южная Азия	84	74	15	9	111	104	88	83	81	77	72	94	54	45	–	–	51	43
Восточная Азия и Тихоокеанский регион	98	98	36	12	111	110	98	97	92**	92**	80**	–	73	73	60**	62**	60**	63**
Латинская Америка и Карибский бассейн	97	97	54	19	120	116	94	95	90	91	84	–	87	94	69	74	–	–
ЦВЕ/СНГ	99	99	81	20	98	96	92	90	93	91	96	97	89	85	79	75	79	76
Промышленно развитые страны§	–	–	93	59	101	101	95	96	–	–	97	–	102	101	91	92	–	–
Развивающиеся страны§	90	84	30	11	109	103	89	86	80**	77**	74**	90	62	58	51**	49**	48**	43**
Наименее развитые страны§	75	65	9	1	101	91	79	74	65	63	60	82	35	29	30	26	26	24
Весь мир	90	85	42	18	108	103	90	87	80**	77**	76**	90	67	63	58**	57**	48**	44**

§ Включает также территории внутри каждой категории стран или региональной группы. Страны и территории, входящие в каждую категорию стран или региональную группу, перечислены на стр. 152.

ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

Коэффициент грамотности молодежи: процент грамотных лиц в возрасте 15–24 лет как доля всего населения в данной возрастной группе.

Общий коэффициент охвата начальным образованием: число детей, охваченных начальным образованием, независимо от возраста, выраженное в виде процента от общего числа детей официально установленного младшего школьного возраста.

Общий коэффициент охвата средним образованием: число детей, охваченных средним образованием, независимо от возраста, выраженное в виде процента от общего числа детей официально установленного среднего школьного возраста.

Чистый коэффициент охвата начальным образованием: число детей, охваченных начальным образованием, официально установленного младшего школьного возраста, выраженное в виде процента от общего числа детей официально установленного младшего школьного возраста.

Чистый коэффициент охвата средним образованием: число детей, охваченных средним образованием, официально установленного среднего школьного возраста, выраженное в виде процента от общего числа детей официально установленного среднего школьного возраста.

Чистый коэффициент посещаемости начальной школы: число детей, посещающих начальную или среднюю школу, официально установленного младшего школьного возраста, выраженное в виде процента от общего числа детей официально установленного младшего школьного возраста.

Чистый коэффициент посещаемости средней школы: число детей, посещающих среднюю школу первой или второй ступени, официально установленного среднего или старшего школьного возраста, выраженное в виде процента от общего числа детей официально установленного среднего или старшего школьного возраста.

Доля учащихся, переведенных в последний класс начальной школы: процент детей, поступивших в первый класс начальной школы, которые доучились до последнего класса начальной школы.

ОСНОВНЫЕ ИСТОЧНИКИ ДАННЫХ

Грамотность молодежи: Институт статистики ЮНЕСКО (ЮИС).

Пользование телефоном и интернетом: Международный союз электросвязи, Женева.

Охват начальным и средним образованием: ЮИС.

Посещаемость начальной и средней школы: Демографические и медико-санитарные обследования (ДМСО) и кластерные обследования по методу совокупных показателей (МИКС).

Дети, доучившиеся до последнего класса начальной школы: Официальные данные: ЮИС. Данные обследований: ДМСО и МИКС.

ПРИМЕЧАНИЯ

– Данные отсутствуют.

x Обозначает данные, которые относятся к иным годам или периодам, нежели указанные в заглавии колонки, отличаются от стандартного определения либо относятся только к части страны. Такие данные не включаются в расчеты региональных и мировых средних показателей.

* Данные относятся к последнему году периода, указанного в заглавии колонки.

** За исключением Китая.

ТАБЛИЦА 6. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

Страны и территории	Население (в тыс. человек) в 2007 г.		Годовой коэффициент прироста населения (в %)		Общий коэффициент смертности			Общий коэффициент рождаемости			Ожидаемая продолжительность жизни			Суммарный коэффициент фертильности	Процент урбанизированного населения	Среднегодовой коэффициент прироста городского населения (в %)	
	в возрасте до 18 лет	в возрасте до 5 лет	1970–1990 гг.	1990–2007 гг.	1970 г.	1990 г.	2007 г.	1970 г.	1990 г.	2007 г.	1970 г.	1990 г.	2007 г.	2007 г.	2007 г.	1970–1990 гг.	1990–2007 гг.
Афганистан	14526	5002	0,3	4,5	29	23	20	52	52	48	35	41	44	7,1	24	2,9	6,4
Албания	986	250	2,2	–0,2	8	6	6	33	24	16	67	72	76	2,1	47	2,9	1,4
Алжир	11780	3271	3,0	1,7	16	7	5	49	32	21	53	67	72	2,4	65	4,4	3,2
Андорра	14	4	3,9	2,0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	91	3,8	2,0
Ангола	9022	3162	2,7	2,8	27	24	21	52	53	48	37	40	42	6,5	55	7,3	5,4
Антигуа и Барбуда	28	8	–0,6	1,9	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	38	–0,3	2,5
Аргентина	12279	3364	1,5	1,1	9	8	8	23	22	18	66	71	75	2,3	90	2,0	1,5
Армения	760	167	1,7	–1,0	5	8	10	23	21	12	70	68	72	1,4	64	2,3	–1,4
Австралия	4802	1272	1,4	1,2	9	7	7	20	15	12	71	77	81	1,8	89	1,4	1,5
Австрия	1573	393	0,2	0,5	13	11	9	15	12	9	70	76	80	1,4	66	0,2	0,5
Азербайджан	2536	564	1,7	0,9	7	7	7	29	27	16	65	66	67	1,8	52	2,0	0,7
Багамские Острова	106	28	2,0	1,5	7	6	6	31	24	17	66	70	73	2,0	91	3,1	2,2
Бахрейн	227	65	4,0	2,5	9	4	3	40	29	17	62	72	76	2,3	97	4,3	3,2
Бангладеш	64486	18900	2,4	2,0	20	12	8	45	35	25	44	54	64	2,9	26	7,2	3,8
Барбадос	66	17	0,6	0,5	9	8	7	22	16	11	69	75	77	1,5	54	1,0	1,7
Беларусь	1870	454	0,6	–0,3	7	11	15	16	14	9	71	71	69	1,2	73	2,7	0,2
Бельгия	2128	558	0,2	0,3	12	11	10	14	12	10	71	76	79	1,6	97	0,3	0,4
Белиз	124	36	2,1	2,6	8	5	4	40	35	25	66	72	76	3,0	49	1,7	2,9
Бенин	4553	1525	3,0	3,3	22	15	11	47	47	40	46	53	56	5,5	41	6,7	4,5
Бутан	248	60	3,0	1,1	23	14	7	47	38	19	41	52	66	2,2	12	6,1	4,2
Боливия	4167	1245	2,3	2,1	20	11	8	46	36	28	46	59	65	3,5	65	4,0	3,2
Босния и Герцеговина	825	189	0,9	–0,5	7	7	9	23	15	9	66	72	75	1,2	47	2,8	0,5
Ботсвана	783	218	3,3	1,9	13	7	15	45	35	25	55	64	50	2,9	59	11,8	4,1
Бразилия	62565	18110	2,2	1,5	10	7	6	35	24	19	59	66	72	2,3	85	3,7	2,4
Бруней-Даруссалам	132	41	3,4	2,5	7	3	3	36	28	22	67	74	77	2,3	74	3,7	3,4
Болгария	1298	341	0,2	–0,8	9	12	15	16	12	9	71	71	73	1,3	71	1,4	–0,5
Буркина-Фасо	7778	2670	2,4	3,0	24	17	15	51	49	44	42	50	52	6,0	19	6,8	5,2
Бурунди	4383	1541	2,4	2,4	20	19	16	44	48	47	44	46	49	6,8	11	7,3	5,8
Камбоджа	6247	1708	1,7	2,3	20	12	9	42	44	26	44	55	59	3,2	21	2,0	5,7
Камерун	8908	2866	2,9	2,4	19	13	15	45	42	35	46	55	50	4,4	56	6,4	4,6
Канада	6909	1720	1,2	1,0	7	7	7	17	14	10	73	77	81	1,5	80	1,3	1,4
Кабо-Верде	242	74	1,4	2,4	12	8	5	40	39	29	56	65	72	3,4	59	5,5	4,3
Центральноафриканская Республика	2137	674	2,4	2,2	22	16	18	42	42	36	42	50	44	4,6	38	3,9	2,5
Чад	5690	1989	2,5	3,3	21	16	15	46	48	46	45	52	51	6,2	26	5,5	5,0
Чили	4848	1234	1,6	1,4	10	6	5	29	23	15	62	73	79	1,9	88	2,1	1,8
Китай	341820	84062	1,6	0,9	8	7	7	33	21	13	62	68	73	1,7	42	3,9	3,6
Колумбия	16196	4388	2,2	1,6	9	6	6	38	27	19	61	68	73	2,2	73	3,2	2,2
Коморские Острова	403	130	3,3	2,7	18	11	7	50	41	34	48	56	65	4,4	38	5,1	4,8
Конго	1825	595	3,0	2,6	14	11	12	44	39	35	54	57	55	4,5	61	4,7	3,5
Острова Кука	5	1	–0,9	–1,7	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	73	–0,5	–0,3
Коста-Рика	1482	394	2,6	2,2	7	4	4	33	27	18	67	75	79	2,1	63	4,0	3,7
Кот-д'Ивуар	9271	2872	4,4	2,4	18	13	16	51	45	36	49	54	48	4,5	46	6,1	3,5
Хорватия	846	204	0,4	0,0	10	11	12	15	12	9	69	72	76	1,3	57	1,9	0,4
Куба	2571	632	1,0	0,4	7	7	8	29	17	11	70	74	78	1,5	75	2,0	0,5
Кипр	200	50	0,5	1,3	10	8	7	19	19	12	71	76	79	1,6	70	3,0	1,7
Чешская Республика	1822	469	0,2	–0,1	12	12	11	16	12	9	70	72	76	1,2	73	2,1	–0,2
Корейская Народно-Демократическая Республика	6656	1562	1,7	1,0	7	6	10	35	21	13	62	71	67	1,9	62	2,1	1,4
Демократическая Республика Конго	33784	12268	3,1	2,9	20	18	18	48	49	50	45	47	46	6,7	33	2,6	4,3
Дания	1210	318	0,2	0,3	10	12	10	16	12	11	73	75	78	1,8	86	0,5	0,4
Джибути	369	107	6,2	2,3	21	14	11	49	42	29	43	51	55	4,0	87	7,3	3,3
Доминика	22	6	0,3	–0,1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	73	2,1	0,3
Доминиканская Республика	3788	1113	2,3	1,7	11	6	6	42	29	24	58	67	72	2,8	68	3,9	3,1
Эквадор	5060	1403	2,7	1,5	12	6	5	42	29	21	58	68	75	2,6	64	4,4	2,5
Египет	29422	8719	2,2	1,8	17	9	6	41	32	24	50	62	71	2,9	43	2,4	1,9
Сальвадор	2696	772	1,8	1,7	12	7	6	44	30	23	57	65	72	2,7	60	2,9	3,1
Экваториальная Гвинея	247	82	0,8	2,4	25	19	15	41	42	39	40	47	51	5,4	39	2,0	3,3
Эритрея	2402	837	2,7	2,5	21	16	9	47	41	40	43	48	58	5,1	20	3,8	4,2
Эстония	254	68	0,7	–0,9	11	13	14	15	14	11	71	69	71	1,5	69	1,1	–1,2
Эфиопия	42124	13651	2,7	2,9	21	18	13	49	47	38	43	47	53	5,3	16	4,6	4,7

Страны и территории	Население (в тыс. человек) в 2007 г.		Годовой коэффициент прироста населения (в %)		Общий коэффициент смертности			Общий коэффициент рождаемости			Ожидаемая продолжительность жизни			Суммарный коэффициент фертильности	Процент урбанизированного населения	Среднегодовой коэффициент прироста городского населения (в %)	
	в возрасте до 18 лет	в возрасте до 5 лет	1970–1990 гг.	1990–2007 гг.	1970 г.	1990 г.	2007 г.	1970 г.	1990 г.	2007 г.	1970 г.	1990 г.	2007 г.	2007 г.	2007 г.	1970–1990 гг.	1990–2007 гг.
Фиджи	320	88	1,6	0,9	8	6	7	34	29	21	60	67	69	2,8	52	2,5	2,3
Финляндия	1093	287	0,4	0,3	10	10	10	14	13	11	70	75	79	1,8	61	1,4	0,3
Франция	13573	3828	0,6	0,5	11	9	9	17	13	12	72	77	81	1,9	77	0,8	0,8
Габон	555	159	2,8	2,2	20	11	12	34	36	26	47	61	57	3,1	85	6,6	3,6
Гамбия	803	264	3,5	3,4	28	15	10	50	43	35	37	51	59	4,8	56	6,8	5,9
Грузия	1006	233	0,7	–1,3	9	9	12	19	16	11	67	71	71	1,4	52	1,5	–1,7
Германия	14286	3499	0,1	0,2	12	11	11	14	11	8	71	75	79	1,4	75	0,1	0,4
Гана	10553	3216	2,7	2,4	16	11	9	45	40	30	49	57	60	3,9	49	3,9	4,5
Греция	1906	514	0,7	0,5	8	9	10	17	10	9	72	77	79	1,3	59	1,3	0,6
Гренада	42	10	0,1	0,6	9	10	8	28	28	18	64	66	69	2,3	31	0,1	0,3
Гватемала	6588	2093	2,5	2,4	15	9	6	44	39	34	52	62	70	4,2	48	3,2	3,5
Гвинея	4656	1566	2,3	2,6	27	19	12	50	47	40	38	47	56	5,5	34	5,1	3,9
Гвинея-Бисау	918	333	2,8	3,0	29	23	19	49	50	50	36	42	46	7,1	30	5,9	3,5
Гайана	267	70	0,1	0,1	11	9	8	38	25	17	60	62	66	2,3	28	0,2	–0,2
Гаити	4211	1250	2,1	1,8	18	13	9	39	37	28	47	54	61	3,6	40	4,1	3,8
Святейший Престол	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Гондурас	3257	948	3,0	2,2	15	7	6	47	38	28	52	66	70	3,3	47	4,6	3,4
Венгрия	1903	471	0,0	–0,2	11	14	13	15	12	9	69	69	73	1,3	67	0,5	–0,1
Исландия	78	21	1,1	1,0	7	7	6	21	17	14	74	78	82	2,0	93	1,4	1,2
Индия	446646	126808	2,2	1,8	16	10	8	38	32	23	49	59	64	2,8	29	3,5	2,8
Индонезия	76805	21630	2,1	1,4	17	9	6	41	26	19	48	61	70	2,2	50	5,0	4,6
Иран (Исламская Республика)	24229	6472	3,4	1,3	14	7	5	43	35	20	54	64	71	2,0	68	4,9	2,6
Ирак	13847	4217	3,0	2,6	12	8	9	46	39	32	56	63	59	4,3	67	4,1	2,5
Ирландия	1063	323	0,9	1,2	11	9	7	22	15	16	71	75	79	2,0	61	1,3	1,7
Израиль	2262	683	2,2	2,5	7	6	5	27	22	20	71	76	81	2,8	92	2,6	2,8
Италия	9882	2734	0,3	0,2	10	10	10	17	10	9	72	77	81	1,4	68	0,4	0,3
Ямайка	1007	273	1,2	0,8	8	7	7	35	25	20	68	72	72	2,5	54	2,1	1,4
Япония	21206	5549	0,8	0,2	7	7	9	19	10	8	72	79	83	1,3	66	1,7	0,5
Иордания	2500	731	3,5	3,5	16	6	4	52	36	26	54	67	72	3,1	83	4,8	4,6
Казахстан	4558	1316	1,2	–0,4	9	9	10	26	23	19	62	67	67	2,3	58	1,7	–0,3
Кения	18593	6359	3,7	2,8	15	10	12	51	42	39	52	60	53	5,0	21	6,5	3,9
Кирибати	35	10	2,5	1,6	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	50	4,0	4,1
Кувейт	785	242	5,3	1,7	6	2	2	48	24	18	66	75	78	2,2	98	6,0	1,8
Кыргызстан	1945	514	2,0	1,1	11	8	8	31	31	22	60	66	66	2,5	36	2,0	0,9
Лаосская Народно-Демократическая Республика	2681	720	2,3	2,1	19	13	7	44	43	27	46	54	64	3,2	21	4,7	4,3
Латвия	411	103	0,6	–0,9	11	13	14	14	14	9	70	69	73	1,3	68	1,3	–1,1
Ливан	1365	362	1,0	1,9	9	7	7	33	26	18	65	69	72	2,2	87	2,7	2,3
Лесото	953	271	2,2	1,3	17	11	19	43	36	29	49	59	42	3,4	19	5,7	2,1
Либерия	2017	725	2,2	3,3	22	21	18	49	50	50	42	43	45	6,8	60	4,9	5,2
Ливийская Арабская Джамахирия	2183	688	3,9	2,0	16	5	4	49	26	24	51	68	74	2,8	85	6,7	2,7
Лихтенштейн	7	2	1,5	1,1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	22	1,6	1,6
Литва	688	150	0,8	–0,5	9	11	12	17	15	9	71	71	73	1,3	66	2,4	–0,7
Люксембург	102	27	0,6	1,2	12	11	9	13	13	11	70	75	79	1,7	83	1,0	1,4
Мадагаскар	9829	3190	2,8	2,9	21	15	10	47	44	37	44	51	59	4,8	27	5,3	4,0
Малави	7479	2461	3,7	2,3	24	18	15	56	50	41	41	49	48	5,6	18	7,0	5,2
Малайзия	9663	2756	2,6	2,3	9	5	4	37	30	21	61	70	74	2,6	69	4,5	4,5
Мальдивские Острова	121	31	2,9	2,0	17	9	6	40	40	23	50	60	68	2,6	31	6,8	3,2
Мали	6721	2321	2,3	2,8	26	20	15	52	52	48	39	47	54	6,5	32	4,7	4,9
Мальта	84	20	0,9	0,7	9	8	8	17	15	10	70	76	79	1,4	96	0,9	1,1
Маршалловы Острова	22	6	4,2	1,3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	67	4,3	1,6
Мавритания	1443	462	2,6	2,8	18	11	8	45	40	33	47	57	64	4,4	41	7,6	3,1
Маврикий	358	94	1,2	1,0	7	6	7	28	20	15	62	69	73	1,9	42	1,4	0,9
Мексика	37772	10342	2,4	1,4	10	5	5	44	28	20	61	70	76	2,2	77	3,4	1,8
Микронезия (Федеративные Штаты)	50	14	2,2	0,8	9	7	6	41	34	26	62	66	68	3,8	22	2,4	0,0
Молдова	932	211	1,0	–0,9	10	10	12	18	19	11	65	68	69	1,4	47	2,9	–0,9
Монако	6	2	1,2	0,5	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	1,2	0,5
Монголия	898	232	2,8	1,0	14	9	7	42	33	19	53	61	67	1,9	57	4,0	1,1
Черногория	142	38	0,6	0,1	3	5	10	10	11	14	69	75	74	1,8	–	–	–
Марокко	11075	3005	2,4	1,4	17	8	6	47	30	20	52	64	71	2,4	60	4,1	2,8

ТАБЛИЦА 6. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

Страны и территории	Население (в тыс. человек) в 2007 г.		Годовой коэффициент прироста населения (в %)		Общий коэффициент смертности			Общий коэффициент рождаемости			Ожидаемая продолжительность жизни			Суммарный коэффициент фертильности	Процент урбанизированного населения	Среднегодовой коэффициент прироста городского населения (в %)	
	в возрасте до 18 лет	в возрасте до 5 лет	1970–1990 гг.	1990–2007 гг.	1970 г.	1990 г.	2007 г.	1970 г.	1990 г.	2007 г.	1970 г.	1990 г.	2007 г.	2007 г.	2007 г.	1970–1990 гг.	1990–2007 гг.
Мозамбик	10909	3700	1,8	2,7	25	20	20	48	43	40	39	43	42	5,2	36	8,3	6,2
Мьянма	15617	4132	2,1	1,1	15	11	10	40	27	18	51	59	62	2,1	32	2,5	2,8
Намибия	939	248	3,0	2,2	15	9	13	43	42	26	53	62	52	3,2	36	4,1	4,1
Науру	4	1	1,7	0,6	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	1,7	0,6
Непал	12606	3651	2,3	2,3	21	13	8	42	39	28	43	54	64	3,3	17	6,3	6,4
Нидерланды	3576	969	0,7	0,6	8	9	9	17	13	11	74	77	80	1,7	81	1,2	1,6
Новая Зеландия	1064	285	1,0	1,2	9	8	7	22	17	14	71	75	80	2,0	86	1,2	1,4
Никарагуа	2441	673	2,7	1,8	13	7	5	47	37	25	54	64	73	2,8	60	3,3	2,6
Нигер	7724	2797	3,1	3,5	26	22	14	58	56	49	40	46	57	7,2	17	5,9	4,4
Нигерия	75065	24823	2,8	2,6	22	18	17	47	47	40	42	47	47	5,4	50	5,3	5,0
Ниуэ	1	0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	37	–	–
Норвегия	1092	284	0,4	0,6	10	11	9	17	14	12	74	77	80	1,8	78	0,9	1,1
оккупированная палестинская территория	2095	685	3,4	3,7	19	7	4	49	46	36	54	68	73	5,2	72	4,5	4,2
Оман	1013	271	4,5	2,0	17	4	3	50	38	22	49	70	76	3,0	72	9,3	2,7
Пакистан	70609	19333	3,2	2,2	16	11	7	43	42	27	51	60	65	3,5	36	4,2	3,3
Палау	8	2	1,4	1,8	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	68	2,2	1,8
Панама	1181	344	2,4	1,9	8	5	5	38	26	21	65	72	75	2,6	73	3,0	3,9
Папуа-Новая Гвинея	2941	894	2,4	2,5	19	11	10	42	37	30	43	54	57	3,8	14	3,9	2,9
Парагвай	2537	734	2,7	2,2	7	6	6	37	33	25	65	68	72	3,1	60	4,0	3,6
Перу	10273	2817	2,5	1,5	14	7	6	42	30	21	53	65	71	2,5	73	3,4	1,9
Филиппины	36804	11095	2,6	2,1	11	7	5	40	33	26	57	65	72	3,3	64	4,5	4,0
Польша	7471	1767	0,8	0,0	8	10	10	17	15	9	70	71	76	1,2	62	1,6	0,1
Португалия	1996	558	0,7	0,4	11	10	11	21	12	11	67	74	78	1,5	59	1,8	1,7
Катар	208	65	7,2	3,5	13	3	2	34	23	16	60	69	76	2,7	96	7,4	3,9
Республика Корея	10418	2319	1,5	0,7	9	6	6	31	16	9	60	71	79	1,2	81	4,5	1,3
Румыния	4154	1051	0,7	–0,5	9	11	12	21	14	10	68	69	72	1,3	54	2,2	–0,5
Российская Федерация	27044	7302	0,7	–0,2	9	12	16	14	14	11	69	68	65	1,3	73	1,5	–0,3
Руанда	4921	1685	3,3	1,7	20	33	17	53	49	44	44	33	46	5,9	21	5,9	10,3
Сент-Китс и Невис	17	5	–0,5	1,3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	32	–0,4	0,8
Сент-Люсия	54	15	1,4	1,1	8	7	7	41	25	19	64	71	74	2,2	28	2,4	0,8
Сент-Винсент и Гренадины	42	12	0,9	0,6	11	7	7	40	25	20	61	69	71	2,2	47	3,0	1,5
Самоа	88	24	0,6	0,9	10	7	5	39	34	25	55	65	71	4,0	23	0,8	1,4
Сан-Марино	6	2	1,2	1,5	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	89	3,1	1,4
Сан-Томе и Принсипи	76	23	2,3	1,8	13	10	8	47	38	33	55	62	65	3,9	60	4,2	3,9
Саудовская Аравия	9781	2921	5,2	2,5	18	5	4	48	36	25	52	68	73	3,4	81	7,5	3,0
Сенегал	5998	1942	2,9	2,6	21	12	9	48	43	35	45	57	63	4,7	42	4,2	3,3
Сербия	2204	610	0,8	0,2	9	10	12	18	15	13	68	71	74	1,8	–	–	–
Сейшельские Острова	44	15	1,6	1,1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	50	4,8	1,2
Сьерра-Леоне	2889	1019	2,1	2,1	29	26	22	47	48	46	35	39	42	6,5	42	4,8	4,4
Сингапур	994	200	1,9	2,3	5	5	5	23	18	8	69	75	80	1,3	100	1,9	2,4
Словакия	1087	260	0,7	0,1	10	10	10	19	15	10	70	72	75	1,2	56	2,3	0,1
Словения	343	89	0,7	0,2	10	10	10	17	11	9	69	73	78	1,3	51	2,3	0,4
Соломоновы Острова	229	71	3,3	2,7	10	12	7	46	40	31	54	57	63	3,9	18	5,5	4,4
Сомали	4389	1539	3,1	1,5	24	22	17	51	46	43	40	42	48	6,1	36	4,5	2,8
Южная Африка	18385	5235	2,4	1,7	14	8	17	38	29	23	53	62	50	2,7	60	2,9	2,7
Испания	7742	2321	0,7	0,8	9	8	9	20	10	11	72	77	81	1,4	77	1,4	0,9
Шри-Ланка	5504	1464	1,6	0,7	8	7	7	31	21	15	65	70	72	1,9	15	1,0	–0,1
Судан	17961	5528	2,9	2,3	20	14	10	47	41	32	44	53	58	4,3	43	5,3	5,4
Суринам	158	44	0,4	0,8	8	6	7	37	24	20	63	68	70	2,4	75	2,4	1,4
Свазиленд	534	147	3,2	1,6	18	10	21	50	41	29	48	59	40	3,5	25	7,5	2,2
Швеция	1912	505	0,3	0,4	10	11	10	14	14	11	74	78	81	1,8	84	0,4	0,5
Швейцария	1488	358	0,5	0,5	9	9	8	16	12	9	73	78	82	1,4	76	1,6	1,2
Сирийская Арабская Республика	8424	2544	3,5	2,6	13	5	3	47	37	27	55	68	74	3,1	51	4,1	3,1
Таджикистан	3081	857	2,9	1,4	10	8	6	40	39	27	60	63	67	3,4	24	2,2	–0,1
Таиланд	16430	4518	1,9	1,0	10	7	9	37	19	15	59	67	70	1,8	33	3,6	1,7
бывшая югославская Республика Македония	476	115	1,0	0,4	8	8	9	24	17	11	66	71	74	1,4	70	2,0	1,6
Тимор-Лешти	590	199	1,0	2,6	22	18	9	46	43	42	40	46	61	6,6	27	3,4	4,5
Того	3260	1061	3,1	3,0	18	12	10	48	44	37	48	58	58	4,9	42	4,9	5,2
Тонга	44	12	–0,2	0,3	6	6	6	37	30	25	65	70	73	3,8	24	0,4	0,8

Страны и территории	Население (в тыс. человек) в 2007 г.		Годовой коэффициент прироста населения (в %)		Общий коэффициент смертности			Общий коэффициент рождаемости			Ожидаемая продолжительность жизни			Суммарный коэффициент фертильности	Процент урбанизированного населения	Среднегодовой коэффициент прироста городского населения (в %)	
	в возрасте до 18 лет	в возрасте до 5 лет	1970–1990 гг.	1990–2007 гг.	1970 г.	1990 г.	2007 г.	1970 г.	1990 г.	2007 г.	1970 г.	1990 г.	2007 г.	2007 г.	2007 г.	1970–1990 гг.	1990–2007 гг.
Тринидад и Тобаго	357	94	1,2	0,5	7	7	8	27	21	15	66	70	70	1,6	13	–0,5	3,1
Тунис	3178	830	2,4	1,3	14	6	6	39	27	17	54	69	74	1,9	66	3,8	2,1
Турция	24623	6646	2,3	1,6	12	8	6	39	26	18	56	65	72	2,1	68	4,5	2,6
Туркменистан	1845	494	2,6	1,8	11	8	8	37	35	22	58	63	63	2,5	47	2,3	2,1
Тувалу	4	1	1,3	0,7	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	57	4,6	2,8
Уганда	17349	6028	3,2	3,2	16	15	14	49	50	47	50	51	51	6,5	13	5,7	4,4
Украина	8389	2025	0,4	–0,6	9	13	16	15	13	9	71	70	68	1,2	68	1,4	–0,5
Объединенные Арабские Эмираты	1006	327	10,6	5,0	11	3	1	36	27	16	61	73	79	2,3	77	10,5	5,1
Соединенное Королевство	13100	3503	0,1	0,4	12	11	10	16	14	12	72	76	79	1,8	90	0,8	0,5
Объединенная Республика Танзания	20630	7050	3,1	2,7	18	15	13	48	44	40	47	51	52	5,2	25	7,5	4,6
Соединенные Штаты	75992	20957	1,0	1,0	9	9	8	16	16	14	71	75	78	2,1	81	1,1	1,6
Уругвай	938	252	0,5	0,4	10	10	9	21	18	15	69	72	76	2,1	92	0,9	0,7
Узбекситан	10593	2879	2,7	1,7	10	7	7	36	35	23	63	67	67	2,5	37	3,1	1,2
Вануату	103	31	2,8	2,4	14	7	5	43	37	29	53	64	70	3,8	24	4,9	4,2
Венесуэла (Боливарианская Республика)	10089	2896	3,0	2,0	7	5	5	37	29	22	65	71	74	2,6	94	3,8	2,8
Вьетнам	30263	8109	2,2	1,6	18	8	5	41	31	19	49	65	74	2,2	27	2,7	3,6
Йемен	11729	3740	3,3	3,5	27	13	8	56	51	38	38	54	62	5,5	28	5,5	5,6
Замбия	6270	2030	3,2	2,3	17	16	19	49	44	40	49	49	42	5,2	35	4,5	1,7
Зимбабве	6175	1706	3,5	1,4	13	8	19	48	37	28	55	63	43	3,2	37	6,1	3,0
СУММАРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ																	
Африка к югу от Сахары	383988	127624	2,9	2,6	20	16	15	48	45	39	45	50	50	5,2	36	4,7	4,3
Восточная и южная части Африки	186875	61296	2,9	2,5	19	15	15	47	43	38	46	51	50	4,9	29	4,7	3,9
Западная и центральная части Африки	197113	66328	2,9	2,7	22	17	16	48	47	41	43	49	50	5,5	43	4,8	4,6
Ближний Восток и Северная Африка	153178	44789	3,0	2,0	16	8	6	45	35	25	51	63	69	3,0	58	4,4	2,9
Южная Азия	614747	175250	2,3	1,9	17	11	8	39	33	24	49	59	64	3,0	29	3,8	3,0
Восточная Азия и Тихоокеанский регион	559872	144441	1,8	1,0	10	7	7	35	22	15	59	67	72	1,9	44	3,9	3,5
Латинская Америка и Карибский бассейн	197226	55622	2,2	1,5	10	7	6	37	27	20	60	68	73	2,4	78	3,3	2,2
ЦВЕ/СНГ	100110	26458	1,0	0,2	9	11	12	20	18	14	67	68	68	1,7	62	2,0	0,3
Промышленно развитые страны§	204334	54922	0,7	0,6	10	9	9	17	13	11	71	76	79	1,7	76	1,0	0,9
Развивающиеся страны§	1962419	562128	2,2	1,6	13	9	8	38	29	22	55	63	67	2,8	44	3,8	3,1
Наименее развитые страны§	383853	124237	2,5	2,5	21	16	12	47	42	36	44	51	55	4,7	28	4,9	4,4
Весь мир	2213456	629106	1,8	1,4	12	9	9	32	26	20	59	65	68	2,6	49	2,7	2,3

§ Включает также территории внутри каждой категории стран или региональной группы. Страны и территории, входящие в каждую категорию стран или региональную группу, перечислены на стр. 152.

ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении: число лет, которые проживут новорожденные, если они будут подвергаться смертельным рискам, превалирующим в поперечном разрезе населения в момент их рождения.

Общий коэффициент смертности: число смертей на 1 тыс. населения в год.

Общий коэффициент рождаемости: число живорождений на 1 тыс. населения в год.

Суммарный коэффициент фертильности: число детей, которые могли бы родиться у одной женщины, если бы она прожила до конца детородного возраста и рожала детей в соответствии с повозрастным коэффициентом рождаемости в конкретном году, соответствующим определенному возрасту.

Городское население: процент населения, живущего в городских районах, как они определены в соответствии с национальным определением, использованным в последней по времени переписи населения.

ОСНОВНЫЕ ИСТОЧНИКИ ДАННЫХ

Детское население: Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций.

Общие коэффициенты смертности и рождаемости: Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций.

Ожидаемая продолжительность жизни: Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций.

Фертильность: Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций.

Городское население: Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций.

ПРИМЕЧАНИЯ – Данные отсутствуют.

ТАБЛИЦА 7. ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

Страны и территории	ВНД на душу населения (в долл. США) 2007 г.	Среднегодовой коэффициент роста ВВП на душу населения (в %)		Средне-годовой уровень инфляции (в %) 1990–2007 гг.	Процент населения, имеющего доход менее 1,25 долл. США в день 2005 гг.	Процент расходов центрального правительства в 1995–2006 гг.* на:			Приток ОПР в млн. долл. США 2006 г.	Приток ОПР как процент от ВНД получателя 2006 г.	Обслуживание долга как процент от экспорта товаров и услуг	
		1970–1990 гг.	1990–2007 гг.			здраво-охранение	образо-вание	оборону			1990 г.	2006 г.
Афганистан	250x	–	–	–	–	–	–	–	3000	37	–	–
Албания	3290	–0,7x	5,2	18	1	4	4	2	321	3	4x	3
Алжир	3620	1,6	1,4	13	7	17	4	24	209	0	62	–
Андорра	d	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ангола	2560	0,4x	2,9	319	54	34x	6x	15x	171	1	7	13
Антигуа и Барбуда	11520	8,3x	1,7	2	–	–	–	–	3	0	–	–
Аргентина	6050	–0,7	1,5	6	5	3	5	5	114	0	30	13
Армения	2640	–	5,8	69	11	–	–	–	213	4	–	6
Австралия	35960	1,5	2,4	2	–	6	15	10	–	–	–	–
Австрия	42700	2,4	1,8	2	–	2	14	10	–	–	–	–
Азербайджан	2550	–	2,8	71	0	12	1	4	206	1	–	1
Багамские Острова	15730x	1,8	0,4x	3x	–	3	16	20	–	–	–	–
Бахрейн	19350	–1,3x	2,4x	2x	–	14	8	15	57x	1x	–	–
Бангладеш	470	0,6	3,1	4	50y	10	7	17	1223	2	17	3
Барбадос	d	1,5	1,3x	3x	–	–	–	–	–1	0	–	–
Беларусь	4220	–	3,4	162	0	4	3	4	73	0	–	2
Бельгия	40710	2,2	1,8	2	–	3	16	3	–	–	–	–
Белиз	3800	2,9	2,4	1	–	5x	8x	20x	8	1	5	16
Бенин	570	0	1,3	6	47	17x	6x	31x	375	8	7	6x
Бутан	1770	6,8x	5,2	7	26	–	9	13	94	10	–	–
Боливия	1260	–1,1	1,3	7	20	5	10	22	581	6	31	8
Босния и Герцеговина	3580	–	10,8x	5x	0	–	–	–	494	4	–	7
Ботсвана	5840	8,2	4,2	8	31	8x	5x	26x	65	1	4	1
Бразилия	5910	2,3	1,2	72	8y	3	6	6	82	0	19	36
Бруней-Даруссалам	26930x	–2,2x	–0,3x	4x	–	–	–	–	–	–	–	–
Болгария	4590	3,4x	2,3	51	0	6	11	5	–	–	19	10
Буркина-Фасо	430	1,3	2,5	3	57	14x	7x	17x	871	14	6	–
Бурунди	110	1,1	–2,7	12	81	23	2	15	415	52	41	40
Камбоджа	540	–	6,2x	3x	40	–	–	–	529	8	0x	1
Камерун	1050	3,3	0,6	4	33	10	3	12	1684	9	18	15x
Канада	39420	2	2,2	2	–	6	9	3	–	–	–	–
Кабо-Верде	2430	–	3,3	4	21	–	–	–	138	13	5	4
Центральноафриканская Республика	380	–1,3	–0,8	3	62	–	–	–	134	9	8	–
Чад	540	–1	2,4	7	62	–	8x	8x	284	6	2	–
Чили	8350	1,5	3,7	6	1	7	15	17	83	0	20	19
Китай	2360	6,6	8,9	5	16y	12	0	2	1245	0	10	2
Колумбия	3250	2	1	14	15	13	9	20	988	1	39	31
Коморские Острова	680	0,1x	–0,4	4	46	–	–	–	30	7	2	–
Конго	1540	3,2	–0,2	8	54	10	4	4	254	7	32	2x
Острова Кука	–	–	–	–	–	–	–	–	32	0	–	–
Коста-Рика	5560	0,7	2,5	13	2	0	21	22	24	0	21	4
Кот-д'Ивуар	910	–1,9	–0,7	6	23	4x	4x	21x	251	2	26	0
Хорватия	10460	–	3	33	0	4	13	8	200	0	–	33
Куба	c	–	3,6x	4x	–	–	23x	10x	78	0	–	–
Кипр	24940	5,9x	2,2	4	–	4	6	12	–	–	–	–
Чешская Республика	14450	–	2,4	7	0	4	16	10	–	–	–	–
Корейская Народно-Демократическая Республика	a	–	–	–	–	–	–	–	55	0	–	–
Демократическая Республика Конго	140	–2,4	–4,3	335	59	18	0	0	2056	27	–	–
Дания	54910	2	1,9	2	–	5	1	12	–	–	–	–
Джибути	1090	–	–2,1	3	19	–	–	–	117	14	4x	6
Доминика	4250	4,7x	2,4	1	–	–	–	–	19	7	4	13x
Доминиканская Республика	3550	2,1	3,8	11	5	4	10	13	53	0	7	8
Эквадор	3080	1,3	1,2	5	10	13x	11x	18x	189	0	27	23
Египет	1580	4,3	2,5	7	2	9	3	15	873	1	18	5
Сальвадор	2850	–1,8	1,8	4	14	3	14	14	157	1	14	12
Экваториальная Гвинея	12860	–	21,1	13	–	–	–	–	27	1	2	–
Эритрея	230	–	–0,3x	12x	–	–	–	–	129	15	–	–
Эстония	13200	1,5x	5,2	24	0	5	16	7	–	–	–	–
Эфиопия	220	–	2,2	5	39	17	1	5	1947	15	33	7
Фиджи	3800	0,6x	1,5x	4x	–	6x	9x	18x	56	2	12	1
Финляндия	44400	2,8	2,8	2	–	4	3	10	–	–	–	–

Страны и территории	ВНД на душу населения (в долл. США) 2007 г.	Среднегодовой коэффициент роста ВВП на душу населения (в %) 1970–1990 гг.	1990–2007 гг.	Средне-годовой уровень инфляции (в %) 1990–2007 гг.	Процент населения, имеющего доход менее 1,25 долл. США в день 2005 гг.	Процент расходов центрального правительства в 1995–2006 гг.* на: здраво-охранение	образо-вание	оборону	Приток ОПР в млн. долл. США 2006 г.	Приток ОПР как процент от ВНД получателя 2006 г.	Обслуживание долга как процент от экспорта товаров и услуг 1990 г.	2006 г.
Франция	38500	2,2	1,6	1	–	6x	16x	7x	–	–	–	–
Габон	6670	0,3	–0,7	6	5	–	–	–	31	0	4	5x
Гамбия	320	0,9	0,2	8	34	4x	7x	12x	74	15	18	11
Грузия	2120	3,2	1,8	102	13	23	7	11	361	5	–	7
Германия	38860	2,3x	1,4	1	–	4	19	1	–	–	–	–
Гана	590	–2,1	2,1	24	30	5x	7x	22x	1176	10	21	4
Греция	29630	1,3	2,7	6	–	8	7	11	–	–	–	–
Гренада	4670	4,9	2,5	2	–	–	10x	17x	27	6	2	5x
Гватемала	2440	0,2	1,4	7	12	11x	11x	17x	487	1	11	4
Гвинея	400	0,3x	1,3	8	70	29x	3x	11x	164	4	18	17x
Гвинея-Бисау	200	–0,2	–2,6	16	49	4x	1x	3x	82	27	21	35x
Гайана	1300	–1,5	3,1	8	8	–	–	–	173	20	20x	3
Гаити	560	–0,3	–2,1	18	55	–	–	–	581	14	4	3
Святейший Престол	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Гондурас	1600	0,8	1,5	15	22	7x	10x	19x	587	7	30	5
Венгрия	11570	3	3,3	13	0	3	6	5	–	–	30	32
Исландия	54100	3,2	2,4	4	–	0	27	11	–	–	–	–
Индия	950	2,1	4,5	6	42y	14	2	4	1379	0	25	7
Индонезия	1650	4,7	2,3	15	21y	7	1	4	1405	0	31	9
Иран (Исламская Республика)	3470	–2,3	2,5	23	1	14	6	7	121	0	1	–
Ирак	2170x	–	–	–	–	–	–	–	8661	0	–	–
Ирландия	48140	2,8	5,8	4	–	3	16	14	–	–	–	–
Израиль	21900	1,9	1,7	6	–	19	12	15	–	–	–	–
Италия	33540	2,8	1,2	3	–	3	3	10	–	–	–	–
Ямайка	3710	–1,3	0,8	15	0	2	7	15	37	0	20	11
Япония	37670	3	0,9	–1	–	4x	2x	6x	–	–	–	–
Иордания	2850	2,5x	2	2	0	19	10	16	580	4	18	5
Казахстан	5060	–	3,2	75	3	6	5	6	172	0	–	33
Кения	680	1,2	0	11	20	6	7	26	943	5	26	6
Кирибати	1170	–5,3	1,8	2	–	–	–	–	-45	–36	–	–
Кувейт	31640	–6,8x	1,1x	4x	–	14	6	12	–	–	–	–
Кыргызстан	590	–	–0,5	46	22	7	12	11	311	12	–	4
Лаосская Народно-Демократическая Республика	580	–	4,2	25	44	–	–	–	364	13	8	–
Латвия	9930	3,4	4,7	21	0	5	12	6	–	–	0x	29
Ливан	5770	–	2,5	8	–	11	2	7	707	3	–	19
Лесото	1000	3,1	1,8	8	43	5	6	25	72	4	4	4
Либерия	150	–4,2	1,9	42	84	9x	5x	11x	269	57	–	0
Ливийская Арабская Джамахирия	9010	–4,9x	–	–	–	–	–	–	37	0	–	–
Лихтенштейн	d	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Литва	9920	–	3	29	0	5	12	7	–	–	–	21
Люксембург	75880	2,7	3,2	2	–	1	13	10	–	–	–	–
Мадагаскар	320	–2,4	–0,4	14	68	5	8	13	754	14	32	5x
Малави	250	–0,1	0,3	30	74	5x	7x	12x	669	30	23	–
Малайзия	6540	4	3,2	4	1	11	6	23	240	0	12	4
Мальдивские Острова	3200	–	5,5x	1x	–	5	8	14	39	4	4	5
Мали	500	–0,3	2,2	5	51	8x	2x	9x	825	13	8	4
Мальта	15310	6,5	2,7x	3	–	2	14	13	11x	0x	–	–
Маршалловы Острова	3070	–	-2	5	–	–	–	–	55	28	–	–
Мавритания	840	–0,9	0,6	8	21	–	4x	23x	188	8	24	–
Маврикий	5450	5,1x	3,7	6	–	1	9	15	19	0	6	6
Мексика	8340	1,6	1,6	14	1	3	5	25	247	0	16	19
Микронезия (Федеративные Штаты)	2470	–	–0,2	2	–	–	–	–	109	41	–	–
Молдова	1260	1,8x	–1,3	52	8	1	13	9	228	6	–	10
Монако	d	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Монголия	1290	–	2,2	30	22	9	6	9	203	9	17x	2
Черногория	5180	–	3,4x	–	–	–	–	–	1586	68	–	–
Марокко	2250	2	2	3	3	13	3	18	1046	2	18	12
Мозамбик	320	–1x	4,1	20	75	35x	5x	10x	1611	23	21	2
Мьянма	220x	1,5	6,8x	24x	–	23	3	13	147	0	17	1
Намибия	3360	–2,3x	1,8	9	49	7x	10x	22x	145	2	–	–
Науру	–	–	–	–	–	–	–	–	17	0	–	–

ТАБЛИЦА 7. ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

Страны и территории	ВНД на душу населения (в долл. США) 2007 г.	Среднегодовой коэффициент роста ВВП на душу населения (в %)		Средне-годовой уровень инфляции (в %) 1990–2007 гг.	Процент населения, имеющего доход менее 1,25 долл. США в день 2005 г.	Процент расходов центрального правительства в 1995–2006 гг.* на:			Приток ОПР в млн. долл. США 2006 г.	Приток ОПР как процент от ВНД получателя 2006 г.	Обслуживание долга как процент от экспорта товаров и услуг	
		1970–1990 гг.	1990–2007 гг.			здраво-охранение	образо-вание	оборону			1990 г.	2006 г.
Непал	340	1,2	1,9	7	55	11	5	18	514	6	12	5
Нидерланды	45820	1,5	2,1	2	–	4	10	11	–	–	–	–
Новая Зеландия	28780	0,8	2	2	–	3	16	19	–	–	–	–
Никарагуа	980	–3,7	1,9	21	16	6x	13x	15x	733	14	2	4
Нигер	280	–2,2	–0,6	4	66	–	–	–	401	11	12	5x
Нигерия	930	–1,4	1,2	23	64	3x	1x	3x	11434	12	22	16x
Ниуэ	–	–	–	–	–	–	–	–	9	0	–	–
Норвегия	76450	3,2	2,6	4	–	5	16	6	–	–	–	–
оккупированная палестинская территория	1230	–	–2,9x	4x	–	–	–	–	1449	33	–	–
Оман	11120	3,3	2,2x	2x	–	33	7	15	35	0	12	1
Пакистан	870	3	1,6	10	23	18	1	2	2147	2	16	8
Палау	8210	–	–	3x	–	–	–	–	37	23	–	–
Панама	5510	0,3	2,6	2	9	–	18	16	30	0	3	25
Папуа-Новая Гвинея	850	–0,7	–0,6	8	36	4	7	22	279	6	37	9x
Парагвай	1670	2,8	–0,3	11	9	11x	7x	22x	56	1	12	6
Перу	3450	–0,6	2,7	13	8	–	13	7	468	1	6	12
Филиппины	1620	0,8	1,7	7	23	5	2	19	562	0	23	18
Польша	9840	–	4,4	13	0	4	11	12	–	–	4	24
Португалия	18950	2,6	1,9	4	–	3	16	16	–	–	–	–
Катар	12000x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Республика Корея	19690	6,2	4,4	4	–	10	0	14	–	–	–	–
Румыния	6150	0,9x	2,3	57	1	5	14	5	–	–	0	16
Российская Федерация	7560	–	1,2	71	0	12	8	4	–	–	–	13
Руанда	320	1,1	1,1	9	77	–	5x	26x	585	25	9	9
Сент-Китс и Невис	9630	6,3x	2,8	3	–	–	–	–	5	1	3	22x
Сент-Люсия	5530	5,3x	1,3	2	21	–	–	–	18	2	2	6x
Сент-Винсент и Гренадины	4210	3,3	3	2	–	–	12	16	5	1	3	11x
Самоа	2430	–	2,6	6	–	–	–	–	47	11	5	6
Сан-Марино	45130	–	–	–	–	–	18	9	–	–	–	–
Сан-Томе и Принсипи	870	–	–	–	–	–	–	–	22	17	28	37
Саудовская Аравия	15440	–1,5	0,3	4	–	36x	6x	14x	25	0	–	–
Сенегал	820	–0,7	1,1	4	34	7	3	14	825	9	14	10x
Сербия	4730	–	2,6x	–	–	–	–	–	96	0	–	–
Сейшельские Острова	8960	2,9	1,4	3	–	3	9	8	14	2	7	18
Сьерра-Леоне	260	–0,4	–0,4	19	53	10x	10x	13x	364	27	8	8
Сингапур	32470	5,6	3,8	1	–	31	6	22	–	–	–	–
Словакия	11730	–	3,3	8	0	5	19	4	–	–	–	–
Словения	20960	–	3,5	15	0	3	15	13	53x	0x	–	–
Соломоновы Острова	730	3,4	–1,6	7	–	–	–	–	205	62	10	2
Сомали	140x	–0,9	–	–	–	38x	1x	2x	392	0	25x	–
Южная Африка	5760	0,1	1	8	26	–	–	–	718	0	–	6
Испания	29450	1,9	2,4	4	–	4	15	2	–	–	–	–
Шри-Ланка	1540	3	3,9	9	14	18	6	10	796	3	10	7
Судан	960	0,1	3,6	38	–	28	1	8	2058	7	4	4
Суринам	4730	–2,4x	1,8	54	16	–	–	–	64	4	–	–
Свазиленд	2580	3,1	–0,3	12	63	8	8	20	35	1	6	2
Швеция	46060	1,8	2,2	2	–	5	3	6	–	–	–	–
Швейцария	59880	1,2	0,7	1	–	5	0	5	–	–	–	–
Сирийская Арабская Республика	1760	2	1,5	7	–	24	2	9	27	0	20	1
Таджикистан	460	–	–2,2	99	21	9	2	4	240	9	–	5
Таиланд	3400	5	2,9	3	0	6	9	20	-216	0	14	9
бывшая югославская Республика Македония	3460	–	0,5	30	0	–	–	–	200	3	–	15
Тимор-Лешти	1510	–	–	–	53	–	–	–	210	24	–	–
Того	360	–0,6	–0,2	4	39	11x	5x	20x	79	4	8	0x
Тонга	2320	–	2	4	–	–	7x	13x	21	10	2	3
Тринидад и Тобаго	14100	0,5	5,1	5	4	2	9	17	13	0	–	–
Тунис	3200	2,5	3,4	4	3	5	5	20	432	1	22	13
Турция	8020	1,9	2,2	52	3	8	3	10	570	0	27	25
Туркменистан	b	–	–6,8x	408x	25	–	–	–	26	0	–	–
Тувалу	–	–	–	–	–	–	–	–	15	0	–	–
Уганда	340	–	3,1	8	52	26x	2x	15x	1551	17	47	5

Страны и территории	ВНД на душу населения (в долл. США) 2007 г.	Среднегодовой коэффициент роста ВВП на душу населения (в %) 1970–1990 гг.	1990–2007 гг.	Средне-годовой уровень инфляции (в %) 1990–2007 гг.	Процент населения, имеющего доход менее 1,25 долл. США в день 2005 гг.	Процент расходов центрального правительства в 1995–2006 гг.* на: здраво-охранение	образо-вание	оборону	Приток ОПР в млн. долл. США 2006 г.	Приток ОПР как процент от ВНД получателя 2006 г.	Обслуживание долга как процент от экспорта товаров и услуг 1990 г.	2006 г.
Украина	2550	–	–0,7	93	0	3	3	6	484	1	–	16
Объединенные Арабские Эмираты	26210x	–4,8x	–0,3x	3x	–	30	7	17	–	–	–	–
Соединенное Королевство	42740	2	2,4	3	–	7	15	4	–	–	–	–
Объединенная Республика Танзания	400	–	1,8	15	88	16x	6x	8x	1825	14	25	3
Соединенные Штаты	46040	2,2	2	2	–	20	25	3	–	–	–	–
Уругвай	6380	0,9	1,5	18	0	4	7	8	21	0	31	43
Узбекситан	730	–	1,2	106	46	–	–	–	149	1	–	–
Вануату	1840	1,1x	–0,4	3	–	–	–	–	49	13	2	1
Венесуэла (Боливарианская Республика)	7320	–1,6	–0,2	35	18	5	8	21	58	0	22	13
Вьетнам	790	–	6	10	21	–	4	14	1846	3	–	2
Йемен	870	–	1,6	17	18	19	4	22	284	2	4	2
Замбия	800	–2,3	0,1	34	64	4	13	14	1425	19	13	3
Зимбабве	340	–0,4	–2,1x	62x	–	7	8	24	280	6	19	–
СУММАРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ												
Африка к югу от Сахары	965	–0,1	1,3	35	51	–	–	–	35799	6	17	7
Восточная и южная части Африки	1245	–	1,4	40	49	–	–	–	13793	3	14	7
Западная и центральная части Африки	698	–0,6	1,3	26	53	–	–	–	22006	11	19	–
Ближний Восток и Северная Африка	3666	–0,1	1,6	11	4	15	5	14	16660	1	21	8
Южная Азия	889	2,1	4,1	6	40	14	2	5	9191	1	21	7
Восточная Азия и Тихоокеанский регион	2742	5,7	6,8	5	17	11	1	7	7477	0	16	4
Латинская Америка и Карибский бассейн	5628	1,4	1,5	35	8	4	7	14	5989	0	20	21
ЦВЕ/СНГ	5686	–	1,6	67	4	9	7	6	5928	0	–	17
Промышленно развитые страны§	38579	2,3	1,9	2	–	12	18	4	–	–	–	–
Развивающиеся страны§	2405	2,4	4	18	25	10	3	9	77364	1	19	10
Наименее развитые страны§	491	–0,2	2,5	60	54	14	5	14	28181	9	12	6
Весь мир	7952	2,3	2,4	8	–	11	14	6	81045	0	18	11

§ Включает также территории внутри каждой категории стран или региональной группы. Страны и территории, входящие в каждую категорию стран или региональную группу, перечислены на стр. 152.

ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

ВНД на душу населения: валовой национальный доход (ВНД) – сумма добавленной стоимости, созданной всеми производителями-резидентами, плюс любые налоги на продукты (минус субсидии), не включенные в стоимостную оценку выпуска продукции, плюс чистые поступления из-за рубежа от первичного дохода (оплата труда работников и доход от собственности). ВНД на душу населения есть отношение валового национального дохода к численности населения на середину года. Пересчет ВНД на душу населения в долл. США осуществляется по методу "Атлас" Всемирного банка.

ВВП на душу населения: валовой внутренний продукт (ВВП) – сумма добавленной стоимости, созданной всеми производителями-резидентами плюс любые налоги на продукты (минус субсидии), не включенные в стоимостную оценку выпуска продукции. ВВП на душу населения – это отношение валового внутреннего продукта к численности населения в середине года. Рост ВВП рассчитывается на основе данных о ВВП в постоянных ценах в местной валюте.

Процент населения, живущего ниже международного уровня бедности – доход менее 1,25 долл. США в день: доля населения, живущего менее чем на 1,25 долл. США в день в международных ценах 2005 г., скорректированных с учетом паритета покупательной способности валют. Новый порог бедности отражает курсы валют, пересмотренные в соответствии с паритетом покупательной способности на основании результатов Программы международных сопоставлений 2005 года. Этот пересмотр показывает, что стоимость жизни в развивающихся странах выше, чем, по оценкам, предполагалось прежде. В связи с пересмотром курсов валют в соответствии с ППС уровни бедности в отдельных странах не могут сравниваться с данными по уровню бедности, опубликованными в предыдущих изданиях. Подробнее об определении, методологии и источниках представленных данных см. на веб-сайте <www.worldbank.org>.

ОПР: чистая официальная помощь в целях развития.

Обслуживание долга: сумма платежей по процентам и выплат основной суммы по внешним государственным и официально гарантированным государством долгосрочным долгам.

ОСНОВНЫЕ ИСТОЧНИКИ ДАННЫХ

ВНД на душу населения: Всемирный банк.

ВВП на душу населения: Всемирный банк.

Уровень инфляции: Всемирный банк.

Процент населения, живущего ниже международной черты бедности 1,25 долл. США в день: Всемирный банк.

Расходы на здравоохранение, образование и оборону: Международный валютный фонд (МВФ).

ОПР: Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР).

Обслуживание долга: Всемирный банк.

ПРИМЕЧАНИЯ

a: Диапазон низких доходов (935 долл. или ниже).
b: Диапазон доходов от низких до средних (от 936 до 3705 долл.).
c: Диапазон доходов выше среднего (от 3706 до 11 455 долл.).
d: Диапазон высоких доходов (11 456 долл. и выше).

– Данные отсутствуют.
x Обозначает данные, которые относятся к иным годам или периодам, нежели указанные в заглавии колонки, отличаются от стандартного определения либо относятся только к части страны. Такие данные не включаются в расчеты региональных и мировых средних показателей.
y Данные, которые относятся к иным годам или периодам, нежели указанные в названии колонки, отличаются от стандартного определения или относятся только к части страны. Такие данные включены в расчеты региональных и мировых средних показателей.
* Данные относятся к последнему году периода, указанного в заглавии колонки.

ТАБЛИЦА 8. ЖЕНЩИНЫ

Страны и территории	Ожидаемая продолжительность жизни женщин в % от ожидаемой продолжительности жизни мужчин 2007 г.	Коэффициент грамотности взрослых: доля женщин в % от доли мужчин 2000–2007 гг.*	Коэффициент охвата женщин образованием/посещаемости учебных заведений в сравнении с мужчинами: чистый начальное образование 2000–2007 гг.*		чистый среднее образование 2000–2007 гг.*		Уровень распространенности контрацепции (в %) 2000–2007 гг.*	Охват дородовым медицинским обслуживанием (в %) 2000–2007 гг.*		Медицинское обслуживание при родах (в %) 2000–2007 гг.*		Коэффициент материнской смертности†		
			общий	чистый	общий	чистый		Не менее одного раза	Не менее четырех раз	Роды, принятые профессиональным медицинским работником	Роды, принятые в медицинских учреждениях	2000–2007 гг.* сообщенные случаи	2005 г. скорректированные данные	2005 г. Риск материнской смертности в течение жизни, 1 из:
Афганистан	100	29	63	60	–	33	10	16	–	14	13	1600	1800	8
Албания	109	99	99	100	98	97	60	97	–	100	98	20	92	490
Алжир	104	79	98	99	106	112	61	89	–	95	95	120x	180	220
Андорра	–	–	101	–	103	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ангола	108	65	–	102	–	90	6	80	–	47	46	–	1400	12
Антигуа и Барбуда	–	–	–	–	–	–	53	100	–	100	–	0	–	–
Аргентина	111	100	99	–	110	–	–	99	89y	99	99	48	77	530
Армения	110	100	105	99	104	102	53	93	71	98	97	27	76	980
Австралия	106	–	101	–	102	–	–	100x	–	100x	–	–	4	13300
Австрия	107	–	101	–	–	–	51x	100x	–	100x	–	–	4	21500
Азербайджан	112	99	97	98	96	98	51	77	45	88	78	29	82	670
Багамские Острова	108	–	103	–	102	–	–	98	–	99	–	–	16	2700
Бахрейн	104	96	100	100	105	111	62x	97x	–	98x	98x	46x	32	1300
Бангладеш	103	82	104	106	104	114	56	51	21	18	15	320	570	51
Барбадос	107	–	99	–	101	–	55x	100	–	100	–	0x	16	4400
Беларусь	119	100	98	101	102	102	73	99	–	100	100	12	18	4800
Бельгия	108	–	100	–	96	–	78x	–	–	–	–	–	8	7800
Белиз	108	–	101	100	108	103	34	94	76x	96	88	42	52	560
Бенин	104	53	84	87	50	66	17	84	61	74	78	400	840	20
Бутан	105	63	100	91	101	–	35y	88	–	56	55	260	440	55
Боливия	107	90	101	99	98	98	58	79	58	67	57	230	290	89
Босния и Герцеговина	107	95	–	97	–	100	36	99	–	100	100	9	3	29000
Ботсвана	100	100	103	103	114	122	48	97	–	94	80x	330x	380	130
Бразилия	111	101	102	100x	111	119x	77x	97	87	88x	97	53	110	370
Бруней-Даруссалам	106	96	100	–	105	–	–	100x	–	99x	–	0x	13	2900
Болгария	110	99	99	–	98	–	86x	–	–	99	–	7	11	7400
Буркина-Фасо	106	59	82	90	72	91	17	85	18	54	51	480x	700	22
Бурунди	106	78	97	97	–	79	9	92	–	34	29	620	1100	16
Камбоджа	109	79	98	102	85	90	40	69	27	44	22	470	540	48
Камерун	102	78	–	94	–	93	29	82	60	63	61	670	1000	24
Канада	106	–	100	–	–	–	75x	–	–	98	–	–	7	11000
Кабо-Верде	109	88	99	100x	113	–	61	98	64x	78	78	15	210	120
Центральноафриканская Республика	106	52	72	84	71	64	19	69	40x	53	51	540	980	25
Чад	105	31	70	76	33	51	3	39	18	14	13	1100	1500	11
Чили	108	100	–	–	–	–	58y	95x	–	100	100	20	16	3200
Китай	105	93	100	–	–	–	85	90	–	98	88	41	45	1300
Колумбия	111	100	100	102	111	111	78	94	83	96	92	73	130	290
Коморские Острова	107	87	95	100	101	103	26	75	52x	62	43x	380	400	52
Конго	105	89	90	101	–	104	21	86	75	83	82	780	740	22
Острова Кука	–	–	103	–	110	–	44	–	–	98	–	6x	–	–
Коста-Рика	106	101	102	102	110	110	96	92	–	99	94	36	30	1400
Кот-д'Ивуар	104	63	80	87	57	69	13	85	45	57	54	540	810	27
Хорватия	110	98	99	–	102	–	–	–	–	100	–	10	7	10500
Куба	105	100	101	–	103	–	77	100	–	100	–	21	45	1400
Кипр	107	98	100	–	102	–	–	–	–	–	–	0x	10	6400
Чешская Республика	108	–	103	–	–	–	69x	99x	97x	100	–	8	4	18100
Корейская Народно-Демократическая Республика	106	–	–	–	–	–	62x	–	–	97	–	110x	370	140
Демократическая Республика Конго	106	67	–	89	–	81	31	85	–	74	70	1300	1100	13
Дания	106	–	101	–	103	–	–	–	–	–	–	10x	3	17800
Джибути	105	–	82	97	66	84	18	92	7	61	74	74x	650	35
Доминика	–	–	106	–	110	–	50x	100	–	99	–	0	–	–
Доминиканская Республика	109	101	103	104	122	145	73	99	95	98	98	160	150	230
Эквадор	108	98	101	–	102	–	73	84	58	99x	74	110	210	170
Египет	107	73	96	97	94	93	59	70	59	74	65	84	130	230
Сальвадор	109	94	100	–	105	–	67	86	71	92	69	71	170	190
Экваториальная Гвинея	105	86	90	98	–	95	–	86	–	65	–	–	680	28
Эритрея	109	–	87	93	67	92	8	70	41	28	26	1000x	450	44
Эстония	117	100	99	–	102	–	70	–	–	100	–	7	25	2900
Эфиопия	105	46	92	101	65	77	15	28	12	6	5	670	720	27
Фиджи	107	–	100	–	110	–	44	–	–	99	–	34	210	160
Финляндия	108	–	100	–	100	–	–	100x	–	100x	100	6x	7	8500
Франция	109	–	100	–	102	–	75x	99x	–	99x	–	10x	8	6900
Габон	101	91	99	100	–	106	33	94	63	86	85	520	520	53
Гамбия	103	–	109	103	94	87	18	98	–	57	55	730	690	32
Грузия	112	–	103	101	105	98	47	94	75	98	96	23	66	1100

Страны и территории	Ожидаемая продолжительность жизни женщин в % от ожидаемой продолжительности жизни мужчин 2007 г.	Коэффициент грамотности взрослых: доля женщин в % от доли мужчин 2000–2007 гг.*	Коэффициент охвата женщин образованием/посещаемости учебных заведений в сравнении с мужчинами: чистый начальное образование 2000–2007 гг.*		чистый среднее образование 2000–2007 гг.*		Уровень распространенности контрацепции (в %) 2000–2007 гг.*	Охват дородовым медицинским обслуживанием (в %) 2000–2007 гг.*		Медицинское обслуживание при родах (в %) 2000–2007 гг.*		Коэффициент материнской смертности†		
			общий	чистый	общий	чистый		Не менее одного раза	Не менее четырех раз	Роды, принятые профессиональным медицинским работником	Роды, принятые в медицинских учреждениях	2000–2007 гг.* сообщенные случаи	2005 г. скорректированные данные	2005 г. Риск материнской смертности в течение жизни, 1 из:
Германия	107	–	100	–	–	–	75x	–	–	–	–	8x	4	19200
Гана	101	81	97	100	91	99	17	92	69	50	49	210x	560	45
Греция	106	98	100	–	101	–	–	–	–	–	–	1x	3	25900
Гренада	105	–	99	–	102	–	54y	100	–	100	–	0	–	–
Гватемала	111	86	96	94x	92	103x	43	84	–	41	42	130	290	71
Гвинея	106	42	86	87	57	66	9	82	49	38	31	980	910	19
Гвинея-Бисау	107	72	71	97	55	88	10	78	–	39	36	410	1100	13
Гайана	109	–	–	100	–	110	34	81	–	83	83	120	470	90
Гаити	106	106	–	107	–	117	32	85	54	26	25	630	670	44
Святейший Престол	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Гондурас	110	102	102	104	–	123	65	92	81	67	67	110x	280	93
Венгрия	112	100	99	–	100	–	77x	–	–	100	–	8	6	13300
Исландия	104	–	99	–	102	–	–	–	–	–	–	–	4	12700
Индия	105	71	96	96	–	83	56	74	37	47	39	300	450	70
Индонезия	106	93	97	101	100	104	61	93	81	72	40	310	420	97
Иран (Исламская Республика	105	88	110	97	94	–	79	77x	94y	97	96	25	140	300
Ирак	107	76	86	88	70	75	50	84	–	89	63	84	300	72
Ирландия	106	–	101	–	106	–	–	–	–	100	100	6x	1	47600
Израиль	105	–	101	–	100	–	–	–	–	–	–	5x	4	7800
Италия	108	99	99	–	101	–	60x	–	–	–	–	7x	3	26600
Ямайка	108	113	100	100	105	105	69	91	87x	97	94	95	170	240
Япония	109	–	100	–	100	–	56	–	–	100x	–	8x	6	11600
Иордания	105	93	102	100	103	104	57	99	94	99	99	41x	62	450
Казахстан	118	100	100	99	100	100	51	100	70x	100	100	70	140	360
Кения	104	90	102	100	97	114	39	88	52	42	40	410	560	39
Кирибати	–	–	101	–	111	–	21x	88x	–	85x	–	56	–	–
Кувейт	105	97	99	–	105	–	50x	95x	–	98x	98x	5x	4	9600
Кыргызстан	113	100	99	103	102	103	48	97	81x	98	97	100	150	240
Лаосская Народно-Демократическая Республика	104	83	94	95	86	84	38	27	–	19	–	410	660	33
Латвия	116	100	103	–	–	–	48x	–	–	100	–	9	10	8500
Ливан	106	–	99	99	110	113	58	96	–	98x	–	100x	150	290
Лесото	99	123	104	108	154	171	37	90	70	55	52	760x	960	45
Либерия	104	85	97	–	58	–	11	85	–	51	37	580x	1200	12
Ливийская Арабская Джамахирия	107	83	–	–	–	–	45x	81x	–	94x	–	77x	97	350
Лихтенштейн	–	–	103	–	111	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Литва	116	100	99	–	101	–	47x	–	–	100	–	13	11	7800
Люксембург	108	–	101	–	105	–	–	–	–	100	–	0x	12	5000
Мадагаскар	106	85	100	104	104	125	27	80	40	51	32	470	510	38
Малави	101	82	106	102	93	96	42	92	57	54	54	810	1100	18
Малайзия	107	95	100	–	110	–	55x	79	–	98	98	28	62	560
Мальдивские Острова	102	100	100	–	109	–	39	81	–	84	–	140	120	200
Мали	109	51	79	74	–	68	8	70	35	45	45	460	970	15
Мальта	105	104	99	–	107	–	–	–	–	98x	–	–	8	8300
Маршалловы Острова	–	–	99	–	108	–	34	–	–	95x	–	74	–	–
Мавритания	106	76	105	105	90	82	8	64	16	57	49	750	820	22
Маврикий	110	94	102	–	102	–	76	–	–	98	98	22	15	3300
Мексика	107	96	99	100	99	–	71	86x	–	93	86	62	60	670
Микронезия (Федеративные Штаты)	102	–	–	–	–	–	45x	–	–	88	–	270x	–	–
Молдова	111	99	100	102	104	103	68	98	89	100	99	16	22	3700
Монако	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Монголия	110	101	102	102	113	106	66	99	–	99	99	90	46	840
Черногория	106	–	–	99	–	101	39	97	–	99	100	23	–	–
Марокко	106	63	94	95	84	93	63	68	31	63	61	230	240	150
Мозамбик	102	58	93	90	91	80	17	85	53	48	48	410	520	45
Мьянма	111	92	101	102	100	94	34	76	–	57	16	320	380	110
Намибия	101	99	106	101	132	132	55	95	70	81	81	270	210	170
Науру	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Непал	102	62	96	95	–	83	48	44	29	19	18	280	830	31
Нидерланды	106	–	99	–	101	–	79x	–	–	100x	–	–	6	10200
Новая Зеландия	105	–	100	–	103	–	75x	95x	–	100x	–	15x	9	5900
Никарагуа	109	102	100	108	116	132	72	90	78	74	66	87	170	150
Нигер	97	37	71	70	63	65	11	46	15	33	17	650	1800	7
Нигерия	102	80	86	88	84	87	13	58	47	35	33	–	1100	18

ТАБЛИЦА 8. ЖЕНЩИНЫ

Страны и территории	Ожидаемая продолжительность жизни женщин в % от ожидаемой продолжительности жизни мужчин 2007 г.	Коэффициент грамотности взрослых: доля женщин в % от доли мужчин 2000–2007 гг.*	Коэффициент охвата женщин образованием/посещаемости учебных заведений в сравнении с мужчинами 2000–2007 гг.*: чистый начальное образование		чистый среднее образование		Уровень распространенности контрацепции (в %) 2000–2007 гг.*	Охват дородовым медицинским обслуживанием (в %) 2000–2007 гг.*: Не менее одного раза	Не менее четырех раз	Медицинское обслуживание при родах (в %) 2000–2007 гг.*: Роды, принятые профессиональным медицинским работником	Роды, принятые в медицинских учреждениях	Коэффициент материнской смертности† 2000–2007 гг.* сообщенные случаи	2005 г.: скорректированные данные	Риск материнской смертности в течение жизни, 1 из:
			общий	чистый	общий	чистый								
Ниуэ	–	–	–	–	105x	–	–	–	–	100	–	–	–	–
Норвегия	106	–	101	–	101	–	–	–	–	–	–	6x	7	7700
оккупированная палестинская территория	104	92	100	101	106	–	50	99	–	99	97	–	–	–
Оман	104	87	102	–	99	–	32	100	83y	98	98	13	64	420
Пакистан	101	59	78	85	77	78	30	61	28	39	34	530x	320	74
Палау	–	–	96	–	–	–	17	–	–	100	–	0x	–	–
Панама	107	99	99	–	111	–	–	72x	–	91	92	66	130	270
Папуа-Новая Гвинея	111	86	–	–	–	–	26x	78x	–	41	–	370x	470	55
Парагвай	106	99	101	100	106	99	73	94	79	77	74	120	150	170
Перу	107	90	102	101	100	100	71	91	87	71	72	190	240	140
Филиппины	106	101	102	102	121	127	51	88	70	60	38	160	230	140
Польша	112	99	101	–	102	–	49x	–	–	100	–	3	8	10600
Португалия	108	97	99	–	110	–	–	–	–	100	–	8x	11	6400
Катар	102	100	101	–	98	–	43x	–	–	99x	98x	10x	12	2700
Республика Корея	110	–	93	–	94	–	81x	–	–	100x	–	20x	14	6100
Румыния	110	99	100	–	98	–	70	94	76	98	98	15	24	3200
Российская Федерация	123	100	100	–	–	–	–	–	–	100	–	24	28	2700
Руанда	107	84	107	103	–	88	17	94	13	39	28	750	1300	16
Сент-Китс и Невис	–	–	122	–	87	–	54y	100	–	100	–	0	–	–
Сент-Люсия	105	–	98	–	124	–	47x	99	–	100	–	0	–	–
Сент-Винсент и Гренадины	106	–	96	–	124	–	48y	95	–	100	–	0	–	–
Самоа	109	99	100	–	114	–	43x	–	–	100x	–	29	–	–
Сан-Марино	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Сан-Томе и Принсипи	106	89	101	101	111	105	30	97	–	81	78	150	–	–
Саудовская Аравия	106	89	–	–	–	–	32x	90x	–	91x	91x	–	18	1400
Сенегал	107	61	98	102	76	78	12	87	40	52	62	400	980	21
Сербия	106	–	100	100	–	103	41	98	–	99	99	13	–	–
Сейшельские Острова	–	101	101	–	106	–	–	–	–	–	–	57	–	–
Сьерра-Леоне	108	54	–	101	71	79	5	81	–	43	19	1800	2100	8
Сингапур	105	94	–	–	–	–	62x	–	–	100x	–	6x	14	6200
Словакия	111	–	101	–	–	–	74x	–	–	100	–	4	6	13800
Словения	110	100	100	–	101	–	74x	98x	–	100	–	17	6	14200
Соломоновы Острова	103	–	99	–	87	–	7	–	–	85x	–	140x	220	100
Сомали	105	–	–	82	–	51	15	26	6	33	9	1000	1400	12
Южная Африка	103	98	100	104x	112	117x	60	92	73x	92	–	170	400	110
Испания	108	98	99	–	103	–	81x	–	–	–	–	6x	4	16400
Шри-Ланка	111	96	100	–	–	–	68	99	–	99	98	43	58	850
Судан	105	73	83	93	–	133	7	60	–	87	–	550x	450	53
Суринам	110	95	103	99	138	121	46	90	–	90	88	150	72	530
Свазиленд	100	97	101	103	121	132	51	85	79	69	74	590	390	120
Швеция	106	–	100	–	100	–	–	–	–	–	–	5x	3	17400
Швейцария	107	–	99	–	95	–	82x	–	–	–	–	5x	5	13800
Сирийская Арабская Республика	105	85	95	100	95	101	58	84	–	93	70	65	130	210
Таджикистан	108	100	96	99	84	83	38	77	–	83	62	97	170	160
Таиланд	113	97	99	100	111	109	77	98	–	97	97	12	110	500
бывшая югославская Республика Македония	107	97	100	96	98	99	–	94	–	99	99	4	10	6500
Тимор-Лешти	103	–	96	98	–	–	20	61	30	18	10	–	380	35
Того	106	56	87	93	48	70	17	84	46x	62	63	480x	510	38
Тонга	103	100	97	–	125	–	33	–	–	95	–	78	–	–
Тринидад и Тобаго	106	99	100	100	104	107	43	96	–	98	97	45x	45	1400
Тунис	106	80	101	98	110	–	66	92	–	90	89	69x	100	500
Турция	107	84	96	96	86	83	71	81	54	83	78	29	44	880
Туркменистан	114	100	–	100	–	100	48	99	83	100	98	14	130	290
Тувалу	–	–	–	–	–	–	32	–	–	100	–	–	–	–
Уганда	103	80	–	99	90	94	24	94	47	42	41	440	550	25
Украина	119	100	100	102	101	102	67	99	–	99	99	17	18	5200
Объединенные Арабские Эмираты	106	98	100	–	102	–	28x	97x	–	99x	99x	3x	37	1000
Соединенное Королевство	106	–	101	–	104	–	84	–	–	99x	–	7x	8	8200
Объединенная Республика Танзания	104	83	99	106	90	108	26	78	62	43	47	580	950	24

Страны и территории	Ожидаемая продолжительность жизни женщин в % от ожидаемой продолжительности жизни мужчин 2007 г.	Коэффициент грамотности взрослых: доля женщин в % от доли мужчин 2000–2007 гг.*	Коэффициент охвата женщин образованием/посещаемости учебных заведений в сравнении с мужчинами: чистый начальное образование 2000–2007 гг.*		чистый среднее образование 2000–2007 гг.*		Уровень распространенности контрацепции (в %) 2000–2007 гг.*	Охват дородовым медицинским обслуживанием (в %) 2000–2007 гг.*		Медицинское обслуживание при родах (в %) 2000–2007 гг.*		Коэффициент материнской смертности†		
			общий	чистый	общий	чистый		Не менее одного раза	Не менее четырех раз	Роды, принятые профессиональным медицинским работником	Роды, принятые в медицинских учреждениях	2000–2007 гг.* сообщенные случаи	2005 г. скорректированные данные	2005 г. Риск материнской смертности в течение жизни, 1 из:
Соединенные Штаты	107	–	102	–	100	–	76x	–	–	99x	–	8x	11	4800
Уругвай	110	101	100	–	–	–	84	94x	97	100x	–	35	20	2100
Узбекситан	110	98	–	100	–	98	65	99	79x	100	97	28	24	1400
Вануату	106	95	99	–	87	–	28	–	–	88x	–	68x	–	–
Венесуэла (Боливарианская Республика)	108	99	100	102	114	147	77x	94	–	95	95	61	57	610
Вьетнам	105	93x	–	100	–	102	76	91	29	88	64	160	150	280
Йемен	105	53	76	60x	53	37x	28	41	11x	36	24	370	430	39
Замбия	101	78x	104	105	80	112	34	93	72	43	44	730	830	27
Зимбабве	97	94	101	102	96	93	60	94	71	69	68	560	880	43
СУММАРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ														
Африка к югу от Сахары	104	75	93	95	84	87	23	72	42	45	40	–	920	22
Восточная и южная части Африки	104	79	98	101	90	92	30	72	40	40	33	–	760	29
Западная и центральная части Африки	103	72	86	89	77	84	17	71	44	49	46	–	1100	17
Ближний Восток и Северная Африка	105	78	94	96	92	97	56	72	–	81	71	–	210	140
Южная Азия	104	71	94	95	–	85	53	68	34	41	35	–	500	59
Восточная Азия и Тихоокеанский регион	106	93	99	101**	103**	105**	78	89	66**	87	73	–	150	350
Латинская Америка и Карибский бассейн	109	99	100	101	107	–	69	94	83	85	86	–	130	280
ЦВЕ/СНГ	115	97	98	98	95	96	64	90	–	94	89	–	46	1300
Промышленно развитые страны§	108	–	101	–	101	–	72	–	–	–	–	–	8	8000
Развивающиеся страны§	105	86	96	96**	97**	91**	60	77	46**	61	54	–	450	76
Наименее развитые страны§	104	72	94	97	86	94	29	64	32	39	32	–	870	24
Весь мир	106	88	97	96**	98**	91**	62	77	47**	62	54	–	400	92

§ Включает также территории внутри каждой категории стран или региональной группы. Страны и территории, входящие в каждую категорию стран или региональную группу, перечислены на стр. 152.

ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении: число лет, которые проживут новорожденные, если они будут подвергаться смертельным рискам, превалирующим в поперечном разрезе населения в момент их рождения.

Коэффициент грамотности взрослых: число лиц в возрасте 15 лет и старше как процентная доля от общей численности населения в этой возрастной группе.

Коэффициенты охвата женщин образованием в процентах от охвата образованием мужчин: процентное отношение коэффициента охвата образованием девочек и посещаемости ими учебных заведений к соответствующему показателю среди мальчиков.

Чистый коэффициент охвата начальным или средним образованием: число детей, охваченных начальным или средним образованием, официально установленного младшего или среднего школьного возраста, выраженное в виде процента от общего числа детей официально установленного младшего или среднего школьного возраста.

Чистый коэффициент посещаемости начальной школы: число детей официально установленного младшего школьного возраста, которые посещают начальную или среднюю школу, выраженное в виде процента от общего числа детей официально установленного младшего школьного возраста.

Чистый коэффициент посещаемости средней школы: число детей официально установленного среднего или старшего школьного возраста, которые посещают среднюю школу первой или второй ступени, выраженное в виде процента от общего числа детей официально установленного среднего или старшего школьного возраста.

Уровень распространенности контрацепции: процент женщин, состоящих в браке или сожительстве, в возрасте 15–49 лет, применяющих в настоящее время контрацепцию.

Охват дородовым медицинским обслуживанием: процент женщин в возрасте 15–49 лет, которые во время беременности не менее одного раза получили помощь квалифицированного медицинского персонала (врачей, медсестер или акушерок).

Роды, принятые профессиональным медицинским работником: процент родов, принятых при участии профессионального медицинского персонала (врачей, медсестер или акушерок).

Роды, принятые в медицинских учреждениях: процентная доля женщин в возрасте 15–49 лет, родивших в двухлетний период до проведения обследования в медицинском учреждении.

Коэффициент материнской смертности: число смертей женщин за год в связи с беременностью на 100 тыс. живорождений. Колонка "сообщенные случаи" отражает представленные странами показатели, которые не были скорректированы с поправкой на занижение сведений и ошибки при классификации данных.

Риск материнской смерти в течение жизни: риск материнской смерти в течение жизни учитывает как вероятность наступления беременности, так и вероятность смерти по причинам, связанным с данной беременностью, накопившимся у женщины за все ее репродуктивные годы.

ОСНОВНЫЕ ИСТОЧНИКИ ДАННЫХ

Ожидаемая продолжительность жизни: Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций.

Грамотность взрослых: Институт статистики ЮНЕСКО.

Охват начальным и средним образованием: ЮИС.

Посещаемость начальной и средней школы: демографические и медико-санитарные обследования (ДМСО) и кластерные обследования по методу совокупных показателей (МИКС).

Уровень распространенности контрацепции: ДМСО, МИКС, Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций и ЮНИСЕФ.

Дородовое медицинское обслуживание: ДМСО, МИКС и другие национальные обследования домохозяйств и ЮНИСЕФ.

Роды, принятые в медицинских учреждениях: ДМСО, МИКС, ВОЗ и ЮНИСЕФ.

Материнская смертность: ВОЗ и ЮНИСЕФ.

Риск материнской смертности в течение жизни: ВОЗ и ЮНИСЕФ.

† Данные о материнской смертности, содержащиеся в колонке "сообщенные случаи", представлены национальными органами. Периодически ЮНИСЕФ, ВОЗ, ЮНФПА и Всемирный банк проводят оценку этих данных и корректируют их с поправкой на такие документально подтвержденные проблемы, как занижение сведений и ошибки при классификации данных о случаях материнской смерти, и определяют примерные показатели по странам, по которым нет данных. В колонке "скорректированные данные" приведены оценочные показатели за 2005 г. на основании последних проведенных исследований.

ПРИМЕЧАНИЯ

– Данные отсутствуют.

x Обозначает данные, которые относятся к иным годам или периодам, нежели указанные в заглавии колонки, отличаются от стандартного определения либо относятся только к части страны. Такие данные не включаются в расчеты региональных и мировых средних показателей.

y Данные которые относятся к иным годам или периодам, нежели указанным в названии колонки, отличаются от стандартного определения или относятся только к части страны. Такие данные включены в расчеты региональных и мировых средних показателей.

* Данные относятся к последнему году периода, указанного в заглавии колонки.

** За исключением Китая.

ТАБЛИЦА 9. ЗАЩИТА ДЕТЕЙ

Страны и территории	Детский труд (5–14 лет) 1999–2007 гг.*			Коэффициент браков между несовершеннолетними 1998–2007 гг.*			Число зарегистрированных рождений 2000–2007 гг.*			Калечащие операции на половых органах женщин/обрезание (2002–2007 гг.)*				Отношение к насилию в семье 2001–2007 гг.*	Детская инвалидность[◊] 1999–2007 гг.*	Наказание детей 2005–2007 гг.*
										женщины[a] (15–49 лет)			дочери[b]			
	всего	мужчины	женщины	всего	в городах	в сельской местности	всего	в городах	в сельской местности	всего	в городах	в сельской местности	всего	всего	всего	всего
Афганистан	30	28	33	43	–	–	6	12	4	–	–	–	–	–	–	–
Албания	12	14	9	8	7	8	98	97	98	–	–	–	–	30	16	49
Алжир	5	6	4	2	2	2	99	99	99	–	–	–	–	68	1y	86
Ангола	24	22	25	–	–	–	29	34	19	–	–	–	–	–	–	–
Аргентина	7y	8y	5y	–	–	–	91y	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Армения	4y	–	–	10	7	16	96	97	95	–	–	–	–	22	12y	–
Азербайджан	7y	8y	5y	12	–	–	94	96	92	–	–	–	–	49	–	75
Бахрейн	5	6	3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Бангладеш	13	18	8	64	58	69	10	13	9	–	–	–	–	–	21	–
Беларусь	5	6	4	7	6	10	–	–	–	–	–	–	–	–	–	83
Белиз	40	39	42	–	–	–	94	92	97	–	–	–	–	12	44	68
Бенин	46	47	45	34	19	47	60	68	56	13	9	15	2	47	–	–
Бутан	19y	16y	22y	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Боливия	22	22	22	26	22	37	74	76	72	–	–	–	–	–	–	–
Босния и Герцеговина	5	7	4	6	2	7	100	99	100	–	–	–	–	5	10	36
Ботсвана	–	–	–	10x	13x	9x	58	66	52	–	–	–	–	–	–	–
Бразилия	6y	7y	4y	24x	22x	30x	89y	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Буркина-Фасо	47y	46y	48y	48	29	61	64	86	58	73	76	71	25	71	–	83
Бурунди	19	19	19	18	14	18	60	62	60	–	–	–	–	–	–	–
Камбоджа	45y	45y	45y	23	18	25	66	71	66	–	–	–	–	55	–	–
Камерун	31	31	30	36	23	57	70	86	58	1	1	2	1	56	33	92
Кабо-Верде	3y	4y	3y	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1y	–
Центральноафриканская Республика	47	44	49	61	57	64	49	72	36	26	21	29	7	–	48	88
Чад	53	54	51	72	65	73	9	36	3	45	47	44	21	–	3y	–
Чили	3	3	2	–	–	–	95y	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Китай	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	2y	–
Колумбия	5	6	4	23	19	38	90	97	77	–	–	–	–	–	3y	–
Коморские Острова	27	26	28	30x	23x	33x	83	87	83	–	–	–	–	–	–	–
Конго	25	24	25	31	24	40	81y	88y	75y	–	–	–	–	76	–	–
Коста-Рика	5	6	3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Кот-д'Ивуар	35	36	34	35	27	43	55	79	41	36	34	39	9	65	–	90
Куба	–	–	–	–	–	–	100y	100y	100y	–	–	–	–	–	–	–
Корейская Народно-Демократическая Республика	–	–	–	–	–	–	99	99	99	–	–	–	–	–	–	–
Демократическая Республика Конго	32	29	34	–	–	–	34	30	36	–	–	–	–	–	–	–
Джибути	8	8	8	5	5	13	89	90	82	93	93	96	49	–	–	70
Доминиканская Республика	10	12	7	40	38	47	78	82	70	–	–	–	–	9	5y	83
Эквадор	12	12	13	22	–	–	85	85	85	–	–	–	–	–	–	–
Египет	7	8	5	17	9	22	99	99	99	96	92	98	28y	50	8y	92
Сальвадор	6y	9y	4y	27	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Экваториальная Гвинея	28	28	28	–	–	–	32	43	24	–	–	–	–	–	–	–
Эритрея	–	–	–	47	31	60	–	–	–	89	86	91	63	–	–	–
Эфиопия	53	59	46	49	27	55	7	29	5	74	69	76	38	81	–	–
Габон	–	–	–	34	30	49	89	90	87	–	–	–	–	–	–	–
Гамбия	25	20	29	36	24	45	55	57	54	78	72	83	64	74	–	84
Грузия	18	20	17	17	12	23	92	97	87	–	–	–	–	7	30	66
Гана	34	34	34	22	15	28	51	69	42	4	2	6	1	47	21	89
Гватемала	29	25	32	34	25	44	–	–	–	–	–	–	–	–	2y	–
Гвинея	25	26	24	63	45	75	43	78	33	96	94	96	57	86	–	–
Гвинея-Бисау	39	41	37	24	14	32	39	53	33	45	39	48	35	52	–	80
Гайана	19	21	17	20	15	22	93	96	92	–	–	–	–	18	–	74
Гаити	21	22	19	30	27	33	81	87	78	–	–	–	–	29	–	–
Гондурас	16	16	15	39	33	46	94	95	93	–	–	–	–	16	–	–
Индия	12	12	12	47	29	56	41	59	35	–	–	–	–	54	–	–
Индонезия	4y	5y	4y	24	15	33	55	69	43	–	–	–	–	25	–	–
Ирак	11	12	9	17	16	19	95	95	96	–	–	–	–	59	21	84
Ямайка	6	7	5	9	7	11	89	88	89	–	–	–	–	6	24	87
Иордания	–	–	–	10	–	–	–	–	–	–	–	–	–	90	–	–
Казахстан	2	2	2	7	6	9	99	99	99	–	–	–	–	10	–	52
Кения	26	27	25	25	19	27	48y	64y	44y	32	21	36	21	68	–	–
Кыргызстан	4	4	3	10	7	14	94	96	93	–	–	–	–	38	–	51
Лаосская Народно-Демократическая Республика	25	24	26	–	–	–	59	71	56	–	–	–	–	–	–	–
Ливан	7	8	6	11	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Лесото	23	25	21	23	13	26	26	39	24	–	–	–	–	–	–	–
Либерия	–	–	–	40	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Мадагаскар	32	36	28	39	29	42	75	87	72	–	–	–	–	28	–	–
Малави	29	28	29	50	38	53	–	–	–	–	–	–	–	28	–	–
Мальдивские Острова	–	–	–	–	–	–	73	–	–	–	–	–	–	70	–	–
Мали	34	35	33	71	60	77	53	75	45	85	81	87	69	75	–	–
Мавритания	4y	5y	3y	35	27	44	56	75	42	72	60	84	66	–	30	–
Мексика	16y	15y	16y	28x	31x	21x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Молдова	32	32	33	19	16	22	98	98	98	–	–	–	–	21	–	–
Монголия	18	19	17	9	7	12	98	98	99	–	–	–	–	20	26	79
Черногория	10	12	8	5	5	5	98	98	99	–	–	–	–	11	14	61
Марокко	11y	13y	9y	16	12	21	85	92	80	–	–	–	–	–	–	–
Мозамбик	–	–	–	56	41	66	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Мьянма	–	–	–	–	–	–	65y	88y	59y	–	–	–	–	–	–	–
Намибия	13y	15y	12y	9	–	–	67	83	59	–	–	–	–	35	–	–
Непал	31y	30y	33y	51	41	54	35	42	34	–	–	–	–	23	–	–
Никарагуа	15	18	11	43	36	55	81	90	73	–	–	–	–	17	–	–
Нигер	43	43	43	75	42	84	32	71	25	2	2	2	1	70	–	–
Нигерия	13y	–	–	43	27	52	33y	52y	25y	19	28	14	10	65	–	–
оккупированная палестинская территория	–	–	–	19	–	–	96y	97y	96y	–	–	–	–	–	–	95
Пакистан	–	–	–	32x	21x	37x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Панама	3	5	2	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Парагвай	15	17	12	24x	18x	32x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–

Страны и территории	Детский труд (5–14 лет) 1999–2007 гг.*			Коэффициент браков между несовершеннолетними 1998–2007 гг.*			Число зарегистрированных рождений 2000–2007 гг.*			Калечащие операции на половых органах женщин/обрезание (2002–2007 гг.)*				Отношение к насилию в семье 2001–2007 гг.*	Детская инвалидность◊ 1999–2007 гг.*	Наказание детей 2005–2007 гг.*
										женщины[a] (15–49 лет)			дочери[b]			
	всего	мужчины	женщины	всего	в городах	в сельской местности	всего	в городах	в сельской местности	всего	в городах	в сельской местности	всего	всего	всего	всего
Перу	19	20	19	18	13	31	93	95	90	–	–	–	–	–	–	–
Филиппины	12	13	11	14	10	22	83	87	78	–	–	–	–	24	–	–
Португалия	3y	4y	3y	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Румыния	1	1	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Руанда	35	36	35	13	9	14	82	79	83	–	–	–	–	48	2y	–
Сан-Томе и Принсипи	8	8	7	33	31	37	69	70	67	–	–	–	–	32	29	–
Сенегал	22	24	21	39	23	55	55	75	44	28	22	34	20	65	–	–
Сербия	4	5	4	6	4	8	99	99	99	–	–	–	–	6	14	73
Сьерра-Леоне	48	49	48	56	34	66	48	62	44	94	86	97	35	85	34	92
Сомали	49	45	54	45	35	52	3	6	2	98	97	98	46	76y	–	–
Южная Африка	–	–	–	8	5	12	78y	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Шри-Ланка	8	9	7	12y	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Судан	13	14	12	34	24	40	33	53	22	89	88	90	43y	–	–	–
Суринам	–	–	–	19	14	33	97	98	95	–	–	–	–	13	39	84
Свазиленд	9	9	9	5	1	6	30	38	28	–	–	–	–	38	–	–
Сирийская Арабская Республика	4	5	3	13	15	12	95	96	95	–	–	–	–	–	–	87
Таджикистан	10	9	11	13	13	13	88	85	90	–	–	–	–	74y	–	74
Таиланд	8	8	8	20	12	23	99	100	99	–	–	–	–	–	15	–
бывшая югославская Республика Македония	6	7	5	4	3	4	94	95	93	–	–	–	–	21	21	69
Тимор-Лешти	4	4	4	–	–	–	53y	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Того	29	29	30	24	15	36	78	93	69	6	4	7	1	53	–	90
Тринидад и Тобаго	1	1	1	8	–	–	96	–	–	–	–	–	–	8	–	75
Тунис	–	–	–	10x	7x	14x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Турция	5	4	6	18	17	22	84	87	79	–	–	–	–	39	–	–
Туркменистан	–	–	–	7	9	6	96	96	95	–	–	–	–	38y	–	–
Уганда	36	37	36	46	27	52	21	24	21	1	0	1	–	70	11y	–
Украина	7	8	7	6	6	10	100	100	100	–	–	–	–	5	–	70
Объединенная Республика Танзания	36	37	34	41	23	49	8	22	4	15	7	18	4	60	–	–
Уругвай	8y	8y	8y	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Узбекистан	2	2	2	7	9	7	100	100	100	–	–	–	–	70	3	–
Венесуэла (Боливарианская Республика)	8	9	6	–	–	–	92	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Вьетнам	16	15	16	10	3	13	88	94	86	–	–	–	–	64	4y	93
Йемен	11y	11y	12y	32	28	35	22	38	16	23x	26x	22x	20x	–	29	94
Замбия	12y	11y	12y	42	32	49	10	16	6	1	1	1	–	85	–	–
Зимбабве	13y	12y	14y	34	20	44	74	83	71	–	–	–	–	48	–	–
СУММАРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ																
Африка к югу от Сахары	35n	36n	34n	40	25	48	37	52	30	34	30	37	19	65	–	–
Восточная и южная части Африки	36	38	33	36	20	43	32	41	24	43	36	46	28	65	–	–
Западная и центральная части Африки	35n	34n	35n	44	28	55	41	57	35	28	28	29	14	64	–	–
Ближний Восток и Северная Африка	9	10	8	18	12	23	75	86	67	–	–	–	–	–	–	89
Южная Азия	13	13	12	49	32	58	36	52	30	–	–	–	–	53	–	–
Восточная Азия и Тихоокеанский регион	10**	11**	10**	19**	12**	25**	72**	81**	67**	–	–	–	–	34**	3	–
Латинская Америка и Карибский бассейн	11	11	10	–	–	–	89	92	82	–	–	–	–	–	–	–
ЦВЕ/СНГ	5	5	5	11	11	13	92	93	92	–	–	–	–	32	–	–
Промышленно развитые страны§	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Развивающиеся страны§	16***	17***	15***	36**	22**	46**	50**	65**	39**	–	–	–	–	51**	–	–
Наименее развитые страны§	30	31	28	49	37	55	29	42	25	–	–	–	–	–	–	–
Весь мир	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–

§ Включает также территории внутри каждой категории стран или региональной группы. Страны и территории, входящие в каждую категорию стран или региональную группу, перечислены на стр. 152.

ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

Детский труд: процент детей в возрасте от 5 до 14 лет, которые были вовлечены в трудовую деятельность на момент обследования. Ребенок считается вовлеченным в трудовую деятельность в следующих случаях: a) дети в возрасте 5–11 лет, которые в пределах одной недели, предшествовавшей обследованию, участвовали в экономической деятельности в течение хотя бы одного часа либо не менее 28 часов занимались домашней работой; а также b) дети в возрасте 12–14 лет, которые в пределах одной недели, предшествовавшей обследованию, в течение не менее 14 часов участвовали в экономической деятельности либо не менее 28 часов занимались домашней работой.

Переменные факторы, влияющие на использование детского труда: пол ребенка; проживание в городе или в сельской местности; принадлежность к 20 процентам беднейшего населения страны или к 20 процентам наиболее богатой части населения, исходя из имеющихся в домохозяйстве средств (более подробное описание процедуры оценки благосостояния домохозяйств можно найти на веб-сайте www.childinfo.org); образовательный уровень матери, отражающий наличие или отсутствие у матери какого-либо уровня образования.

Коэффициент браков между несовершеннолетними: процент женщин в возрасте от 20 до 24 лет, которые вступили в брак или состояли в сожительстве в возрасте до 18 лет.

Число зарегистрированных рождений: процент детей в возрасте до пяти лет, которые были зарегистрированы на момент обследования. В числитель отношения, определяющего этот показатель, входит число детей, свидетельства о рождении которых были представлены проводящему опрос лицу либо о регистрации рождения которых сообщили матери или присматривающие за детьми лица. Данные МИКС относятся к детям, которые были живы на момент проведения обследования.

Калечащие операции на половых органах женщин/обрезание: a) женщины – процент женщин в возрасте 15–49 лет, подвергшихся калечащим операциям на половых органах/обрезанию; b) дочери – процент женщин в возрасте 15–49 лет, по крайней мере одной из дочерей которых была сделана калечащая операция на половых органах/обрезание. Калечащие операции на половых органах женщин/обрезание означают обрезание или деформацию женских половых органов по социальным причинам.

Отношение к насилию в семье: процентная доля женщин в возрасте 15–49 лет, которые считают, что муж вправе ударить или избить жену за одну из обозначенных провинностей. Женщин спрашивали, считают ли они, что муж вправе ударить или избить свою жену за то, что у нее подгорела еда; за то, что она возражает ему; уходит без его разрешения; плохо ухаживает за детьми или отказывает ему в сексуальных контактах.

Детская инвалидность: процент детей в возрасте 2–9 лет с теми или иными установленными ограниченными возможностями (например, с ограниченными когнитивными возможностями, психомоторными нарушениями, с ограничениями по зрению, слуху и речи).

Наказание ребенка: процент детей в возрасте 2–14 лет, подвергающихся каким-либо психологическим или физическим видам наказания.

ОСНОВНЫЕ ИСТОЧНИКИ ДАННЫХ

Детский труд: кластерные обследования по методу совокупных показателей (МИКС) и демографические и медико-санитарные обследования (ДМСО).

Браки между несовершеннолетними: МИКС, ДМСО и другие национальные обследования.

Число зарегистрированных рождений: МИКС, ДМСО, другие национальные обследования и системы учета естественного движения населения.

Калечащие операции на половых органах женщин/обрезание: МИКС, ДМСО и другие национальные обследования.

Отношение к насилию в семье: МИКС, ДМСО и другие национальные обследования.

Детская инвалидность: МИКС, ДМСО и другие национальные обследования.

Наказание детей: МИКС, ДМСО и другие национальные обследования.

ПРИМЕЧАНИЯ

– Данные отсутствуют.

x Обозначает данные, которые относятся к иным годам или периодам, нежели указанные в заглавии колонки, отличаются от стандартного определения либо относятся только к части страны. Такие данные не включаются в расчеты региональных и мировых средних показателей.

y Данные, которые отличаются от стандартного определения или относятся только к части страны, но которые были учтены при расчете региональных и мировых средних показателей. Такие данные включены в расчеты региональных и мировых средних показателей.

n За исключением Нигерии.

◊ Глобальные и региональные оценки числа зарегистрированных рождений, включенные в настоящую таблицу, основаны на имеющихся за период 1999–2006 годов данных по соответствующей подгруппе стран. Глобальные и региональные оценки для более широкого ряда стран основаны на имеющихся данных за период 1997–2006 годов, и их можно найти на веб-сайте: www.childinfo.org/areas/birthregistration.

* Данные относятся к последнему году периода, указанного в заглавии колонки.

** За исключением Китая.

*** За исключением Китая и Нигерии.

Суммарные показатели

Средние показатели по регионам, приведенные в конце каждой таблицы, рассчитаны с использованием данных, полученных из стран и территорий, которые перечислены ниже в разбивке по группам.

Африка к югу от Сахары

Ангола, Бенин, Ботсвана, Буркина-Фасо, Бурунди, Габон, Гамбия, Гана, Гвинея, Гвинея-Бисау, Демократическая Республика Конго, Замбия, Зимбабве, Кабо-Верде, Камерун, Кения, Коморские Острова, Конго, Кот-д'Ивуар, Лесото, Либерия, Маврикий, Мавритания, Мадагаскар, Малави, Мали, Мозамбик, Намибия, Нигер, Нигерия, Объединенная Республика Танзания, Руанда, Сан-Томе и Принсипи, Свазиленд, Сейшельские Острова, Сенегал, Сомали, Сьерра-Леоне, Того, Уганда, Центральноафриканская Республика, Чад, Экваториальная Гвинея, Эритрея, Эфиопия, Южная Африка.

Ближний Восток и Северная Африка

Алжир, Бахрейн, Джибути, Египет, Иордания, Ирак, Иран (Исламская Республика), Йемен, Катар, Кувейт, Ливан, Ливийская Арабская Джамахирия, Марокко, Объединенные Арабские Эмираты, оккупированная палестинская территория, Оман, Саудовская Аравия, Сирийская Арабская Республика, Судан, Тунис.

Южная Азия

Афганистан, Бангладеш, Бутан, Индия, Мальдивские Острова, Непал, Пакистан, Шри-Ланка.

Восточная Азия и Тихоокеанский регион

Бруней-Даруссалам, Вануату, Вьетнам, Индонезия, Камбоджа, Кирибати, Китай, Корейская Народно-Демократическая Республика, Лаосская Народно-Демократическая Республика, Малайзия, Маршалловы Острова, Микронезия (Федеративные Штаты), Монголия, Мьянма, Науру, Ниуэ, Острова Кука, Палау, Папуа-Новая Гвинея, Республика Корея, Самоа, Сингапур, Соломоновы Острова, Таиланд, Тимор-Лешти, Тонга, Тувалу, Фиджи, Филиппины.

Латинская Америка и Карибский бассейн

Антигуа и Барбуда, Аргентина, Багамские Острова, Барбадос, Белиз, Боливия, Бразилия, Венесуэла (Боливарианская Республика), Гаити, Гайана, Гватемала, Гондурас, Гренада, Доминика, Доминиканская Республика, Колумбия, Коста-Рика, Куба, Мексика, Никарагуа, Панама, Парагвай, Перу, Сальвадор, Сент-Винсент и Гренадины, Сент-Китс и Невис, Сент-Люсия, Суринам, Тринидад и Тобаго, Уругвай, Чили, Эквадор, Ямайка.

ЦВЕ/СНГ

Азербайджан, Албания, Армения, Беларусь, Болгария, Босния и Герцеговина, бывшая югославская Республика Македония, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Республика Молдова, Российская Федерация, Румыния, Сербия, Таджикистан, Туркменистан, Турция, Узбекистан, Украина, Хорватия, Черногория.

Промышленно развитые страны/территории

Австралия, Австрия, Андорра, Бельгия, Венгрия, Германия, Греция, Дания, Израиль, Ирландия, Исландия, Испания, Италия, Канада, Кипр, Латвия, Литва, Лихтенштейн, Люксембург, Мальта, Монако, Нидерланды, Новая Зеландия, Норвегия, Польша, Португалия, Сан-Марино, Святейший Престол, Словакия, Словения, Соединенное Королевство, Соединенные Штаты, Финляндия, Франция, Чешская Республика, Швейцария, Швеция, Эстония, Япония.

Развивающиеся страны/территории

Азербайджан, Алжир, Ангола, Антигуа и Барбуда, Аргентина, Армения, Афганистан, Багамские Острова, Бангладеш, Барбадос, Бахрейн, Белиз, Бенин, Боливия, Ботсвана, Бразилия, Бруней-Даруссалам, Буркина-Фасо, Бурунди, Бутан, Вануату, Венесуэла, Вьетнам, Габон, Гаити, Гайана, Гамбия, Гана, Гватемала, Гвинея, Гвинея-Бисау, Гондурас, Гренада, Грузия, Демократическая Республика Конго, Джибути, Доминика, Доминиканская Республика, Египет, Замбия, Зимбабве, Израиль, Индия, Индонезия, Иордания, Ирак, Иран (Исламская Республика), Йемен, Кабо-Верде, Казахстан, Камбоджа, Камерун, Катар, Кения, Кипр, Кирибати, Китай, Колумбия, Коморские Острова, Конго, Корейская Народно-Демократическая Республика, Коста-Рика, Кот-д'Ивуар, Куба, Кувейт, Кыргызстан, Лаосская Народно-Демократическая Республика, Лесото, Либерия, Ливан, Ливийская Арабская Джамахирия, Маврикий, Мавритания, Мадагаскар, Малави, Малайзия, Мали, Мальдивские Острова, Марокко, Маршалловы Острова, Мексика, Микронезия (Федеративные Штаты), Мозамбик, Монголия, Мьянма, Намибия, Науру, Непал, Нигер, Нигерия, Никарагуа, Ниуэ, Объединенная Республика Танзания, Объединенные Арабские Эмираты, оккупированная палестинская территория, Оман, Острова Кука, Пакистан, Палау, Панама, Папуа-Новая Гвинея, Парагвай, Перу, Республика Корея, Руанда, Сальвадор, Самоа, Сан-Томе и Принсипи, Саудовская Аравия, Свазиленд, Сейшельские Острова, Сенегал, Сент-Винсент и Гренадины, Сент-Китс и Невис, Сент-Люсия, Сингапур, Сирийская Арабская Республика, Соломоновы Острова, Сомали, Судан, Суринам, Сьерра-Леоне, Таджикистан, Таиланд, Тимор-Лешти, Того, Тонга, Тринидад и Тобаго, Тувалу, Тунис, Туркменистан, Турция, Уганда, Узбекистан, Уругвай, Фиджи, Филиппины, Центральноафриканская Республика, Чад, Чили, Шри-Ланка, Эквадор, Экваториальная Гвинея, Эритрея, Эфиопия, Южная Африка, Ямайка.

Наименее развитые страны/территории

Ангола, Афганистан, Бангладеш, Бенин, Буркина-Фасо, Бурунди, Бутан, Вануату, Гаити, Гамбия, Гвинея, Гвинея-Бисау, Демократическая Республика Конго, Джибути, Замбия, Йемен, Кабо-Верде, Камбоджа, Кирибати, Коморские Острова, Лаосская Народно-Демократическая Республика, Лесото, Либерия, Мавритания, Мадагаскар, Малави, Мали, Мальдивские Острова, Мозамбик, Мьянма, Непал, Нигер, Объединенная Республика Танзания, Руанда, Самоа, Сан-Томе и Принсипи, Сенегал, Соломоновы Острова, Сомали, Судан, Сьерра-Леоне, Того, Тимор-Лешти, Тувалу, Уганда, Центральноафриканская Республика, Чад, Экваториальная Гвинея, Эритрея, Эфиопия.

Измерение развития человека

Вводные пояснения к таблице 10

Для более всесторонней и полной оценки развития необходимо найти средства измерения прогресса как в экономике, так и в развитии человека. Для ЮНИСЕФ, например, нужен согласованный метод измерения уровня благополучия ребенка и динамики его изменений.

В таблице 10 (на стр. 154–157) в качестве главного показателя такой динамики используется коэффициент смертности детей в возрасте до 5 лет (КСД-5). В 2007 году число детей, умерших до исполнения им 5 лет, составило 9,2 млн. Для сравнения, в 1960 году ежегодно умирало приблизительно 20 млн. детей. Эти цифры свидетельствуют о значительном долгосрочном снижении числа смертей детей в возрасте до 5 лет в мире.

Показатель КСД-5 обладает рядом статистических преимуществ. Во-первых, с его помощью измеряется результат процесса развития, а не такие исходные данные, как охват школьным образованием, количество потребляемых калорий на душу населения или число врачей на тысячу жителей, которые характеризуют лишь средства достижения поставленной цели.

Во-вторых, КСД-5 представляет собой, как известно, итоговую величину целого ряда различных исходных показателей: применения антибиотиков для лечения пневмонии; использования обработанных инсектицидами противомоскитных сеток для профилактики малярии; полноценности питания матерей и их осведомленности в вопросах здравоохранения; охвата иммунизацией и масштабов применения пероральной регидратации; доступности услуг по охране здоровья матери и ребенка (в том числе дородовое обслуживание); дохода семьи и наличия у нее продуктов питания; обеспеченности чистой водой и безопасных для здоровья санитарно-гигиенических условий; и в целом безопасности среды обитания ребенка.

В-третьих, КСД-5 в меньшей степени, чем, например, валовой национальный доход (ВНД) на душу населения, подвержен погрешностям при выведении усредненных показателей. Дело в том, что в реальной действительности дети из богатых семей могут быть в тысячу раз богаче, но это не означает, что их шансы выжить в тысячу раз выше, чем у детей из бедных семей. Иными словами, данные о богатом меньшинстве могут в гораздо меньшей степени повлиять на национальный КСД-5, и поэтому данный показатель позволяет получить более точную, хотя и отнюдь не безупречную, картину состояния здоровья большинства детей (и общества в целом).

Динамику сокращения КСД-5 можно измерить, рассчитав среднегодовой коэффициент сокращения смертности (СКС) детей в возрасте до 5 лет. В отличие от сопоставления абсолютных изменений, СКС отражает и тот факт, что достижение более низких значений КСД-5 сопряжено со все возрастающими трудностями. Например, по мере снижения уровня смертности детей в возрасте до 5 лет соответствующее ему сокращение в абсолютном выражении всегда дает более высокий процент сокращения смертности детей в возрасте до 5 лет. Поэтому СКС свидетельствует о более высоких темпах прогресса, например о сокращении на 10 процентных пунктов, если это сокращение происходит по отношению к более низкому уровню смертности детей в возрасте до 5 лет. Снижение КСД-5 на 10 пунктов, со 100 до 90, соответствует сокращению на 10 процентов, тогда как аналогичное снижение на 10 пунктов, с 20 до 10, означает сокращение на 50 процентов. (Отрицательное значение процентного сокращения свидетельствует о росте КСД-5 за указанный период.)

Поэтому, когда КСД-5 сопоставляется с темпами роста валового внутреннего продукта (ВВП), КСД-5 и коэффициент его сокращения дают картину прогресса в удовлетворении некоторых из наиболее существенных потребностей человека, достигнутого той или иной страной, территорией либо тем или иным регионом за любой период времени.

Как показано в таблице 10, однозначной связи между среднегодовым коэффициентом сокращения КСД-5, с одной стороны, и среднегодовыми темпами роста ВВП на душу населения, с другой, нет. Такие сопоставления помогают пролить свет на взаимосвязь между экономическим прогрессом и развитием человека.

И наконец, в таблице по каждой стране и территории указаны суммарные коэффициенты фертильности, а также соответствующие среднегодовые коэффициенты сокращения смертности детей. Из таблицы видно, что во многих странах, добившихся значительного снижения КСД-5, существенно сократилась и фертильность.

ТАБЛИЦА 10. ТЕМПЫ ПРОГРЕССА

Страны и территории	Место страны по уровню смертности детей в возрасте до 5 лет	Коэффициент смертности детей в возрасте до 5 лет			Среднегодовой коэффициент сокращения уровня смертности детей в возрасте до 5 лет (в %)[6]		Сокращение с 1990 года (в %)[6]	Среднегодовой коэффициент роста доли ВВП на душу населения (в %)		Суммарный коэффициент фертильности			Среднегодовой коэффициент сокращения уровня смертности детей в возрасте до 5 лет (в %)	
		1970 г.	1990 г.	2007 г.	1970–1990 гг.	1990–2007 гг.		1970–1990 гг.	1990–2007 гг.	1970 г.	1990 г.	2007 г.	1970–1990 гг.	1990–2007 гг.
Афганистан	2	320	260	257	1,0	0,1	1	–	–	7,7	8,0	7,1	–0,2	0,7
Албания	126	107	46	15	4,2	6,6	67	–0,7x	5,2	4,9	2,9	2,1	2,6	2,0
Алжир	75	220	69	37	5,8	3,7	46	1,6	1,4	7,4	4,7	2,4	2,3	4,0
Андорра	189	–	6	3	–	4,1	50	–	–	–	–	–	–	–
Ангола	16	–	258	158	–	2,9	39	0,4x	2,9	7,3	7,2	6,5	0,1	0,6
Антигуа и Барбуда	140	–	–	11	–	–	–	8,3x	1,7	–	–	–	–	–
Аргентина	125	68	29	16	4,3	3,5	45	–0,7	1,5	3,1	3,0	2,3	0,1	1,7
Армения	99	–	56	24	–	5,0	57	–	5,8	3,2	2,5	1,4	1,2	3,7
Австралия	160	21	9	6	4,2	2,4	33	1,5	2,4	2,7	1,9	1,8	1,9	0,3
Австрия	173	29	9	4	5,9	4,8	56	2,4	1,8	2,3	1,5	1,4	2,3	0,2
Азербайджан	71	–	98	39	–	5,4	60	–	2,8	4,6	3,0	1,8	2,2	3,1
Багамские Острова	134	49	29	13	2,6	4,7	55	1,8	0,4x	3,6	2,6	2,0	1,6	1,5
Бахрейн	145	82	19	10	7,3	3,8	47	–1,3x	2,4x	6,5	3,7	2,3	2,8	2,8
Бангладеш	58	238	151	61	2,3	5,3	60	0,6	3,1	6,4	4,4	2,9	1,9	2,5
Барбадос	137	54	17	12	5,8	2,0	29	1,5	1,3x	3,1	1,7	1,5	3,1	0,6
Беларусь	134	–	24	13	–	3,6	46	–	3,4	2,3	1,9	1,2	1,0	2,6
Бельгия	166	24	10	5	4,4	4,1	50	2,2	1,8	2,2	1,6	1,6	1,7	–0,2
Белиз	97	–	43	25	–	3,2	42	2,9	2,4	6,3	4,5	3,0	1,7	2,5
Бенин	25	256	184	123	1,7	2,4	33	0	1,3	7,0	6,8	5,5	0,2	1,3
Бутан	45	288	148	84	3,3	3,3	43	6,8x	5,2	6,7	5,9	2,2	0,6	5,7
Боливия	61	243	125	57	3,3	4,6	54	–1,1	1,3	6,6	4,9	3,5	1,5	1,9
Босния и Герцеговина	132	82	22	14	6,6	2,7	36	–	10,8x	2,9	1,7	1,2	2,6	2,0
Ботсвана	69	144	57	40	4,6	2,1	30	8,2	4,2	6,6	4,7	2,9	1,7	2,8
Бразилия	107	134	58	22	4,2	5,7	62	2,3	1,2	5,0	2,8	2,3	2,9	1,3
Бруней-Даруссалам	148	78	11	9	9,8	1,2	18	–2,2x	–0,3x	5,7	3,2	2,3	2,8	2,0
Болгария	137	33	18	12	3,0	2,4	33	3,4x	2,3	2,2	1,7	1,3	1,2	1,6
Буркина-Фасо	7	281	206	191	1,6	0,4	7	1,3	2,5	7,6	7,3	6,0	0,2	1,1
Бурунди	10	219	189	180	0,7	0,3	5	1,1	–2,7	6,8	6,8	6,8	0,0	0,0
Камбоджа	40	–	119	91	–	1,6	24	–	6,2x	5,9	5,8	3,2	0,1	3,5
Камерун	18	215	139	148	2,2	–0,4	–6	3,3	0,6	6,2	5,9	4,4	0,2	1,8
Канада	160	22	8	6	5,1	1,7	25	2	2,2	2,2	1,7	1,5	1,5	0,5
Кабо-Верде	84	–	60	32	–	3,7	47	–	3,3	7,0	5,5	3,4	1,2	2,8
Центральноафриканская Республика	12	232	171	172	1,5	0,0	–1	–1,3	–0,8	5,7	5,7	4,6	0,0	1,2
Чад	3	–	201	209	–	–0,2	–4	–1	2,4	6,5	6,7	6,2	–0,1	0,4
Чили	148	98	21	9	7,7	5,0	57	1,5	3,7	4,0	2,6	1,9	2,1	1,8
Китай	107	118	45	22	4,8	4,2	51	6,6	8,9	5,6	2,2	1,7	4,7	1,4
Колумбия	112	105	35	20	5,5	3,3	43	2	1	5,6	3,0	2,2	3,1	1,8
Коморские Острова	55	215	120	66	2,9	3,5	45	0,1x	–0,4	7,1	6,1	4,4	0,7	2,0
Конго	24	142	104	125	1,6	–1,1	–20	3,2	–0,2	6,3	5,4	4,5	0,8	1,0
Острова Кука	117	–	32	18	–	3,4	44	–	–	–	–	–	–	–
Коста-Рика	140	83	18	11	7,6	2,9	39	0,7	2,5	5,0	3,2	2,1	2,3	2,4
Кот-д'Ивуар	22	236	151	127	2,2	1,0	16	–1,9	–0,7	7,4	6,6	4,5	0,5	2,2
Хорватия	160	42	13	6	5,9	4,5	54	–	3	2,0	1,7	1,3	0,9	1,3
Куба	156	39	13	7	5,5	3,6	46	–	3,6x	4,0	1,8	1,5	4,2	0,9
Кипр	166	31	11	5	5,2	4,6	55	5,9x	2,2	2,6	2,4	1,6	0,4	2,5
Чешская Республика	173	24	12	4	3,5	6,5	67	–	2,4	2,0	1,8	1,2	0,5	2,3
Корейская Народно-Демократическая Республика	62	70	55	55	1,2	0,0	0	–	–	4,0	2,4	1,9	2,6	1,5
Демократическая Республика Конго	15	235	200	161	0,8	1,3	20	–2,4	–4,3	6,4	6,7	6,7	–0,3	0,0
Дания	173	16	9	4	2,9	4,8	56	2	1,9	2,1	1,7	1,8	1,2	–0,5
Джибути	22	–	175	127	–	1,9	27	–	–2,1	7,4	6,2	4,0	0,9	2,5
Доминика	140	60	18	11	6,0	2,9	39	4,7x	2,4	–	–	–	–	–
Доминиканская Республика	73	131	66	38	3,4	3,2	42	2,1	3,8	6,2	3,3	2,8	3,1	0,9
Эквадор	107	140	57	22	4,5	5,6	61	1,3	1,2	6,3	3,7	2,6	2,7	2,0
Египет	77	236	93	36	4,7	5,6	61	4,3	2,5	6,2	4,4	2,9	1,7	2,4
Сальвадор	99	162	60	24	5,0	5,4	60	–1,8	1,8	6,4	3,7	2,7	2,7	1,8
Экваториальная Гвинея	4	–	170	206	–	–1,1	–21	–	21,1	5,7	5,9	5,4	–0,2	0,5
Эритрея	50	237	147	70	2,4	4,4	52	–	–0,3x	6,6	6,2	5,1	0,3	1,2
Эстония	160	20	18	6	0,5	6,5	67	1,5x	5,2	2,1	1,9	1,5	0,4	1,6
Эфиопия	27	241	204	119	0,8	3,2	42	–	2,2	6,8	6,8	5,3	0,0	1,4
Фиджи	117	–	22	18	–	1,2	18	0,6x	1,5x	4,5	3,4	2,8	1,5	1,2
Финляндия	173	16	7	4	4,1	3,3	43	2,8	2,8	1,9	1,7	1,8	0,3	–0,2

Страны и территории	Место страны по уровню смертности детей в возрасте до 5 лет	Коэффициент смертности детей в возрасте до 5 лет			Среднегодовой коэффициент сокращения уровня смертности детей в возрасте до 5 лет (в %)[e]		Сокращение с 1990 года (в %)[e]	Среднегодовой коэффициент роста доли ВВП на душу населения (в %)		Суммарный коэффициент фертильности			Среднегодовой коэффициент сокращения уровня смертности детей в возрасте до 5 лет (в %)	
		1970 г.	1990 г.	2007 г.	1970–1990 гг.	1990–2007 гг.		1970–1990 гг.	1990–2007 гг.	1970 г.	1990 г.	2007 г.	1970–1990 гг.	1990–2007 гг.
Франция	173	18	9	4	3,5	4,8	56	2,2	1,6	2,5	1,8	1,9	1,7	–0,5
Габон	40	–	92	91	–	0,1	1	0,3	–0,7	4,8	4,8	3,1	0,0	2,6
Гамбия	34	311	153	109	3,5	2,0	29	0,9	0,2	6,7	6,0	4,8	0,5	1,4
Грузия	88	–	47	30	–	2,6	36	3,2	1,8	2,6	2,1	1,4	1,0	2,4
Германия	173	26	9	4	5,3	4,8	56	2,3x	1,4	2,0	1,4	1,4	1,9	0,0
Гана	30	183	120	115	2,1	0,3	4	–2,1	2,1	6,7	5,8	3,9	0,7	2,3
Греция	173	32	11	4	5,3	6,0	64	1,3	2,7	2,4	1,4	1,3	2,5	0,5
Гренада	114	–	37	19	–	3,9	49	4,9	2,5	4,6	3,7	2,3	1,1	2,8
Гватемала	71	168	82	39	3,6	4,4	52	0,2	1,4	6,2	5,6	4,2	0,6	1,7
Гвинея	17	326	231	150	1,7	2,5	35	0,3x	1,3	7,0	6,7	5,5	0,2	1,2
Гвинея-Биссау	5	–	240	198	–	1,1	18	–0,2	–2,6	6,8	7,1	7,1	–0,2	0,0
Гайана	59	–	88	60	–	2,3	32	–1,5	3,1	5,6	2,6	2,3	3,8	0,6
Гаити	47	222	152	76	1,9	4,1	50	–0,3	–2,1	5,8	5,4	3,6	0,3	2,5
Святейший Престол	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Гондурас	99	169	58	24	5,3	5,2	59	0,8	1,5	7,3	5,1	3,3	1,7	2,5
Венгрия	156	40	17	7	4,3	5,2	59	3	3,3	2,0	1,8	1,3	0,6	2,0
Исландия	189	16	7	3	4,1	5,0	57	3,2	2,4	3,0	2,2	2,0	1,6	0,3
Индия	49	190	117	72	2,4	2,9	38	2,1	4,5	5,4	4,0	2,8	1,5	2,0
Индонезия	86	172	91	31	3,2	6,3	66	4,7	2,3	5,5	3,1	2,2	2,8	2,1
Иран (Исламская Республика)	83	191	72	33	4,9	4,6	54	–2,3	2,5	6,6	5,0	2,0	1,3	5,3
Ирак	66	125	53	44	4,3	1,1	17	–	–	7,2	5,9	4,3	1,0	1,9
Ирландия	173	23	9	4	4,7	4,8	56	2,8	5,8	3,9	2,1	2,0	3,1	0,4
Израиль	166	29	12	5	4,4	5,1	58	1,9	1,7	3,8	3,0	2,8	1,2	0,4
Италия	173	33	10	4	6,0	5,4	60	2,8	1,2	2,4	1,3	1,4	3,1	–0,3
Ямайка	86	62	33	31	3,2	0,4	6	–1,3	0,8	5,5	2,9	2,5	3,1	1,1
Япония	173	17	6	4	5,2	2,4	33	3	0,9	2,1	1,6	1,3	1,3	1,3
Иордания	99	107	40	24	4,9	3,0	40	2,5x	2	7,9	5,5	3,1	1,8	3,3
Казахстан	84	88	60	32	1,9	3,7	47	–	3,2	3,5	2,8	2,3	1,1	1,3
Кения	26	156	97	121	2,4	–1,3	–25	1,2	0	8,1	5,9	5,0	1,6	1,0
Кирибати	57	–	88	63	–	2,0	28	–5,3	1,8	–	–	–	–	–
Кувейт	140	59	15	11	6,8	1,8	27	–6,8x	1,1x	7,2	3,5	2,2	3,6	2,8
Кыргызстан	73	–	74	38	–	3,9	49	–	–0,5	4,9	3,9	2,5	1,2	2,7
Лаосская Народно-Демократическая Республика	50	218	163	70	1,5	5,0	57	–	4,2	6,4	6,2	3,2	0,2	3,9
Латвия	148	20	17	9	0,8	3,7	47	3,4	4,7	1,9	1,9	1,3	0,0	2,3
Ливан	91	54	37	29	1,9	1,4	22	–	2,5	5,1	3,1	2,2	2,4	2,1
Лесото	45	171	102	84	2,6	1,1	18	3,1	1,8	5,8	4,9	3,4	0,8	2,2
Либерия	20	284	205	133	1,6	2,5	35	–4,2	1,9	6,9	6,9	6,8	0,0	0,1
Ливийская Арабская Джамахирия	117	160	41	18	6,8	4,8	56	–4,9x	–	7,6	4,8	2,8	2,3	3,3
Лихтенштейн	189	–	10	3	–	7,1	70	–	–	–	–	–	–	–
Литва	151	22	16	8	1,6	4,1	50	–	3	2,3	2,0	1,3	0,7	2,7
Люксембург	189	23	9	3	4,7	6,5	67	2,7	3,2	2,0	1,6	1,7	1,1	–0,3
Мадагаскар	32	180	168	112	0,3	2,4	33	–2,4	–0,4	6,8	6,2	4,8	0,4	1,5
Малави	33	334	209	111	2,3	3,7	47	–0,1	0,3	7,3	7,0	5,6	0,2	1,2
Малайзия	140	70	22	11	5,8	4,1	50	4	3,2	5,6	3,7	2,6	2,0	2,1
Мальдивские Острова	88	–	111	30	–	7,7	73	–	5,5x	7,0	6,2	2,6	0,6	5,1
Мали	6	372	250	196	2,0	1,4	22	–0,3	2,2	7,5	7,4	6,5	0,0	0,8
Мальта	166	28	11	5	4,7	4,6	55	6,5	2,7x	2,1	2,0	1,4	0,0	2,4
Маршалловы Острова	64	–	92	54	–	3,1	41	–	–2	–	–	–	–	–
Мавритания	27	233	130	119	2,9	0,5	8	–0,9	0,6	6,6	5,8	4,4	0,6	1,6
Маврикий	126	86	24	15	6,4	2,8	38	5,1x	3,7	3,7	2,2	1,9	2,5	1,1
Мексика	78	111	52	35	3,8	2,3	33	1,6	1,6	6,7	3,4	2,2	3,4	2,5
Микронезия (Федеративные Штаты)	69	–	58	40	–	2,2	31	–	–0,2	6,9	5,0	3,8	1,7	1,6
Молдова	117	65	37	18	2,8	4,2	51	1,8x	–1,3	2,6	2,4	1,4	0,3	3,2
Монако	173	–	9	4	–	4,8	56	–	–	–	–	–	–	–
Монголия	67	–	98	43	–	4,8	56	–	2,2	7,5	4,1	1,9	3,0	4,6
Черногория	145	–	16	10	–	2,8	38	–	3,4x	2,4	2,0	1,8	0,9	0,6
Марокко	81	184	89	34	3,6	5,7	62	2	2	7,1	4,0	2,4	2,8	3,1
Мозамбик	14	277	201	168	1,6	1,1	16	–1x	4,1	6,6	6,2	5,2	0,3	1,1
Мьянма	36	179	130	103	1,6	1,4	21	1,5	6,8x	6,1	3,4	2,1	2,8	3,0
Намибия	53	126	87	68	1,9	1,4	22	–2,3x	1,8	6,5	5,8	3,2	0,5	3,5
Науру	88	–	–	30	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–

ТАБЛИЦА 10. ТЕМПЫ ПРОГРЕССА

Страны и территории	Место страны по уровню смертности детей в возрасте до 5 лет	Коэффициент смертности детей в возрасте до 5 лет			Среднегодовой коэффициент сокращения уровня смертности детей в возрасте до 5 лет (в %)[6]		Сокращение с 1990 года (в %)[6]	Среднегодовой коэффициент роста доли ВВП на душу населения (в %)		Суммарный коэффициент фертильности			Среднегодовой коэффициент сокращения уровня смертности детей в возрасте до 5 лет (в %)	
		1970 г.	1990 г.	2007 г.	1970–1990 гг.	1990–2007 гг.		1970–1990 гг.	1990–2007 гг.	1970 г.	1990 г.	2007 г.	1970–1990 гг.	1990–2007 гг.
Непал	62	237	142	55	2,6	5,6	61	1,2	1,9	5,9	5,2	3,3	0,6	2,6
Нидерланды	166	16	8	5	3,5	2,8	38	1,5	2,1	2,4	1,6	1,7	2,2	–0,6
Новая Зеландия	160	21	11	6	3,2	3,6	45	0,8	2	3,1	2,1	2,0	2,0	0,2
Никарагуа	78	165	68	35	4,4	3,9	49	–3,7	1,9	6,9	4,8	2,8	1,9	3,2
Нигер	11	318	304	176	0,2	3,2	42	–2,2	–0,6	8,1	7,9	7,2	0,1	0,5
Нигерия	8	265	230	189	0,7	1,2	18	–1,4	1,2	6,9	6,8	5,4	0,1	1,3
Ниуэ	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Норвегия	173	16	9	4	2,9	4,8	56	3,2	2,6	2,5	1,9	1,8	1,5	0,1
оккупированная палестинская территория	95	–	38	27	–	2,0	29	–	–2,9x	7,9	6,4	5,2	1,0	1,3
Оман	137	200	32	12	9,2	5,8	63	3,3	2,2x	7,2	6,6	3,0	0,4	4,6
Пакистан	43	184	132	90	1,7	2,3	32	3	1,6	6,6	6,3	3,5	0,2	3,4
Палау	145	–	21	10	–	4,4	52	–	–	–	–	–	–	–
Панама	104	68	34	23	3,5	2,3	32	0,3	2,6	5,3	3,0	2,6	2,8	0,9
Папуа-Новая Гвинея	56	156	94	65	2,5	2,2	31	–0,7	–0,6	6,2	4,8	3,8	1,2	1,3
Парагвай	91	75	41	29	3,0	2,0	29	2,8	–0,3	5,7	4,5	3,1	1,2	2,2
Перу	112	170	78	20	3,9	8,0	74	–0,6	2,7	6,3	3,9	2,5	2,4	2,6
Филиппины	94	89	62	28	1,8	4,7	55	0,8	1,7	6,3	4,3	3,3	1,8	1,7
Польша	156	35	17	7	3,6	5,2	59	–	4,4	2,2	2,0	1,2	0,4	3,0
Португалия	173	66	15	4	7,4	7,8	73	2,6	1,9	2,8	1,5	1,5	3,0	0,3
Катар	126	51	26	15	3,4	3,2	42	–	–	6,9	4,4	2,7	2,3	2,9
Республика Корея	166	54	9	5	9,0	3,5	44	6,2	4,4	4,5	1,6	1,2	5,2	1,7
Румыния	126	52	32	15	2,4	4,5	53	0,9x	2,3	2,9	1,9	1,3	2,0	2,3
Российская Федерация	126	40	27	15	2,0	3,5	44	–	1,2	2,0	1,9	1,3	0,3	2,0
Руанда	9	223	195	181	0,7	0,4	7	1,1	1,1	8,2	7,6	5,9	0,4	1,5
Сент-Китс и Невис	117	–	36	18	–	4,1	50	6,3x	2,8	–	–	–	–	–
Сент-Люсия	117	66	21	18	5,7	0,9	14	5,3x	1,3	6,1	3,3	2,2	3,0	2,5
Сент-Винсент и Гренадины	114	72	22	19	5,9	0,9	14	3,3	3	6,0	3,0	2,2	3,5	1,8
Самоа	95	101	50	27	3,5	3,6	46	–	2,6	6,1	4,8	4,0	1,2	1,0
Сан-Марино	173	–	13	4	–	6,9	69	–	–	–	–	–	–	–
Сан-Томе и Принсипи	38	104	101	99	0,1	0,1	2	–	–	6,5	5,4	3,9	0,9	1,9
Саудовская Аравия	97	185	44	25	7,2	3,3	43	–1,5	0,3	7,3	5,8	3,4	1,1	3,2
Сенегал	31	276	149	114	3,1	1,6	23	–0,7	1,1	7,0	6,6	4,7	0,3	1,9
Сербия	151	–	–	8	–	–	–	–	2,6x	2,4	2,1	1,8	0,6	1,0
Сейшельские Острова	134	59	19	13	5,7	2,2	32	2,9	1,4	–	–	–	–	–
Сьерра-Леоне	1	371	290	262	1,2	0,6	10	–0,4	–0,4	6,5	6,5	6,5	0,0	0,0
Сингапур	189	27	8	3	6,1	5,8	63	5,6	3,8	3,0	1,8	1,3	2,7	1,9
Словакия	151	31	15	8	3,6	3,7	47	–	3,3	2,5	2,0	1,2	1,0	2,9
Словения	173	29	11	4	4,8	6,0	64	–	3,5	2,3	1,5	1,3	2,0	1,0
Соломоновы Острова	50	–	121	70	–	3,2	42	3,4	–1,6	6,9	5,9	3,9	0,8	2,4
Сомали	19	–	203	142	–	2,1	30	–0,9	–	7,3	6,8	6,1	0,3	0,6
Южная Африка	60	113	64	59	2,8	0,5	8	0,1	1	5,6	3,6	2,7	2,2	1,7
Испания	173	25	9	4	5,1	4,8	56	1,9	2,4	2,9	1,3	1,4	3,9	–0,2
Шри-Ланка	110	100	32	21	5,7	2,5	34	3	3,9	4,4	2,5	1,9	2,7	1,7
Судан	34	168	125	109	1,5	0,8	13	0,1	3,6	6,6	6,0	4,3	0,5	1,9
Суринам	91	–	51	29	–	3,3	43	–2,4x	1,8	5,7	2,7	2,4	3,6	0,7
Швейцария	40	199	96	91	3,6	0,3	5	3,1	–0,3	6,9	5,7	3,5	0,9	2,9
Швеция	189	13	7	3	3,1	5,0	57	1,8	2,2	2,0	2,0	1,8	0,1	0,7
Швейцария	166	18	8	5	4,1	2,8	38	1,2	0,7	2,0	1,5	1,4	1,4	0,5
Сирийская Арабская Республика	123	128	37	17	6,2	4,6	54	2	1,5	7,6	5,5	3,1	1,6	3,4
Таджикистан	54	138	117	67	0,8	3,3	43	–	–2,2	6,9	5,2	3,4	1,4	2,5
Таиланд	156	103	31	7	6,0	8,8	77	5	2,9	5,5	2,1	1,8	4,8	0,8
бывшая югославская Республика Македония	123	119	38	17	5,7	4,7	55	–	0,5	3,2	1,9	1,4	2,4	1,8
Тимор-Лешти	39	–	184	97	–	3,8	47	–	–	6,3	5,3	6,6	0,8	–1,2
Того	37	219	150	100	1,9	2,4	33	–0,6	–0,2	7,0	6,4	4,9	0,5	1,6
Тонга	104	50	32	23	2,2	1,9	28	–	2	5,9	4,6	3,8	1,3	1,2
Тринидад и Тобаго	78	54	34	35	2,3	–0,2	–3	0,5	5,1	3,5	2,4	1,6	1,8	2,4
Тунис	110	201	52	21	6,8	5,3	60	2,5	3,4	6,6	3,6	1,9	3,0	3,7
Турция	104	201	82	23	4,5	7,5	72	1,9	2,2	5,5	3,0	2,1	3,0	2,1
Туркменистан	65	–	99	50	–	4,0	49	–	–6,8x	6,3	4,3	2,5	1,9	3,2

Страны и территории	Место страны по уровню смертности детей в возрасте до 5 лет	Коэффициент смертности детей в возрасте до 5 лет			Среднегодовой коэффициент сокращения уровня смертности детей в возрасте до 5 лет (в %)[Θ]		Сокращение с 1990 года (в %)[Θ]	Среднегодовой коэффициент роста доли ВВП на душу населения (в %)		Суммарный коэффициент фертильности			Среднегодовой коэффициент сокращения уровня смертности детей в возрасте до 5 лет (в %)	
		1970 г.	1990 г.	2007 г.	1970–1990 гг.	1990–2007 гг.		1970–1990 гг.	1990–2007 гг.	1970 г.	1990 г.	2007 г.	1970–1990 гг.	1990–2007 гг.
Тувалу	75	–	53	37	–	2,1	30	–	–	–	–	–	–	–
Уганда	21	195	175	130	0,5	1,7	26	–	3,1	7,1	7,1	6,5	0,0	0,5
Украина	99	36	25	24	1,8	0,2	4	–	–0,7	2,1	1,9	1,2	0,6	2,6
Объединенные Арабские Эмираты	151	84	15	8	8,6	3,7	47	–4,8x	–0,3x	6,6	4,4	2,3	2,1	3,8
Соединенное Королевство	160	21	9	6	4,2	2,4	33	2	2,4	2,3	1,8	1,8	1,2	0,0
Объединенная Республика Танзания	29	217	157	116	1,6	1,8	26	–	1,8	6,8	6,1	5,2	0,5	0,9
Соединенные Штаты	151	23	11	8	3,7	1,9	27	2,2	2	2,2	2,0	2,1	0,6	–0,2
Уругвай	132	60	25	14	4,4	3,4	44	0,9	1,5	2,9	2,5	2,1	0,7	1,0
Узбекистан	68	–	74	41	–	3,5	45	–	1,2	6,5	4,2	2,5	2,2	3,0
Вануату	81	155	62	34	4,6	3,5	45	1,1x	–0,4	6,3	4,9	3,8	1,2	1,6
Венесуэла (Боливарианская Республика)	114	62	32	19	3,3	3,1	41	–1,6	–0,2	5,4	3,4	2,6	2,2	1,7
Вьетнам	126	85	56	15	2,1	7,7	73	–	6	7,0	3,7	2,2	3,2	3,2
Йемен	48	309	127	73	4,4	3,3	43	–	1,6	8,6	8,1	5,5	0,3	2,2
Замбия	13	179	163	170	0,5	–0,2	–4	–2,3	0,1	7,4	6,5	5,2	0,7	1,2
Зимбабве	43	131	95	90	1,6	0,3	5	–0,4	–2,1x	7,4	5,2	3,2	1,8	2,8
СУММАРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ														
Африка к югу от Сахары	232	186	148	1,1	1,3	20	–0,1	1,3	6,8	6,3	5,2	0,4	1,1	
Восточная и южная части Африки	202	165	123	1,0	1,7	25	–	1,4	6,8	6,0	4,9	0,6	1,2	
Западная и центральная части Африки	260	206	169	1,2	1,2	18	–0,6	1,3	6,8	6,6	5,5	0,1	1,1	
Ближний Восток и Северная Африка	195	79	46	4,5	3,2	42	–0,1	1,6	6,8	5,0	3,0	1,5	3,0	
Южная Азия	197	125	78	2,3	2,8	38	2,1	4,1	5,7	4,3	3,0	1,4	2,2	
Восточная Азия и Тихоокеанский регион	121	56	27	3,9	4,3	52	5,7	6,8	5,6	2,5	1,9	4,1	1,6	
Латинская Америка и Карибский бассейн	122	55	26	4,0	4,4	53	1,4	1,5	5,3	3,2	2,4	2,5	1,8	
ЦВЕ/СНГ	91	53	25	2,7	4,4	53	–	1,6	2,8	2,3	1,7	0,9	1,9	
Промышленно развитые страны[§]	24	10	6	4,4	3,0	40	2,3	1,9	2,3	1,7	1,7	1,3	0,2	
Развивающиеся страны[§]	162	103	74	2,3	1,9	28	2,4	4	5,8	3,6	2,8	2,3	1,6	
Наименее развитые страны[§]	241	179	130	1,5	1,9	27	–0,2	2,5	6,7	5,8	4,7	0,7	1,3	
Весь мир	143	93	68	2,2	1,8	27	2,3	2,4	4,7	3,2	2,6	1,9	1,3	

§ Включает также территории внутри каждой категории стран или региональной группы. Страны и территории, входящие в каждую категорию стран или региональную группу, перечислены на стр. 152.

ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

Коэффициент смертности детей в возрасте до 5 лет: показатель вероятности смерти в период от рождения и до достижения 5-летнего возраста. Отражает число смертей за год среди детей до 5 лет на 1000 живорождений.

Сокращение с 1990 года (в процентах): процентное сокращение коэффициента смертности детей в возрасте до 5 лет (КСД-5) с 1990 по 2007 год. В Декларации тысячелетия Организации Объединенных Наций в 2000 году поставлена цель добиться сокращения КСД-5 на две трети (67 процентов) с 1990 по 2015 год. Таким образом, этот показатель дает текущую оценку прогресса в достижении этой цели.

ВВП на душу населения: валовой внутренний продукт (ВВП) есть сумма добавленной стоимости всех производителей-резидентов плюс любые налоги на продукты (минус субсидии), не включенные в стоимостную оценку выпуска продукции. ВВП на душу населения – это отношение валового внутреннего продукта к численности населения на середину года. Рост ВВП рассчитывается на основе данных о ВВП в постоянных ценах в местной валюте.

Суммарный коэффициент фертильности: число детей, которые могли бы родиться у одной женщины, если бы она прожила до конца своего детородного периода и рожала детей в соответствии с повозрастным коэффициентом фертильности в конкретном году, соответствующим определенному возрасту.

ОСНОВНЫЕ ИСТОЧНИКИ ДАННЫХ

Коэффициент смертности детей в возрасте до 5 лет: ЮНИСЕФ, Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций и Статистический отдел Организации Объединенных Наций.

ВВП на душу населения: Всемирный банк.

Фертильность: Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций.

ПРИМЕЧАНИЯ

– Данные отсутствуют.

x Обозначает данные, которые относятся к иным годам или периодам, нежели указанные в заглавии колонки, отличаются от стандартного определения либо относятся только к части страны. Такие данные не включаются в расчеты региональных и мировых средних показателей.

Θ Отрицательное значение процентного сокращения свидетельствует о росте коэффициента смертности детей в возрасте до пяти лет с 1990 года.

Сокращения

ВВП	валовой внутренний продукт
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
КОПОЖ/О	калечащая операция на половых органах женщин/обрезание
МИКС	кластерные обследования по методу совокупных показателей
НАП	неотложная акушерская помощь
КПОНД	Комплексная программа по охране здоровья новорожденных и детей
КПЛДБ	Комплексная программа лечения детских болезней
ОЭСР	Организация экономического сотрудничества и развития
ППМР	предупреждение передачи ВИЧ от матери ребенку
СПЗ	Сеть по показателям здоровья
СПИД	синдром приобретенного иммунодефицита
ЦРДТ	цели развития Декларации тысячелетия
ЦПВРД	Ускоренная программа по обеспечению выживания и развития детей
ЮНЕСКО	Организация Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры
ЮНИСЕФ	Детский фонд Организации Объединенных Наций
ЮНФПА	Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения
ЮНЭЙДС	Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу

unicef

Отделения UNICEF
(UNICEF Offices)

Штаб-квартира UNICEF
(UNICEF Headquarters)
UNICEF House
3 United Nations Plaza
New York, NY 10017, USA

Региональное отделение ЮНИСЕФ для Европы
(UNICEF Regional Office for Europe)
Palais des Nations
CH-1211 Geneva 10, Switzerland

Региональное отделение ЮНИСЕФ для стран центральной и восточной Европы, Содружества Независимых Государств
(UNICEF Central and Eastern Europe/ Commonwealth of Independent States Regional Office)
Palais des Nations
CH-1211 Geneva 10, Switzerland

Региональное отделение ЮНИСЕФ для восточной и южной частей Африки
(UNICEF Eastern and Southern Africa Regional Office)
P.O. Box 44145-00100
Nairobi, Kenya

Региональное отделение ЮНИСЕФ для западной и Центральной Африки
(UNICEF West and Central Africa Regional Office)
P.O. Box 29720 Yoff
Dakar, Senegal

Региональное отделение ЮНИСЕФ для Северной и Южной Америки и Карибского бассейна
(UNICEF The Americas and Caribbean Regional Office)
Avenida Morse
Ciudad del Saber Clayton
Edificio #102
Apartado 0843-03045
Panama City, Panama

Региональное отделение ЮНИСЕФ для Восточной Азии и Тихоокеанского региона
(UNICEF East Asia and the Pacific Regional Office)
P.O. Box 2-154
19 Phra Atit Road
Bangkok 10200, Thailand

Региональное отделение ЮНИСЕФ для Ближнего Востока и Северной Африки
(UNICEF Middle East and North Africa Regional Office)
P.O. Box 1551
Amman 11821, Jordan

Региональное отделение ЮНИСЕФ для Южной Азии
(UNICEF South Asia Regional Office)
P.O. Box 5815
Lekhnath Marg
Kathmandu, Nepal

Дополнительная информация имеется на нашем web-сайте <www.unicef.org>.

United Nations Children's Fund
3 United Nations Plaza
New York, NY 10017, USA
Email: pubdoc@unicef.org
Website: www.unicef.org

ISBN: 978-92-806-4423-4

© United Nations Children's Fund (UNICEF)
December 2008