Содержание

[1.1 Доля населения, имеющего доход менее 1 доллара ППС в день 4](#_Toc361305777)

[1.1a Доля населения, живущего за национальной чертой бедности 12](#_Toc361305778)

[1.2 Коэффициент бедности 19](#_Toc361305779)

[1.3 Доля беднейшего квинтиля населения в структуре национального потребления 22](#_Toc361305780)

[1.4 Темп роста ВВП на одного занятого 26](#_Toc361305781)

[1.5 Уровень занятости населения 31](#_Toc361305782)

[1.6 Доля занятых, живущих менее чем на 1 доллар США (ППС) в день 36](#_Toc361305783)

[1.7 Доля лиц, занятых индивидуальной трудовой деятельностью, и помогающих им работников из числа членов семьи в общем числе занятых 40](#_Toc361305784)

[1.8 Доля детей с пониженным весом в возрасте до пяти лет 44](#_Toc361305785)

[1.9 Доля населения, калорийность питания которого ниже минимально допустимого уровня 49](#_Toc361305786)

[2.1 Чистый коэффициент охвата начальным образованием 56](#_Toc361305787)

[2.2 Доля учащихся, поступивших в первый класс и доучившихся до последнего класса начальной школы 61](#_Toc361305788)

[3.2 Доля женщин, работающих по найму в несельскохозяйственном секторе 72](#_Toc361305789)

[3.3 Доля мест, занимаемых женщинами в национальном парламенте 80](#_Toc361305790)

[4.1 Коэффициент смертности детей в возрасте до пяти лет 84](#_Toc361305791)

[4.2 Коэффициент младенческой смертности 91](#_Toc361305792)

[4.3 Доля детей годовалого возраста, которым сделаны прививки против кори 94](#_Toc361305793)

[5.1 Показатель материнской смертности 100](#_Toc361305794)

[5.3 Доля населения, пользующегося контрацептивами 109](#_Toc361305795)

[5.4 Коэффициент рождаемости среди подростков 114](#_Toc361305796)

[5.5 Охват дородовым обслуживанием (по меньшей мере, одно посещение и, по меньшей мере, четыре посещения) 119](#_Toc361305797)

[5.1 Показатель материнской смертности 124](#_Toc361305798)

[5.3 Доля населения, пользующегося контрацептивами 133](#_Toc361305799)

[5.4 Коэффициент рождаемости среди подростков 138](#_Toc361305800)

[5.5 Охват дородовым обслуживанием (по меньшей мере, одно посещение и, по меньшей мере, четыре посещения) 143](#_Toc361305801)

[5.1 Показатель материнской смертности 148](#_Toc361305802)

[5.3 Доля населения, пользующегося контрацептивами 157](#_Toc361305803)

[5.4 Коэффициент рождаемости среди подростков 162](#_Toc361305804)

[5.5 Охват дородовым обслуживанием (по меньшей мере, одно посещение и, по меньшей мере, четыре посещения) 167](#_Toc361305805)

[5.1 Показатель материнской смертности 172](#_Toc361305806)

[5.3 Доля населения, пользующегося контрацептивами 181](#_Toc361305807)

[5.4 Коэффициент рождаемости среди подростков 186](#_Toc361305808)

[5.5 Охват дородовым обслуживанием (по меньшей мере, одно посещение и, по меньшей мере, четыре посещения) 191](#_Toc361305809)

[5.1 Показатель материнской смертности 196](#_Toc361305810)

[5.3 Доля населения, пользующегося контрацептивами 205](#_Toc361305811)

[5.4 Коэффициент рождаемости среди подростков 210](#_Toc361305812)

[5.5 Охват дородовым обслуживанием (по меньшей мере, одно посещение и, по меньшей мере, четыре посещения) 215](#_Toc361305813)

[5.1 Показатель материнской смертности 220](#_Toc361305814)

[5.3 Доля населения, пользующегося контрацептивами 229](#_Toc361305815)

[5.4 Коэффициент рождаемости среди подростков 234](#_Toc361305816)

[5.5 Охват дородовым обслуживанием (по меньшей мере, одно посещение и, по меньшей мере, четыре посещения) 239](#_Toc361305817)

[5.1 Показатель материнской смертности 244](#_Toc361305818)

[5.3 Доля населения, пользующегося контрацептивами 253](#_Toc361305819)

[5.4 Коэффициент рождаемости среди подростков 258](#_Toc361305820)

[5.5 Охват дородовым обслуживанием (по меньшей мере, одно посещение и, по меньшей мере, четыре посещения) 263](#_Toc361305821)

[5.1 Показатель материнской смертности 268](#_Toc361305822)

[5.3 Доля населения, пользующегося контрацептивами 277](#_Toc361305823)

[5.4 Коэффициент рождаемости среди подростков 282](#_Toc361305824)

[5.5 Охват дородовым обслуживанием (по меньшей мере, одно посещение и, по меньшей мере, четыре посещения) 287](#_Toc361305825)

[5.6 Неудовлетворенная потребность в планировании семьи 292](#_Toc361305826)

[6.1 Доля ВИЧ-инфицированного населения в возрасте от 15 до 24 лет 299](#_Toc361305827)

[6.2 Доля лиц, использовавших презервативы при последнем половом акте повышенного риска 305](#_Toc361305828)

[6.3 Доля населения в возрасте 15-24 лет, имеющее полное и правильное представление о ВИЧ/СПИДе 309](#_Toc361305829)

[6.4 Соотношение показателей посещаемости школы детьми-сиротами и детьми, имеющими родителей, в возрасте от 10 до 14 лет 313](#_Toc361305830)

[6.5 Доля находящихся на поздней стадии инфицирования ВИЧ, имеющих доступ к антиретровирусным препаратам 317](#_Toc361305831)

[6.6 Уровни заболеваемости малярией и смертности от нее 322](#_Toc361305832)

[6.7 Доля детей в возрасте до пяти лет, которые спят под сетками, обработанными инсектицидами 328](#_Toc361305833)

[6.8 Доля больных лихорадкой детей в возрасте до пяти лет, которых лечат противомалярийными средствами 332](#_Toc361305834)

[6.9 Уровни заболеваемости туберкулезом, его распространенности и смертности от него 336](#_Toc361305835)

[6.10 Число случаев заболевания туберкулезом, диагностированных и излеченных в ходе краткого курса лечения под непосредственным наблюдением врача 341](#_Toc361305836)

[7.8 Доля населения, использующего улучшенные источники питьевой воды 345](#_Toc361305837)

[8.16 Число пользователей Интернета на 100 человек 351](#_Toc361305838)

1.1 Доля населения, имеющего доход менее 1 доллара ППС в день

**ЦЕЛЬ И ЗАДАЧА, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

Цель 1. Ликвидация крайней нищеты и голода

Задача 1.А Сократить вдвое за период 1990–2015 годов долю населения, имеющего доход менее 1 доллара в день

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ**

**Определение** Доля населения, имеющего доход менее 1 доллара ППС в день, определяется как процент населения, живущего в домохозяйствах ниже международной *черты бедности*, где среднее потребление (или доход) на душу населения составляет менее 1,25 долларов в день по международным ценам 2005 года, скорректированным на *паритет покупательской способности* *(ППС).*

Данный показатель выражается в виде процента.  
  
**Понятия** *Черта бедности* является уровнем, применяемым для оценки бедности по уровню доходов или потребления. Человек считается бедным, если его уровень потребления или дохода ниже минимального уровня необходимого для удовлетворения базовых потребностей. Такой минимальный уровень называется *чертой бедности*. *Черта бедности* для расчета данного показателя составляет 1,25 доллара в день по международным ценам, конвертируемым в единицы национальной валюты, применяя валютный курс по *ППС* для потребления. Черта бедности в размере 1,25 доллара в день, оцениваемая в ценах 2005 года, заменяет черту бедности в размере 1,08 доллара в день, оцениваемую в ценах 1993 года. Черта бедности, часто описываемая как «1 доллар в день», стала широко распространенным международным критерием крайней нищеты. Оценка нового уровня черты бедности была получена на основе оценок *ППС* в рамках Программы международного сравнения 2005 года и последних результатов обследований домохозяйств в развивающихся странах. Для расчета международной черты бедности в национальной валюте по ценам, преобладавшим на момент проведения обследований, были использованы национальные индексы потребительских цен. Временные ряды с 1990 года были пересчитаны с применением этой новой черты бедности.

Коэффициент пересчета *паритета покупательской способности* *(ППС)* для личного потребления представляет собой количество единиц национальной валюты, необходимых для покупки такого количества товаров и услуг на отечественном рынке, которое можно было бы купить за один доллар США в США. Он основывается на понятии системы национальных счетов о фактическом личном потреблении.

Долю населения, живущего ниже черты бедности, также называют *долей неимущего населения (*или *распространенностью бедности* или *уровнем бедности*).

**Методика расчетов**

Доля населения, живущая ниже черты бедности, рассчитывается на основании данных о потреблении или доходах на душу населения, получаемых по результатам репрезентативных в общегосударственном масштабе обследований домохозяйств. Данные о потреблении считаются более предпочтительными для оценки бедности по сравнению с данными о доходах, потому что уровень доходов сложнее оценить точно и со временем он может меняться, даже если уровень жизни не меняется. Однако на практике оба метода дают схожие результаты.

Параметры потребления, в том числе продукции собственного производства (или доходов, в случае если данные по потреблению отсутствуют), рассчитываются для всего домохозяйства и затем на человека, а затем делятся на число членов данного домохозяйства для определения показателя на душу населения. Затем домохозяйства ранжируются по уровню потребления (или дохода) на человека и для определения количества людей, живущих выше и ниже черты бедности, их показатели по потреблению (доходу) сравниваются с чертой бедности.   
  
Распределения выборки бедного населения взвешиваются по размеру домохозяйства и коэффициентам расширения выборки, с тем, чтобы обеспечить ее репрезентативность для населения каждой страны. Это позволяет получить оценочное количество людей, живущих в домохозяйствах с уровнем потребления или дохода на душу населения ниже уровня бедности. Общее количество людей, живущих ниже черты бедности, делится на общую численность населения для определения доли бедного населения. Полученный результат умножается на 100 для получения показателя в процентном выражении.

Ниже представлена формула расчета данного показателя:   
  
Image  
  
где P0 – доля неимущего населения, I(.) – индикаторная функция, которая принимает значение 1 в случае, если выражение в скобках является верным, или 0 в случае, если это выражение является неверным. Если значение личного потребления или дохода (yi) меньше значения черты бедности (z), то I(.) равен 1 и человек считается бедным. Np – общее количество бедных людей, а N – общая численность населения.

**ОБОСНОВАНИЕ И ТОЛКОВАНИЕ**

Черта бедности в размере 1,25 доллара в день - критическое значение, ниже которого человек или домохозяйство считается бедным, – соответствует значению уровня бедности в беднейших странах (беднейшие страны определяются в рамках международного сравнения стран по валовому национальному доходу (ВНД) на душу населения по ППС). Этот показатель является критерием крайней нищеты, который позволяет проводить сравнения между странами при его конверсии с применением обменного курса ППС для потребления. Кроме того, оценки уровня бедности, основанные на международной черте бедности, стремятся к удержанию реального значения черты бедности на постоянном уровне с течением времени, что позволяет точнее оценивать прогресс в достижении цели по ликвидации крайней нищеты и голода.

Значение показателя варьируется от 0 (нет населения, живущего в условиях крайней нищеты) до 100 (все население страны живет за международной чертой бедности). Для достижения показателя 1.А Задачи 1 ЦРТ к 2015 году процент бедности населения должен быть в два или более раз меньше уровня 1990 года.

**СБОР ДАННЫХ И ИХ ИСТОЧНИКИ**

Лучше всего готовить показатель на основании микроуровневых данных по доходам домохозяйств или их расходам на потребление, полученным по результатам репрезентативных в общегосударственном масштабе обследований домохозяйств. Необходимо использовать результаты только таких репрезентативных обследований, которые содержат достаточную информацию для подготовки исчерпывающих агрегированных величин по потреблению или доходам (включая потребление или доходы за счет собственного производства) и позволяют строить правильно взвешенное распределение потребления или доходов на душу населения. Репрезентативные в общегосударственном масштабе обследования обычно проводятся национальным статистическим органом. В некоторых случаях обследования проводятся министерством экономического планирования, центральными банками или частными организациями под руководством государственных или международных агентств.

Обычно в развивающихся странах обследования домохозяйств по доходам или расходам проводятся каждые три-пять лет, хотя перерывы между такими обследованиями могут отличаться в разных странах. Общей проблемой данных по уровню потребления домохозяйств является сравнимость обследований: анкеты, используемые для проведения обследования домохозяйств, могут существенно отличаться и необязательно схожие обследования могут быть строго сравнимыми друг с другом вследствие различий в методах их проведения. Эти проблемы стали менее актуальными по мере усовершенствования и стандартизации методов проведения обследований, но достижение строгой сравнимости все еще представляет сложность.  
  
Смотрите информацию о других возможных проблемах, которые могут возникнуть при сборе данных для данного показателя, в разделе «Сбор данных и их источники» для [Показателя 1.1a](http://mdgs.un.org/unsd/mi/wiki/Indicator%201.1a:%20Proportion%20of%20population%20below%20national%20poverty%20line).

**ВОПРОСЫ ДЕЗАГРЕГИРОВАНИЯ ДАННЫХ**

Смотрите «ВОПРОСЫ ДЕЗАГРЕГИРОВАНИЯ ДАННЫХ» для [Показателя 1.1a](http://mdgs.un.org/unsd/mi/wiki/Indicator%201.1a:%20Proportion%20of%20population%20below%20national%20poverty%20line).

**КОММЕНТАРИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

Уровень бедности является полезным инструментом для политиков и доноров для того, чтобы нацелить политику в области развития на бедные слои населения. В то же время он имеет недостаток, заключающийся в том, что он не отражает глубину бедности; в результате не учитывается тот факт, что некоторые люди могут жить чуть ниже черты бедности, в то время как другие живут гораздо ниже черты бедности (см.  [Показатель 1.2](http://mdgs.un.org/unsd/mi/wiki/Indicator-1-2-Poverty-gap-ratio.ashx)). Лица, определяющие политику, стремящиеся в максимально возможной степени повлиять на сокращение уровня бедности, могут испытывать искушение направлять ресурсы на искоренение бедности среди тех людей, которые находятся ближе всего к черте бедности (и, соответственно, не самых бедных).   
  
При проведении международных сравнений данных по бедности возникают некоторые концептуальные и практические проблемы, которые необходимо устранять. К возможным проблемам относятся следующие:

* Черты бедности, сравнимые в международном масштабе, полезны для подготовки глобальных агрегированных показателей бедности. Однако, такая всеобщая черта бедности в основном непригодна для анализа бедности в конкретной стране. Для этого необходимо определить черту бедности для этой конкретной страны, которая будет отражать социально-экономические условия в этой стране (см. Раздел «ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ» для [Показателя 1.1a](http://mdgs.un.org/unsd/mi/wiki/Indicator%201.1a:%20Proportion%20of%20population%20below%20national%20poverty%20line)). Подобным образом для разных регионов в одной стране (таких как город и село) может потребоваться корректировка черты бедности, если цены на товары и услуги или их доступность отличаются.
* ППС основывается на ценах на товары и услуги, которые могут не отражать модели потребления бедного населения. В результате, нет уверенности в том, что международная черта бедности оценивает одну и ту же степень нужды или лишений в разных странах.
* На надежность расчетных данных по уровню бедности может повлиять качество ППС. Различия в методиках составления выборки, погрешности измерений и сопоставимости оцениваемых товаров и услуг в рамках сбора данных по ППС могут повлиять на оцениваемые уровни цен.
* Качество индексов потребительских цен в мире существенно отличается, что может повлиять на надежность экстраполяций ППС от эталонных значений (в год проведения обследования) и сравнения между странами. Кроме того, определения продуктов могут отличаться в разных частях страны.
* Различия в сравнительной важности потребления нерыночных товаров могут повлиять на расчетные данные по уровню бедности. В общие расходы на потребление необходимо включить местную рыночную стоимость всего натурального потребления (включая собственное производство). Подобным образом, в доходы необходимо включить калькуляционную прибыль от производства нерыночных товаров.
* Данный показатель оценивает бедность на основании доходов/потребления домохозяйства на душу населения, при этом игнорируя внутренние неравенства в домохозяйствах в распределении ресурсов и не учитывая другие аспекты бедности, такие как уязвимость, мнения людей об относительном ухудшении их положения, отсутствие возможности выражения своего мнения и отсутствие власти у бедных.

**ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА**

Во многих случаях в домохозяйствах, возглавляемых женщинами, уровень доходов, как правило, ниже, и поэтому больше вероятность того, что домохозяйство живет ниже черты бедности. Однако необходимо изучать эту взаимосвязь с учетом обстоятельств, сложившихся в соответствующей стране, а также учитывая, как в этой стране определяется глава домохозяйства, поскольку глава домохозяйства не всегда определяется как основной источник экономической поддержки. Отношения между полами, в том числе является ли главой домохозяйства женщина или мужчина, могут также влиять на распределение и расходование ресурсов внутри домохозяйства.

**ДАННЫЕ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА**

Расчетные данные по бедности в целях глобального и регионального мониторинга готовятся Всемирным банком. Международные расчетные показатели по бедности обычно не рассчитываются для стран с высоким уровнем доходов, для которых черта бедности в размере 1,25 доллара в день не является актуальной.

Первые глобальные расчетные показатели по бедности в развивающихся странах, подготовленные Всемирным банком, были опубликованы в отчете «*World Development Report 1990» (Отчет о развитии в мире за 1990 год),* где были использованы результаты обследований домохозяйств в 22 странах. После этого количество стран, в которых проводятся обследования домохозяйств по определению уровня доходов и расходов, значительно выросло. База данных Всемирного банка по мониторингу бедности, поддерживаемая Исследовательской группой по вопросам развития, содержит сейчас более 675 обследований, проведенных в 116 развивающихся странах в период с 1979 по 2007 год. Не все эти обследования являются сравнимыми по своему плану и методам формирования выборки. Нерепрезентативные обследования, несмотря на свою пригодность для некоторых целей, исключаются из расчетов международных показателей уровня бедности. По состоянию на 2009 год для получения расчетных данных по уровню бедности имеется 508 обследований в 115 странам. В ходе этих обследований было опрошено более 1,2 млн. случайно выбранных домохозяйств, которые представляют 96% населения развивающихся стран. Во всех регионах наблюдается улучшение ситуации с охватом данных, однако, Ближний Восток, Северная Африка и страны Африки к югу от Сахары все еще отстают в этом плане. База данных обновляется ежегодно по мере получения новых результатов обследований, а переоценка прогресса в достижении цели по снижению бедности проводится примерно каждые три года.

Для сравнения количества бедных в разных странах и расчета укрупненных показателей по регионам, страновые расчетные данные необходимо сначала привести к одному базисному году. Для этого необходимо оценить посредством интерполяции цифровые показатели стран, которые не предоставляют результаты обследований за базисный год, но предоставляют такие данные за годы, предшествующие или последующие за базисным годом. Для данного процесса необходимо скорректировать средний уровень доходов или расходов, наблюдаемый в год, в который проводилось обследование, на коэффициент прироста для выведения уровня доходов или расходов в базисный год. Таким образом, для реализации этого процесса необходимо сделать два допущения: рост с нейтральным распределением и гипотетический реальный темп роста между годом, в который проводилось обследование, и базисным годом.

Рост с нейтральным распределением предполагает, что уровни доходов или расходов корректируются на рост, исходя из предположения, что распределение доходов или расходов, наблюдаемое в годы, в которые проводятся обследования, остается неизменным. При этом допущении необходимо прямо интерполировать расчетный уровень бедности в определенный базисный год, используя заданный темп роста доходов или расходов.

Степень изменения в реальном потреблении на душу население должно основываться на изменении в реальном потреблении, оцениваемом путем сравнения результатов обследований за разные годы. Однако на практике большинство стран не имеет результатов обследований, которые бы проводились ежегодно. Поэтому вместо этого используются изменения в индивидуальном потреблении на душу населения, оцениваемые по национальным счетам. При этом, несмотря на то, что нет гарантии, что доходы или расходы, оцениваемые в ходе обследований, меняются теми же темпами, что и индивидуальное потребление в национальных счетах, при определенных обстоятельствах и в разрезе непродолжительного периода времени, такой метод может обеспечить разумную приблизительную точность.  
  
В случае если базисный год попадает между двумя годами, когда проводились обследования, оценочное значение среднего уровня потребления базисный год строится путем экстраполяции среднего уровня потребления, полученного в результате обследований, к базисному году.  
  
Второй шаг для построения сравнимых уровней бедности заключается в расчете коэффициента бедности для базисного года после приведения распределений, наблюдаемых в два года, в которые проводились обследования, к среднему уровню потребления в базисный год. В результате получаем два значения коэффициента бедности в базисный год. Окончательным публикуемым значением коэффициента бедности в базисный год является среднеарифметическое значение этих двух коэффициентов. Например, предположим, что базисным годом является 1993 год, и имеются результаты двух обследований, за 1989 и 1995 год. По результатам двух обследований имеются два средних значения для базисного года, M93(89) и M93(95), где M93(t) является оценочным средним значением для 1993 года, на основании данных обследования за год t. Исходя из распределения за 1989 год и M93(89), можно рассчитать коэффициент бедности, получаемого с использованием среднего значения за 1993 год и распределения за 1989 год - H93(89). Подобным образом оценивается H93(95), исходя из распределения за 1995 год и M93. Коэффициент бедности в 1993 рассчитывается как средневзвешенное значение H93(89) и H93(95) по следующей формуле:

Image  
  
При наличии результатов обследования только за один год среднее значение базисного года основывается на среднем значении, полученном при проведении обследования, с применением коэффициента роста в индивидуальном потреблении на душу населения, получаемого из национальных счетов. Уровень бедности в базисный год основывается на этом среднем значении и на распределении, наблюдаемом в одном из годов, в который проводилось обследование.

Чем лучше охват данными в плане количества и регулярности имеющихся обследований, тем более точным будет этот процесс выравнивания, и тем более надежными будут региональные показатели.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

Информация пока отсутствует.

**ПРИМЕРЫ**

Информация пока отсутствует.

**ССЫЛКИ**

Asian Development Bank (2008). Comparing poverty across countries: The Role of purchasing power parities. In *Key Indicators for Asia and the Pacific*, Part I, Special Chapter. Manila. Available from http://www.adb.org/documents/books/key\_indicators/2008/pdf/KI2008-Special-Chapter.pdf.  
  
International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank (2008). *Global Purchasing Power Parities and Real Expenditures: 2005 International Comparison Program.*Washington, DC. Available from http://siteresources.worldbank.org/ICPINT/Resources/icp-final.pdf.  
  
Chen, Shaohua and Martin Ravallion (2000). How did the world’s poor fare in the 1990s? *Policy Research Working Paper*, No. 2409. Washington, DC: World Bank. Available from http://go.worldbank.org/HTJHJR5W90.   
  
Chen, Shaohua and Martin Ravallion (2008). The developing world is poorer than we thought, but no less successful in the fight against poverty. *Policy Research Working*Paper, No. 4703. Washington, DC: World Bank. Available from <http://go.worldbank.org/BQERQI1H10>.  
  
Ravallion, Martin, Shaohua Chen and Prem Sangraula (2008). Dollar a day revisited. *Policy Research Working Paper*, No. 4620. Washington, DC: World Bank. Available from <http://go.worldbank.org/6E1P1FGPL0>.  
  
World Bank. *Development Data and Statistics.*Washington, DC. Internet site <http://www.worldbank.org/data>.  
  
World Bank. *PovcalNet Online Poverty Analysis Tool.*Washington, DC. Internet site <http://iresearch.worldbank.org/PovcalNet>.  
  
World Bank (1990). *World Development Report 1990: Poverty.*Washington, DC. Available from <http://go.worldbank.org/WRCXH1RPT0>.  
  
World Bank (2000). *World Development Report 2000/2001: Attacking Poverty.*Washington, DC. Available from <http://go.worldbank.org/L8RGH3WLI0>.  
  
World Bank (2002). *A Sourcebook for Poverty Reduction Strategies.*Jeni Klugman (ed.). Washington, DC. Available from <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTPOVERTY/EXTPRS/0,,contentMDK:22404376~pagePK:210058~piPK:210062~theSitePK:384201~isCURL:Y,00.html>.  
  
World Bank (2005). *World Development Report 2006: Equity and Development.*Washington, DC. Available from <http://go.worldbank.org/UWYLBR43C0>.  
  
World Bank (2008). *Poverty data: A supplement to World Development Indicators 2008.*Washington, DC. Available from <http://siteresources.worldbank.org/DATASTATISTICS/Resources/WDI08supplement1216.pdf>.

1.1a Доля населения, живущего за национальной чертой бедности

**ЦЕЛЬ И ЗАДАЧА, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

Цель 1. Ликвидация крайней нищеты и голода Задача 1.А Сократить вдвое за период 1990–2015 годов долю населения, имеющего доход менее 1 доллара в день.

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ**

**Определение** Доля населения, живущего за национальной чертой бедности, определяется как доля населения, живущего за *национальной чертой бедности*, в общей численности населения.  
  
Данный показатель выражается в виде процента.  
  
**Понятия** *Национальные черты бедности* представляют собойпороговые значения, устанавливаемые на страновом уровне, ниже которых человек считается бедным. В большинстве случаев *национальные черты бедности* устанавливаются как расходы на потребление или уровень доходов, при котором потребление калорий является достаточным для удовлетворения лишь базовых потребностей; либо они устанавливаются путем определения потребительской корзины (включающей продуктовую и непродуктовую части), которая считается достаточной для удовлетворения базовых потребительских потребностей, и затем оценки стоимости потребительской корзины для каждой из подгрупп, сравниваемой в профиле бедности.

**Методика расчетов** Доля населения, живущего ниже черты бедности, рассчитывается на основании данных о потреблении или доходах на душу населения, получаемых по результатам репрезентативных в общегосударственном масштабе обследований домохозяйств. По мере наличия данные о потреблении считаются более предпочтительными по сравнению с данными о доходах, потому что уровень доходов сложнее оценить точно и со временем он может меняться, даже если уровень жизни не меняется.   
  
Параметры потребления, в том числе продукции собственного производства (или доходов, в случае если данные по потреблению отсутствуют) рассчитываются для всего домохозяйства и затем на человека, а затем делятся на число членов данного домохозяйства для определения показателя на душу населения.

Распределения выборки бедного населения взвешиваются по размеру домохозяйства и коэффициенту расширения выборки, с тем, чтобы обеспечить ее репрезентативность для населения каждой страны. Это позволяет получить оценочное количество людей, живущих в домохозяйствах с уровнем потребления или дохода на душу населения ниже уровня бедности. Общее количество людей, живущих ниже черты бедности, делится на общую численность населения для определения доли бедного населения. Полученный результат умножается на 100 для получения показателя в процентном выражении.

Ниже представлена формула для расчета доли населения, живущего за национальной чертой бедности, также известной как *доля неимущего населения*:  
  
  
Image.  
  
где P0 – доля неимущего населения, I(.) – индикаторная функция, которая принимает значение 1 в случае, если выражение в скобках является верным, или 0 в случае, если это выражение является неверным. Если значение личного потребления или дохода (yi) меньше значения черты бедности (z), то I(.) равен 1 и человек считается бедным. Np – общее количество бедных людей, а N – общая численность населения.

Черты бедности могут быть рассчитаны разными методами. Некоторые из этих методов основываются на объективной информации и определяют черту бедности с учетом абсолютных стандартов минимальных материальных возможностей (таких как потребление калорий или стоимость базовых потребностей). Другие методы рассматривают субъективную информацию о восприятии благосостояния. На практике использование субъективных методов для определения бедности было более распространенным в развитых странах. В некоторых случаях национальные черты бедности могут быть установлены на уровне определенного квинтиля или как доля среднего дохода или потребления.

**ОБОСНОВАНИЕ И ТОЛКОВАНИЕ**

Национальные черты бедности отражают местное восприятие уровня потребления или дохода, необходимого во избежание бедности. Воспринимаемая граница между бедным и небедным повышается по мере роста среднего уровня доходов в стране, поэтому национальные черты бедности не обеспечивают универсальный стандарт для сравнения уровня бедности в разных странах. Тем не менее, национальные показатели бедности, безусловно, являются подходящим критерием для определения национальной политики по снижению бедности и мониторинга результатов такой политики. С другой стороны международные оценки бедности обеспечивают универсальный стандарт для сравнения уровня бедности и количества людей, живущих в бедности, в разных странах.

Национальные уровни бедности могут варьироваться от 0 (в стране нет населения, живущего ниже национальной черты бедности) до 100 (все население страны живет ниже национальной черты бедности).

**СБОР ДАННЫХ И ИХ ИСТОЧНИКИ**

Обычно сбор данных о доходах, потреблении и расходах домохозяйств, в том числе о натуральном доходе, осуществляется на основе материалов обследований домохозяйств или иных обследований, касающихся доходов и расходов. Обследования бюджетов или доходов домохозяйств проводятся в различных странах с разной периодичностью. В развивающихся странах обычно они проводятся один раз в 3–5 лет.

Для того чтобы обследования были пригодными для определения уровня бедности, обследования должны быть репрезентативными в общегосударственном масштабе. Они также должны содержать достаточно полные показатели совокупного потребления или доходов (включая потребление или доходы от собственного производства) и предоставлять возможность построения правильно взвешенного распределения потребления или доходов на человека. Несмотря на эти требования, существует ряд потенциальных проблем, связанных с результатами обследований домохозяйств.

Во-первых, потребление оценивается на основании вопросов обследований по продовольственным и непродовольственным расходам, а также по продуктам питания собственного производства, потребляемым домохозяйствами, что является особенно важным в самых бедных развивающихся странах. Эта информация собирается посредством вопросов на припоминание с использованием перечней статей потребления или посредством дневников, в которых респонденты ежедневно отмечают все свои расходы. Однако возникают сложности, поскольку эти методы не всегда обеспечивают эквивалентную информацию и, в зависимости от используемого метода, потребление может быть недооцененным или переоцененным. В разных обследованиях используются разные периоды припоминания или базисные периоды. В зависимости от фактического потока расходов интенсивность расходов чувствительна к продолжительности отчетного периода. Чем более продолжителен базисный период, тем больше вероятность того, что респонденты не смогут вспомнить определенные расходы, особенно на продукты питания, что приводит к недооценке фактических расходов.  
  
Во-вторых, в обследованиях, проводимых в соответствии с передовой практикой, используются детальные перечни конкретных статей потребления. После этого эти отдельные статьи потребления, собранные в ходе опросов, агрегируются. Но во многих обследованиях используются вопросники, в которых респондентов просят сообщить о расходах на широкие категории товаров. Другими словами, конкретные статьи потребления неявным образом агрегируются в силу того, как построен вопросник. Это сокращает время проведения опроса, снижая затраты на проведение обследования. Также считается, что более краткий вопросник снижает вероятность усталости, как респондентов, так и интервьюеров, которая может привести к ошибкам. Однако есть также свидетельства того, что менее детализированный охват конкретных статей потребления в вопроснике может привести к недооценке фактического потребления домохозяйства. Повторное использование вопросников может привести к упущению новых статей потребления, что приводит к дальнейшему занижению сведений.

В-третьих, всегда случается так, что некоторые домохозяйства, включенные в выборку, не участвуют в обследовании, потому что отказываются от участия или никого не оказывается дома. Этот феномен часто называют «отсутствием ответа единицы выборки» и он отличается от «отсутствия ответа на вопрос», которое имеет место, когда кто-то из респондентов, включенных в выборку, участвует в опросе, но отказывается отвечать на определенные вопросы, которые относятся к потреблению или доходам. В случае, когда неучастие в обследовании является случайным, обеспокоенность в отношении предвзятости выводов по результатам обследования не возникает; выборка все равно будет репрезентативна. Однако, домохозяйства с разными уровнями доходов, в разной степени готовы отвечать на вопросы. Относительно богатые домохозяйства могут с меньшей степенью вероятности быть готовы принять участие вследствие высоких альтернативных издержек своего времени или вследствие их обеспокоенности о вторжении в их дела. Можно сделать предположение, что наибеднейшие домохозяйства, вероятно, также будут недостаточно представлены; некоторые являются бездомными и их сложно охватить в рамках проведения обычного обследования домохозяйств, а некоторые могут быть физически или социально изолированы, поэтому провести опрос среди них сложнее. Если неучастие в обследовании систематически возрастает с ростом уровня доходов, в обследованиях будет наблюдаться тенденция к переоценке бедности. Но если наблюдается более низкий уровень участия, как среди очень бедных, так и богатых, скорее всего, это окажет уравновешивающее воздействие на процентный показатель распространенности бедности.

**ВОПРОСЫ ДЕЗАГРЕГИРОВАНИЯ ДАННЫХ**

Иногда возможно дезагрегировать данный показатель по параметру город-село. В некоторых случаях национальная черта бедности может быть скорректирована для разных регионов страны (таких как город и село) для учета различающихся социально-экономических условий и разницы в ценах и доступности товаров и услуг. Обычно черта бедности в городе устанавливается на более высоком уровне по сравнению с селом; это отражает относительно более высокую стоимость жизни в городских регионах. В таких случаях нужно установить и включить в метаданные четкое определение города и села.

Дезагрегирование этого показателя по полу также будет очень полезным. К сожалению, при предлагаемой методике расчетов, основанной на доходах или потреблении домохозяйства, это пока невозможно. Для того, чтобы оценить дезагрегированный по полу уровень бедности, необходимо фиксировать и анализировать потребление или доход отдельных лиц, а не домохозяйств. Альтернативы для определения уровня бедности с дезагрегированием по полу включают расчет уровня бедности членов домохозяйств в соответствие с полом главы домохозяйства, оценку половозрастного состава домохозяйств, находящихся на уровне черты бедности или ниже ее, или оценку результатов показателей благосостояния, а не потребления или доходов.

**КОММЕНТАРИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

Национальные черты бедности используются для того, чтобы привести показатели по бедности в соответствие с конкретными социально-экономическими условиями страны, они не предназначены для международных сопоставлений уровней бедности. Национальные черты бедности имеют тенденцию расти по мере роста уровня доходов в стране.

Проблемы возникают, когда при оценке показателей бедности в странах черты бедности в городской и сельской местности представляют разные покупательские способности. Например, в городах стоимость жизни обычно выше, чем в селах. Одной из причин этого является то, что основные продовольственные продукты в городской местности стоят дороже. Поэтому черта бедности в денежном эквиваленте в городе выше, чем в селе. Однако разница между городской и сельской чертой бедности иногда отражает не только разницу в стоимости жизни. В некоторых странах городская черта бедности имеет более высокое реальное значение, что означает, что она позволяет покупать большее количество товаров потребления, по сравнению с сельской чертой бедности. Иногда разница была настолько велика, что можно было сделать предположение, что уровень бедности в городах выше, чем в селах, несмотря на то, что при корректировке только на разницу в стоимости жизни выявлялось обратное. Как и в случае с международными сопоставлениями, в случае если реальное значение черты бедности отличается, становится неясным насколько целесообразными являются сравнения между городом и селом.

Потребление является предпочитаемым показателем благосостояния для оценки бедности в силу ряда причин. Во-первых, обычно доходы более сложно точно оценить и они могут меняться с течением времени, даже в случае, если уровень жизни при этом не меняется. Например, бедный, работающий в неформальном секторе, может не получать заработную плату или не сообщать о ней; самозанятые часто сталкиваются с непостоянством доходов; а многие люди в сельской местности зависят от специфических доходов от сельскохозяйственной деятельности. Кроме того, потребление лучше соотносится с идеей об уровне жизни, чем доходы, которые могут меняться с течением времени, даже если фактический уровень жизни не меняется. Таким образом, по мере возможности для оценки показателей бедности, представленных в данной публикации, используются показатели благосостояния, основанные на потреблении. Но данные по потреблению не всегда имеются в наличии, например, в большинстве стран Латинской Америки и Карибского бассейна собираются в основном данные о доходах. В этих случаях не остается иного выбора, чем использовать данные о доходах.  
  
Даже если данные обследований очень точные и полные, полученный показатель бедности может не отражать важные аспекты благосостояния отдельных людей. Например, при использовании данных по потреблению домохозяйств игнорируются потенциальные неравенства в самих домохозяйствах. Таким образом, показатели бедности, оцененные на основе данных по потреблению или доходам, информативны, но не должны считаться достаточной статистикой для оценки качества жизни людей. Национальный уровень бедности или доля неимущего населения является одним из наиболее часто рассчитываемых показателей бедности. Тем не менее, он не отражает неравенство в доходах между бедными или глубину бедности. Например, он не учитывает, что некоторые люди живут чуть ниже уровня бедности, в то время как другие сталкиваются с гораздо большей нуждой (см. также [Показатель 1.2](http://mdgs.un.org/unsd/mi/wiki/Indicator-1-2-Poverty-gap-ratio.ashx)).   
  
Лица, определяющие политику, стремящиеся в максимально возможной степени повлиять на сокращение уровня бедности, могут испытывать искушение направлять ресурсы на искоренение бедности на тех людей, которые находятся ближе всего к черте бедности (и, соответственно, не самых бедных).

И, последнее, этот показатель бедности, основывающийся на доходах/потреблении, не отражает в полном объеме другие аспекты бедности, такие как неравенство, уязвимость, отсутствие возможности выражения своего мнения и отсутствие власти у бедных.

**ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА**

Во многих случаях в домохозяйствах, возглавляемых женщинами, уровень доходов, как правило, ниже, и поэтому больше вероятность того, что домохозяйство живет ниже черты бедности. Однако эту взаимосвязь необходимо изучить с учетом обстоятельств, сложившихся в соответствующей стране, а также учитывая, как в этой стране определяется глава домохозяйства, поскольку глава домохозяйства не всегда определяется как основной источник экономической поддержки. Отношения между полами, в том числе является ли главой домохозяйства женщина или мужчина, могут также влиять на распределение и расходование ресурсов внутри домохозяйства.

**ДАННЫЕ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА**

В принципе, показатели бедности, получаемые при использовании национальной черты бедности, направлены на отражение социально-экономических условий конкретной страны и не корректируются для возможности проведения международных сопоставлений. Поэтому региональные или глобальные данные, основывающиеся на национальных данных по бедности, не готовятся.

Всемирный банк публикует данные по доле населения развивающихся стран, живущего ниже национальной черты бедности, в своей онлайновой базе данных показателей в области развития (WDI).

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

Информация пока отсутствует.

**ПРИМЕРЫ**

Информация пока отсутствует.

**ССЫЛКИ**

Chen, Shaohua and Martin Ravallion (2000). How did the world’s poor fare in the 1990s? *Policy Research Working Paper*, No. 2409. Washington, DC: World Bank. Available from <http://go.worldbank.org/HTJHJR5W90>.  
  
Chen, Shaohua and Martin Ravallion (2008). The developing world is poorer than we thought, but no less successful in the fight against poverty. *Policy Research Working Paper,*No. 4703. Washington, DC: World Bank. Available from <http://go.worldbank.org/BQERQI1H10>.  
  
Ravallion, Martin (1998). Poverty lines in theory and practice. Volume 1. *Living Standards Measurement Study Working Paper,*No. 133. Washington, DC: World Bank. Available from <http://go.worldbank.org/A02Q112640>.   
  
Ravallion, Martin, Shaohua Chen and Prem Sangraula (2008). Dollar a day revisited. *Policy Research Working Paper,*No. 4620. Washington, DC: World Bank. Available from <http://go.worldbank.org/6E1P1FGPL0>.  
  
World Bank. *Development Data and Statistics.*Washington, DC. Internet site <http://www.worldbank.org/data>.  
  
World Bank. *PovcalNet Online Poverty Analysis Tool.*Washington, DC. Internet site <http://iresearch.worldbank.org/PovcalNet>.  
  
World Bank. *Poverty Assessments.*Washington, DC. Available from <http://go.worldbank.org/2SDF7W6AR0>.  
  
World Bank (1990). *World Development Report 1990: Poverty.*Washington, DC. Available from <http://go.worldbank.org/WRCXH1RPT0>.  
  
World Bank (2000). *World Development Report 2000/2001: Attacking Poverty.*Washington, DC. Available from <http://go.worldbank.org/L8RGH3WLI0>.  
  
World Bank (2002). *A Sourcebook for Poverty Reduction Strategies.*Jeni Klugman (ed.). Washington, DC. Available from [^http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTPOVERTY/EXTPRS/0,,contentMDK:22404376~pagePK:210058~piPK:210062~theSitePK:384201~isCURL:Y,00.html.  
  
World Bank (2005). *World Development Report 2006: Equity and Development.*Washington, DC. Available from <http://go.worldbank.org/UWYLBR43C0>.  
  
World Bank (2008). *Poverty data: A supplement to World Development Indicators 2008.*Washington, DC. Available from <http://siteresources.worldbank.org/DATASTATISTICS/Resources/WDI08supplement1216.pdf>.

1.2 Коэффициент бедности

**ЦЕЛЬ И ЗАДАЧА, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

Цель 1. Ликвидация крайней нищеты и голода

Цель 1.A: Сократить вдвое за период 1990–2015 годов долю населения, имеющего доход менее 1 доллара в день

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ**

***Определение***   
Коэффициент бедности означает средний уровень недостаточности, отделяющий население от черты бедности(при этом считается, что лицо, не являющееся бедным, имеет нулевую недостаточность), выраженный в виде процента от *черты бедности*.

**Понятия**  
*Черта бедности* является распространенным методом, используемым для оценки бедности на основании уровня доходов или потребления. Человек считается бедным, если его уровень потребления или дохода ниже минимального уровня необходимого для удовлетворения базовых потребностей. Такой минимальный уровень называется чертой бедности.

*Международная черта бедности* для расчета данного показателя составляет 1,25 доллара в день, конвертируемые в национальную валюту с применением последних валютных курсов по *паритету покупательской способности (ППС)* для потребления (См. раздел «Понятия» для [Показателя 1.1](http://mdgs.un.org/unsd/mi/wiki/Indicator-1-1-Proportion-of-population-below-1-PPP-per-day.ashx)).  
  
Национальные черты бедности определяются по-разному в странах, исходя из различных методов расчетов (См. раздел «Понятия» для [Показателя 1.1a](http://mdgs.un.org/unsd/mi/wiki/Indicator%201.1a:%20Proportion%20of%20population%20below%20national%20poverty%20line)).  
  
Коэффициент пересчета *паритета покупательской способности* *(ППС)* для личного потребления представляет собой количество единиц национальной валюты, необходимых для покупки такого количества товаров и услуг на отечественном рынке, которое можно было бы купить за один доллар США в США. Он основывается на понятии системы национальных счетов о фактическом личном потреблении.

**Методика расчетов**  
Коэффициент бедности рассчитывается следующим образом:   
  
Image

где P1 является коэффициентом бедности и рассчитывается как сумма относительного разрыва между чертой бедности (z) и доходом или потреблением неимущего населения (небедное население имеют нулевой коэффициент бедности). I(.) является индикаторной функцией, которая принимает значение 1 в случае, если выражение в скобках является верным, и 0 – в противном случае. N – общая численность населения.

Данная формула рассчитывается на основе данных по лицам (*yi* выражает уровень доходов или потребления одного человека). В случае использования данных на уровне домохозяйства, формулу необходимо скорректировать на весовой показатель *wi*, представляющий собой произведение числа членов домохозяйства на коэффициент расширения выборки для каждого домохозяйства *i.*  
  
Чертой бедности, используемой для этого расчета, может быть международная черта бедности в размере 1,25 доллара в день, конвертируемая в соответствующую национальную валюту по последнему валютному курсу по ППС для потребления, или национальная черта бедности (см. [Показатель 1.1](http://mdgs.un.org/unsd/mi/wiki/Indicator-1-1-Proportion-of-population-below-1-PPP-per-day.ashx) и [Показатель 1.1a](http://mdgs.un.org/unsd/mi/wiki/Indicator%201.1a:%20Proportion%20of%20population%20below%20national%20poverty%20line)).

**ОБОСНОВАНИЕ И ТОЛКОВАНИЕ**

Данным показателем измеряется «дистанция до состояния бедности» для всего населения, где такая дистанция представляет собой объем ресурсов на душу населения, необходимых для того, чтобы вывести все неимущее население за черту бедности путем целенаправленных субсидий для населения. Таким образом, данный показатель зачастую описывают как инструмент для определения суммы ресурсов в расчете на душу населения, необходимых для искоренения бедности, определяющим глубину бедности групп населения, что делает этот показатель очень полезным для политиков и доноров.

Коэффициент бедности дополняет показатель доли неимущего населения при описании ситуации с бедностью. Значения данного показателя могут варьироваться от 0 (бедное населения отсутствует) до 100 (все население является бедным и имеет нулевые доходы). Чем выше коэффициент бедности, тем более бедным в среднем является неимущее население и тем больше ресурсов необходимо для того, чтобы вывести всех из бедности. Если в двух странах наблюдается примерно одинаковая доля неимущего населения, но в первой стране коэффициент бедности гораздо выше, чем во второй стране, то первая страна может считаться более бедной, чем вторая.

Оценки бедности, основанные на международной линии бедности, ставят своей целью поддерживать реальное значение черты бедности постоянным для разных стран, что достигается при сравнении через промежутки времени. Поэтому когда расчет основывается на единой черте бедности с использованием разных паритетов покупательской способности, коэффициенты бедности в разных странах становятся сопоставимыми.

**СБОР ДАННЫХ И ИХ ИСТОЧНИКИ**

Данный показатель следует готовить на основании репрезентативных в общегосударственном масштабе обследований хорошего качества, содержащих достаточную информацию для расчета исчерпывающих агрегированных величин по потреблению или доходам и позволяющих строить правильно взвешенное распределение потребления или доходов на душу населения.

См. источники данных в информации по [Показателю 1.1](http://mdgs.un.org/unsd/mi/wiki/Indicator-1-1-Proportion-of-population-below-1-PPP-per-day.ashx).

**ВОПРОСЫ ДЕЗАГРЕГИРОВАНИЯ ДАННЫХ**

Иногда есть возможность дезагрегировать данный показатель по такому параметру как город/село. В этих случаях необходимо установить четкое определение города и села и включить его в метаданные.

**КОММЕНТАРИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

См. раздел «КОММЕНТАРИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ» для [Показателя 1.1](http://mdgs.un.org/unsd/mi/wiki/Indicator-1-1-Proportion-of-population-below-1-PPP-per-day.ashx).

**ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА**

См. раздел «ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА» для [Показателя 1.1](http://mdgs.un.org/unsd/mi/wiki/Indicator-1-1-Proportion-of-population-below-1-PPP-per-day.ashx).

**ДАННЫЕ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА**

Организацией, ответственной за мониторинг данного показателя на глобальном уровне, является Всемирный банк. Для подготовки оценочных данных для каждой страны готовятся международные показатели бедности на основе черты бедности, сравнимой в международном масштабе, что позволяет проводить сравнения между странами.

См. процедуру по выравниванию страновых показателей к единому базисному году в разделе «ДАННЫЕ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА» для [Показателя 1.1](http://mdgs.un.org/unsd/mi/wiki/Indicator-1-1-Proportion-of-population-below-1-PPP-per-day.ashx), заменяя «долю неимущих» (H)» на «коэффициент бедности (PG)». 

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

Информация пока отсутствует.

**ПРИМЕРЫ**

Информация пока отсутствует.

**ССЫЛКИ**

См. «ССЫЛКИ» для [Показателя 1.1](http://mdgs.un.org/unsd/mi/wiki/Indicator-1-1-Proportion-of-population-below-1-PPP-per-day.ashx).

1.3 Доля беднейшего квинтиля населения в структуре национального потребления

**ЦЕЛЬ И ЗАДАЧА, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

Цель 1. Ликвидация крайней нищеты и голода

Задача 1.A: Сократить вдвое за период 1990–2015 годов долю населения, имеющего доход менее 1 доллара в день   
  
**ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ**

**Определение**   
Доля беднейшего квинтиля населения в структуре национального потребления определяется как доля национального потребления или доходов страны, приходящегося на *беднейший квинтиль* (одну пятую) населения. Данный показатель выражается в виде процента.  
  
**Понятия**  
*Беднейший квинтиль –* это нижние 20 процентов населения, ранжируемого по уровню доходов или потребления.

**Методика расчетов**  
Потребление, включая потребление товаров собственного производства, или доход рассчитывается на основе данных всего домохозяйства, корректируется на размер домохозяйства и затем делится на количество человек в домохозяйстве для получения значения на душу населения. После этого проводится стратификация населения по уровню дохода. Доходы беднейших 20 процентов населения выражаются в виде процента от агрегированного показателя доходов домохозяйств. Расчеты производятся в местной валюте и не корректируются на изменения цен, обменные курсы или территориальные различия в стоимости жизни в пределах стран, поскольку данные, необходимые для таких расчетов, как правило, отсутствуют.

Доля беднейшего квинтиля в национальном потреблении или доходах рассчитывается следующим образом:



где yi – потребление на душу населения дохода с Image, и первые наблюдения n представляют 20 процентов от общей численности населения.

**ОБОСНОВАНИЕ И ТОЛКОВАНИЕ**

Данный показатель является мерой неравенства в распределении доходов, отражаемой в процентных долях доходов или потребления, приходящихся на доли населения, ранжируемые по уровню доходов или потребления. Неравенство является более обширным понятием, чем бедность, поскольку оно определяется для всего населения, а не только для населения, живущего ниже определенной черты бедности.

Поскольку уровень потребления беднейшего квинтиля выражается в процентном отношении к общему объему потребления (или доходов) всех домохозяйств, этот показатель выступает в качестве своеобразной меры «относительного неравенства». Это означает, что при увеличении доли потребления беднейших 20 процентов населения в абсолютном выражении в общем объеме потребления всего населения она может оставаться неизменной (если уровень общего потребления повышается в той же пропорции), уменьшаться (если общее потребление растет более быстрыми темпами) или увеличиваться (если общее потребление растет более медленными темпами).

Значение данного показателя может варьироваться от 0 до 20. Меньшее значение показателя свидетельствует о более высокой степени неравенства, особенно при сравнении с долей доходов, приходящейся на наиболее состоятельный квинтиль. Значение равное 20 для каждого квинтиля будет свидетельствовать об идеальном равенстве между квинтилями.  
  
Данный показатель не выявляет распределение доходов внутри беднейшего квинтиля. Поэтому для оценки неравенства среди беднейшего квинтиля необходима дальнейшая дезагрегация данных по децилям или процентилям.

**СБОР ДАННЫХ И ИХ ИСТОЧНИКИ**

Данные по распределению доходов или потребления получают по результатам репрезентативных в общегосударственном масштабе обследований домохозяйств. В случае наличия исходных данных обследований домохозяйств, такие данные используются для прямого расчета долей доходов или потребления по квинтилям. В противном случае такие доли рассчитываются на основании имеющихся сгруппированных данных.

В целях получения более сопоставимых данных о доходах на цели потребления на душу населения показатель дохода домохозяйства корректируется на размеры хозяйства. При расчетах не производятся корректировки на территориальные различия в стоимости жизни внутри тех же стран, поскольку данные, необходимые для таких расчетов, как правило, отсутствуют.  
  
Для более детальной информации о сборе данных и их источниках см. [Показатель 1.1](http://mdgs.un.org/unsd/mi/wiki/Indicator-1-1-Proportion-of-population-below-1-PPP-per-day.ashx).

**ВОПРОСЫ ДЕЗАГРЕГИРОВАНИЯ ДАННЫХ**

Данный показатель можно рассчитать на субнациональном уровне (например, для городской и сельской местности). Однако поскольку зачастую его невозможно разложить на субнациональном уровне, расчеты на субнациональном уровне не распространены.

**КОММЕНТАРИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

Одно из основных ограничений для расчета данного показателя заключается в том, что вследствие различий в методиках проведения обследований домохозяйств и получаемых данных, данные по распределению в разных странах не поддаются прямому сравнению. Обследования могут отличаться по ряду аспектов:

* В некоторых обследованиях в качестве показателя уровня жизни используются доходы, в то время как в других обследованиях для этих целей используется объем потребления. Распределение доходов обычно более неравномерное, чем распределение потребления. Кроме того, во многих обследованиях используется разное определение доходов. Обычно потребление является гораздо более предпочтительным показателем благосостояния, особенно в развивающихся странах.
* Домохозяйства отличаются по размеру (количеству входящих в него членов) и по тому, каким образом доходы распределяются между членами домохозяйства, поскольку люди отличаются по возрасту и потребительским потребностям. Различия между странами в этом отношении могут привести к смещению при сопоставлении распределения.

Другое важное ограничение данного показателя заключается в том, что он отражает только долю нижнего квинтиля населения. Пропорциональная доля национального потребления домохозяйств данной группы может вырасти, в то время когда пропорциональная доля другого перцентиля, такого как нижний дециль (10 процентов), или даже большей группы, такой как нижний квартиль (25 процентов), может сократиться, и наоборот.

**ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА**

См. «ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА» для [Показателя 1.1](http://mdgs.un.org/unsd/mi/wiki/Indicator-1-1-Proportion-of-population-below-1-PPP-per-day.ashx).

**ДАННЫЕ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА**

Исследовательская группа по вопросам развития Группы Всемирного банка готовит этот показатель на базе данных репрезентативных в общегосударственном масштабе обследований домохозяйств, проводимых государственными статистическими органами или частными агентствами под руководством государственных или международных агентств. Данные поступают от государственных статистических органов и страновых подразделений Всемирного банка.

Для большинства стран показатели по распределению доходов основываются на тех же данных, которые используются для оценки уровня бедности из расчета 1,25 доллара в день. Распределение доходов в странах с высоким уровнем доходов рассчитывается непосредственно на основании базы данных Люксембургского исследования доходов с использованием метода расчетов, согласующимся с методом, применяемым для развивающихся стран.  
  
Для возможности проведения сопоставлений между странами, значения интерполируются из исходных источников данных (табличные данные или данные на уровне домохозяйства). Для проведения расчетов обычно используются параметризованные кривые Лоренца с гибкими функциональными формами.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

Информация пока отсутствует.

**ПРИМЕРЫ**

Информация пока отсутствует.

**ССЫЛКИ**

World Bank. *Development Data and Statistics.*Washington, DC. Internet site <http://www.worldbank.org/data>.  
  
World Bank. *PovcalNet Online Poverty Analysis Tool.*Washington, DC. Internet site <http://iresearch.worldbank.org/PovcalNet>.  
  
World Bank (2002). *A Sourcebook for Poverty Reduction Strategies*. Jeni Klugman (ed.). Washington, DC. Available from <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTPOVERTY/EXTPRS/0,,contentMDK:22404376~pagePK:210058~piPK:210062~theSitePK:384201~isCURL:Y,00.html>.  
  
World Bank (2005). *World Development Report 2006: Equity and Development.*Washington, DC. Available from <http://go.worldbank.org/UWYLBR43C0>.

1.4 Темп роста ВВП на одного занятого

**ЦЕЛЬ И ЗАДАЧА, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

Цель 1. Ликвидация крайней нищеты и голода.

Задача 1.B: Обеспечить полную и производительную занятость и достойную работу для всех, в том числе для женщин и молодежи.

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ**

Определение  
Темп роста *внутреннего валового продукта* *(ВВП)* на одного *занятого* определяется как темп роста *объема выпуска продукции* на единицу *затрат труда*.

Данный показатель выражается в виде процента.  
  
Понятия  
*Валовой внутренний продукт (ВВП)* – сумма валовой стоимости, добавленной всеми производителями-резидентами, включая любые налоги за минусом любых субсидий на продукты, не включенные в стоимость произведенной продукции. ВВП рассчитывается без вычетов на амортизацию произведенных активов или на истощение и деградацию природных ресурсов.  
  
*Занятыми* являются лица старше установленного в стране трудоспособного возраста (в разных странах этот возраст отличается, но обычно он близок к 15 годам), занимавшиеся трудовой деятельностью или имевшие работу в течение определенного отчетного периода. Сюда включаются лица, работавшие за оплату или доход (или за оплату натурой); лица, временно отсутствовавшие на работе в силу таких причин как болезнь, декретный отпуск или отпуск по уходу за ребенком, праздничный день, обучение или трудовой спор; и неоплачиваемые работники из числа членов семьи, проработавшие не менее одного часа, хотя во многих странах в данном определении используется большее количество часов. Оценка занятости нацелена на охват людей, работающих как в формальном, так и неформальном секторе и домохозяйствах.

*Объем выпуска продукции* оценивается как добавленная стоимость, каковой является совокупная стоимость всей продукции за минусом стоимости промежуточных затрат, таких как сырье, полуфабрикаты, закупленные услуги и потребленная энергия. Добавленная стоимость, называемая в национальных счетах валовым внутренним продуктом (ВВП), представляет собой компенсацию за потребленные услуги из капитала (включая амортизацию) и труд, непосредственно используемый в производстве.   
  
*Затраты труда* измеряются как число *занятых* лиц, также известны как общая занятость населения.   
  
Методика расчетов  
Темпы роста ВВП на одного занятого эквивалентны темпам роста производительности труда. Производительность труда измеряется как объем выпуска продукции на одного занятого. Для расчета данного показателя используется следующие формулы:

*Производительность труда = ВВПгод N\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 Затраты трудагод N*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Темпы роста производительности труда* | *=* | *Производительность трудагод N – Производительность трудагод N+1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Производительность трудагод N+1* | *X* | *100* |

ВВП измеряется в рыночных ценах для всей экономики. Это отражает рыночную стоимость произведенного объема продукции. Затраты труда измеряются в единицах занятых.

**ОБОСНОВАНИЕ И ТОЛКОВАНИЕ**

Производительность труда может использоваться для оценки вероятности того, что экономическая ситуация в стране может создать и поддержать возможности для достойного трудоустройства со справедливой и равноправной оплатой труда. Несмотря на то, что повышение производительности труда не гарантирует прогресс в части обеспечения полной производительной занятости и достойной работы для всех, менее вероятно, что улучшения условий труда и возможностей для трудоустройства произойдут без повышения производительности труда.

Имеются эмпирические свидетельства того, что связь между ростом производительности и снижением бедности очень сильная, когда производительность труда растет неразрывно с ростом занятости. Однако, рост производительности труда не всегда связан с ростом занятости. Как следствие, для того, чтобы оценить приведет ли рост ВВП к сокращению бедности, необходимо оценить рост как занятости (см. долю занятости в общей численности населения, Показатель 1.5), так и производительности труда.

Рост производительности труда зависит от ряда факторов, в том числе: более эффективное использование труда; усиление использования человеческого капитала или промежуточных ресурсов; а также изменения в совокупности видов деятельности в экономике. Например, в экономике может произойти сдвиг с отраслей и видов деятельности с низкой производительностью труда в пользу отраслей и видов деятельности с более высокой производительностью. В этом случае важно, чтобы рост производительности труда сопровождался улучшениями в системе образования и обучения для того, чтобы рабочая сила была готова к работе в новых отраслях экономики.

**СБОР ДАННЫХ И ИХ ИСТОЧНИКИ**

Данные по ВВП берутся из национальных счетови представляют, насколько это возможно, ВВП по рыночным ценам для всей экономики.Руководство по оценке ВВП представлено в публикации ООН «Система национальных счетов» (1993 год).  
  
Данные по занятости получаются в ходе переписи населения, обследований рабочей силы или других обследований домохозяйств, опросов предприятий, административных данных и официальных оценок, основывающихся на результатах нескольких из указанных источников. Обследования рабочей силы могут быть построены таким образом, чтобы охватить практически все население страны, все сферы экономической деятельности, все отрасли экономики и все категории работающих, включая самозанятых, неоплачиваемых работников из числа членов семьи и лиц, занятых во временных работах или малодоходной экономической деятельности. В силу этого обследования рабочей силы предлагают уникальную возможность для получения информации о рынке труда в стране и его составе.

Другие источники, такие как перепись населения и учетные данные административных органов отличаются по масштабу, охвату, единицам измерения и методам сбора данных. Обследования рабочей силы и домохозяйств могут иметь ограниченный географический и демографический охват. Каждый источник имеет свои преимущества и ограничения в части затрат, качества и типа получаемой информации. Идеальным географическим охватом является вся страна (без каких-либо географических исключений) и все группы населения (без исключения каких-либо групп).

**ВОПРОСЫ ДЕЗАГРЕГИРОВАНИЯ ДАННЫХ**

Для данного показателя нет необходимости дезагрегировать данные. Однако данные по темпу роста ВВП на одного занятого, дезагрегированные по отраслям экономики, могут быть использованы для выделения отраслей с высокой и низкой производительностью труда, что может помочь в мониторинге воздействия политики по повышению производительности труда посредством отраслевых сдвигов.

**КОММЕНТАРИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

Оценка занятости обычно относится к среднему количеству человек, имевших одну или более оплачиваемых работ в течение года. Статистические данные по количеству лиц, занимающихся индивидуальной трудовой деятельностью и помогающих им работников из числа членов семьи в сельскохозяйственной и неформальной производственной деятельности, зачастую менее надежны по сравнению со статистикой по работникам, занимающихся оплачиваемым трудом, в особенности в странах с низким и средним уровнем доходов. Данные по занятости также чувствительны к недостаточному охвату неформальной или теневой деятельности, на которую приходится значительная часть затрат труда. В некоторых случаях деятельность в неформальном секторе вообще не включается в статистические данные по производству и занятости. В сельском хозяйстве данные по численности работающих не включают значительную часть затрат труда лиц из числа членов семьи (работающих на условиях неполной занятости и на сезонных работах).

**ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА**

Поскольку ВВП не измеряется с учетом пола лиц, данный показатель невозможно дезагрегировать по полу. Показатели 1.5 и 1.7 позволяют проводить дезагрегацию по полу для понимания статуса занятости женщин (и молодежи), как этого требует Задача 1.B.

**ДАННЫЕ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА**

Оценочные данные по рассматриваемому показателю готовятся Международной организацией труда (МОТ). Необходимые данные получаются в основном из международных банков данных, подготавливаемых различными международными организациями.

Расчетные значения ВВП для стран Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) после 1990 года получаются в основном из ОЭСР и Статистического управления Европейских сообществ (Евростат). Для периода с 1980 по 1990 год использовалась публикация Ангуса Мэддисона *«Мировая экономика: историческая статистика»*. Данные по занятости берутся в основном в ОЭСР, Евростате и Бюро статистики труда (BLS).

Для стран, не входящим в ОЭСР, в качестве отправной точки в основном берутся национальные счета и статистика труда, собираемая из национальных источников Всемирным банком, Азиатским банком развития, Продовольственной и сельскохозяйственной организацией (ФАО), МОТ и Статистическим отделом ООН.

Данные, получаемые из международных банков данных, должны обеспечивать возможности для международных сопоставлений. Данные по ВВП берутся из национальных счетов и представляют собой, насколько это возможно, ВВП по рыночным ценам для всей экономики и добавленную стоимость по первичным ценам для отдельных отраслей. Однако имеются существенные проблемы с международной непротиворечивостью оценок национальных счетов. Такие проблемы включают разное обращение с объемом продукции в сферах обслуживания и разные процедуры по корректировке значений продукции на цену. В связи с этим все расчеты делаются в соответствии с системами национальных счетов с тем, чтобы обеспечить сравнимость производительность труда в отдельных отраслях. Для международных сопоставлений производительности труда значения валовой добавленной стоимости всегда выражаются в ППС для всей экономики в долларах США 1990 года.

МОТ готовит агрегированные расчетные данные для регионов и групп стран. Не все страны предоставляют данные на ежегодной основе, поэтому невозможно получить агрегированные показатели рынка труда путем простого суммирования таких показателей по странам. Для решения этой проблемы МОТ ведет эконометрические модели, которые используются для расчета показателей рынка труда в странах и за годы, по которым нет фактических данных. В этих моделях используются методы многомерной регрессии для расчета недостающих значений на страновом уровне.

Между международными и национальными данными имеются некоторые потенциальные расхождения. В основном, использование разных источников данных может привести к проблемам сравнимости. Национальные обследования рабочей силы схожи между собой по основным параметрам. Тем не менее, данные обследований могут содержать несравнимые элементы в части масштаба и охвата или различий в национальных определениях понятия «занятость».

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

Информация пока отсутствует.

**ПРИМЕРЫ**

Информация пока отсутствует.

**ССЫЛКИ**

International Labour Organization (annual). *Global Employment Trends.*Geneva. Available from <http://www.ilo.org/trends>.  
  
International Labour Organization (annual). *Key Indicators of the Labour Market.*Geneva. Available from <http://www.ilo.org/kilm>.  
  
International Labour Organization. *Laborsta —an International Labour Office database on labour statistics operated by the ILO Department of Statistics.*Internet site[http://laborsta.ilo.org](http://laborsta.ilo.org/).  
  
International Labour Organization (various years). *Report of the Director-General to the International Labour Conference.*Geneva. Available from [http://www.ilo.org/global/What\_we\_do/Officialmeetings/ilc/lang--en/index.htm](http://www.ilo.org/global/What_we_do/Officialmeetings/ilc/lang%3Cstrike%3Een/index.htm).   
  
International Labour Organization (annual). *Yearbook of Labour Statistics.*Geneva. Available from [http://laborsta.ilo.org](http://laborsta.ilo.org/).  
  
International Labour Organization (2009). *Guide to the New Millennium Development Goals Employment Indicators: including the full Decent Work Indicators.*Geneva. Available from <http://www.ilo.org/trends>.  
  
Organisation for Economic Co-operation and Development (annual). *Labour Force Statistics.*Paris. Available from <http://www.sourceoecd.org/database/employment>.   
  
Organisation for Economic Co-operation and Development (annual). *National Accounts.*Paris. Internet site [^http://www.oecd.org/std/national-accounts

1.5 Уровень занятости населения

**ЦЕЛЬ И ЗАДАЧА, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

Цель 1. Ликвидация крайней нищеты и голода. Задача 1.B: Обеспечить полную и производительную занятость и достойную работу для всех, в том числе для женщин и молодежи.

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ**

Определение  
Уровень занятости населения определяется как доля *занятого* населения *трудоспособного возраста*. Данный показатель выражается в виде процента.  
  
Понятия  
*Население трудоспособного возраста* определяется исходя из тех или иных национальных особенностей, но в большинстве стран население трудоспособного возраста определяется как население старше 15 лет. Нижняя граница трудоспособного возраста по версии Международной организации труда (МОТ) составляет 15 лет.

*Занятые* определяются как лица старше определенного в стране *трудоспособного возраста,* выполнявшие любую работу в отчетный период за оплату или с целью получения прибыли (или выплату в натуре), или временно отсутствовавшие на работе в силу таких причин как болезнь, декретный отпуск или отпуск по уходу за ребенком, выходные дни, обучение или трудовой спор. Неоплачиваемые работники в семье, проработавшие не менее одного часа, должны включаться в расчет занятых, хотя во многих странах в данном определении используется большее количество часов. Измерение занятости направлено на охват лиц, работающих как в формальном, так и неформальном секторе.  
  
Методика расчетов  
Уровень занятости населения равно количеству занятых, деленных на общую численность населения трудоспособного возраста и умноженных на 100.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Уровень занятости населения* | *=* | *Количество занятых\_\_\_\_\_\_\_*  *Население трудоспособного возраста* | *х* | *100* |

**ОБОСНОВАНИЕ И ТОЛКОВАНИЕ**

Показатель уровня занятости населения трудоспособного возраста обеспечивает информацию о способности экономики обеспечить занятость для желающих работать. Обычно данный показатель имеет значение от 50 до 75 процентов, при этом более высокое значение свидетельствует о том, что значительная доля населения трудоспособного возраста трудоустроена. Низкое значение показателя свидетельствует о том, что большая доля населения не вовлечена напрямую в рыночную деятельность.

Тенденции по уровню занятости населения трудоспособного населения можно отслеживать для того, чтобы использовать эту информацию при определении политики по повышению возможностей на достойную работу. Сокращение уровня занятости населения трудоспособного возраста среди молодежи может рассматриваться как положительное явление, если такое сокращение вызвано ростом участия молодежи в образовании. Необходимы усилия по повышению уровня занятости трудоспособного возраста в случае очень высокого уровня безработицы в стране (что свидетельствует о том, что люди ищут работу и не могут ее найти), или случае если этот показатель низкий, потому что люди потеряли надежду найти работу. С другой стороны, уровень занятости трудоспособного населения не должен быть слишком высоким. Например, показатели, превышающие 80 процентов, зачастую имеют место в очень бедных странах и обычно свидетельствуют об избытке рабочих мест низкого качества. Во время процесса развития и уровень занятости населения трудоспособного возраста, и уровень бедности могут быть высокими, потому что людям нужно работать для того, чтобы выжить.

Годовой показатель уровня занятости и темпы его изменения с течением времени могут рассматриваться в увязке с темпами экономического роста для определения того, насколько рост экономики способствует росту занятости и сокращению числа бедных. Изучение этого показателя в разрезе пола (среди мужчин и женщин) и возраста (среди молодежи и населения в целом) также дает представление о равенстве возможности трудоустройства в разных группах населения.

**СБОР ДАННЫХ И ИХ ИСТОЧНИКИ**

Данные берутся из переписей населения, обследований рабочей силы или других обследований домохозяйств, опросов предприятий, административных данных и официальных оценок, основывающихся на результатах нескольких из указанных источников. Данные по обоим компоненты (занятость и численность населения) должны быть получены из одного источника.

Источники отличаются по своим масштабам, охвату, единицам измерения и методам сбора данных. Каждый источник имеет свои преимущества и ограничения в части затрат, качества и типа получаемой информации. Идеальным географическим охватом является вся страна (без каких-либо географических исключений) и все группы населения (без исключения каких-либо групп), поэтому необходимо использовать такой источник, который может обеспечить наибольший охват.

В отличие от переписи населения обследования могут иметь ограниченный географический и демографический охват. Однако обследования рабочей силы предоставляют уникальную возможность для получения информации о рынке труда в стране и его составе. Обследования рабочей силы могут быть построены таким образом, чтобы охватить практически все население страны, все сферы экономической деятельности, все отрасли экономики и все категории работающих, включая самозанятых, неоплачиваемых работников семьи и лиц, занятых во временных работах или малодоходной экономической деятельности.

Нижняя граница трудоспособного возраста по определению МОТ составляет 15 лет. Во многих странах этот возраст соответствует социальным стандартам для получения образования и права на работу. В некоторых странах используется верхняя граница трудоспособного возраста, составляющая 65 или 70 лет. Однако, по мере возможности, возрастные группы старше этого возраста должны быть включены в расчет трудоспособного населения.

**ВОПРОСЫ ДЕЗАГРЕГИРОВАНИЯ ДАННЫХ**

В идеале данные должны быть дезагрегированы по возрасту и полу. При разбивке по полу, уровень занятости среди женщин и мужчин может показать гендерные различия на рынке труда. Дезагрегирование данного показателя по лицам трудоспособного возраста (с 15 лет и старше), основного трудоспособного возраста (25-54 лет), старшего возраста (55- 64 лет или старше 65 лет) и молодежи (15- 24 лет) помогает выявить взаимосвязи между участием рабочей силы и наличием образовательных учреждений, отношение к выходу на пенсию, наличие возможностей для получения дохода разными возрастными группами и наличие системы социальной защиты. Страны также могут пожелать рассмотреть дезагрегирование данного показателя по месту проживания: город и село.

**КОММЕНТАРИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

Показатель уровня занятости трудоспособного населения оценивает только количество занятых человек. Он ничего не говорит о качестве занятости людей, что приводит к вопросу о том, следует ли положительно расценивать рост данного показателя с течением времени. Рост данного показателя оказывает положительное влияние на сокращение бедности только в случае, если полученные рабочие места хорошо оплачиваются, являются производительными и надежными, иными словами, если полученные рабочие места являются достойными. Изучение данного показателя вместе с другими показателями Задачи 1.B даст более полную картину качества и тенденций роста занятости населения.

Оптимального уровня занятости населения не существует. В развитых странах складывается тенденция преобладания более низкого уровня занятости по сравнению с развивающимися странами, поскольку более высокая производительность и уровень доходов в развитых странах означают необходимость в меньшем количестве занятых для удовлетворения потребностей всего населения. Кроме того, более низкий уровень занятости среди молодежи может свидетельствовать о том, что молодежь воздерживается от выхода на работу для того, чтобы использовать возможность получить образование. С другой стороны, очень высокий уровень занятости указывает на то, что большинство бедных людей работает в силу необходимости, несмотря на условия работы.

В некоторой степени то, каким образом оценивается количество занятых, может повлиять на то, в какой степени отдельные люди включаются в расчетные данные. Если в инструменты по сбору данных не включены конкретные механизмы контроля, количество определенных групп работающих может оказаться недооцененным, в частности количество занятых, которые: (a) работают всего несколько часов в течение отчетного периода, в особенности, если они не работают регулярно; (b) работают без оплаты или (c) работают возле дома или рядом, смешивая таким образом работу и личную деятельность в течение дня. Поскольку в таких ситуациях чаще оказываются женщины, чем мужчины, следует ожидать, что количество занятых женщин будет недооценено в большей степени, чем количество занятых мужчин.

**ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА**

Уровень занятости женщин может быть ниже уровня занятости мужчин в силу того, что женщины имеют меньше возможностей для трудоустройства. Необходимо предпринять усилия для определения причин боле низкого уровня участия женщин и/или неполного учета их статуса занятости.

**ДАННЫЕ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА**

МОТ является агентством, ответственным за подготовку и публикацию международных данных по уровню занятости. МОТ готовит данные на основе имеющихся расчетов, осуществляемых различными международными организациями. Информация, подготавливаемая этими организациями, обычно берется из национальных источников или основывается на официальных национальных публикациях.

МОТ готовит агрегированные расчетные данные по регионам и группам стран. Не все страны предоставляют данные на ежегодной основе, поэтому невозможно получить агрегированные показатели рынка труда путем простого суммирования таких показателей по странам. Для решения этой проблемы МОТ использует эконометрические модели, которые применяются для расчета показателей рынка труда в странах и за годы, по которым нет фактических данных. В этих моделях используются методы многомерной регрессии для расчета недостающих значение на страновом уровне.  
  
Между международными и национальными данными имеются некоторые потенциальные расхождения. Во-первых, в разных странах применяется разный официальный трудоспособный возраст. Для расчетов МОТ нижняя граница трудоспособного возраста составляет 15 лет. Во многих странах именно в этом возрасте люди обычно заканчивают получение образования и начинают работать. В других странах целесообразно включать в расчет работающих с более раннего возраста, поскольку «трудоспособный возраст» может начаться раньше и зачастую так оно и происходит. Подобным образом, в некоторых странах применяется более высокая граница трудоспособного возраста, поскольку ожидается, что молодежь завершит боле высокий уровень образования, прежде чем начнет работать.

Во-вторых, демографическая база для расчета уровня занятости населения может отличаться в разных странах. В большинстве случаев для расчета берется проживающее население трудоспособного возраста, за исключением военнослужащих и лиц, находящихся в психиатрических, исправительных или других учреждениях. Однако во многих странах в расчет берутся разные группы населения.

В-третьих, несмотря на то, что национальные обследования рабочей силы схожи в основных характеристиках, их результаты могут содержать несравнимые элементы в части масштаба, охвата или расхождений в национальном определении понятия «занятость». Использование разных источников может привести к совершенно разным результатам.

И, наконец, расхождения могут возникнуть вследствие использования разных определений понятия «работа». Несмотря на то, что международное определение призывает к включению всех лиц, проработавших хотя бы один час в течение отчетного периода, на страновом уровне используются другие определения. В некоторых странах оценивается только количество людей, работающих по найму, в то время как в других странах оценивается количество работников по найму, а также работающих собственников, получающих вознаграждение, основывающееся только на акциях.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

Информация пока отсутствует.

**ПРИМЕРЫ**

Информация пока отсутствует.

**ССЫЛКИ**

См. «ССЫЛКИ» для [Показателя 1.4](http://mdgs.un.org/unsd/mi/wiki/1-4-Growth-rate-of-GDP-per-person-employed.ashx).

1.6 Доля занятых, живущих менее чем на 1 доллар США (ППС) в день

**ЦЕЛЬ И ЗАДАЧА, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

Цель 1. Ликвидация крайней нищеты и голода.

Задача 1.B: Обеспечить полную и производительную занятость и достойную работу для всех, в том числе для женщин и молодежи.

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ**

Определение  
Доля занятых, живущих за чертой бедности, или доля *неимущих занятых*, рассчитывается как доля занятых лиц, которые, тем не менее, живут в домохозяйствах, члены которого живут ниже *черты бедности.* В качестве порогового значения может использоваться национальная черта бедности или международная черта бедности,составляющая1,25 доллара *паритета покупательской способности* (ППС) в день.

Данный показатель выражается в виде процента от общей занятости.

Понятия  
*Неимущие занятые* – это *занятые*, живущие за чертой бедности.  
  
*Черта бедности* – это минимальный уровень доходов, считающийся необходимым для обеспечения адекватного уровня жизни в данной стране. *Национальные черты бедности* представляют собойпороговые значения, устанавливаемые на страновом уровне, ниже которых человек считается бедным (см. Показатель 1.1a). Для международных сопоставлений используется черта бедности в размере 1,25 доллара в день, измеряемая в международных ценах 2005 года и корректируемая на *ППС*. (См. раздел «ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ» для [Показателя 1.1](http://mdgs.un.org/unsd/mi/wiki/Indicator-1-1-Proportion-of-population-below-1-PPP-per-day.ashx)).  
  
Коэффициент пересчета *паритета покупательской способности* *(ППС)* представляет собой количество единиц национальной валюты, необходимых для покупки такого количества товаров и услуг на отечественном рынке, которое можно было бы купить за один доллар США в США.

*Занятыми* являются лица, старше установленного в стране трудоспособного возраста (в разных странах этот возраст отличается, но обычно он близок к 15 годам), занимавшиеся трудовой деятельностью или имевшие работу в течение определенного отчетного периода. Сюда включаются лица, работавшие за оплату или доход (или за оплату натурой); лица, временно отсутствовавшие на работе в силу таких причин как болезнь, декретный отпуск или отпуск по уходу за ребенком, праздничный день, обучение или трудовой спор; и неоплачиваемые работники из числа членов семьи, проработавшие не менее одного часа, хотя во многих странах в данном определении используется большее количество часов. Оценка занятости нацелена на охват людей, работающих как в формальном, так и неформальном секторе.

Методика расчетов  
  
Число неимущих занятых рассчитывается на основании перекрестных таблиц с результатами обследований домохозяйств, которые включают переменные по статусу бедности и характеристикам рабочей силы. Человек классифицируется как неимущий занятый человек в случае, если он 1) является занятым и 2) живет в домохозяйстве, в котором уровень потребления или дохода на человека ниже черты бедности.  
  
Доля неимущих занятых представляет собой долю неимущих занятых в общей численности занятых:

Доля неимущих занятых = число неимущих занятых, живущих в домохозяйстве, в котором потребление или доходы на человека ниже черты бедности / общая численность занятых \* 100.

**ОБОСНОВАНИЕ И ТОЛКОВАНИЕ**

Доля неимущих занятых в общей численности занятых дает представление о недостаточности достойной работы в стране. Рабочие места, не обеспечивающие доход, достаточный для того, чтобы вытащить человека и его семью из бедности, как минимум, не соответствуют условиям определения достойной работы по уровню доходов. В рамках процесса развития доля неимущих занятых должна сокращаться, что, в свою очередь, должно способствовать дальнейшему развитию.

Определение неимущих занятых объединяет в себе данные по бедности с конкретными характеристиками рынка труда в стране, такими как размер рабочей силы. Поэтому показатель по доле неимущих занятых дает представление о взаимосвязи между бедностью и занятостью, которая не отражается в обычных данных по бедности.

**СБОР ДАННЫХ И ИХ ИСТОЧНИКИ**

Для оценки количества и доли неимущих занятых необходимо установить черту бедности. Национальные черты бедности определяются по-разному в разных странах, исходя из разных методов расчета такой черты (см. Показатель 1.1a).

Данные по рынку труда (рабочей силе и общей численности занятых) берутся из результатов переписи населения, обследований рабочей силы или других обследований домохозяйств, опросов предприятий, административных данных и официальных оценок, основывающихся на результатах нескольких из указанных источников. Обследования рабочей силы могут быть построены таким образом, чтобы охватить практически все население страны, все сферы экономической деятельности, все отрасли экономики и все категории работающих, включая лиц, занятых индивидуальной трудовой деятельностью, неоплачиваемых работников из числа членов семьи и лиц, занятых во временных работах или малодоходной экономической деятельности. В силу этого обследования рабочей силы предлагают уникальную возможность для получения информации о рынке труда в стране и его составе.

Однако обследования рабочей силы и домохозяйств могут иметь ограниченный географический и демографический охват. Идеальным географическим охватом является вся страна (без каких-либо географических исключений) и все группы населения (без исключения каких-либо групп).

Другие источники, такие как перепись населения и учетные данные административных органов отличаются по масштабу, охвату, единицам измерения и методам сбора данных. Каждый источник имеет свои преимущества и ограничения в части затрат, качества и типа получаемой информации.

Лучше всего рассчитывать количество неимущих занятых на основе перекрестных таблиц по результатам микрообследований, которые включают переменные по статусу бедности и характеристикам рабочей силы. Однако такие данные обычно отсутствуют.

**ВОПРОСЫ ДЕЗАГРЕГИРОВАНИЯ ДАННЫХ**

Несмотря на то, что было бы желательно дезагрегировать показатель по неимущим занятым по полу или возрастным группам, зачастую такое дезагрегирование невозможно. В основном это связано со сложностями по подготовке дезагрегированной информации по бедности. Однако, если расчетные данные готовятся на основе данных микрообследований, иногда такое дезагрегирование возможно.

**КОММЕНТАРИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

В случае если методология проведения обследований, по результатам которых получают данные по бедности, с течением времени меняется, очень сложно проводить сравнения между разными периодами. Но если в течение определенного времени последовательно применялась единая черта бедности и для сбора данных по доходам и расходам применялась единая методология, сравнение показателей во времени должно быть возможным. Однако даже в случае удовлетворения данных условий, уровень бедности может в значительной степени отличаться в разные годы вследствие экономических или погодных условий. Например, стихийные бедствия или финансовый кризис могут сильно повлиять на уровень бедности, по крайней мере, в краткосрочной перспективе.

Этот показатель также является ограниченным в связи с тем, как оценивается нерыночное производство и потребление. В некоторых странах эта деятельность может являться значительной частью доходов и потребления, и необходимо принять решение о том, какое значение придать этим двум компонентам. Значение, которое будет им придано, в значительной мере повлияет на уровень бедности.

**ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА**

В случае возможности дезагрегирования данного показателя по полу в связи с наличием необходимых данных, показатель может быть использован для анализа гендерных неравенств в распространенности бедности среди занятых.

**ДАННЫЕ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА**

Данный показатель рассчитывается Международной организацией труда (МОТ). Расчетные данные по количеству неимущих занятых готовятся на основе данных по рынку труда (население трудоспособного возраста, рабочая сила и занятость) из эконометрических моделей, в которых используются имеющиеся национальные данные, а для расчета отсутствующих на страновом уровне данных применяются методы многомерной регрессии. Первый шаг в каждой модели состоит в составлении всех имеющихся данных по каждому рассматриваемому показателю. Важно отметить, что в качестве исходных данных используются только данные, которые имеют общегосударственный охват и сравнимы по странам и в динамике. Этот критерий отбора является важным, поскольку модели построены таким образом, чтобы использовать для использования взаимосвязи между показателями рынка труда и их макроэкономическими коррелятами, такими как ВВП на душу населения, темп роста ВВП, демографические тенденции, участие страны в Инициативе для стран с высоким уровнем задолженности, географические показатели, страновые и временные несущественные переменные. Сравнимость данных по рынку труда, которые используются в качестве исходных данных в расчетных моделях, является важным для того, чтобы обеспечить точное отражение моделями взаимосвязей между показателями рынка труда и макроэкономическими переменными.

Для расчета количества неимущих занятых МОТ использует данные по бедности Всемирного банка, основанные на международной черте бедности, составляющей 1,25 доллара в день. Поскольку расчетные данные на страновом уровне получаются из моделей и готовятся таким образом, что такие гармонизированные данные имеются для каждой страны и за каждый год, между международными и национальными данными могут быть расхождения.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

Информация пока отсутствует.

**ПРИМЕРЫ**

Информация пока отсутствует.

**ССЫЛКИ**

См. «ССЫЛКИ» для [Показателя 1.1](http://mdgs.un.org/unsd/mi/wiki/Indicator-1-1-Proportion-of-population-below-1-PPP-per-day.ashx) и [Показателя 1.4](http://mdgs.un.org/unsd/mi/wiki/1-4-Growth-rate-of-GDP-per-person-employed.ashx).

1.7 Доля лиц, занятых индивидуальной трудовой деятельностью, и помогающих им работников из числа членов семьи в общем числе занятых

**ЦЕЛЬ И ЗАДАЧА, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

Цель 1. Ликвидация крайней нищеты и голода  
Задача 1.B: Обеспечить полную и производительную занятость и достойную работу для всех, в том числе для женщин и молодежи

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ**

Определение  
Доля лиц, занятых индивидуальной трудовой деятельностью, и помогающих им работников из числа членов семьи в общем числе занятых представляет собой долю лиц, занимающихся индивидуальной трудовой деятельностью, не имеющих *наемных работников* и *неоплачиваемых работников из числа членов семьи,* в общем числе *занятых*.

Данный показатель выражается в виде процента.

Понятия  
*Лица, занятые индивидуальной трудовой деятельностью,* - это лица, работающие на свой риск, или с одним или более партнерами, обеспечивающие себя *индивидуальной* *предпринимательской деятельностью*, и не принимавшие на постоянной основе *наемных работников* для работы на них.

*Помогающие работники из числа членов семьи*, также известные как *неоплачиваемые работники из членов семьи* – это лица, занимающиеся индивидуальной деятельностью на предприятии, ориентированном на рынок, под руководством родственного лица, проживающего в том же домохозяйстве, которые не могут считаться партнерами, поскольку их степень обязательства по обеспечению деятельности предприятия с точки зрения рабочего времени или других факторов, определяемых условиями в стране, не соответствует уровню, сравнимому с уровнем обязательства главы предприятия.

*Индивидуальная предпринимательская деятельность* включает работу, где вознаграждение напрямую зависит от прибыли (или потенциальной прибыли), получаемой от производимых товаров и оказываемых услуг (где собственное потребление считается частью прибыли).  
  
*Наемными работниками* являются все работники, занимающие оплачиваемые рабочие места, где действующее руководство имеет явные (письменные или устные) или неявные договоры найма, которые обеспечивают наемным работникам базовое вознаграждение, которое напрямую не зависит от доходов подразделения, в котором они работают.

*Занятыми* являются лица, старше установленного в стране трудоспособного возраста (в разных странах этот возраст отличается, но обычно он близок к 15 годам), занимавшиеся трудовой деятельностью или имевшие работу в течение определенного отчетного периода. Сюда включаются лица, работавшие за оплату или доход (или за оплату натурой); лица, временно отсутствовавшие на работе в силу таких причин как болезнь, декретный отпуск или отпуск по уходу за ребенком, праздничный день, обучение или трудовой спор; и неоплачиваемые работники в семье, проработавшие не менее одного часа, хотя во многих странах в данном определении используется большее количество часов. Оценка занятости нацелена на *занятость* определяется как сумма численности лиц, занятых охват людей, работающих как в формальном, так и неформальном секторе.

*Нестабильная* индивидуальной трудовой деятельностью, и помогающих им работников из числа членов семьи.

Методика расчетов  
Данный показатель рассчитывается как сумма численности лиц, занятых индивидуальной трудовой деятельностью, и помогающих им работников из числа членов семьи, деленная на общее число занятых и умноженная на 100.

**ОБОСНОВАНИЕ И ТОЛКОВАНИЕ**

Лица, занятые индивидуальной трудовой деятельностью, и помогающие им работники из числа членов семьи с меньшей вероятностью имеют официальные трудовые отношения, доступ к пособиям или программам социальной защиты и больше подвержены риску в случае экономического спада. В связи с этим эти категории работающих считаются «нестабильными». *Нестабильная занятость* является недавно введенным показателем для оценки лиц, занятых трудовой деятельностью при относительно ненадежных обстоятельствах, обуславливаемых их статусом занятости.

Между нестабильной занятостью и бедностью есть взаимосвязь. Если доля нестабильно работающих в общем числе занятых существенна, это может свидетельствовать о широко распространенной бедности. Такая взаимосвязь возникает, потому что у нестабильно работающих нет доступа к системам социальной защиты для защиты их от бедности в периоды низкого экономического спроса. Кроме того, нестабильно работающие зачастую не могут сделать достаточные накопления для себя и своих семей для нейтрализации сокращения доходов во время экономического спада.

**СБОР ДАННЫХ И ИХ ИСТОЧНИКИ**

Данные получают в ходе переписей населения, обследований рабочей силы или других обследований домохозяйств, опросов предприятий, административных данных и официальных оценок, основывающихся на результатах нескольких из указанных источников. Обследования рабочей силы могут быть построены таким образом, чтобы охватить практически все население страны, все сферы экономической деятельности, все отрасли экономики и все категории работающих, включая лиц, занятых индивидуальной трудовой деятельностью, неоплачиваемых работников из числа членов семьи и лиц, занятых во временных работах или малодоходной экономической деятельности. В силу этого обследования рабочей силы обеспечивают уникальную возможность для получения информации о рынке труда в стране и его составе.

Однако обследования рабочей силы и домохозяйств могут иметь ограниченный географический и демографический охват. Идеальным географическим охватом является вся страна (без каких-либо географических исключений) и все группы населения (без исключения каких-либо групп).

Другие источники, такие как перепись населения и учетные данные административных органов отличаются по масштабу, охвату, единицам измерения и методам сбора данных. Каждый источник имеет свои преимущества и ограничения в части затрат, качества и типа получаемой информации.

**ВОПРОСЫ ДЕЗАГРЕГИРОВАНИЯ ДАННЫХ**

В идеале все данные должны быть дезагрегированы по половозрастным группам. Сведения также могут быть дезагрегированы по месту проживания – город или село.

**КОММЕНТАРИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

Использование данных о доле лиц, занятых индивидуальной трудовой деятельностью, и помогающих им работников из числа членов семьи в общем числе занятых в качестве показателя достойной работы имеет свои ограничения. В частности, работа, обеспечивающая некоторый уровень оплаты труда, и работники, получающие заработную плату, не включенные в категорию нестабильной занятости, могут подвергаться высокому экономическому риску, в то время как некоторые лица, занятые индивидуальной предпринимательской деятельностью, могут быть весьма обеспеченными и совсем не быть уязвимыми группами населения. Несмотря на эти ограничения, проблема нестабильной занятости наиболее актуальна для менее развитых стран и регионов, и тот факт, что была установлена взаимосвязь между высоким уровнем бедности в регионе и высокой долей лиц, имеющих нестабильную занятость, подтверждает целесообразность применения этого показателя для оценки прогресса в реализации целей по обеспечению достойной работы для всех.

При использовании данного показателя для оценки нестабильной занятости, различия в определениях и охвате по времени (а также по странам - при проведении международных сопоставлений) обуславливают сложность сопоставлений. Например, могут быть не учтены некоторые изменения в определениях, различия в охвате или разные возрастные границы для оценки занятости. Более важно отметить, что информация по результатам обследований домохозяйств необязательно согласуется с тем, что включается в занятость. Например, информация, предоставляемая в некоторых странах, может включать занятость гражданского населения, что может привести к заниженной оценке «наемных работников» и «работающих, статус которых не поддается классификации», особенно в странах, имеющих многочисленные вооруженные силы. На количество лиц, занятых индивидуальной трудовой собственностью, и помогающих им членов семьи, такая заниженная оценка не повлияет, но она повлияет на их соответствующую долю в общей занятости.

**ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА**

Данный показатель очень гендерно-чувствителен, поскольку исторически помогающими работниками из числа членов семьи являются в основном женщины. Соответственно, в большинстве стран на число женщин приходится больше уязвимых работников.

**ДАННЫЕ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА**

Данные для глобального и регионального мониторинга по данному показателю представляются Международной организацией труда (МОТ). Большая часть данных МОТ по данному показателю отражает данные, представленные странами в Бюро трудовой статистики МОТ или другие международные организации, такие как Организация экономического сотрудничества и развития. МОТ готовит агрегированные расчетные данные для регионов и групп стран. Не все страны предоставляют данные на ежегодной основе, поэтому невозможно получить агрегированные показатели рынка труда путем простого суммирования таких показателей по странам. Для решения этой проблемы МОТ ведет эконометрические модели, которые используются для расчета показателей рынка труда в странах и за годы, по которым нет фактических данных. В этих моделях используются методы многомерной регрессии для расчета недостающих значение на страновом уровне.

По данному показателю МОТ представляет только данные, имеющиеся в странах. Поэтому между национальными и международными данными расхождения отсутствуют.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**ПРИМЕРЫ**

**ССЫЛКИ**

См. «ССЫЛКИ» для [Показателя 1.4](http://mdgs.un.org/unsd/mi/wiki/1-4-Growth-rate-of-GDP-per-person-employed.ashx).

1.8 Доля детей с пониженным весом в возрасте до пяти лет

**ЦЕЛЬ И ЗАДАЧА, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

Цель 1. Ликвидация крайней нищеты и голода   
Задача 1.C: Сократить вдвое за период 1990–2015 годов долю населения, страдающего от голода

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ**

Определение  
Доля *детей с пониженным весом* в возрасте до пяти лет определяется как процент детей в возрасте от 0 до 59 месяцев, вес которых для их возрастных групп на два значения меньше стандартных отклонений для *международно сопоставимого контингента населения.*

Понятия  
*Международно сопоставимый контингент населения* – это население, с которым можно сравнивать рост детей. Сопоставимый контингент населения определяется нормами роста детей Всемирной организации здоровья (ВОЗ). Данные нормы основываются на данных по более чем 8 000 детей из Бразилии, Ганы, Индии, Норвегии, Омана и США. Эти дети были выбраны исходя из имеющихся возможностей проживания в нормальных условиях, оптимальных для нормального роста, включая рекомендуемые методы кормления младенцев и детей, хорошее медицинское обслуживание, некурящие матери и другие факторы, связанные с показателями хорошего здоровья.

Число *детей с пониженным весом* – это число детей в возрасте до пяти лет, вес которых для их возраста на два значения меньше стандартных отклонений для *международно сопоставимого контингента населения.*    
  
Методика расчетов  
Вес детей в возрасте до пяти лет сопоставляется с контрольным весом сопоставимого контингента населения каждой возрастной группы. Доля детей с пониженным весом представляет собой совокупное число детей с пониженным весом, деленное на число детей, вес которых был измерен, и умноженное на 100. 

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Доля детей с пониженным весом | = | Число детей с пониженным весом | \*100 |
| Общее число детей, вес которых был измерен |

**ОБОСНОВАНИЕ И ТОЛКОВАНИЕ**

Недостаточное питание детей, измеряемое как доля детей с пониженным весом, является важным компонентом ЦРТ, поскольку оно связано с такими факторами, как бедность, низкий уровень образования и малодоступность услуг здравоохранения. Недостаточное питание детей, даже если оно умеренное, повышает вероятность смерти, мешает развитию их познавательных способностей и скажется в будущем на состоянии их здоровья. Достаточное и качественное питание является основополагающим условием для успешного развития, хорошего состояния здоровья и выживания нынешнего и будущих поколений. Здоровое питание особенно важно для беременных женщин и кормящих грудью матерей, поскольку при его наличии дети развиваются здоровыми, как в физическом, так и в умственном отношении.

Доля детей с пониженным весом в возрасте до пяти лет является международно признанным медицинским показателем для мониторинга состояния питания и здоровья населения. В плане контроля к вопросу о недостаточном питании детей подходят более внимательно, чем к вопросу о недостаточном питании взрослых.

Численное значение данного показателя показывает долю детей в возрасте до пяти лет с пониженным весом в соответствии с международными нормами. В сопоставимом контингенте населения около 2,3% детей имеет пониженный вес. В развивающихся странах около четверти (24%) детей до пяти лет имеет пониженный вес в соответствии с нормами роста детей ВОЗ.

**СБОР ДАННЫХ И ИХ ИСТОЧНИКИ**

На страновом уровне такие данные, как правило, могут быть получены из национальных обследований домохозяйств, в том числе из демографических и медико-санитарных обследований (ДМСО), обследований по многим показателям с применением гнездовой выборки (MICS) и национальных обследований по рациону питания. Следует отметить, что при изучении показателя в динамике (сопоставления через некоторый промежуток времени) или при международных сопоставлениях, расчетные значения показателя должны основываться на одном *международно сопоставимом контингенте населения*.

ДМСО и MICS проводятся в среднем каждые три-пять лет. В некоторых странах национальные обследования по рациону питания проводятся ежегодно.  
  
Существует некоторые проблемы со сбором и составлением данных, которые могут повлиять на надежность показателей по питанию, включая следующие:

* Показатель пониженного веса отражает соотношение массы тела и хронологического возраста ребенка, причем в нем учитываются как рост ребенка (рост/возраст), так и его вес по отношению к росту. Сложносоставной характер этого показателя вызывает определенные затруднения в его понимании. Так, например, в показателе «вес/возраст» выпадают из поля зрения различия между низкорослыми детьми нормального телосложения и высокими детьми, но астенического телосложения.
* Точность показателей состояния питания зависит от надлежащих замеров возраста, роста и веса детей. Например, в расчеты включаются только те дети, по которым имеются сведения о месяце и годе рождения и правильные данные об их росте и весе.
* В апреле 2006 года ВОЗ были приняты *Нормы ВОЗ для роста детей*, которые заменили широко применяемый сопоставимый контингент Национального центра по статистике здравоохранения (НЦСЗ)/ВОЗ. В ходе исследований были выявлены важные различия между этими двумя сопоставимыми контингентами населения, особенно в младенческом возрасте. В связи с этим для возможности проведения исторических сравнений, вероятно, что в течение некоторого времени необходимо будет анализировать антропометричекие показатели с применением как НЦСЗ/ВОЗ, так и новых стандартов ВОЗ для роста детей.

**ВОПРОСЫ ДЕЗАГРЕГИРОВАНИЯ ДАННЫХ**

Показатели недостаточного рациона питания, как правило, демонстрируют различия между городом и селом и между разными социально-экономическими группами. В некоторых странах рацион питания детей может различаться в зависимости от географического района проживания, а также по этническим группам. Гендерные различия по этому показателю могут быть также более ярко выраженными в отдельных социальных и этнических группах.

Расчетные данные по недостаточному питанию детей, заносимые в таблицы с исходной информацией, могут быть получены в ходе большинства ДМСО и обследований MICS, а также в ходе некоторых национальных обследований рациона питания.

**КОММЕНТАРИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

Несмотря на то, что такой показатель как доля детей с пониженным весом является полезным показателем для оценки общего состояния питания населения, показатели по низкорослости и дистрофии также помогают отслеживать тенденции в области недостаточного питания детей.

Показатели по низкорослости, также известной как задержка роста, используются в качестве критерия накопленного со временем ущербного физического развития, связанного с долгосрочными факторами, включая хроническую нехватку белка в ежедневном рационе питания. Данный показатель определяется как доля детей в возрасте до пяти лет, чей рост на два значения меньше среднего для соответствующего возраста показателя роста сопоставимого контингента.

Показатель дистрофии, также известный как низкий по отношению к росту вес, в большинстве случаев свидетельствуют о том, что в недавнем прошлом ребенок весьма активно терял вес, что часто связано с острым голоданием или тяжелой болезнью. Данный показатель определяется как доля детей в возрасте до пяти лет, чей вес на два значения меньше среднего для соответствующего возраста показателя отношения веса к росту сопоставимого контингента.

По возможности, анализировать и представлять следует все три показателя (пониженный вес, низкорослость и дистрофия), поскольку они характеризуют и отражают различные аспекты недостаточного рациона питания детей.

**ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА**

В большинстве стран данные, полученные по результатам национальных обследований домохозяйств, как правило, не демонстрируют значительных различий между мальчиками и девочками в доле детей с пониженным весом. Однако эти тенденции следует и впредь держать в поле зрения, особенно на субнациональном уровне и внутри подгрупп населения.

**ДАННЫЕ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА**

Для проведения международных сопоставлений и глобального или регионального мониторинга Международный детский фонд ООН (ЮНИСЕФ) готовит подборки данных, основанные на данных национальных обследований.

Каждый год ЮНИСЕФ рассматривает и составляет результаты обследований, представляемые отдельными странами, а также обновляет свою глобальную базу данных по показателям питания детей. В 2009 году ЮНИСЕФ приступил к переводу своей глобальной базы данных по недостаточному питанию детей с данных, основанных на сопоставимых контингентах населения Национального центра по статистике здравоохранения (НЦСЗ)/ВОЗ, на данные, основывающиеся на новые нормы ВОЗ для роста детей путем повторного анализа имеющихся результатов обследований домохозяйств.

Данные могу быть получены из разных источников, обычно такими источниками являются обследования, проведенные в разные годы, которые регистрируются и публикуются по отдельности. В редких случаях, когда репрезентативные в общегосударственном масштабе данные за один и тот же год поступают из разных источников, в глобальную базу данных включаются все источники. Но для публикации выбирается только один источник, а его выбор основывается на тщательном анализе качества данных.

Региональные и глобальные расчетные данные основываются на средневзвешенных показателях по общему количеству детей в возрасте до 5 лет. Эти расчетные показатели представляются только в случае, если имеющиеся данные охватывают не менее 50% общего количества детей в возрасте до 5 лет в региональных или глобальных группировках.

Последние имеющиеся показатели по доле детей с пониженным весом ежегодно публикуются ЮНИСЕФ в декабре в публикации «Состояние детей в мире» (*The State of the World’s Children)* и в сети Интернет. ВОЗ также размещает данные в своей онлайновой базе данных: База данных ВОЗ по росту и питанию детей. Однако в связи с небольшими различиями в расчетах, в данных ЮНИСЕФ и ВОЗ могут иметь место некоторые расхождения.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**ПРИМЕРЫ**

**ССЫЛКИ**

United Nations Children’s Fund (2006). *Progress for Children – A Report Card on Nutrition.*New York. Available from <http://www.unicef.org/publications/index_33685.html>.  
  
United Nations Children’s Fund (2007). *Progress for Children – A World Fit for Children Statistical Review.*New York. Available from <http://www.unicef.org/publications/index_42117.html>.  
  
World Health Organization. *Child Growth Standards.*Geneva. Internet site <http://www.who.int/childgrowth>.  
  
World Health Organization. *Global Database on Child Growth and Malnutrition.*Geneva. Internet site <http://www.who.int/nutgrowthdb>.  
  
World Health Organization (annual). *World Health Report.*Geneva. Available from <http://www.who.int/whr>.

1.9 Доля населения, калорийность питания которого ниже минимально допустимого уровня

**ЦЕЛЬ И ЗАДАЧА, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

Цель 1. Ликвидация крайней нищеты и голода   
Задача 1.C: Сократить вдвое за период 1990–2015 годов долю населения, страдающего от голода

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ**

Определение  
Доля населения, калорийность питания которого ниже минимально допустимого уровня, называемая *долей недоедающих людей*, определяется как доля населения, страдающего от голода или недоедания.

Данный показатель выражается в виде процента.   
  
  
Понятия  
*Недоедание –* это состояниелюдей, калорийность питания у которых постоянно ниже минимально допустимого уровня для поддержания приемлемых минимальных размеров тела, поддержания здоровья и занятия легкой физической активностью.

В ходе оценки доли *недоедающих людей* измеряется недоедание, исходя из следующих трех параметров:

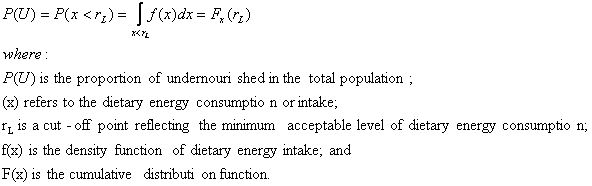
* Среднее за три года количество *продовольствия, имеющегося для потребления человеком*, в расчете на человека в день;
* *Степень неравенства* в доступе к продуктам питания;
* *Минимальный уровень калорийности питания* среднего человека, выражаемый в килокалориях в день.

*Продовольствие*, *имеющееся для потребления человеком*, - это сумма отечественных и импортированных продуктов питания за вычетом экспортируемых продуктов питания, продуктов питания, изымаемых из запасов для непродовольственного применения, и продовольственных потерь. Полученное значение затем конвертируется в единицы энергии в рационе, выражаемые в килокалориях, и делится на общую численность населения и количество дней в году, в результате получается среднее потребление энергии в рационе в расчете на человека в день. Для выравнивания годичных колебаний, рассчитывается среднее за три года значение.

*Степень неравенства в доступе к продуктам питания* измеряется двумя коэффициентами: (1) колебание потребления энергии в рационе, вызванное разным уровнем доходов, получаемое на основании данных по потреблению продуктов питания и уровню доходов, собираемых в ходе обследований домохозяйств; (2) колебание потребления энергии в рационе, вызванное биологическими факторами, его значения получаются из данных антропометрических обследований по достигнутому росту с учетом пола и возраста, норм потребности в энергии и данных по половозрастному составу населения страны. На неравенство в доступе к продуктам питания, вызванное разным уровнем доходов, могут оказывать влияние изменения экономических, социально-политических и экологических факторов, таких как физическое наличие продуктов питания и цены на них. Неравенство в доступе к продуктам питания, вызванное биологическими факторами, отражает половозрастной состав общего населения, и на него влияет старение населения.

*Минимальный уровень калорийности питания*, или точка отсечения, получается на основании норм потребности в энергии, установленных Продовольственной и сельскохозяйственной организацией ООН, Всемирной организаций здравоохранения и Университетом ООН (ФАО/ВОЗ/УООН) для разных половозрастных групп населения, ведущих малоподвижный образ жизни и имеющих минимально приемлемый вес тела для своего роста. Поскольку потребность в энергии у крупного взрослого человека практически в два раза больше потребности трехлетнего ребенка, минимальная потребность в энергии на человека в каждой стране должна учитывать половозрастной состав населения и разные размеры тела. Минимально приемлемый уровень калорийности питания для оценки недоедания в стране рассчитывается как среднее значение энергии на человека в день, в зависимости от потребности разных половозрастных групп населения в калориях и доли населения, представленного в каждой возрастной группой в определенный год.

Методика расчетов  
Поскольку точно определить потребление энергии отдельными лицами невозможно, оценочное значение доли лиц, потребляющих недостаточное количество энергии, определяется через распределение вероятностей следующим образом:



*где:*

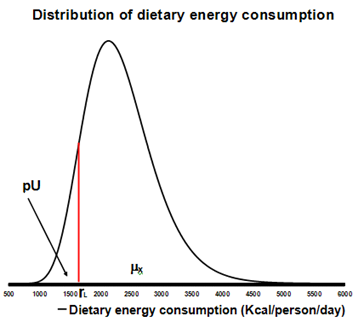
*P(U)* – доля недоедающих людей в общей численности населения;

(*x*) – потребление калорий;

*rL –* точка отсечения, отражающая минимально приемлемый уровень калорийности питания;

*f(x)* – плотность распределения вероятностей калорийности питания;

*Fx* – интегральная функция распределения.

  
  
На данном графике показано предположение, что потребление калорий соответствует логарифмически нормальной функции. Кривая показывает долю населения, соответствующего различным уровням потребления калорий в день (x), показанным горизонтальной линией. Область ниже кривой до минимально приемлемого уровня потребления калорий (rL) представляет долю населения, калорийность питания которого ниже минимально допустимого уровня или долю недоедающего населения (pU).

**ОБОСНОВАНИЕ И ТОЛКОВАНИЕ**

Данным показателем измеряется важный аспект необеспеченности населения продовольствием и потенциал для устойчивого развития, которое требует осуществления согласованных усилий по сокращению бедности, в том числе нахождения решений по проблемам голода и недостаточного питания. Снижение остроты проблемы голода является необходимым предварительным условием устойчивого сокращения бедности, ибо недоедание, помимо прочего, значительно влияет на производительность труда, состояние здоровья, способности к обучению и, соответственно, возможности заработка. Для всестороннего понимания изменений продовольственного положения и ситуации с питанием в стране необходимо использовать как показатель по недоеданию, так и показатель по недостаточному питанию детей (Показатель 1.8).

Данный показатель может принимать значения от 0 (недоедающее население отсутствует) до 100 (все население страны недоедает). Более высокое значение данного показателя означает, что в данной стране большее количество людей страдает от недоедания (пищевой депривации). Наиболее распространенными считаются следующие категории недоедания:

* Менее 5%—Незначительный уровень недоедания.
* От 5% до 9%—Низкий уровень недоедания.
* От 10% до 19%—Умеренный уровень недоедания.
* От 20% до 34%—Высокий уровень недоедания.
* 35% и выше—Очень высокий уровень недоедания.

Правительства и международные организации руководствуются информацией об изменении данного показателя при разработке политики и реализации мер, направленных на: улучшение ситуации с наличием продовольствия и его доступности для населения, снижение негативного влияния растущего неравенства доходов на доступность продовольствия и преодоление тенденций в области потребностей в продовольствии, вызванных влиянием демографической политики.

**СБОР ДАННЫХ И ИХ ИСТОЧНИКИ**

Обычно данные готовятся национальными статистическими органами, министерствами сельского хозяйства и другими государственными органами, которые готовят национальные продовольственные балансы или занимаются вопросами национальной продовольственной безопасности. Данные по производству и торговле продуктами питания обычно имеются на ежегодной основе. Данные по производству продуктов питания составляются в соответствии с сельскохозяйственным календарем, в то время как данные по торговле составляются в соответствии с календарем хозяйственной деятельности. Оценочные данные по недоеданию готовятся за трехлетний период для учета различий между этими календарями.

Данные для расчета данного показателя могут быть получены из следующих источников:

* Данные по производству продуктов питания составляются министерствами сельского хозяйства, министерствами индустрии и т.д. на ежегодной основе;
* Данные по торговле продуктами питания составляются министерствами торговли, индустрии и таможенными органами на ежегодной основе;
* Продовольственные балансы государственного и частного сектора, в которых оценивается наличие продовольствия для потребления человеком;
* Среднее потребление калорий на человека в день (личное потребление) по уровню доходов или расходов (децили подушевого дохода или совокупных расходов) получают в рамках национальных обследований домохозяйств, в ходе которых собираются сведения о потреблении продуктов питания. Такие обследования проводятся не так часто национальными статистическими органами для оценки неравномерности доступности продуктов питания, обусловленной уровнем доходов;
* Данные о среднем росте человека с учетом половозрастной характеристики, получаются в ходе национальных антропометрических обследования для выяснения неравномерности доступности продуктов питания, обусловленной биологическими факторами. Результаты таких обследований могут быть получены на нерегулярной основе от национальных статистических органов или министерств здравоохранения;
* Данные о численности населения и его половозрастном составе получаются по результатам национальной переписи населения, проводимой национальным статистическим органом.

Точность оценочных данных по потреблению калорий отличается в разных странах. Оценка точности проводится посредством проведения проверки достоверности на основе полного изучения всей имеющей отношение информации (Понятия, определения и методы).

В последние три десятилетия страновые данные по изменениям в колебаниях распределения потребления калорий вследствие разного уровня доходов населения были ограниченными. Это связано с тем, что данные, собираемые в ходе национальных обследований домохозяйств, необходимо сначала конвертировать в потребление калорий. Кроме того, данные по долговременным трендам достигаемого роста по половозрастным группам недостаточны, поскольку в странах не проводятся регулярные антропометрические обследования всего населения.

Сведения по половозрастному составу населения регулярно обновляются. Изменения половозрастного состава населения влияют как на минимальный уровень калорийности питания, так и на колебания распределения потребления калорий. В связи с этим такие изменения необходимо учитывать.

**ВОПРОСЫ ДЕЗАГРЕГИРОВАНИЯ ДАННЫХ**

При оценке необеспеченности продовольствием важно учитывать географические районы, которые могут оказаться в этом отношении особо уязвимыми (например, районы с высокой вероятностью резких колебаний в плане производства или поставок продовольствия либо районы, подверженные влиянию стихийных бедствий), а также группы населения, имеющие (в силу своей структурной или экономической уязвимости) нестабильный или спорадический доступ к продовольствию, например, отдельные этнические или социальные группы. Кроме того, в отдельных социальных и этнических группах могут более четко проявляться различия по половому признаку.

Для получения дезагрегированных оценочных данных сведения о потреблении продуктов питания, собираемые в ходе национальных обследований домохозяйств, используются для оценки доли недоедающих людей в различных группах на субнациональном уровне (определяемых географически или по характеристикам домохозяйств или их членов).

**КОММЕНТАРИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

В методологии оценки доли недоедающих людей основная проблема связана с применением норм потребностей в энергии и потребления энергии людьми. Даже после учета факторов, оказывающих наибольшее влияние на потребности в энергии и ее потребление, такие как возраст, пол, масса тела и физическая активность, там не менее, у разных людей существует разная потребность в калориях. Поскольку определить потребление энергии отдельными лицами невозможно, оценочное значение доли лиц, потребляющих недостаточное количество энергии, определяется через распределение вероятностей, что означает, что результаты не всегда имеют стопроцентную точность.

Во многих странах надежность исходных данных и значения неравномерности являются неточными. Относительно небольшое колебание лишь одного из этих параметров может привести к значительной разнице в оцениваемом уровне голода в стране. Кроме того, оценочные показатели, основанные на общенациональных данных по производству и торговле продуктами питания, нельзя использовать для того, чтобы выявить наблюдается ли распространенность голода в определенных географических регионах и/или социально-экономических группах.  
  
Данный показатель основывается на количестве продовольствия, имеющегося в наличии и доступного для потребления человеком, но он не учитывает качество такого продовольствия. Уровень пищевой депривации может снизиться, потому что люди достигли минимального уровня потребности в калориях, но при этом люди все еще могут сталкиваться с дефицитом, вызванным недостаточным количеством витаминов и минералов, а также дефицитом белка и важных аминокислот, которые необходимы для нормального роста тела и поддержания его деятельности.

**ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА**

Члены домохозяйств могут иметь неодинаковый доступ к продуктам питания в зависимости от пола. Кроме того, на характер питания женщин могут влиять особенности культуры в распределении и относящиеся к питанию запреты. Повышенная потребность женщин в железе в период беременности или кормления грудью может вызывать железодефицитную анемию, влияющую на исход беременности и способную повысить восприимчивость женщин к заболеваниям. В связи с этим, в тех случаях, когда имеются данные обследования домохозяйств с разбивкой по полу, всегда следует пытаться проводить соответствующий гендерный анализ, включая анализ наличия железа в рационе.

**ДАННЫЕ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА**

Ответственным агентством за составление и мониторинг данного показателя на глобальном уровне, а также за периодическую подготовку агрегированных по регионам данные, является ФАО.

Данные по среднему количеству продовольствия, имеющемуся для потребления человеком, берутся в национальных «продовольственных балансах», ежегодно составляемых ФАО. Затем ФАО делит энергетический эквивалент имеющегося продовольствия на общую численность населения для расчета среднего количества потребляемых калорий в день. Данные обследований домохозяйств используются для расчета коэффициента вариаций для учета степени неравномерности доступа к продовольствию. Минимальный уровень калорийности питания получается исходя из норм калорийности ФАО/ВОЗ/УООН для разных половозрастных групп населения.

Некоторые страны проводили оценку доли недоедающих людей на национальном и субнациональном уровне, придерживаясь методологии ФАО, но используя разные источники данных по количеству имеющегося продовольствия. Данные по личному потреблению продовольствия собираются в ходе обследований домохозяйств, такие данные необязательно совпадают с международными оценками, рассчитанными исходя из национальных продовольственных балансов.

Национальная оценка основывается на количестве продовольствия, потребленного домохозяйствами, в то время как международная оценка включает не только потребление в домохозяйствах, но также потребление продовольствия в системе общественного питания, за исключением продовольствия, потребленного туристами и другими неместными группами населения (например, беженцами). Общественное питание имеет место в таких учреждениях как тюрьмы, больницы, казармы и службы общественного питания (например, Красный Крест).

Оценочные данные для мониторинга на региональном и субрегиональном уровне агрегируются путем суммирования количества недоедающего населения в каждой стране в пределах региона или субрегиона и деления полученного числа на общую численность населения в этом регионе или субрегионе.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**ПРИМЕРЫ**

**ССЫЛКИ**

Food and Agriculture Organization of the United Nations. *Food Security Statistics.*Rome. Internet site <http://www.fao.org/faostat/foodsecurity>.  
  
Food and Agriculture Organization of the United Nations. (annual). *The State of Food Insecurity in the World.*Rome. Available from <http://www.fao.org/publications/sofi>.  
  
Food and Agriculture Organization of the United Nations (2002). *FAO Methodology for Estimating the Prevalence of Undernourishment. In Proceedings of the International Scientific Symposium on Measurement and Assessment of Food Deprivation and Undernutrition.*Rome. Available from <http://www.fao.org/docrep/005/Y4249E/Y4249E00.htm>.  
  
Food and Agriculture Organization of the United Nations (2008). *FAO Methodology for the Measurement of Food Deprivation: Updating the minimum dietary energy requirements.*Rome. Available from<http://www.fao.org/fileadmin/templates/ess/documents/food_security_statistics/metadata/undernourishment_methodology.pdf>.  
  
Food and Agriculture Organization of the United Nations, United Nations University and World Health Organization (2004). *Human Energy Requirements.*Report of a Joint FAO/WHO/UNU Expert Consultation. 17-24 October 2001. Rome. Available from<http://www.fao.org/docrep/007/Y5686E/y5686e00.htm>.   
  
World Health Organization (2006). *WHO Child Growth Standards: BMI for age tables.*Geneva. Available from <http://www.who.int/childgrowth/standards/bmi_for_age/en/index.html>.   
  
World Health Organization (2007). *WHO Growth reference 5-19 years: BMI for age tables.*Geneva. Available from <http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/index.html>.

2.1 Чистый коэффициент охвата начальным образованием



**ЦЕЛЬ И ЗАДАЧА, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

Цель 2: Обеспечение всеобщего начального образования  
Задача 2.A: Обеспечить, чтобы к 2015 году у детей во всем мире, как у мальчиков, так и у девочек, была возможность получать в полном объеме начальное школьное образование

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ**

Определение

Чистый коэффициент охвата (NER) начальным образованием - это соотношение числа *детей официально установленной возрастной группы начального образования, обучающихся в начальной школе,* к *общей численности детей официально установленной возрастной группы начального образования.*

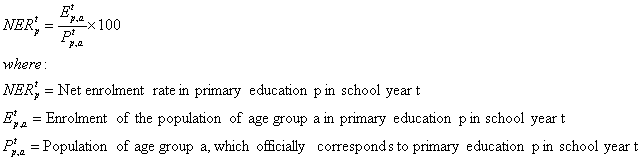
Понятия  
Определение для детей *официально установленной возрастной группы начального образования* дано в Международной стандартной классификации образования (МСКО 97). Обычный или законодательно установленный возраст поступления в начальную школу составляет не младше пяти или не старше семи лет, при этом период обучения обычно составляет шесть лет при очной форме обучения. В случае если в стране существует несколько систем начального образования, для определения группы детей официальной возрастной группы начального образования используется наиболее распространенная или общепринятая структура.

*Начальное образование* обычно состоит из программ, разработанных на основе блоков или проектов, направленных на предоставление учащимся основательного базового образования – научить их чтению, письму и математике, вместе с элементарным пониманием других учебных предметов, таких как история, география, естественные науки, общественные науки, искусство и музыка.

Методика расчетов

Для расчета показателя необходимо, прежде всего, определить численность детей официально установленной возрастной группы начального образования, предпочтительно с учетом теоретического возраста начала обучения и продолжительности первой ступени МСКО 97 (начальное образование) в целях международной сопоставимости результатов.

Затем количество учащихся официально установленной возрастной группы начального образования, обучающихся в начальной школе, делится на численность населения той же возрастной группы, и результат умножается на 100.

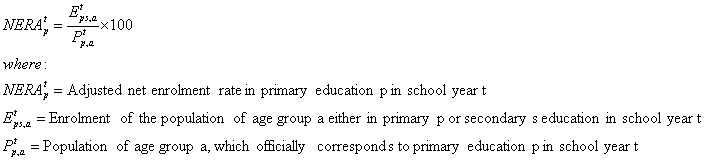


где:

= Чистый коэффициент охвата начальным образованием *p* в учебном году *t*

= Численность населения группы *a,* обучающейся в начальной школе *p* в учебном году *t*

= Численность населения возрастной группы *a,* которая официально соответствует возрасту начального образования *p* в учебном году *t*

Некоторые дети начального школьного возраста могут поступить в начальную школу раньше и перейти в среднюю школу до достижения ими верхнего возрастного предела для начального образования. Чистый коэффициент охвата не включает таких детей, занижая, таким образом, количество детей, получающих полный курс начального образования. Для преодоления этого ограничения можно рассчитать *скорректированный чистый коэффициент охвата начальным образованием* как число детей официально установленной возрастной группы начального образования, которые обучаются в начальной или средней школе, выраженное в процентном отношении к общей численности детей официально установленной возрастной группы начального образования.  
  
*где:*

= Скорректированный чистый коэффициент охвата начальным образованием *p* в учебном году *t*

 = Численность населения группы *a,* обучающейся в начальной или средней школе *p* в учебном году *t*

= Численность населения возрастной группы *a,* которая официально соответствует возрасту начального образования *p* в учебном году *t*

**ОБОСНОВАНИЕ И ИНТЕРПРЕТАЦИЯ**

Показатель используется для мониторинга прогресса в достижении цели обеспечения всеобщего начального образования (ВНО), поставленной как в Целях развития тысячелетия, так и в рамках инициативы «Образование для всех». Чистый коэффициент охвата относится только к учащимся официально установленной возрастной группы начального образования, в то время как валовой коэффициент охвата включает в себя учащихся всех возрастов.

Значение чистого коэффициента охвата ниже 100% позволяет определить долю детей начального школьного возраста, которые в данный момент не посещают начальную школу. Значения ниже 100% сигнализируют разработчикам политики о необходимости проведения политики по повышению охвата учащихся начальным образованием для достижения цели ВНО. Политика может быть направлена на различные группы детей, в зависимости от особенностей детей, не охваченных начальным образованием. Некоторые дети могли поступить в школу, потом оставить обучение в последующие годы, в этом случае необходима политика по сохранению количества учащихся детей. Другие дети могли никогда не ходить в школу, для них необходима политика, которая позволит повысить экономическую, социальную или физическую доступность обучения.

**СБОР ДАННЫХ И ИХ ИСТОЧНИКИ**

Данные по охвату образованием обычно ведутся министерством образования или берутся из результатов обследований и переписей. В случае отсутствия административных данных могут быть применены обследования домохозяйств, хотя обследования домохозяйства обычно позволяют оценить посещаемость на основании данных, предоставляемых самими респондентами, а не охват образованием в соответствии с данными, представляемыми школами. Кроме того, данные разных обследований домохозяйств могут оказаться несопоставимыми между собой. Серьезной проблемой обследований домохозяйств также является неточное фиксирование возраста учеников в зависимости от времени года, когда проводится обследование. Позднее в течение учебного года может оказаться, что дети более младшего возраста якобы достигли возраста начального образования, хотя в действительности это не так. Может также оказаться, что дети более старшего возраста якобы достигли возраста средней школы, хотя на самом деле, на начало учебного года они соответствовали возрастной группе начального образования.  
  
Если говорить о международных обследованиях, то данные по посещению школы обеспечивают обследования по многим показателям с применением гнездовой выборки (MICS) и демографические и медико-санитарные обследования (ДМСО), а также иногда обследования уровня жизни и обследования по анкете по основным показателям благосостояния в Африке.   
  
Данные должны быть организованы в соответствии со ступенями образования, установленными в МСКО 97, в целях обеспечения международной сопоставимости получаемых показателей.   
  
При использовании административных данных в качестве знаменателя используются оценочные данные по численности населения. Применение разных оценочных данных по численности населения в знаменателе зачастую является источником расхождений между национальными и международными данными по данному показателю, поскольку международные оценочные данные по численности населения обычно отличаются от данных, имеющихся на национальном уровне.

**ДЕЗАГРЕГИРОВАНИЕ ДАННЫХ**

Различия между городом и сельской местностью чрезвычайно важны для анализа данных по количеству учащихся в связи со значительной разницей по учебным заведениям, имеющимся ресурсам, необходимости использовать время детей для труда, и ситуациям, в которых дети перестают посещать школу.

Необходимо также предусмотреть возможность дезагрегирования данных по полу, возрасту, географическим регионам, социальным и этническим группам и типам учебных заведений. Гендерные различия в сфере образования могут быть более ярко выражены в некоторых социальных и этнических группах.

В большинстве стран данные собираются с разбивкой по полу, возрасту и типам учебных заведений. Хотя на основе административных данных, как правило, невозможно провести разграничение между городом и селом, обследования домохозяйств могут помочь сделать такую разбивку.  
  
**КОММЕНТАРИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

Теоретически максимальное значение чистого коэффициента охвата составляет 100%. Однако, он может превысить этот максимум в связи с расхождениями в данных по численности населения и данных по учащимся, полученных из разных источников. Данные по учащимся могут быть в силу разных причин завышены или занижены.   
  
Администраторы могут завышать данные по числу учащихся, особенно в случае если для этого есть финансовые стимулы. Завышенные показатели о количестве учащихся можно обнаружить при изучении тенденций в отношении с другими переменными, тесно связанными с количеством учащихся (например, количество преподавателей, финансирование образования). Искажения в отчетности по количеству учащихся с разбивкой по возрасту сложнее выявить, поскольку свидетельства о рождении могут отсутствовать или не проверяться руководством учебных заведений.

С другой стороны, обследования могут давать заниженные показатели по посещению школ, поскольку они могут не отражать фактическую ситуацию по посещению школ или прекращение обучения в течение учебного года. Неполный охват может быть также обусловлен обследованиями, в ходе которых упускаются какие-то учебные заведения или отрасли образования; а также возраст детей может оцениваться или указываться неточно.   
  
Чистый коэффициент охвата можно сравнить с валовым коэффициентом охвата для оценки охвата начальным образованием детей младше или старше возраста для начального образования. Валовой коэффициент охвата представляет собой количество учащихся в начальной школе, вне зависимости от возраста, деленное на количество населения официально установленной возрастной группы начального образования, и умноженное на 100. Валовой коэффициент охвата может также обеспечить оценку количества имеющихся учебных мест и, таким образом, оценить может ли система образования обеспечить образование для всех детей возраста начальной школы.

**ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА**

В семьях могут по-разному воспринимать значение образования для мальчиков и девочек. В условиях ограниченности ресурсов девочки, особенно в сельской местности, чаще страдают от ограничений в плане доступа к образованию, чем мальчики. Однако там, где получение базового образования стало общепризнанной нормой и общее число учащихся довольно высоко, численность девочек, обычно не ниже, а то и выше численности мальчиков. Для того чтобы выявить и отслеживать эти различия, важно дезагрегировать данный показатель по полу. Также важно рассмотреть возможность разбивки показателя по географическим районам и социальным или этническим группам, поскольку гендерные отличия могут быть более выражены в некоторых группах.

**ДАННЫЕ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА**

Институт статистики ЮНЕСКО (ИСЮ) готовит временные ряды по этому показателю на основании данных по учащимся, представляемых министерствами образования или национальными статистическими органами в рамках ежегодного сбора данных по статистике образования, и оценочной численности населения Организации Объединенных Наций. Для глобального мониторинга достижения Целей развития тысячелетия ИСЮ представляет с*корректированный чистый показатель охвата начальным образованием*. Отдел по народонаселению ООН на основании данных последних переписей населения в странах или уточненной информации по рождаемости, смертности и миграции раз в два года пересматривает оценки численности населения и представляет их в международные организации. После этого ИСЮ корректирует свои временные ряды для обеспечения сравнимости тенденций в целях мониторинга всеобщего начального образования.

Для обеспечения международной сопоставимости и возможности соотнесения прогресса с национальными и международными целями в странах запрашиваются данные в соответствии с МСКО, Международной стандартной классификацией образования. МСКО является основой для компиляции и представления национальных и международных статистических данных в области образования и показателей, которые охватывают все виды организованной и непрерывной образовательной деятельности для детей, молодежи и взрослых, включая лиц с особыми потребностями в образовании. Классификация обеспечивает устойчивую основу для проведения статистических сопоставлений между различными системами образования, которые позволяют провести надежное сравнение между странами. В настоящее время в странах запрашиваются данные в соответствии с МСКО 97. В 2011 г. была принята пересмотренная версия (МСКО 2011). Сбор международных данных в соответствии с новой версией МСКО планируется начать в 2014 г. Для обеспечения сопоставимости данных предыдущих лет с течением времени, данные, представленные до 1998 г., корректируются для стран, где система начального школьного образования отличалась от структуры МСКО 97.   
  
Данные, получаемые ИСЮ, проверяются с помощью электронных систем обнаружения ошибок, которые проверяют данные на наличие арифметических ошибок и несоответствий и проводят анализ тенденций с целью выявления неправдоподобных результатов. Представителям стран отправляются запросы для того, чтобы можно было внести корректировки, объяснить ошибки или неправдоподобные результаты.

Если национальные данные не основаны на МСКО 97, производятся необходимые корректировки. Кроме этого, при необходимости, ИСЮ корректирует национальные данные на предмет завышения и занижения показателей. В таких случаях результаты обычно указываются как оценочные расчеты ИСЮ.

В странах, где административные данные по возрастам отсутствуют, для расчета возрастного состава можно использовать данные обследований домохозяйств. ИСЮ может также корректировать данные в целях преодоления несоответствий между данными по численности населения и количеству учащихся, в случаях, если чистый коэффициент охвата превышает 100%. Для расхождений менее 5% показатель корректируется с использованием лимитирующего коэффициента, путем присвоения 100% более высокому показателю среди мальчиков или девочек и корректировки других значений пропорционально с тем, чтобы показатель степени равенства между полами (см. определения и методику расчетов для Показателя 3.1) в новом наборе значений оставался таким же, что и при исходных значениях.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**ПРИМЕРЫ**

**ССЫЛКИ**

United Nations (2008). *Principles and Recommendations for Population and Housing Censuses: Revision 2*. New York. Available from <http://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesM/Seriesm_67rev2e.pdf>.  
  
United Nations Chidren’s Fund. Childinfo. *Monitoring the Situation of Children and Women. Education Statistics.*New York. Internet site <http://www.childinfo.org/education.html>.  
  
United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. *Education Statistics Glossary.*Montreal. Internet site <http://www.uis.unesco.org/glossary>.   
  
United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (1997). *International Standard Classification of Education, 1997 (ISCED).*Montreal. Available from <http://www.uis.unesco.org/TEMPLATE/pdf/isced/ISCED_A.pdf>.   
  
United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (2011). *International Standard Classification of Education, 2011 (ISCED).*Montreal. Available from <http://www.uis.unesco.org/Education/Documents/UNESCO_GC_36C-19_ISCED_EN.pdf>.  
  
United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (2009). *Education Indicators Technical Guidelines.*Montreal. Available from <http://www.uis.unesco.org/ev.php?ID=5202_201&ID2=DO_TOPIC>.

2.2 Доля учащихся, поступивших в первый класс и доучившихся до последнего класса начальной школы

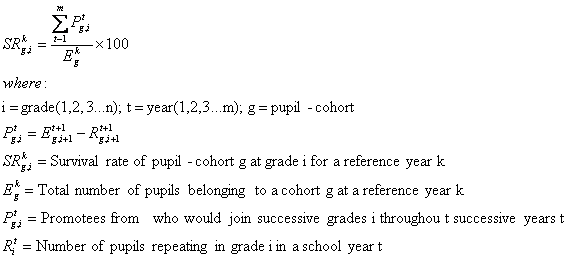


**ЦЕЛЬ И ЗАДАЧА, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

Цель 2: Обеспечение всеобщего начального образования  
Задача 2.A: Обеспечить, чтобы к 2015 году у детей во всем мире, как у мальчиков, так и у девочек, была возможность получать в полном объеме начальное школьное образование

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ**

Определение  
Показатель доли учащихся, поступивших в первый класс и доучившихся до последнего класса начальной школы, измеряет процентное отношение контингента учащихся, принятых в первый класс *начальной ступени образования* в данном учебном году, которые, предположительно, достигнут последнего класса начальной школы, независимо от оставления на второй год.   
  
Понятия  
*Начальное образование,* согласно Международной стандартной классификации образования (МСКО 97), обычно состоит из программ, разработанных на основе блоков или проектов, направленных на предоставление учащимся основательного базового образования – научить их чтению, письму и математике, вместе с элементарным пониманием других учебных предметов, таких как история, география, естественные науки, общественные науки, искусство и музыка.   
  
*Доля учащихся, доучившихся до последнего класса начального образования -* это еще один термин, который иногда используется для описания доли учащихся, принятых в первый класс, которые, предположительно, достигнут последнего класса начального образования.  
  
Методика расчетов  
Обычно данный показатель рассчитывается на основании данных о количестве учащихся и второгодников в разбивке по классам за два года подряд, используя реконструированный метод когорты. В рамках данного метода предполагается, что отсеявшиеся ученики никогда не возвращаются в школу; коэффициенты переходящих в следующие классы, остающихся на следующий год и отсеявшихся учеников остаются неизменными в течение всего срока учебы, а по отношению ко всем ученикам, обучающимся в данном классе, применяются одни и те же коэффициенты независимо от того, оставались ли они ранее на второй год или нет.

Расчет проводится путем деления общего количества учащихся, относящихся к одной и той же когорте школьников, которые успешно переходят из класса в класс до последнего класса начального образования, на общее количество учащихся когорты школьников (в данном случае речь идет об учащихся, поступивших на первый год обучения определенного уровня в один и тот же учебный год), и умножения результата на 100.   
  
  
  
где:

i = класс (1,2,3...n); t = год (1,2,3...m); g = когорта школьников

= доля учащихсякогорты школьников *g*, достигших класса *i* в базовом году *k*

= общее количество учащихся, относящихся к когорте *g* в базовый год *k*

= перешедшие с , которые перейдут в следующие классы *i* в течение последующих лет *t*

= количество учащихся, повторно обучающихся в классе *i* в учебном году *t*

**ОБОСНОВАНИЕ И ИНТЕРПРЕТАЦИЯ**

С помощью этого показателя измеряется степень успешности системы образования в части сохранения количества учащихся при переходе из одного класса в другой, а так же ее внутренняя эффективность. Низкое значение данного показателя может быть обусловлено множеством факторов, включая низкое качество обучения, разочарование в связи с плохой успеваемостью, прямые и косвенные расходы, связанные с обучением. Кроме того, возможности перехода учащихся в более старшие классы могут зависеть от наличия учителей, классных комнат и учебных материалов.

Показатель оценивается по шкале от 0 (ни один из учеников, поступивших в первый класс, не окончил начальную школу) до 100 (все учащиеся оканчивают начальную школу). Доля учащихся, доучившихся до последнего класса, близкая к 100%, указывает на высокий уровень сохранения количества учащихся и низкий уровень выбытия. Важно отметить, что сказанное выше не предполагает, что все дети школьного возраста оканчивают начальную школу. Доля учащихся, доучившихся до последнего класса, – это процент от когорты школьников (т.е. детей, которые уже поступили в школу), а не процент детей школьного возраста.

Доля учащихся, доучившихся до последнего класса начальной школы, представляет особый интерес для мониторинга достижения цели обеспечения всеобщего начального образования (ВНО). Он прогнозирует модель продвижения в системе образования (переход в следующий класс, оставление на второй год и выбытие учащихся) и последующее сохранение количества учащихся до последнего класса начальной школы, исходя из предположения, что текущая модель не будет меняться. В случае низкого значения показателя политикам, возможно, понадобится принять соответствующе меры по повышению внутренней эффективности системы образования для достижения цели ВНО.

**СБОР ДАННЫХ И ИХ ИСТОЧНИКИ**

Данный показатель основывается на данных по количеству учащихся в разбивке по классам за два следующих друг за другом года и количеству второгодников. Эти данные собираются по странам на ежегодной основе посредством регулярных обследований школ. Также могут использоваться данные обследований домохозяйств, которые можно получить из обследований по многим показателям с применением гнездовой выборки (MICS) и демографических и медико-санитарных обследований (ДМСО), так как они содержат информацию о классе, в котором учатся дети в текущем и прошлом году, а также информацию по уровню посещаемости.

**ДЕЗАГРЕГИРОВАНИЕ ДАННЫХ**

При анализе данных в области образования особое значение имеют различия между сельской местностью и городом вследствие различий в плане наличия школ, имеющихся ресурсов, потребности в детях как помощниках по дому и причин отсева. При этом важно также не упускать возможность дезагрегирования данных по географическим районам, социальным или этническим группам и типам учебных заведений. Гендерные отличия в образовании могут быть более выражены в некоторых социальных и этнических группах.

В большинстве стран данные собираются с разбивкой по полу, возрасту и типам учебных заведений. Хотя на основе административных данных, как правило, невозможно провести разграничение между городом и селом, обследования домохозяйств могут помочь сделать такую разбивку.

Методика расчетов на субнациональном уровне основывается на той же модели, что и на национальном уровне. Однако, результаты на субнациональном уровне, полученные из административных данных, могут быть искажены в связи с переходами учащихся из одной школы в другую и переездами из одного региона в другой в течение двух, следующих друг за другом лет.

**КОММЕНТАРИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

Поскольку расчет доли учащихся, поступивших в первый класс и доучившихся до последнего класса начальной школы, основан на движении учащихся, надежность доли учащихся, доучившихся до последнего класса, зависит от надежности данных о количестве учащихся и второгодниках с течением времени в разных классах. Учитывая, что показатель обычно рассчитывается с использованием моделей анализа когорты, основанных на ряде предположений, необходимо осторожно подходить к использованию результатов для сравнения. Данный показатель не отражает в полной мере насколько фактически поступившие в школу дети доучиваются до последнего класса начальной школы, поскольку здесь не учитываются должным образом потоки учеников, образуемые поступающими на учебу впервые или повторно, «перескакивающими» через класс, детьми мигрантов или детьми, переведенными из одной школы в другую в течение учебного года.

Для того чтобы иметь полное представление об окончании начальной школы, данный показатель необходимо рассматривать в совокупности с показателем набора в первый класс, который представляет собой общее число учащихся, впервые поступивших в первый класс начальной школы, выраженное в процентном отношении к населению, достигшему официально установленного возраста для поступления в начальную школу. В совокупности эти два показателя обеспечивают гораздо лучшее представление о доле детей, оканчивающих начальную школу.

**ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА**

Частота оставления на второй год и выбытия из школы среди девочек и мальчиков отличается. Различны и причины, по которым девочки и мальчики прекращают учебу, а также среди детей разного возраста. Важным фактором, причем касающимся чаще девочек, является то, насколько семьи нуждаются в детях как в помощниках в работе по дому. Немаловажны для девочек и такие обстоятельства, как безопасность, близость школы к дому и наличие в школе надлежащих санитарных и других соответствующих условий.

**ДАННЫЕ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА**

На глобальном уровне мониторингом этого показателя занимается Институт статистики ЮНЕСКО (ИСЮ), публикуя временные ряды по количеству учащихся и второгодников на основании данных, представляемых министерствами образования или национальными статистическими органами статистики через ежегодное анкетирование стран. Для обеспечения международной сопоставимости в странах запрашиваются данные в соответствии со ступенями образования, определенными в МСКО. (По МСКО см. также раздел «Данные для глобального и регионального мониторинга» для [показателя 2.1](http://mdgs.un.org/unsd/mi/wiki/2-1-Net-enrolment-ratio-in-primary-education.ashx))  
  
Данные, получаемые ИСЮ, проверяются с помощью электронных систем обнаружения ошибок, которые проверяют данные на наличие арифметических ошибок и несоответствий и проводят анализ тенденций с целью выявления неправдоподобных результатов. Представителям стран отправляются запросы для того, чтобы можно было внести корректировки, объяснить ошибки или неправдоподобные результаты.

В случае если национальные данные подготовлены не на основе МСКО 97, вносятся определенные корректировки. Кроме того, при необходимости ИСЮ корректирует национальные данные для учета занижения или завышения данных. В таких случаях результаты обычно указываются как оценочные расчеты ИСЮ.  
  
Для данного показателя средние региональные значения не рассчитываются. 

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**ПРИМЕРЫ**

**ССЫЛКИ**

См. раздел «Ссылки» по [показателю 2.1](http://mdgs.un.org/unsd/mi/wiki/2-1-Net-enrolment-ratio-in-primary-education.ashx).

2.3 Процент грамотных среди населения возраста 15-24 лет, женщин и мужчин



**ЦЕЛЬ И ЗАДАЧА, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

Цель 2: Обеспечение всеобщего начального образования  
Задача 2.A: Обеспечить, чтобы к 2015 году у детей во всем мире, как у мальчиков, так и у девочек, была возможность получать в полном объеме начальное школьное образование

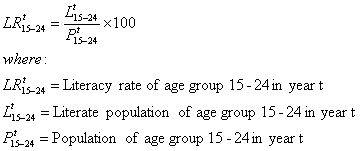
**ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ**

Определение  
*Процент грамотных среди 15-24-летних* определяется какдоля населения в возрасте от 15 до 24 лет, которое умеет читать и писать, а также способно понимать простую и короткую информацию по вопросам повседневной жизни.

Понятия  
*Грамотность,* помимо способности читать, писать и понимать простую короткую информацию, обычно включает в себя умение считать, т.е. умение производить простейшие арифметические расчеты.

*Процент грамотных среди молодежи* является еще одним термином, используемым для процента грамотных среди 15-24-летних.

Методика расчетов  
Процент грамотных среди молодежи представляет собой число грамотных лиц в возрасте от 15 до 24 лет, деленное на общую численность населения той же возрастной группы, умноженное на 100.

  
  
где:

= процент грамотных среди 15–24-летних в год *t*

= численность грамотного населения в возрасте от 15 до 24 лет в год *t*

= численность населения в возрасте от 15 до 24 лет в год *t*

Поскольку данные о грамотности не всегда доступны, для годовых расчетов на основании результатов национальной переписи населения и обследований можно использовать методы моделирования.

**ОБОСНОВАНИЕ И ИНТЕРПРЕТАЦИЯ**

Процент грамотных среди молодежи отражает результаты системы начального образования за предшествующие примерно 10 лет, и часто рассматривается в качестве критерия оценки социального прогресса и экономических достижений. Применительно к рассматриваемому аспекту анализа доля грамотных — это лишь дополнительный показатель к проценту неграмотных. Это не показатель качества и адекватности уровня грамотности, необходимого людям для жизни в обществе. Индивидуальными причинами невозможности достижения соответствующего уровня грамотности являются низкое качество обучения, трудности с посещением занятий или отсев из школы до получения базовых и устойчивых образовательных навыков.

Значения показателя варьируются от 0 (вся молодежь неграмотна) до 100 (вся молодежь грамотна). Процент грамотных ниже 100% свидетельствуют о необходимости повышения посещаемости школ и качества образования.

**СБОР ДАННЫХ И ИХ ИСТОЧНИКИ**

Перепись населения и жилищного фонда является основным источником данных по грамотности. Эти данные обычно собирают вместе с другими характеристиками домохозяйств, в том числе касающимися образовательного, демографического и социально-экономического положения членов домохозяйства. Эти данные в основном основываются на заявлениях граждан (т.е. один человек, обычно глава домохозяйства, указывает, грамотен ли каждый член домохозяйства или нет). Определение грамотности может отличаться в разных странах или в пределах одной страны, а также между разными переписями населения. Сбор данных по грамотности из первоисточников обычно проводится с той же частотой, что и национальная перепись населения, которая, как правило, проводится один раз в десять лет.

Национальные выборочные обследования являются вторым источником данных по грамотности и предусматривают использование при проведении выборочного обследования домохозяйств или граждан переменной по грамотности. Такие обследования часто направлены на удовлетворение неотложных потребностей в данных и не всегда включают систематические стратегии для повторения в будущем. Поэтому, несмотря на то, что они могут обеспечить своевременное предоставление данных, они не всегда являются надежным источником с течением времени.

Международные выборочные обследования, такие как обследования по многим показателям с использованием гнездовой выборки (MICS), являются третьим источником и включают использование при проведении выборочного обследования домохозяйств или граждан переменной по грамотности.   
  
Переписи населения обычно являются всесторонними и репрезентативными в общегосударственном масштабе. Выборочные обследования необязательно бывают репрезентативными в национальном масштабе. Обследования могут быть направлены на определенные категории населения. Например, некоторые обследования больше направлены на женщин в возрасте 15–49 лет.

Уровень полученного образования населения не должен использоваться в качестве показателя грамотности, поскольку не все дети, получившие начальное образование, овладели устойчивыми навыками грамотности.

**ДЕЗАГРЕГИРОВАНИЕ ДАННЫХ**

Различия между городом и сельской местностью чрезвычайно важны для анализа данных по образованию в связи со значительной разницей по учебным заведениям, имеющимся ресурсам, необходимости использовать время детей для труда, и ситуациям, в которых дети перестают посещать школу. Также важно предусмотреть возможность дезагрегирования данных по географическим регионам и социальным или этническим группам. Гендерные различия в сфере образования могут быть более резко выражены в некоторых социальных и этнических группах.

Данные по проценту грамотных необходимо собирать с возможностью разбивки по месту проживания (национальные данные, город, село); возрастным группам (разбивка на возрастные группы с интервалом в пять лет для населения от 10 лет и старше (10–14, 15–19… 80–84, 85+)); и по полу (общее количество, мужчины, женщины).

**КОММЕНТАРИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

Грамотность примерно оценивается в ходе переписи населения, по заявлениям участников переписи или, исходя из предположения, что лица, не учившиеся в школе, являются неграмотными, что вызывает сложности для международных сопоставлений. Сопоставимость с течением времени, даже в рамках такого же обследования, может так же вызвать проблемы, поскольку определение грамотности, используемое в исследованиях, не стандартизировано.   
  
Недостатки в определении грамотности, проблемы с ее измерением, а также низкая частота проведения переписи населения и обследований домохозяйств снижают ценность этого показателя для проведения мониторинга результатов образования, относящихся к цели достижения всеобщего начального образования.

Вопросы грамотности должны быть либо включены в состав национальной переписи населения и обследований домохозяйств, или задаваться в ходе оценки выборки после проведения переписи населения. В идеале, в состав анкет должны быть включены проверки на грамотность, таким образом, процент грамотных не будет основываться исключительно на заявлениях опрашиваемых.

**ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА**

Более высокий процент неграмотных среди женщин объясняется тем, что меньшее число женщин поступает в школы и они рано бросают учебу. Кроме того, женщины обычно имеют меньший доступ к программам обучения и ликвидации неграмотности. Процент грамотных среди женщин с разбивкой по географическим районам и социально-экономическому положению населения важен для разработчиков политики, поскольку в условиях социальных ограничений женщины имеют более высокую вероятность остаться неграмотными.

**ДАННЫЕ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА**

За подготовку данного показателя в целях глобального мониторинга отвечает Институт статистики ЮНЕСКО (ИСЮ). ИСЮ собирает данные по грамотности в странах-членах на ежегодной основе. Эти данные основываются на данных, представляемых странами и территориями в рамках ответов на вопросники, при помощи которых собирается информация и данные по грамотности населения. Первичным респондентом является национальный статистический орган (или эквивалентные органы) каждой соответствующей страны или территории.

Собираемые данные состоят из подсчета грамотности среди населения от 10 лет и старше с разбивкой по регионам, городу/селу, возрастным группам и полу. Страны должны предоставлять метаданные, соответствующие набору данных для того, чтобы ИСЮ мог оценить качество и формат данных для включения в базу данных. Кроме того, большая часть такой информации предоставляется пользователям данных с тем, чтобы облегчить их толкование и применение.

Поскольку в разных странах используются разные определения и методологии сбора данных, необходимо с осторожностью подходить к их сравнению. В целях повышения международной сопоставимости данных по грамотности в ИСЮ были разработаны инструкции по определению применимости национальных данных для предоставления на международном уровне. В инструкции указано, что инструменты сбора данных должны содержать «прямой вопрос» для оценки грамотности. Данные, предоставляемые в ИСЮ, должны получить удовлетворительную оценку, исходя из ответов на вопросы в разделе метаданных, и соответствовать формату, требуемому ИСЮ. ИСЮ готовит оценочные значения для стран, не имеющих недавних национальных данных по грамотности, а также прогнозы до 2015 года с использованием Глобальной модели прогнозирования уровня грамотности по возрастам.

Для подсчета количества грамотных и неграмотных используются оценочные данные по численности населения, подготавливаемые Отделом народонаселения ООН. В случае отсутствия оценки численности населения ОНООН использует национальную оценку численности населения.

Региональные и глобальные показатели по грамотности рассчитываются на основе публикуемых данных, в случае их отсутствия готовятся расчетные данные с использованием вторичных источников данных. Для расчета региональных показателей используются средние значения, взвешенные по численности населения в возрасте от 15 до 24 лет каждой страны или территории, входящей в состав региона. В расчет региональных показателей включаются все страны и регионы, имеющие оценки численности населения, рассчитанные ОНООН, или национальные оценки численности населения.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**ПРИМЕРЫ**

**ССЫЛКИ**

United Nations (2008). *Principles and Recommendations for Population and Housing Censuses: Revision 2.*New York. Available from <http://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesM/Seriesm_67rev2e.pdf>.   
  
United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (2006). *Global Age-specific Literacy Projections Model (GALP): Rationale, Methodology and Software.*Montreal. Available from <http://www.uis.unesco.org/TEMPLATE/pdf/Literacy/GALP.pdf>.   
  
United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (2008). *Guidelines and Methodology for the Collection, Processing and Dissemination of International Literacy Data*. Version 3. Montreal. Available from<http://www.uis.unesco.org/template/pdf/Literacy/Lit%20Methodology.pdf>.   
  
United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (2009). *Education Indicators Technical Guidelines.*Montreal. Available from <http://www.uis.unesco.org/ev.php?ID=5202_201&ID2=DO_TOPIC>.   
  
United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (2009). *Education for All: Global Monitoring Report 2009*. Paris. Available from <http://www.unesco.org/en/efareport>.

3.1 Соотношение девочек и мальчиков в начальном, среднем и третичном образовании



**ЦЕЛЬ И ЗАДАЧА, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

Цель 3: Поощрение гендерного равенства и расширение прав и возможностей женщин  
Задача 3.A: Ликвидировать, желательно к 2005 году, неравенство между полами в сфере начального и среднего образования, а не позднее чем к 2015 году — на всех уровнях образования

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ**

Определение

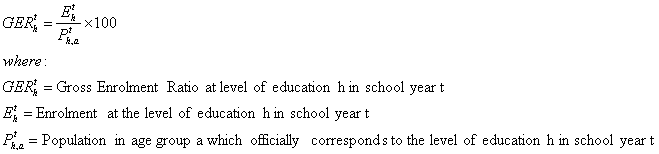
*Соотношение* девочек и мальчиков *в начальном, среднем или третичном образовании, или индекс гендерного паритета*, - это соотношение между валовым коэффициентом охвата (GER) девочек и валовым коэффициентом охвата мальчиков на каждом уровне образования.  
  
Понятия  
*Начальное образование,* в соответствии с Международной стандартной классификацией образования (МСКО 97), обычно состоит из программ, разработанных на основе блоков или проектов, направленных на предоставление учащимся основательного базового образования – научить их чтению, письму и математике, вместе с элементарным пониманием других учебных предметов, таких как история, география, естественные науки, общественные науки, искусство и музыка.

*Среднее образование* в соответствии с МСКО 97 делится на первый этап среднего образования и второй этап среднего образования. Первый этап обычно направлен на продолжение базовых программ начального образования, но обучение обычно характеризуется большей предметной ориентацией при специализации преподавателей, и чаще всего несколько преподавателей проводят занятия по своим специальным предметам. На втором этапе среднего образования обучение обычно организовано в большей степени по предметам, и преподаватели обычно имеют более высокую квалификацию или специализацию.

*Третичное образование* определяется МСКО 97 как программы с более углубленным содержанием образования по сравнению с содержанием среднего образования. Первый этап состоит, в основном, из теоретических программ, направленных на обеспечение необходимой квалификации для начала углубленных исследовательских программ и на получение профессий, требующих высоких профессиональных навыков; и программ более практически, технически и профессионально ориентированных. Второй этап третичного образования состоит из программ, направленных на более углубленное изучение и самостоятельные исследования, которые приводят к присуждению исследовательской квалификации.

*Индекс гендерного паритета* (ИГП) – еще один термин, используемый для описания соотношения девочек и мальчиков в начальном, среднем и третичном образовании. ИГП рассчитывается на основе валового коэффициента охвата на определенном уровне образования.

*Валовой коэффициент охвата* (GER) – общее количество учащихся, обучающихся на определенном уровне образования, вне зависимости от возраста, выраженное в процентном отношении к общему количеству населения возрастной группы, соответствующей тому же уровню образования в определенный учебный год.  
  
Методика расчетов  
ИГП рассчитывается путем деления валового коэффициента охвата девочек на валовой коэффициент охвата мальчиков для данного уровня образования. Для того чтобы рассчитать валовой коэффициент охвата необходимо, прежде всего, определить население школьного возраста для каждого уровня образования. Затем количество учащихся на каждом уровне образования делится на численность населения школьного возраста для этого же уровня образования и умножается на 100. Валовой коэффициент охвата для мальчиков и девочек рассчитывается отдельно.

  
где:

 = Валовой коэффициент охвата на уровне образования h в учебном году t

**=** Количество учащихся на уровне образования h в учебном году t

= Население возрастной группы а, которая официально соответствует уровню образования h в учебном году t

Примечание: например, если возраст для поступления в начальную школу составляет 7 лет, а продолжительность составляет 6 лет, то это возраст от 7 до 12 лет.  
  
Для этого метода необходима информация о структуре образования (т.е. теоретический возраст для поступления и продолжительность начального образования, первого и второго этапа среднего образования), количестве учащихся на каждом уровне образования и численности населения возрастных групп, соответствующих данным уровням образования. Возрастная группа для третичного образования обычно соответствуют пятилетнему периоду после наступления теоретического возраста окончания второго этапа среднего образования. Необходимы отдельные данные по мальчикам и девочкам.

**ОБОСНОВАНИЕ И ИНТЕРПРЕТАЦИЯ**

Гендерный паритет в доступе к обучению и участию в нем является первым шагом к гендерному равенству в образовании. Искоренение гендерного неравенства на всех уровнях образования позволяет улучшить состояние здоровья и благополучие женщин, их положение в семье и обществе, экономические возможности и усилить их участие в общественно-политической жизни. Доказано, что уровень образования матери также оказывает значительное положительное влияние на образование детей и здоровье семьи. Образование женщин также является важным решающим фактором экономического развития. Такой показатель равенства возможностей для получения образования оценивает как уровень справедливости, так и эффективность.

Индекс гендерного паритета, равный единице, свидетельствует о равенстве полов. Показатель, значение которого менее 1, указывает на неравенство в пользу мальчиков, т.е. девочки находятся в неблагоприятном положении; в то время как показатель, значение которого выше 1, указывает на неравенство в пользу девочек, т.е. мальчики находятся в неблагоприятном положении. 

**СБОР ДАННЫХ И ИХ ИСТОЧНИКИ**

Данные об учащихся обычно регистрируются министерством образования или берутся из данных обследований или переписи населения. В случае, если административные данные отсутствуют, можно использовать данные обследований домохозяйств, хотя в ходе таких обследований учитываются, как правило, не столько данные о посещаемости, сообщаемые учебными заведениями, сколько сведения, полученные от самих опрашиваемых. Кроме того, данные разных обследований могут оказаться несопоставимыми. Серьезной проблемой данных обследований домохозяйств также является неточное фиксирование возраста учащихся в зависимости от времени года, в которое проводится обследование. Позднее в течение учебного года может оказаться, что дети более младшего возраста якобы достигли возраста начального образования, хотя в действительности это не так. Может также оказаться, что дети более старшего возраста якобы достигли возраста средней школы, хотя на самом деле, на начало учебного года они соответствовали возрастной группе начального образования.

Среди международных исследований данные о посещении учебных заведений могут быть получены в ходе обследований по многим показателям с применением гнездовой выборки (MICS) и демографических и медико-санитарных обследований (ДМСО) и иногда исследований критериев оценки уровня жизни, а также из вопросников по основным показателям благосостояния в Африке.

Данные должны быть организованы в соответствии со ступенями образования, установленными в МСКО 97, в целях обеспечения международной сопоставимости получаемых показателей.   
  
Оценочные данные по численности населения, используемые в знаменателе валового коэффициента охвата, могут быть получены из переписей населения и систем учета естественного движения населения. Использование разных оценочных данных по численности населения в знаменателе часто является причиной расхождений между национальными и международными данными по этому показателю, так как международные оценки численности населения обычно отличаются от оценок, имеющихся на национальном уровне. 

**ДЕЗАГРЕГИРОВАНИЕ ДАННЫХ**

Различия между городом и сельской местностью чрезвычайно важны для анализа гендерных различий в контингенте учащихся в связи со значительной разницей по количеству учебных заведений, имеющимся ресурсам, необходимости использовать время детей для труда, и ситуациям, в которых дети перестают посещать школу. Также важно предусмотреть возможность дезагрегирования данных по географическим регионам и социальным или этническим группам, поскольку гендерные различия могут быть более резко выражены в некоторых группах. Дезагрегация должна быть направлена на выявление маргинализованных групп населения, особенно проживающих в удаленных районах или принадлежащих к меньшинствам.  
  
В большинстве стран данные собираются с разбивкой по полу, возрасту, типам учебных заведений и т.д. Однако в некоторых странах осуществляется систематический сбор данных только по общему количеству учащихся, а дезагрегированные данные получают из экстраполяции результатов, полученных по выборочным учебным заведениям. Такие разбивки помогают разработчикам политики нацелить меры на подгруппы населения, где гендерные различия являются более выраженными. Хотя на основе административных данных, как правило, невозможно провести разграничение между городом и селом, обследования домохозяйств могут помочь сделать такую разбивку.

**КОММЕНТАРИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

Необходимо с осторожностью оценивать тенденции по гендерному паритету. Например, данный показатель не позволяет установить, происходит ли его рост в результате того, что больше девочек стало посещать школу (что желательно), либо потому, что меньше мальчиков стало это делать (а это нежелательно). Он также не дает возможности понять, завершили ли учащиеся, поступившие в школу, соответствующий цикл обучения в полном объеме или является ли общий уровень участия в образовании высоким или низким.

И, наконец, разница между значением ИГП и 1, значением, представляющим идеальный паритет, не означает одно и то же для девочек и мальчиков. Например, ИГП равный 0,5, что на 0,5 пунктов отличается от паритета, указывает, что значение компонента показателя для девочек (т.е. чистый коэффициент охвата девочек) составляет половину от компонента показателя для мальчиков (т.е. чистый коэффициент охвата мальчиков). Напротив, ИГП равный 1,5, что также на 0,5 пунктов отличается от паритета, указывает на то, что значение компонента показателя для мальчиков равно двум третям значения компонента для девочек (а не половину). Следовательно, неблагоприятное положение мальчиков в плане гендерного паритета более существенно, чем неблагоприятное положение девочек.  
  
В связи с этим важно дополнять анализ тенденций соотношения девочек и мальчиков в системе образования анализом тенденций по валовому коэффициенту охвата образованием мальчиков и девочек.

Особое внимание необходимо уделять толкованию данных по третичному образованию, где соотношение в пользу девушек на самом деле может отражать то, что юноши чаще, чем девушки, обучаются за рубежом или раньше выходят на рынок труда.

**ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА**

В условиях ограниченности ресурсов семьям иногда трудно принять решение о том, направлять ли своих детей на учебу или нет. В семьях могут по-разному воспринимать значение образования для мальчиков и девочек. Девочки, особенно в сельской местности, чаще страдают от ограничений в плане доступа к образованию, чем мальчики. И все же там, где получение базового образования стало общепризнанной нормой и общее число учащихся довольно высоко, численность девочек, обучающихся в начальной и средней школе, обычно не ниже, а то и выше численности мальчиков, занимающихся в школах такого же уровня. Эта закономерность сохраняется и в системе высшего образования, но при этом разница между полами более существенна.

**ДАННЫЕ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА**

В целях глобального и регионального мониторинга Институтом статистики ЮНЕСКО (ИСЮ) готовятся временные ряды на основании данных по количеству учащихся, представляемых министерствами образования или национальными статистическими органами в рамках ежегодного анкетирования стран, и оценочной численности населения, подготавливаемых Отделом народонаселения Департамента по экономическим и социальным вопросам ООН (ОНООН). Оценочные данные по численности населения пересматриваются и представляются в международные агентства каждые два года Отделом народонаселения ООН на основании последних данных по переписи населения в странах или обновленной информации по рождаемости, смертности и миграции. После этого ИСЮ корректирует свои временные ряды для обеспечения сравнимости тенденций в целях сопоставимости тенденций для мониторинга всеобщего начального образования.

Индекс гендерного паритета (ИГП) рассчитывается для каждого уровня образования. В целях обеспечения международной сопоставимости используется население официально установленного школьного возраста для каждого уровня образования, определенного в МСКО 97 (информацию по МСКО см. в Разделе «Данные для глобального и регионального мониторинга» для показателя 2.1).  
  
Показатели на национальном уровне могут отличаться от международных показателей в связи с различиями в населении школьного возраста и уровней образования, установленных в стране и в МСКО 97; или в связи с различиями в охвате (т.е. в том, насколько разные виды образования, например, частное или специальное образование, или различные виды программ, например, образование для взрослых или воспитание и образование детей младшего возраста, включены в национальные показатели). Также могут быть различия в данных по численности населения на национальном уровне и в данных, подготавливаемых ОНООН, которые используются ИСЮ в качестве знаменателя для расчета показателя.  
  
Средние показатели по регионам и средние мировые показатели рассчитываются на основе данных, публикуемых ИСЮ. В случае отсутствия опубликованных данных по странам, для расчета средних значений по региону ИСЮ использует оценочные данные по странам. Средние значения вычисляются с использованием данных о населении школьного возраста в качестве удельного веса. Для третичного образования для расчета удельного веса используется группа с разбросом в пять лет сразу после теоретического завершения среднего образования, в соответствии с определениями в МСКО 97.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**ПРИМЕРЫ**

**ССЫЛКИ**

United Nations (2008). Principles and Recommendations for Population and Housing Censuses: Revision 2. New York. Available from <http://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesM/Seriesm_67rev2e.pdf>.  
  
United Nations Chidren’s Fund. Childinfo. Monitoring the Situation of Children and Women. Education Statistics. New York. Internet site <http://www.childinfo.org/education.html>.  
  
United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (2009). Education Indicators Technical Guidelines. Montreal. Available from <http://www.uis.unesco.org/ev.php?ID=5202_201&ID2=DO_TOPIC>.   
  
United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (1997). International Standard Classification of Education, 1997 (ISCED). Montreal. Available from <http://www.uis.unesco.org/TEMPLATE/pdf/isced/ISCED_A.pdf>.   
  
United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. Education Statistics Glossary. Montreal. Internet site <http://www.uis.unesco.org/glossary>.

3.2 Доля женщин, работающих по найму в несельскохозяйственном секторе

**ЦЕЛЬ И ЗАДАЧА, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

Цель 3. Поощрение равенства мужчин и женщин и расширение прав и возможностей женщин

Задача 3.A. Ликвидировать, желательно к 2005 году, неравенство между полами в сфере начального и среднего образования, а не позднее чем к 2015 году — на всех уровнях образования

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ**

Определение   
Доля женщин, работающих по найму в несельскохозяйственном секторе, выражается как процент женщин, работающих по найму, в общей численности всех *работающих по найму* в несельскохозяйственном секторе.  
  
Понятия   
*Работающими по найму* являются только наемные работники и работники с фиксированным окладом или лица, имеющие оплачиваемые рабочие места. Вознаграждение работникам обычно выплачивается в форме заработной платы и жалования, но может выплачиваться и в виде комиссии с продаж, сдельной оплаты, бонусов или оплаты в натуральной форме, такой как питание, жилье, обучение и т.д. Занятость по найму не включает самозанятость (работодатели, работники, занимающиеся индивидуальной трудовой деятельностью, члены производственных кооперативов и работники из числа членов семьи).

*Занятыми* являются лица старше установленного в стране трудоспособного возраста (в разных странах этот возраст отличается, но обычно он близок к 15 годам), занимавшиеся трудовой деятельностью или имевшие работу в течение определенного отчетного периода. Обычно из указанной возрастной группы исключаются дети и пожилые люди. В их число включаются лица, работавшие за оплату или доход (или за оплату натурой); лица, временно отсутствовавшие на работе в силу таких причин как болезнь, декретный отпуск или отпуск по уходу за ребенком, праздничный день, обучение или трудовой спор; и неоплачиваемые работники из числа членов семьи, проработавшие не менее одного часа, хотя во многих странах в данном определении используется большее количество часов. Оценка занятости нацелена на охват людей, работающих как в формальном, так и неформальном секторе.

*Несельскохозяйственный сектор* включает в себя *промышленность* и *сферу обслуживания*.

Понятие *«промышленность»* включает горнодобывающую промышленность и добычу полезных ископаемых (в том числе добычу нефти), обрабатывающую промышленность, строительную индустрию, а также электро-, газо- и гидроэнергетику. Такие виды деятельности соответствуют разделам 2-5 Международной стандартной отраслевой классификации всех видов экономической деятельности (МСОК, ред. 2), таблицам категорий C-F в МСОК ред. 3и таблиц категорий C в МСОК ред. 4.

К *«сфере обслуживания»* относятся оптовая и розничная торговля, ресторанно-гостиничное хозяйство, транспорт, складское дело и коммуникации, финансирование, страхование, операции с недвижимостью и оказание услуг в области предпринимательства, а также предоставление коммунальных, социальных и личных услуг. Такие виды деятельности соответствуют разделам6-9 в МСОК ред. 2, таблицам категорий G-Q в МСОК ред. 3 и таблицам категорий G-U в МСОК ред. 4.

Методика расчетов  
Доля женщин, работающих по найму в несельскохозяйственном секторе, равна общему количеству женщин, работающих по найму в промышленности или в сфере обслуживания, деленному на общую численность всех работающих по найму в том же секторе и умноженному на 100.



**ОБОСНОВАНИЕ И ТОЛКОВАНИЕ**

С помощью этого показателя оценивается насколько женщины имеют равный доступ к работе по найму в сферах промышленности и обслуживания. С учетом растущего уровня развития и связанных структурных изменений в экономике складывается тенденция смещения производства из сельскохозяйственного сектора в несельскохозяйственные сферы. В то же время, это приводит к переходу с других видов работы к оплачиваемой занятости, что сопровождается развитием сферы промышленности и обслуживания. Таким образом, степень, в которой женщины имеют доступ к оплачиваемой занятости, отражает степень их интеграции в денежную экономику, получая при этом более регулярный доход, в основном, в денежной форме. В свою очередь ожидается, что это будет положительно влиять на независимость и экономическую самодостаточность женщин в домохозяйстве и усиливать потенциал для личностного развития и принятия решений.

Этот показатель также указывает на степень открытости рынка труда в сфере промышленности и обслуживания для женщин, что не только влияет на равные возможности для трудоустройства женщин, но и на экономическую эффективность за счет гибкости рынка труда и способность самой экономики приспосабливаться к происходящим переменам.

Значения показателя могут варьироваться от 0% (только мужчины имеют оплачиваемые рабочие места в несельскохозяйственном секторе) до 100% (только женщины имеют оплачиваемые рабочие места в несельскохозяйственном секторе). Равное количество женщин и мужчин в секторах дает значение показателя, равное 50%. Повышение показателя означает, что больше женщин получило оплачиваемые рабочие места, что положительно влияет на снижение бедности.

Низкая доля или снижение доли женщин, работающих по найму, требует проведения политики, направленной на повышение возможностей для занятости женщин, как в плане доступа к рабочим местам, так и в плане качества таких рабочих мест. Оптимальной доли женщин, работающих по найму, не существует; этот показатель должен оцениваться в совокупности с другими показателями рынка труда для разработки более конкретной политики в отношении рынка труда.

При толковании данного показателя необходимо учитывать долю женщин в общей численности занятых, безработных и экономически активного населения для того, чтобы оценить достаточно ли женщины представлены в числе работающих по найму в несельскохозяйственном секторе. Также важно учитывать информацию по статусу занятости, поскольку известно, что женщины с большей вероятностью работают в качестве неоплачиваемых работников из числа членов семьи. Дополнительная информация о положении женщин на рынке труда, которую необходимо проанализировать, включает уровень образования, уровень оплаты труда, различия в оплате труда, отраслевую и профессиональную сегрегацию, а также доступ женщин и мужчин к социальной защите.

**СБОР ДАННЫХ И ИХ ИСТОЧНИКИ**

Несмотря на то, что обследования рабочей силы являются основным источником информации, данные можно также получить из переписи населения, переписи и обследований предприятий, обследований домохозяйств, административных данных разного рода и официальных оценок, основанных на результатах, полученных из нескольких таких источников.

Различные источники отличаются по уровню охвата, объему, единицам измерения и методам сбора данных. Каждый из источников имеет свои преимущества и ограничения в плане стоимости, качества и вида получаемой информации. Результаты из различных источников можно сочетать, при условии, что принципы, определения, охват, базовый период, классификация и т.д. совпадают в максимально возможной степени.

* Обследования рабочей силы позволяют одновременно произвести измерение числа занятого, безработного и экономически неактивного населения. Они могут быть направлены на то, чтобы охватить, по возможности, все население страны, все отрасли экономической деятельности, все отрасли экономики и все категории работников, вовлеченных в разовые работы или во временную хозяйственную деятельность. Они обладают уникальным преимуществом для получения информации о рабочей силе в целом и ее структуре.
* Перепись населения, обычно проводимая один раз в десять лет, позволяет определить численность экономически активного населения, отрасль хозяйственной деятельности и статус занятости. Такие данные обеспечивают необходимые пороговые значения в целях анализа рабочей силы, но для определения текущего статуса и тенденций необходимы гораздо более часто проводимые обследования домохозяйств.
* Можно рассмотреть использование информации о занятости, получаемой из других обследований домохозяйств, таких как обследования по уровню дохода и потребления, демографическое и медико-санитарное обследование (ДМСО), оценка уровня жизни и обследования по многим показателям с применением гнездовой выборки (MICS).
* Перепись предприятий и населения, обследования предприятий и данные системы социального страхования полезны для получения необходимых для этого показателя данных о занятости отдельных групп работающих и отраслей. Более того, они могут обеспечить более глубокое понимание, поскольку предполагают более точную взаимосвязь с данными о заработке, навыках, профессиях и отрасли. Они более точны и менее дорогостоящие, но могут быть более ограничены по содержанию и охвату рабочей силы.
* Для разных или одних и тех же моментов времени могут иметься различные источники данных. Однако, такие разрозненные источники данных редко полностью сопоставимы по методам выборки, охвату и определениям и необходимо с большой осторожностью подходить к рассмотрению результатам при попытке определения сопоставимости с течением времени. Поэтому нужно с большой осторожностью подходить к попыткам сравнения тенденций с течением времени. Существует ряд причин того, почему данные, полученные из разных источников, сложно сочетать:
* *Различия в генеральной совокупности и географическом охвате.* Каждый источник предоставляет данные определенного вида. Перепись населения, обследования рабочей силы и официальные оценки могут охватывать соответствующее население в полном объеме. С другой стороны, результаты обследований предприятий и данные административные учета, скорее всего, будут охватывать только крупные предприятия частного и государственного секторов, особенно в развивающихся странах. В зависимости от источников, методы измерения и охват могут также меняться с течением времени.   
    
  Обследования рабочей силы и домохозяйств могут иметь ограниченный географический охват. Обследования могут ограничиваться крупными городами и могут не включать отдаленные районы или зоны конфликтов. Обследования также могут не охватывать молодежь и людей пожилого возраста, военнослужащих, временных мигрантов, работающих за рубежом, и коренное население.
* *Понятийные различия*. Несмотря на наличие четких международных стандартов для понятий, используемых для данного показателя, страны могут использовать разные определения статуса занятости в различных обследованиях; особенно для работников, занятых неполный рабочий день, студентов, военнослужащих, домохозяйств или работников из числа членов семьи. Национальные статистические органы даже при использовании руководств Международной организации труда (МОТ), не всегда придерживаются тех же определений или классификаций. Кроме того, охват занятых по найму может различаться в зависимости от источника, и даже в одном и том же источнике, но в разное время.

**ВОПРОСЫ ДЕЗАГРЕГИРОВАНИЯ ДАННЫХ**

Показатель может быть представлен с разбивкой по географическим регионам, городским и сельским районам, возрастным группам, доходам и национальностям.

Другие виды разбивки могут изменяться в зависимости от состава выборки используемого источника данных. Страны могут сводить данные в таблице по отраслям промышленности, часам работы, наличию маленьких детей и количеству рабочих часов.

Дезагрегированные данные помогают разработчикам политики проводить мониторинг прогресса; создавать условия, способствующие достойной, продуктивной работе для женщин, и реализовывать целевую политику и программы.

**КОММЕНТАРИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

Основное ограничение этого показателя состоит в том, что он не отражает качество работы по найму, как, например, уровень оплаты труда, условия работы, правовую и социальную защиту работников.

В развивающихся странах, где занятость в несельскохозяйственном секторе по найму представляет лишь незначительную долю от общей занятости, этот показатель менее эффективен для отражения положения женщин. Для преодоления этого ограничения, необходимо рассматривать долю женщин в общей численности занятого, безработного и экономически активного населения наряду с ЦРТ 3.2 для того, чтобы оценить, насколько достаточно женщины представлены в занятости по найму в несельскохозяйственном секторе. В развивающихся странах, где занятость в основном обеспечивается сельскохозяйственным сектором, и где работа часто не оплачивается, необходимы дополнительные показатели для оценки положения женщин на рынке труда, а также очень важно учитывать статус занятости, поскольку женщины чаще, чем мужчины, выполняют неоплачиваемую работу в домохозяйствах.

Кроме того, данный показатель не отражает различия в качестве различных видов оплачиваемой занятости в несельскохозяйственном секторе, такие как формальная и неформальная занятость, оплата труда, условия работы и обеспечение правовой и социальной защиты.

**ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА**

В развивающихся регионах, вне сельскохозяйственного сектора, работа по найму распространена среди среднего класса городского населения. В сельской местности рабочие места по найму в несельскохозяйственном секторе ограничены, и, скорее всего, их будут занимать мужчины. Мужчины более часто имеют постоянную и лучше оплачиваемую работу, в то время как женщины часто выполняют менее гарантированную, хуже оплачиваемую работу в качестве работников домохозяйств, работников, занятых на разовых или временных работах, занятых на неполный рабочий день, - все это влияет на разницу в доходах.

По мере развития экономики доля женщин в занятости по найму в несельскохозяйственном секторе становится все более важной. Более высокая доля в занятости по найму может обеспечить более высокие доходы для женщин, а так же экономическую безопасность и благосостояние. Однако такой сдвиг не произойдет автоматически и не учитывает различия в условиях труда для женщин и мужчин. Необходимо учитывать и другие переменные, такие как уровень образования, уровень оплаты труда и разница в заработной плате, преимущества для мужчин и женщин по трудовому законодательству и социальным программам.

**ДАННЫЕ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА**

Данные для глобального и регионального мониторинга этого показателя представляются Бюро статистики Международной организации труда.

Исчерпывающие статистические данные по общей занятости и занятости по найму с разбивкой по полу, отраслям хозяйственной деятельности, видам деятельности и статусу занятости собирается на ежегодной основе в форме специальных анкет, направляемых непосредственно в национальные статистические органы. Еще одним источником статистических данных являются национальные статистические сборники и веб-сайты. Такие статистические данные, а также соответствующая методологическая информация по национальной практике, представлены в онлайновой базе данных МОТ по статистике труда (LABORSTA), http://laborsta.ilo.org/.

Проверка правильности данных происходит посредством серии количественных и качественных проверок. Все отклонения от международных стандартов или классификаций указываются в примечаниях, и, при необходимости, у стран запрашиваются соответствующие разъяснения.

Региональные и глобальные оценочные данные рассчитываются в виде средневзвешенных значений показателей на страновом уровне, где в качестве веса используется доля каждой страны в общей численности экономически активного населения в несельскохозяйственном секторе в регионе/в мире в исходном 1990 году. Поскольку данные по оценочной численности экономически активного населения в несельскохозяйственном секторе отсутствуют по некоторым странам и территориям (в основном это малые острова с населением менее 30 тыс. человек), их вес оценивается исходя из предположения, что около одной третьей части общей численности населения работает в несельскохозяйственном секторе.

Далее представлена формула, применяемая для расчета показателя на региональном и глобальном уровне:

где *Ii* - показатель для страны *i,* *wi*– доля страны i в общей численности экономически активного населения в несельскохозяйственном секторе в мире.

*Работа с отсутствующими данными*

В случае отсутствия или недоступности данных по занятости по найму в несельскохозяйственном секторе применялись косвенные ряды данных, такие как доля женщин в общей численности работающих по найму. В основе такого приближения лежит предположение, что доля женщин в общей численности работающих по найму не сильно отличается от их доли в числе работающих по найму в несельскохозяйственном секторе. Анализ чувствительности, проведенный по выборочному числу стран, показал, что существует сильная взаимосвязь между рассматриваемым показателем и вспомогательной переменной.

Если в стране имеются данные по некоторым годам, а по другим годам данные отсутствуют, предполагается, что значения данных за годы, по которым данные отсутствуют, не будут аномальными. Значения данных за годы, по которым данные отсутствуют, оцениваются на основе изменений в коррелированных рядах данных, полученных из других источников/рядов данных. В случае наличия данные из нескольких источников или наличия нескольких серий данных из одного и того же источника, выбор данных основывается на нескольких критериях, например, соответствие принципов, определений и классификаций международным стандартам; качество данных; наличие методологической информации; наличие данных/источников с течением времени.

В случае отсутствия данных по стране и отсутствия вспомогательной переменной, которую можно использовать в качестве косвенного показателя, необходимые значения рассчитываются условно. Отсутствующие значения рассчитываются условно исходя из предположения, что данные, имеющиеся по определенной стране, отражают отклонение этой страны от средней тенденции, складывающейся с течением времени, которая оценивается исходя из целой выборки в регионе. Такие условные значения используются исключительно для подготовки региональных и глобальных оценочных значений показателя. Они могут не использоваться для мониторинга на национальном уровне.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**ПРИМЕРЫ**

**ССЫЛКИ**

Anker, R., M.E. Khan and R.B. Gupta (1988). *Women’s Participation in the Labour Force: A Methods Test in India for Improving Its Measurement.*Geneva: International Labour Office.  
  
International Labour Organization (annual). *Key Indicators of the Labour Market*. Geneva. Available from <http://www.ilo.org/kilm>.  
  
International Labour Organization. *Laborsta —an International Labour Office database on labour statistics operated by the ILO Department of Statistics.*Geneva. Internet site [http://laborsta.ilo.org](http://laborsta.ilo.org/).  
  
International Labour Organization (annual). *Yearbook of Labour Statistics.*Geneva. Available from [http://laborsta.ilo.org](http://laborsta.ilo.org/).  
  
International Labour Organization (1982). *Resolution concerning statistics of the economically active population, employment, unemployment and underemployment, adopted by the Thirteenth International Conference of Labour Statisticians.*Geneva. Available from <http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/download/res/ecacpop.pdf>.  
  
International Labour Organization (1993). *Resolution concerning the International Classification of Status in Employment (ICSE), adopted by the Fifteenth International Conference of Labour Statisticians.*Geneva. Available from<http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/download/res/icse.pdf>.  
  
International Labour Organization (2000). *Current International Recommendations on Labour Statistics, 2000 Edition.*Geneva. Available from <http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/publ/currrec.htm>.   
  
International Labour Organization (2002). *Women and Men in the Informal Economy: A Statistical Picture.*Geneva: International Labour Office. Available from <http://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/2002/102B09_139_engl.pdf>.   
  
International Labour Organization (2009). *Economically Active Population: Estimates and projections, 1980-2020 (5th edition, revision 2009).*Geneva. Available from <http://laborsta.ilo.org/applv8/data/EAPEP/eapep_E.html>.   
  
International Labour Organization (2009). *Global Employment Trends for Women.*Geneva: International Labour Office. Available from [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/~~-dgreports/~~-dcomm/documents/publication/wcms\_103456.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/%3Cstrike%3E-dgreports/%3C/strike%3E-dcomm/documents/publication/wcms_103456.pdf).   
  
Statistics Sweden (1996). *Engendering Statistics: A Tool for Change.*Stockholm. Available from <http://www.scb.se/statistik/_publikationer/LE0202_1996A01_BR_X93%c3%96P9601.pdf>.  
  
United Nations (2008). *Principles and Recommendations for Population and Housing Censuses, Revision* 2. New York. Available from <http://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesM/Seriesm_67rev2e.pdf>.  
  
United Nations (2008). *International Standard Industrial Classification of All Economic Activities (ISIC). Rev. 4.*New York. Available from <http://unstats.un.org/unsd/cr/registry>.

3.3 Доля мест, занимаемых женщинами в национальном парламенте

**ЦЕЛЬ И ЗАДАЧА, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

Цель 3. Поощрение равенства мужчин и женщин и расширение прав и возможностей женщин

Задача 3.A**.** Ликвидировать, желательно к 2005 году, неравенство между полами в сфере начального и среднего образования, а не позднее чем к 2015 году — на всех уровнях образования

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ**

Определение   
Доля мест, занимаемых женщинами в национальных парламентах, – это число мест, занимаемых женщинами в однопалатных парламентах или нижних палатах национальных парламентов, в процентном отношении к общему числу мест в парламенте.

Понятия   
*Места –*это количество мандатов членов парламента, также известное как количество членов парламента. Члены парламента получают места в ходе всеобщих выборов в парламент. Места обычно заполняются по выдвижению, назначению, в ходе непрямых выборов, ротации членов и дополнительных выборов.

Методика расчетов  
Данный показатель рассчитывается как общее число мест, занятых женщинами, деленное на общее количество занятых мест в парламенте и умноженное на 100.

**ОБОСНОВАНИЕ И ТОЛКОВАНИЕ**

Данный показатель измеряет в какой степени женщины имеют равный доступ к участию в принятии решений в парламенте. Представленность женщин в парламентах — один из показателей наличия у женщин возможностей участвовать в политической и общественной жизни, вследствие чего такая представленность связана с расширением их прав и возможностей. Равное количество женщин и мужчин в нижней палате дает показатель равный 50%.

Более сильное присутствие женщин в парламенте позволяет внести новые вопросы в политическую повестку, а также внедрить новые приоритеты через принятие и реализацию политики и законов. Включение перспектив и интересов женщин является основным условием для демократии и гендерного равенства, которое также способствует повышению эффективности демократического государственного управления. Представительный парламент также позволяет сочетать различный опыт мужчин и женщин для решения социальных, политических и экономических вопросов будущего для общества.

Изменения в этом показателе отслеживались с течением времени. Несмотря на то, что международное сообщество поддерживало и способствовало участию женщин в политических структурах власти в течение нескольких десятилетий, тем не менее, темпы расширения представительства женщин в парламенте оставались медленными. В результате некоторые из стран приняли специальные меры для увеличения доли мест, занимаемых женщинами в парламенте. В странах, принявших специальные меры, представленность женщин в парламенте обычно выше по сравнению со странами, которые не предпринимали таких мер.

**СБОР ДАННЫХ И ИХ ИСТОЧНИКИ**

Данные для расчета данного показателя можно получить из систем административного учета национальных парламентов и центральных избирательных комиссий.

Информация имеется во всех странах, где действует национальный законодательный орган и в связи с этим не включает парламенты, которые были распущены или деятельность которых была приостановлена на неопределенное время.

**ВОПРОСЫ ДЕЗАГРЕГИРОВАНИЯ ДАННЫХ**

Данный показатель можно дезагрегировать в целях анализа по географическим регионам, субрегионам, видам законодательных органов (однопалатный парламент или нижняя палата парламента или президентский), по методу заполнения мест (прямые выборы, непрямые выборы, назначения) и применению специальных мер.

**КОММЕНТАРИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

Могут возникнуть сложности с получением информации по дополнительным выборам и замене члена парламента в связи с его смертью или выходом в отставку. Такие изменения являются особыми случаями, отследить которые сложнее. Этот показатель также не включает количество и процентную долю женщин в верхней палате парламента.

Парламенты могут значительно отличаться друг от друга по имеющимся у них полномочий в области законотворчества, надзора за действиями правительства и выполнения функции представителей электората. С точки зрения оценки реального участия женщин в принятии политических решений этот показатель, возможно, и не вполне удовлетворяет необходимым требованиям, ибо женщины-депутаты по-прежнему сталкиваются с множеством препятствий, мешающих всестороннему и эффективному выполнению ими своих парламентских мандатов. Среди таких препятствий можно указать следующие: женщины-депутаты могут сталкиваться с отсутствием поддержки со стороны других депутатов, противоречие гендерной политики, за которую они выступают, политике политических партий, которые они представляют.

Количество, тем не менее, имеет значение, а возрастающее количество женщин в парламенте, по меньшей мере, способствует озвучиванию вопросов, беспокоящих женщин, и изменению гендерной динамики в парламенте. Роль женщин-депутатов необходимо рассматривать вместе с их ролью в других ветвях правительства, таких как исполнительная власть; а так же в связи с национальными механизмами улучшения положения женщин и женскими группами в гражданском обществе.

**ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА**

Участие женщин в установлении политических приоритетов обеспечивает более устойчивую и более представительную демократию и приводит к лучшим результатам для граждан. Несмотря на то, что парламенты разных стран отличаются по количеству женщин-депутатов, очевидно, что усилия женщин привели к усилению гендерной политики, от которой преимущества получают сами женщины и общество. Женщины-депутаты являются наиболее приверженными пропагандистами и защитниками женщин и имеют четкие политические приоритеты по включению вопросов гендерного равенства. Но эту роль необязательно должны играть только женщины, необходимо лучше понять каким образом можно усилить партнерство между мужчинами и женщинами и как мужчины могут далее обеспечивать поддержку в вопросах гендерного равенства.

**ДАННЫЕ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА**

Данные для глобального и регионального мониторинга данного показателя представляются Секретариатом Межпарламентского союза (МПС).

После каждых всеобщих выборов или замены депутатов МПС направляет в парламенты анкеты в целях получения последних данных. В случае непредставления ответа для получения информации используются иные методы, такие как получение информации из центральной избирательной комиссии, веб-сайтов парламентов или поиск в Интернете. Дополнительная информация, собранная из других источников, регулярно перепроверяется с парламентом.

Средние региональные и глобальные значения рассчитываются путем деления общего количества мест, занятых женщинами, на общее количество мест, занятых в однопалатном парламенте или в нижней палате парламента в каждом регионе или во всех национальных парламентах.

Для целей международных сопоставлений этот показатель рассчитывается с учетом только одной палаты в однопалатном парламенте или нижней палаты в двухпалатном парламенте. Он не охватывает верхнюю палату двухпалатного парламента, хотя такая информация доступна на веб-сайте МПС http://www.ipu.org/wmn-e/classif.htm.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**ПРИМЕРЫ**

**ССЫЛКИ**

Inter-parliamentary Union. *Women in National Parliaments*. Geneva. Internet site <http://www.ipu.org/wmn-e/world.htm>.  
  
Inter-parliamentary Union (2008). Equality in Politics: *A Survey of Women and Men in Parliaments.*Geneva. Available from <http://www.ipu.org/english/surveys.htm#equality08>.   
  
Inter-parliamentary Union (2010). *Is Parliament Open to Women?*Available from <http://www.ipu.org/PDF/publications/wmn09-e.pdf>  
  
Inter-parliamentary Union (2011). *Gender-Sensitive Parliaments. A Global Review of Good Practice.*Available from <http://www.ipu.org/pdf/publications/gsp11-e.pdf>  
  
United Nations Development Fund For Women (2009). *Progress of the World’s Women 2008/2009.*New York. Available from <http://www.unifem.org/progress/2008>. UN-Women (2011). *Progress of the World’s Women 2011-2012.*New York. Available from <http://progress.unwomen.org/pdfs/EN-Report-Progress.pdf>

4.1 Коэффициент смертности детей в возрасте до пяти лет

**ЦЕЛЬ И ЗАДАЧА, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

Цель 4. Сокращение детской смертности  
Задача 4.A. Сократить на две трети за период 1990–2015 годов смертность среди детей в возрасте до пяти лет

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ**

Определение   
Коэффициент смертности детей в возрасте до пяти лет (U5MR) – это вероятность наступления смерти ребенка с момента рождения в каком-либо конкретном году до достижения им пятилетнего возраста, при существующих возрастных коэффициентах смертности.   
  
Такой показатель выражается в количестве случаев смерти на 1 000 живорождений.  
  
Понятия  
Живорождением называется полное изгнание или извлечение продукта зачатия из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности, в случае наличия у него хотя бы одного из признаков жизни, таких как дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины или явные движения произвольной мускулатуры, независимо от того, перерезана пуповина и отделилась ли плацента. Каждый продукт такого рождения считается живорожденным.  
  
Методика расчетов  
Данный показатель рассчитывается как число смертей детей в возрасте до пяти лет в календарный год, деленное на число живорождений в тот же год и умноженное на 1000.  
  
Для расчета данного показателя применяется следующая формула:  
  
Image  
  
где U5MR(n) - коэффициент смертности детей в возрасте до 5 лет в календарный год n; D (0-4, n) - число детей в возрасте от 0 до 4 лет в год n, умерших в год n; а B (n) - число живорождений в год n.  
  
Существует два метода расчета коэффициента смертности детей в возрасте до пяти лет: прямой и косвенный. Для прямого метода необходима дата рождения каждого ребенка, статус выживания, а также дата или возраст при наступлении смерти. Такую информацию обычно можно найти в записях актов гражданского состояния или при обследованиях домохозяйств, в ходе которых собираются полные истории рождений женщинами детородного возраста, таких как демографические и медико-санитарные обследования. В полной истории рождений регистрируются даты рождения и, в случае применимости, даты наступления смерти всех детей, родившихся у опрашиваемой женщины. Прямой метод оценки детской смертности предусматривает использование данных из полных историй рождений и оценку таблицы дожития. При этом методе рассчитывается вероятность наступления смерти до достижения возраста 5 лет детей, родившихся живыми в течение пятилетних периодов до проведения обследования (0-4, 5-9 и т.д.).   
  
При косвенном методе требуется менее детальная информация, которая имеется в переписях, общих обследованиях и обследованиях домохозяйств, в рамках которых собираются полные истории рождений, таких как обследования по многим показателям с применением гнездовой выборки (MICS). Эта информация содержит общее число детей, родившихся у каждой женщины, число выживших детей и возраст женщины (или количество лет, прошедших с момента первых родов). При косвенном методе используется метод Брасса, при котором доля умерших детей, рожденных женщинами в возрастных группах 15–19, 20–24,… и 45–49 лет, конвертируется в оценочную вероятность наступления смерти до достижения определенного возраста. Метод Брасса предполагает, что возраст матери может служить косвенным показателем возраста ее детей и, таким образом, покажет период, в течение которого дети подвержены риску наступления смерти.  
  
Несмотря на то, что косвенном методе требуются минимальные усилия по сбору данных, здесь предполагается использование модельных таблиц дожития в целях корректировки данных по возрастной структуре смертности в общей численности населения. Нахождение соответствующей модельной таблицы дожития может вызывать сложности, поскольку модельные таблицы дожития Коула-Демени, которые обычно используются, построены в основном на европейском опыте.

**ОБОСНОВАНИЕ И ТОЛКОВАНИЕ**

Этот показатель полезен, поскольку он имеет прямое отношение к задаче ЦРТ по сокращению на две трети смертности среди детей в возрасте до пяти лет. Он также отражает социально-экономические и экологические условия, в которых живут дети (и другие члены общества), в том числе состояние системы здравоохранения. Поскольку данные по частоте распространенности заболеваний (данные по заболеваемости) часто получить невозможно, коэффициенты смертности часто используются для определения уязвимых групп населения. Этот показатель помогает выявлять такие группы населения, поскольку при высоких показателях смертности большая доля всех случаев смертей происходит в возрасте до 5 лет. Действительно, коэффициент смертности среди детей до 5 лет представляет более 90% от общей смертности детей в возрасте до 18 лет.   
  
Снижение детской смертности - одна из целей развития, получившая наибольшую всеобщую поддержку. Однако, несмотря на значительный прогресс, сохраняется большая диспропорция по риску смерти в возрасте до 5 лет между развитыми и развивающимися странами. Например, в 2010 г. коэффициент смертности в возрасте до 5 лет в развитых регионах составлял 7 на 1 000 живорождений, а в развивающихся регионах - 63 на 1 000 живорождений. Разрыв между развитыми и развивающимися регионами еще больше, в пропорциональном отношении, по коэффициенту смертности в раннем детском возрасте по сравнению с более старшим возрастом. На коэффициент смертности детей в возрасте до пяти лет в значительной степени влияет бедность и низкий уровень образования, особенно матерей, наличие, доступность и качество медицинского обслуживания, экологические риски, в том числе доступ к безопасной питьевой воде и средствам санитарии, а так же питание.

**СБОР ДАННЫХ И ИХ ИСТОЧНИКИ**

К возможным источникам данных относятся системы регистрации актов гражданского состояния, национальные переписи населения, обследования домохозяйств, проводимые в рамках глобальных программ, а также многоцелевые обследования, проводимые без международной финансовой поддержки.   
  
Наиболее оптимальным источником данных для прямого расчета коэффициента смертности в возрасте до 5 лет является всеобъемлющая система регистрации актов гражданского состояния, охватывающая не менее 90% событий естественного движения населения. Однако лишь немногие развивающиеся страны имеют отлаженные системы регистрации актов гражданского состояния. В качестве альтернативы, для прямого расчета коэффициента смертности детей в возрасте до 5 лет можно использовать обследования домохозяйств, в ходе которых собираются полные истории рождений (такие как ДМСО).   
  
В случае отсутствия источников для проведения прямых оценок для косвенной оценки коэффициента смертности детей в возрасте до 5 лет можно использовать переписи населения, обследования домохозяйств, в ходе которых собираются неполные истории рождений (такие как MICS) и общие обследования.

**ВОПРОСЫ ДЕЗАГРЕГИРОВАНИЯ ДАННЫХ**

Коэффициенты смертности детей в возрасте до пяти лет в целом свидетельствуют о больших диспропорциях между географическими регионами, а также городскими и сельскими районами. Коэффициенты смертности детей в возрасте до пяти лет могут также значительно варьироваться в зависимости от той или иной социально-экономической группы. Дети из отдельных этнических групп могут подвергаться риску недостаточного питания, у них может быть слабое здоровье, и среди них может наблюдаться более высокая смертность. Кроме того, в отдельных социальных и этнических группах гендерные различия могут быть выражены более отчетливо.  
  
Коэффициент смертности среди детей в возрасте до пяти лет может быть также дезагрегирован на отдельные показатели, относящиеся к вероятности наступления смерти в возрасте до 1 года и вероятности смерти в возрасте от 1 года до 4 лет.

**КОММЕНТАРИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

Данные по уровню смертности детей в возрасте до пяти лет более полные и более своевременные по сравнению с данными по смертности среди взрослых. Коэффициенты смертности среди детей в возрасте до пяти лет также считаются более точными, чем данные по уровню младенческой смертности, которые основываются на информации, получаемой из обследований домохозяйств.   
  
Системы регистрации актов гражданского состояния являются более предпочтительным источником данных по уровню смертности в возрасте до пяти лет, потому что эти данные являются перспективными и охватывают все население. Однако в странах, где нет отлаженных систем регистрации актов гражданского состояния, обследования домохозяйств, такие как ДМСО и MICS, стали основным источником данных по детской смертности, несмотря на наличие определенных ограничений по их качеству.  
  
Данные обследований могут содержать ошибки припоминания. Опрашиваемые женщины могут упустить сведения о рождениях и смерти или включить сведения о мертворождениях вместе с живорождениями. Данные обследований могут также страдать от ошибки выборки выживших и усечения возраста. Матери могут сообщить неточные данные по датам рождения детей, их нынешнему возрасту или возрасту на момент смерти, при этом в случае если ребенок умер, то вероятность этого еще больше. Особенно часто распространено сообщение о смерти ребенка в возрасте 12 месяцев. Возрастная аккумуляция может привести к сообщению о смерти детей в возрасте старшего одного года и заниженной оценке младенческой смертности. К счастью, это оказывает незначительное влияние на коэффициент смертности детей в возрасте до пяти лет, что делает этот показатель более надежным по сравнению с показателем младенческой смертности, когда данные получены по результатам обследования домохозяйств.  
  
В отчетности по детской смертности проявляются также и предпочтения в отношении пола. Более того, обследования проводятся в основном лишь один раз в три или пять лет.   
  
Еще одно ограничение состоит в том, что косвенные оценки основываются на модельных актуарных таблицах (таблицах дожития), которые могут не подходить для рассматриваемой группы населения. Косвенные оценочные значения, полученные по результатам обследования домохозяйств, имеют определенные интервалы доверия, которые необходимо учитывать при сравнении значений с течением времени или при межстрановом сравнении. Таким же образом, на такие оценки часто оказывают влияние ошибки, не связанные с выборкой, которые могут влиять на текущий уровень детской смертности в возрасте до 5 лет и ее тенденции с течением времени.

**ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА**

В условиях отсутствия в уходе и лечении детей дискриминации по признаку пола в возрасте до пяти лет смертность среди мальчиков выше, чем среди девочек в связи с биологическими факторами, которые, как правило, более благоприятны для девочек, особенно в раннем детстве. Степень ожидаемого преимущества среди девочек варьируется в зависимости от общего уровня смертности и профиля причин смерти. Таким образом, равные коэффициенты смертности в возрасте до пяти лет среди мальчиков и девочек могут свидетельствовать о том, что девочки находятся в неблагоприятном положении по выживанию.   
  
Влияние дискриминации по признаку пола на выживание детей становится более очевидными после грудного возраста, так как питание и медицинские вмешательства являются более важными факторами, определяющими выживаемость среди младенцев более старшего возраста и детей младшего возраста. Вследствие удельного веса неонатальной смертности в общей смертности в возрасте до пяти лет, преимущество девочек в неонатальный период может скрывать недостатки в более позднем возрасте при рассмотрении смертности детей в возрасте до пяти лет. Для того чтобы лучше оценить гендерные различия в смертности среди детей до пяти лет, желательно дезагрегировать коэффициент смертности по возрастам, учитывая отдельно смертность в возрасте до одного года (младенческая смертность) и в возрасте 1-4 лет.   
  
Анализ гендерных различий в смертности осложняется также большой степенью ошибки выборки в оценочных значениях смертности, полученных на основании выборочных обследований. Ошибка выборки возрастает, когда оценочные значения дезагрегируются по полу и часто довольно сложно определить статистическую значимость различий или тенденций по смертности детей в возрасте до пяти лет в разбивке по полу. Это необходимо учитывать до проведения сопоставлений между опубликованными оценочными значениями, полученными по результатам разных обследований. Система записей актов гражданского состояния, даже если она неполная, также может дать ценную информацию об относительных гендерных различиях, если можно предположить, что в отчетности о рождениях и смертях гендерная дискриминация небольшая. В странах или группах населения с небольшим числом смертей оценочные различия, основанные на системе регистрации актов гражданского состояния, могут значительно колебаться в разные годы.

**ДАННЫЕ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА**

Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ), Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и Отдел ООН по народонаселению (ОНООН) готовят страновые оценочные значения показателя на основании доступных национальных данных в целях проведения международных сопоставлений и оценки глобальных и региональных тенденций. Данные, подготавливаемые разными агентствами, могут отличаться в связи с использованием разных методологий расчета данных и различиями в отчетных периодах.  
  
Текущие оценки смертности детей в возрасте до пяти лет, как правило, основываются на эмпирических данных, полученных несколько и даже много лет назад. Данные записей актов гражданского состояния доступны на ежегодной основе, но часто публикуются на уровне страны с временной задержкой от 1 до 2 и более лет. Перепись населения проводится один раз в десять лет, а результаты публикуются через 1-3 года после проведения переписи. Такие виды обследований домохозяйств, как MICS и ДМСО, проводятся в основном, один раз в 3-5 лет, а результаты публикуются в течение года после сбора данных. В среднем, наиболее последние оценки коэффициента смертности детей в возрасте до пяти лет, полученные в ходе обследования домохозяйств, относятся к периоду за 2,5 года до времени обследования или 3,5 года до публикации результатов.  
  
Разные источники данных и методы расчетов часто приводят к разным оценкам детской смертности для определенной местности и периода времени. В целях преодоления таких различий ЮНИСЕФ при координации с ВОЗ, Всемирным банком и ОНООН была разработана методология оценки, позволяющая снизить до минимума ошибки в каждой из оценок и обеспечить максимальную согласованность тенденций с течением времени. Эти оценочные значения необязательно признаются в качестве официальных страновых коэффициентов смертности детей в возрасте до пяти лет. Однако они позволяют проводить сопоставления между странами, несмотря на различное количество и виды источников данных на уровне страны.   
  
Для выявления источников данных, которые могли оказать упущенными, ЮНИСЕФ проводит ежегодно мероприятие, называемое Страновым отчетом по показателям достижения целей (CRING). В ходе CRING собирается наиболее актуальная информация по всем показателям, которая регулярно представляется в отчетности ЮНИСЕФ, включая коэффициенты младенческой смертности и детской смертности в возрасте до пяти лет.   
  
После расчета всех имеющихся значений для младенческой смертности и детской смертности в возрасте до пяти лет, аналитики используют модели наименьших взвешенных квадратов для построения линии регрессии и для экстраполяции тенденции до текущего времени. Использование взвешенных значений позволяет аналитикам судить об относительном качестве каждого набора данных и определять, насколько репрезентативен каждый набор данных для генеральной совокупности. Затем аналитики принимают решение о том, какой из наборов данных (коэффициент младенческой смертности или коэффициент детской смертности в возрасте до 5 лет) является наиболее последовательным, и используют модельную таблицу дожития для получения на ее основании других наборов оценочных значений.  
  
Глобальные значения показателя, подготавливаемые межведомственной группой по оценке детской смертности, могут по разным причинам отличаться от значений, полученных на уровне страны. В глобальных оценках используются данные, полученные из разных источников (записи систем регистрации актов гражданского состояния, перепись населения и обследования домохозяйств) для расчета оценочных значений, которые представляют тенденции и уровни детской смертности в странах. С другой стороны, страновые оценки рассчитываются только на основании одного источника (обычно обследований домохозяйств, таких как ДМСО), комбинации нескольких источников данных или с использованием различных методов оценки.  
  
Оценочные значения показателя, рассчитываемые межведомственной группой, ежегодно обновляются. Оценочные значения коэффициента смертности в возрасте до пяти лет составляются и представляются на региональном и глобальном уровнях только том случае, если данные доступны, как минимум, по 50% региона или при учете общей численности населения стран.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**ПРИМЕРЫ**

**ССЫЛКИ**

United Nations (2001). *Principles and Recommendations for a Vital Statistics System, Revision 2*. New York. Available from <http://unstats.un.org/unsd/pubs/gesgrid.asp?id=264>.  
  
United Nations (2008). *World Population Prospects: The 2008 Revision.* New York. Available from <http://esa.un.org/unpp/>.  
  
United Nations Children’s Fund (2006). *Multiple Indicator Cluster Survey Manual 2005. Monitoring the Situation of Children and Women.* New York. Available from <http://www.childinfo.org/mics3_manual.html>.  
  
United Nations Children’s Fund, World Health Organization, World Bank and United Nations Population Division (2007). *Levels and Trends of Child Mortality in 2006: Estimates developed by the Inter-agency Group for Child Mortality Estimation.* New York. Available from <http://www.childinfo.org/files/infant_child_mortality_2006.pdf>.  
  
World Health Organization. *WHO Statistical Information System (WHOSIS).* Internet site <http://www.who.int/whosis>.  
  
World Health Organization (2009). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*

4.2 Коэффициент младенческой смертности

**ЦЕЛЬ И ЗАДАЧА, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

Цель 4. Сокращение детской смертности  
Задача 4.A. Сократить на две трети за период 1990–2015 годов смертность среди детей в возрасте до пяти лет

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ**

Определение   
Коэффициент младенческой смертности (IMR) - это вероятность наступления смерти ребенка с момента рождения в каком-либо конкретном году до достижения им возраста одного года, при существующих возрастных коэффициентах смертности.  
  
Такой показатель выражается в количестве смертей на 1 000 живорождений.  
  
Понятия  
*Живорождением* называется полное изгнание или извлечение продукта зачатия из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности, в случае наличия у него хотя бы одного из признаков жизни, таких как дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины или явные движения произвольной мускулатуры, независимо от того, перерезана пуповина и отделилась ли плацента. Каждый продукт такого рождения считается живорожденным.  
  
Методика расчетов   
Данный показатель рассчитывается путем деления числа смертей младенцев в возрасте до одного года в календарный год на количество живорождений в тот же год и умножения на 1 000.  
  
Для расчета данного показателя применяется следующая формула:  
  
Image  
  
где *IMR(n)* - коэффициент младенческой смертности в календарный год *n; D (0, n) -* число младенцев в возрасте до 1 года в течение года *n,* умерших в течение года *n*; а *B (n) -* число живорождений в год *n*.  
  
Существует два метода расчета коэффициента младенческой смертности: прямой и косвенный. См. детальную информацию по прямому и косвенному методам расчета в разделе «ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ» для [Показателя 4.1](http://mdgs.un.org/unsd/mi/wiki/4-1-Under-five-mortality-rate.ashx).

**ОБОСНОВАНИЕ И ТОЛКОВАНИЕ**

Несмотря на то, что задача ЦРТ относится непосредственно к смертности детей в возрасте до пяти лет, коэффициент младенческой смертности также является полезным для мониторинга прогресса в выполнении данной задачи, поскольку младенческая смертность является важной составляющей смертности в возрасте до пяти лет. Коэффициент младенческой смертности также важен, поскольку он отражает социально-экономические и экологические условия, в которых живут дети (и другие члены общества), включая качество и доступ к услугам здравоохранения (как в целом, так и при рождении ребенка). Кроме того, данные по частоте распространенности заболеваний (данные по заболеваемости) часто получить невозможно, поэтому коэффициенты смертности часто используются для определения уязвимых групп населения.

**СБОР ДАННЫХ И ИХ ИСТОЧНИКИ**

См. «СБОР ДАННЫХ И ИХ ИСТОЧНИКИ» для [Показателя 4.1](http://mdgs.un.org/unsd/mi/wiki/4-1-Under-five-mortality-rate.ashx).

**ВОПРОСЫ ДЕЗАГРЕГИРОВАНИЯ ДАННЫХ**

Коэффициенты младенческой смертности в целом свидетельствуют о больших диспропорциях между географическими, а также городскими и сельскими районами. Коэффициент младенческой смертности может также значительно варьироваться в зависимости от той или иной социально-экономической группы и зачастую используется для определения социальных проблем в разных группах населения. Дети из отдельных этнических групп могут подвергаться риску недостаточного питания, у них может быть слабое здоровье, и среди них может наблюдаться более высокая смертность. Кроме того, в отдельных социальных и этнических группах гендерные различия могут быть выражены более отчетливо.  
  
Младенческая смертность также может быть дезагрегирована на неонатальный и постнеонатальный период. Неонатальная смертность отражает безопасность родов и наличие неонатальной реанимации, в то время как на постнеонатальную смертность большее влияние оказывает питание и инфекционные заболевания.

**КОММЕНТАРИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

Коэффициент младенческой смертности считается более точным по сравнению с коэффициентом смертности детей в возрасте до пяти лет, в случае если они получены из систем регистрации актов гражданского состояния. С другой стороны, при использовании данных обследований младенческая смертность может оказаться заниженной, и коэффициент смертности детей в возрасте до пяти лет считается более точным по сравнению с коэффициентом младенческой смертности. Данные обследований могут также страдать от ошибки выборки выживших и усечения возраста. Матери могут сообщить неточные данные по датам рождения детей, их нынешнему возрасту или возрасту на момент смерти, при этом в случае если ребенок умер, то вероятность этого еще больше. Особенно часто распространено сообщение о смерти ребенка в возрасте 12 месяцев. Возрастная аккумуляция может привести к сообщению о смерти детей в возрасте старшего одного года и заниженной оценке младенческой смертности. Кроме того, косвенные оценки коэффициента младенческой смертности в большей степени, чем коэффициент смертности детей в возрасте до пяти лет, зависят от выбора модельной таблицы дожития.   
  
См. более детальные комментарии по ограничениям данных в разделе «КОММЕНТАРИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ» для [Показателя 4.1](http://mdgs.un.org/unsd/mi/wiki/4-1-Under-five-mortality-rate.ashx).

**ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА**

В течение первого года жизни выживает большее количество девочек, чем мальчиков, что во многом объясняется биологическими различиями. Прежде всего, это относится к первому месяцу жизни ребенка, когда перинатальные состояния становятся наиболее вероятной причиной смерти. В более поздний период младенчества дискриминация девочек в питании или медицинском обслуживании может привести к повышению смертности среди девочек по сравнению с мальчиками. Для тщательного анализа гендерных различий в младенческой смертности необходимо дезагрегировать коэффициент младенческой смертности с разбивкой по полу на неонатальный (до 1 месяца) и постнеонатальный (1-11 месяцев) компоненты. Несмотря на то, что это можно сделать, используя данные ДМСО, следует помнить, что ошибка выборки может привести к широкому доверительному интервалу при дезагрегировании и сложности при интерпретации тенденций. Такие сведения также можно получить из данных системы регистрации актов гражданского состояния.

**ДАННЫЕ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА**

Коэффициенты младенческой смертности ежегодно публикуются Детским фондом ООН (ЮНИСЕФ) в отчете *«Положение детей в мире»* и Всемирным банком в *«Показателях мирового развития»*. Также эти данные включаются в доклад Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) *«Мировая статистика здравоохранения»*. Эти данные могут отличаться в связи с использованием разных методологий расчета данных и различиями в отчетных периодах.  
  
См. более детальные объяснения по получению глобальных и региональных оценочных значений в разделе «ДАННЫЕ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА» для [Показателя 4.1](http://mdgs.un.org/unsd/mi/wiki/4-1-Under-five-mortality-rate.ashx).

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**ПРИМЕРЫ**

**ССЫЛКИ**

См. «ССЫЛКИ» для [Показателя 4.1](http://mdgs.un.org/unsd/mi/wiki/4-1-Under-five-mortality-rate.ashx).

4.3 Доля детей годовалого возраста, которым сделаны прививки против кори

**ЦЕЛЬ И ЗАДАЧА, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

Цель 4. Сокращение детской смертности  
Задача 4.A. Сократить на две трети за период 1990–2015 годов смертность среди детей в возрасте до пяти лет

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ**

Определение  
Доля детей годовалого возраста, которым сделаны прививки против кори, – это доля детей *в возрасте до одного года*, которым хотя бы однажды была введена *вакцина против кори*.   
  
Данный процент выражается в виде процента.   
  
Понятия

*Дети в возрасте до одного года*, которым была сделана вакцина против кори, оцениваются как процентная доля детей в возрасте 12 от 23 месяцев, получивших хотя бы одну дозу противокоревой вакцины либо в период до проведения обследования, либо тогда, когда им еще не исполнилось 12 месяцев.  
  
*Вакцина против кори* – вакцина из живых ослабленных вирусов кори, содержащая одну дозу, вводимую внутримышечно или подкожно, с вероятностью введения второй дозы, по меньшей мере, в течение одного месяца после первой дозы. Как правило, вакцинация детей против кори рекомендуется в возрасте 9 месяцев. В некоторых странах Латинской Америки и Карибского бассейна вакцинация детей против кори рекомендуется в возрасте между 12 и 15 месяцами.  
  
Методика расчетов  
Охват иммунизацией рассчитывается путем деления общего числа вакцинаций на количество детей целевой группы населения и умножения полученного результата на 100.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Доля детей годовалого возраста, которым сделаны прививки против кори | = | Общее число вакцинаций | x | 100 |
| Количество детей целевой группы |

Для большинства вакцин, целевой группой населения является годовое количество живорождений или количество выживших младенцев (эти показатели могут отличаться в зависимости от политики страны и конкретной вакцины).

**ОБОСНОВАНИЕ И ТОЛКОВАНИЕ**

С помощью этого показателя измеряются широта охвата и эффективность системы здравоохранения детей в той или иной стране. Важной составной частью мероприятий по сокращению смертности детей в возрасте до пяти лет является вакцинация. В развивающихся странах правительства обычно субсидируют иммунизацию против кори и дифтерии, а также от коклюша и столбняка (АКДС) в рамках основного комплекса мер по охране здоровья населения. Среди основных «детских» болезней, которые можно предотвратить путем вакцинации, корь является главной причиной детской смертности. Одним из практических путей сокращения детской смертности является реализация медицинских и прочих программ, направленных на борьбу с этими заболеваниями.  
  
Охват вакцинацией против кори должен превышать 90% для того, чтобы остановить передачу вируса. При широком охвате и занижении знаменателя рассчитываемый охват вакцинацией может превысить 100%.

**СБОР ДАННЫХ И ИХ ИСТОЧНИКИ**

На национальном уровне двумя источниками данных являются отчеты о вакцинации, предоставляемые проводившими ее органами (административные данные), и материалы обследования домохозяйств, содержащие информацию о динамике вакцинации детей (обследования по вопросам охвата иммунизацией). Целевая группа населения выявляется по административным данным, в иных случаях используются данные обследований.  
  
В числе главных видов обследований, используемых в качестве источников информации об охвате иммунизацией, можно назвать обследования по 30 кластерам в рамках Расширенной программы иммунизации (РПИ), обследования по многим показателям с применением гнездовой выборки (MICS), а также демографические и медико-санитарные обследования (ДМСО). В обычном порядке соответствующие материалы готовят администраторы национальных РПИ.   
  
Кластерные обследования РПИ зачастую проводятся национальным персоналом РПИ и направлены специально на оценку охвата иммунизацией. Такие обследования просты в администрировании, но они имеют уровень точности, равный +/- 10 процентных пунктов при охвате 50%. MICS и ДМСО являются более обширными обследования, которые охватывают множество показателей и имеют более четкую структуру и более высокий уровень точности. Однако они более дорогостоящие, более сложны с точки зрения их организации и администрирования.  
  
При определении уровня охвата вакцинацией, больше доверяют административным и официальным страновым отчетам, чем обследованиям, за исключением случаев, когда есть причины полагать, что такие отчеты могут быть неточными. Обследования по охвату иммунизацией часто используются в совокупности с административными данными.

**ВОПРОСЫ ДЕЗАГРЕГИРОВАНИЯ ДАННЫХ**

Диспропорции в охвате вакцинацией обычно соответствуют различиям по месту проживания и экономическому положению. Поэтому разбивка данных по этим характеристикам будет наиболее полезной. В большинстве стран значительной разницы в охвате вакцинацией по половому признаку не выявлено.  
  
Несмотря на то, что административные данные можно разбить на субнациональные уровни, такие данные, в основном, не предоставляют в дезагрегированной форме.   
  
Результаты крупномасштабных обследований, таких как MICS и ДМСО, обычно обеспечивают данные с разбивкой по половому признаку, проживанию в городской/сельской местности, возрастным группам, уровню образования родителей и квинтилю благосостояния.

**КОММЕНТАРИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

По этому показателю имеется ряд ограничений. В случае с оценкой охвата, основанной на административных данных, может иметь место необъективность, в случае если некоторые из районов не предоставили информацию. Подобная необъективность имеет место, если из системы сбора/предоставления данных исключена часть населения. Наиболее частый пример: значительная доля вакцинации проводится частным сектором, и информация по проведенной вакцинации не предоставляется в государственные органы здравоохранения. Если целевая группа населения вычисляется от общей численности населения и числитель основывается только на детях, получающих вакцинацию в государственных учреждениях, то это может привести к заниженной оценке охвата вакцинацией.   
  
Во многих развивающихся странах отсутствие точной информации о размере контингента детей до одного года осложняет оценку охвата иммунизацией. Завышение численности контингента детей приведет к занижению охвата, в то время как занижение такой численности приведет к завышенной оценке охвата иммунизацией. При широком охвате и занижении численности контингента детей рассчитываемый охват вакцинацией может превысить 100%. Ошибки в расчетах численности контингента могут произойти в связи с тем, что прогноз численности населения основывается на старых данных переписи населения или в связи с внезапным смещением совокупности, например, внутренней миграцией.  
  
Несмотря на то, что теоретически 100% иммунизация целевой группы населения возможна, особенно в малых странах, в реальности она маловероятна. В тех случаях, когда уровень охвата превышает 100% , сообщают об уровне охвата 99%. Такой уровень чаще всего складывается в связи с систематической ошибкой при расчете числителя или знаменателя, в связи с изменением целевой группы в середине года или в связи с включением в числитель детей, которые не относятся к целевой группе.  
  
Расчеты, основанные на обследованиях, имеют свои слабые и сильные стороны. Основное преимущество обследований состоит том, что можно получить оценку охвата иммунизацией, даже если знаменатель по всей генеральной совокупности неизвестен и в расчет включается вакцинация, проводимая частным сектором. Кроме того, поскольку такие обследования охватывают лиц, не получивших вакцинацию, можно установить причины, почему вакцинация не была проведена. Основной недостаток обследований заключается в том, что они предоставляют информацию о контингенте детей, рожденных в предыдущий год (что осложняет использование результатов обследований для своевременного вмешательства). Кроме того, методология обследований может привести к тому, что интервал доверия будет шире, чем ожидалось, интервьюеры могут быть недостаточно хорошо обучены, а проведение обследования и контроль за его проведением могут оказаться на уровне, ниже желаемого. В некоторых случаях длительность и сложность обследования могут поставить под вопрос точность ответов. Как всегда, нужно с осторожностью подходить к обобщению результатов, с тем, чтобы результаты обследования не обобщались на население, не представленное в обследовании. Например, обследование городского населения не будет репрезентативным для населения всей страны.   
  
Например, в некоторых странах Латинской Америки и Карибского бассейна вакцинация против кори проводится в возрасте 12-15 месяцев. Это необходимо учитывать при расчетах охвата вакцинацией на основании обследования домохозяйств.  
  
В заключение, оба источника эмпирических данных потенциально могут содержать различные смещения. Задача заключается в интерпретации имеющихся данных и корректировке на возможные смещения с тем, чтобы получить наиболее точную оценку охвата иммунизацией. Для проверки точности данных, особенно данных, получаемых через административные системы, можно использовать различные дополнительные показатели. Примером таких показателей может служить информация о дефиците вакцин, дополнительной деятельности по иммунизации, уровню заболеваемости и программным мерам, таким как дополнительное финансирование и усиление кадрового обеспечения.

**ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА**

Иммунизация, как правило, проводится бесплатно и без каких-либо различий между мальчиками и девочками. Однако тот факт, что результаты как ДМСО, так и MICS в некоторых странах разных регионов свидетельствуют о существенных гендерных различиях, в сочетании с качественной литературой по гендерным разрывам в иммунизации, дают веские основания предполагать, что иммунизация, как и состояние здоровья в более обширном смысле, не является гендерно нейтральной.   
  
Различия в иммунизации могут быть вызваны предпочтениями в пользу сыновей и зачастую тесно связаны с уровнем образования матерей, при этом предвзятость против иммунизации девочек менее вероятна среди более образованных матерей.   
  
Гендерные различия в иммунизации влияют не только на девочек. Также существует предвзятость против иммунизации мальчиков. Основные причины этих различий до сих пор не были хорошо изучены в литературе, но, возможно, связаны с опасениями мужской стерилизации.

**ДАННЫЕ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА**

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ) составляют данные по странам на основе административных данных и данных обследований, собираемых посредством ежегодной единой формы отчетности ВОЗ/ ЮНИСЕФ по заболеваниям, предотвращаемым вакцинацией. Эта форма ежегодно направляется обеими организациями в министерства здравоохранения стран, форма должна быть заполнена до 15 апреля.   
  
Имеется три вида данных, которые запрашивают и собирают при помощи единой формы отчетности:

1. Административные данные по охвату.
   * Количество доз вакцин против кори согласно записям организаций, проводящим вакцинацию;
   * Количество детей в целевой группе населения, обычно живорожденные или младенцы, дожившие до одного года; и
   * Оценка полноты отчетности, т.е. процентная доля районов страны, представивших данные.
2. Данные обследований (национальные обследования, проводимые по ДМСО, MICS, РПИ или иным действующим инструментам).
3. Официальная национальная оценка (оценка охвата, которую Министерство здравоохранения считает правильной; которая может совпадать или не совпадать с административными данными или данными национальных обследований).

Данные, собираемые посредством единой формы отчетности ВОЗ/ЮНИСЕФ, являются основным источником информации по оценке национального охвата иммунизацией, сообщаемым случаям заболеваний, предотвращаемых вакцинацией (VPDs), и графикам иммунизации, а также показателей эффективности системы иммунизации. Обследования часто используются совместно с административными данными, в иных случаях они являются единственным источником информации по уровню охвата иммунизацией. Основными видами исследований являются обследования РПИ по 30 кластерам, MICS и ДМСО.  
  
Международные расчеты основываются на оценках частных значений данных, моделей и тенденций данных и информации о местных условиях, влияющих на оказание услуг. В случаях отсутствия альтернативных данных, расчеты основываются исключительно на данных, представляемых официально. В случаях наличия альтернативных данных предпринимается попытка определить, насколько точно данные отражают эффективность работы системы иммунизации, или являются ли данные неточными и вводящими в заблуждение в отношении успехов в иммунизации. Если предлагаются корректировки, то они производятся после консультаций с каждой отдельной страной.   
  
Проект отчета, подготовленный рабочей группой ВОЗ-ЮНИСЕФ, направляется каждой отдельной стране для изучения, представления комментариев, дополнений и окончательного утверждения. Корректировки, рекомендованные странами, вносятся после консультаций с рабочей группой ВОЗ-ЮНИСЕФ, после чего составляется окончательный отчет. Такое сотрудничество до официального издания окончательного отчета важно не только для того, чтобы информировать национальные органы власти о результатах до их окончательного издания, но также для того, чтобы воспользоваться местным опытом и знаниями. Консультации с местными экспертами направлены на то, чтобы обеспечить соответствие данных местному контексту событий, происходящих в системе иммунизации (например, нехватка вакцин в определенные периоды года, уход донора и т.д.), и событиям, происходящим в более широком контексте (например, международная частота случаев заболеваний, гражданские беспорядки, повышение политических обязательств по иммунизации и т.д.).  
  
Корректировки не вносятся в предоставленные данные в случаях, если данные для страны были получены из единственного источника, обычно национальных отчетов в ВОЗ. Данные корректируются с использованием методов сглаживания в попытке привести данные в соответствии с кривой, поскольку уровни охвата иммунизацией меняются с течением времени.  
  
Охват иммунизацией в глобальном и региональном масштабе рассчитывается с использованием оценочных и предоставленных значений, а так же оценок целевой численности населения, получаемых в Отделе народонаселения ООН. Формула для определения суммарного охвата по региону (и в глобальном масштабе):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Процент охвата | = | ∑[(опубликованная доля или оцениваемый охват) x (количество детей целевой группы)] | x | 100 |
| ∑(количество детей целевой группы) |

Если значения по охвату не были предоставлены, т.е. вакцинация проводится по графику, но данные в ВОЗ предоставлены не были, используется статистический метод для расчета наиболее вероятного охвата и эти оценки используются для глобальных и региональных расчетов. ЮНИСЕФ рассчитывает региональные показатели в случае наличия данных по странам, население которых составляет более 50% населения региона.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**ПРИМЕРЫ**

**ССЫЛКИ**

Gunn, S.W.A. (1990). *Multilingual Dictionary of Disaster Medicine and International Relief*. Kluwer Academic Publishers. Dordrecht, The Netherlands.   
  
United Nations Children’s Fund. *Health.* New York. Internet site <http://www.unicef.org/health/index.html>.  
  
United Nations Children’s Fund. *Statistics by Area/Child Survival and Health - Immunization.* New York. Internet site <http://www.childinfo.org/immunization.html>.  
  
World Health Organization. *Immunization Surveillance, Assessment and Monitoring.* Geneva. Internet site <http://www.who.int/immunization_monitoring/>.   
  
World Health Organization. *Measles.* Geneva. Internet site <http://www.who.int/topics/measles>.  
  
World Health Organization (2003). *Recommended Standards for Surveillance of Selected Vaccine-Preventable Diseases.* Geneva. Available from <http://www.who.int/vaccines-documents/DocsPDF06/843.pdf>.  
  
World Health Organization (2008). *WHO Vaccine-Preventable Diseases: Monitoring System. 2008 Global Summary.* Geneva. Available from <http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IVB_2008_eng.pdf>.  
  
World Health Organization (2009). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision (ICD-10).* Geneva. Available from <http://www.who.int/classifications/icd>.

5.1 Показатель материнской смертности

**ЦЕЛЬ И ЗАДАЧА, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

Цель 5. Улучшение охраны материнства  
Задача 5.A: Снизить на три четверти за период 1990–2015 годов Показатель материнской смертности

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ**

Определение  
Показатель материнской смертности – это число *материнских смертей* за год вследствие каких-либо причин, связанных с беременностью или ее медицинским ведением или усугубляемых ею (за исключением несчастных случаев или каких-либо других непредвиденных причин), в период беременности и во время родов либо в течение 42 дней после разрешения от беременности, независимо от срока и места, где проходила беременность, в расчете на 100 000 *живорождений* в течение определенного года.  
  
Понятия

*Материнские смерти* можно разделить на две группы: случаи смерти, вызванные прямыми акушерскими причинами, и случаи смерти, вызванные косвенными акушерскими причинами. К случаям смерти, вызванным прямыми акушерскими причинами, относятся смерти, вызванные акушерскими осложнениями состояния беременности (беременность, роды и послеродовой период), а также от экстренного хирургического вмешательства, различного рода оплошностей, неправильного лечения или как следствие цепи событий, наступивших в результате вышеуказанного. К случаям смерти, вызванным косвенными акушерскими причинами, относятся смерти, произошедшие в результате ранее возникшей и обострившейся во время беременности болезни либо болезни, которая развилась во время беременности и не была вызвана непосредственными акушерскими причинами, но была отягощена за счет физиологического действия состояния беременности.  
  
*Живорождением* называется полное изгнание или извлечение продукта зачатия из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности, в случае наличия у него хотя бы одного из признаков жизни, таких как дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины или явные движения произвольной мускулатуры, независимо от того, перерезана пуповина и отделилась ли плацента. Каждый продукт такого рождения считается живорожденным.  
  
Методика расчетов  
Показатель материнской смертности рассчитывается путем деления зарегистрированного (или оценочного) числа материнских смертей на общее число зарегистрированных (или выведенных по оценкам) живорождений за один и тот же период времени с последующим умножением полученного результата на 100 000. Для данного расчета необходима информация о состоянии беременности, времени смерти (во время беременности, во время родов или в течение 42 дней после разрешения от беременности) и причине смерти.



**ОБОСНОВАНИЕ И ТОЛКОВАНИЕ**

Данный показатель используется для мониторинга смертности в связи с беременностью и родами. Он отражает способность систем здравоохранения обеспечивать эффективную медико-санитарную помощь для предотвращения и принятия мер в отношении осложнений, возникающих во время беременности и родов.   
  
Значения показателя варьируются от менее 10 случаев смерти, которые наблюдаются в большинстве развитых стран, до свыше 1 000 случаев смерти, при этом в развивающихся регионах среднее значение составляет около 290 случаев смерти на 100 000 живорождений. Однако значения свыше 1 000 случаев смерти наблюдаются в относительно небольшой группе стран, и это значение показателя считается чрезвычайно высоким. По международным оценкам в 2008 году в 14 странах мира Показатель материнской смертности составил около или свыше 1 000 случаев смерти.   
  
Оценка материнской смертности, в особенности если имеются проблемы с качеством данных, приводит к большой степени неопределенности получаемых расчетных значений. В связи с этим целесообразно толковать Показатель материнской смертности в рамках контекста другой информации о состоянии репродуктивного здоровья, включая информацию о наличии квалифицированного медицинского персонала при родах, дородовом наблюдении, а также об уровне рождаемости.

**СБОР ДАННЫХ И ИХ ИСТОЧНИКИ**

Первичные источники данных включают системы регистрации рождения и смерти, обследования домохозяйств, исследования о смертности в репродуктивном возрасте, системы санитарно-эпидемиологического надзора или выборочной регистрации, специальные исследования по материнской смертности и общегосударственные переписи населения. Полные системы регистрации данных о рождении и смерти, содержащие точные сведения о причинах смерти, являются наиболее достоверными источниками данных для расчета показателя материнской смертности и его мониторинга в динамике по времени. Однако такие системы имеются лишь в немногих развивающихся странах. Официальные данные обычно собираются на основе учетной документации органов здравоохранения, однако в сельской местности медицинские услуги доступны лишь для небольшого числа женщин. Поэтому в развивающихся странах больше принято использовать данные обследований. Чаще всего в качестве источников используют данные демографических и медико-санитарных обследований и других подобных обследований домохозяйств.   
  
Поскольку случаи материнской смертности относительно редки, необходимы достаточно крупные выборки при получении данных по результатам обследований домохозяйств. Это требует высоких издержек и все равно может привести к получению расчетных данных с широкими доверительными интервалами.   
  
Методика опроса сестер, используемая в ДМСО, снижает требования к объему выборки. При этом методе респондентов спрашивают о дожитии сестер до определенного возраста. Респондентам задают 4 простых вопроса: сколько их сестер достигли совершеннолетия, сколько из них умерло и были ли среди умерших сестер беременные. Несмотря на то, что при этом методе снижаются требования к объему выборки, получаемые на его основе результаты охватывают период около 7-12 лет до обследования, что усложняет использование данных для мониторинга прогресса или наблюдения за воздействием проводимых мероприятий. При прямом методе опроса сестер респондентов просят сообщить дату смерти, что позволяет получить более современные оценочные значения, но даже в этом случае базисный период охватывает, как правило, период от 0 до 6 лет до опроса.

**ВОПРОСЫ ДЕЗАГРЕГИРОВАНИЯ ДАННЫХ**

Вследствие высокого уровня неуверенности в отношении расчетных данных, данные по показателю материнской смертности представляются только на национальном уровне. Дезагрегирование данных не рекомендуется.

**КОММЕНТАРИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

Материнскую смертность сложно оценивать. В большинстве развивающихся странах системы регистрации рождения и смерти и системы медицинской информации в неудовлетворительном состоянии, поэтому они не могут обеспечить точную оценку материнской смертности. Даже значения, полученные на основании всеобъемлющих систем регистрации рождения и смерти, таких, которые имеются в развитых странах, страдают от неправильной классификации и занижения данных о случаях материнской смертности.  
  
Вследствие широких доверительных интервалов расчетные данные по материнской смертности не всегда подходят для оценки тенденций, складывающихся с течением времени. Поэтому в качестве дополнения к показателю материнской смертности для целей оценки прогресса в сокращении материнской смертности на страновом уровне рекомендуется использовать такие показатели по оценке процессов, как помощь квалифицированного медицинского персонала при родовспоможении и пользование услугами медицинских учреждений.   
  
Показатель материнской смертности не следует смешивать с показателем доли материнских смертей (в знаменателе формулы которого указывается число женщин репродуктивного возраста), который отражает не только риск материнской смертности на одну беременность или рождений, но и уровень рождаемости. Показатель материнской смертности (в знаменателе формулы которого указывается число живорождений) показывает риск наступления смерти женщин с момента наступления беременности и не учитывает уровень рождаемости в стране.

**ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА**

Во многих странах главным определяющим фактором материнской смертности является низкий социально-экономический статус девушек и женщин. Он ограничивает доступ девушек и женщин к образованию, нормальному питанию и планированию семьи, а также к необходимому медицинскому обслуживанию для профилактики и/или лечения осложнений во время беременности и родов.

**ДАННЫЕ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА**

Показатель материнской смертности можно рассчитать непосредственно исходя из данных, полученных из систем регистрации рождений и смерти, обследований домохозяйств или других источников. Однако эти источники могут иметь проблемы с качеством данных, в частности проблемы, связанные с занижением сведений и неправильной классификацией материнских смертей, и могут иметь ограниченную сравнимость.   
  
Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), Детским фондом Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ), Фондом народонаселения Организации Объединенных Наций (ЮНФПА) и Всемирным банком (ВБ) разработан метод внесения корректировок в имеющиеся данные для учета проблем с качеством данных и для обеспечения сравнимости разных источников данных. При этом методе оценивается полнота данных и, в случае необходимости, вносятся корректировки на занижение сведений и неправильную классификацию случаев смерти, а также готовятся оценочные данные с применением статистического моделирования для стран, по которым надежные данные на национальном уровне отсутствуют.  
  
Данные по материнской смертности и другим необходимым переменным получают из баз данных ВОЗ, Отдела народонаселения ООН, ЮНИСЕФ и ВБ. Данные по разным странам отличаются по источникам и методам. С учетом разнообразия источников данных для каждого источника используются разные методы для получения расчетных значений, поддающихся сравнению и позволяющих проводить агрегацию данных на региональном и глобальном уровне.   
  
Только треть стран имеет полные и надежные данные, для которых не требуются дополнительные расчеты. В еще одной трети стран представляемые страной оценочные данные по материнской смертности корректируются для сравнимости. И в последней трети стран, в которых отсутствуют данные по материнской смертности надлежащего качества, для прогнозирования уровня материнской смертности используется статистическая модель. Однако точечные оценочные значения, рассчитанные с применением этой методики, могут не отражать точный уровень материнской смертности. Поэтому рекомендуется рассматривать такие оценочные значения вместе с уровнями неопределенности, в пределах которых, как предполагается, находятся фактические значения.  
  
Способность готовить оценочные значения показателя на страновом, региональном и глобальном уровне с большей точностью была бы гораздо выше, если бы национальные системы регистрации рождений и смертей были далее усовершенствованы. Такое усовершенствование сократило бы необходимость проведения специальных исследований по материнской смертности (на которые требуется время, финансовые ресурсы, и которые могут мало чем помочь в мониторинге тенденций).   
  
Оценочные значения на региональном и субрегиональном уровне основываются на средневзвешенных значениях страновых данных, при этом в качестве веса используется общее количество живорождений. Агрегированные на региональном уровне значения представляются только в случае, если имеющиеся данные охватывают не менее 50% от общего количества рождений в регионе.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**ПРИМЕРЫ**

**ССЫЛКИ**

Hill, K., K. Thomas, C. Abouzahr, N. Walker, L. Say, M. Inoue and E. Suzuki, on behalf of the Maternal Mortality Working Group (2007). Estimates of maternal mortality worldwide between 1990 and 2005: an assessment of available data. Lancet, vol. 370, Issue 9595, pp. 1311–1319.  
  
Say L. and R.C. Pattinson (2008). Maternal Mortality and Morbidity. In *International Encyclopedia of Public Health,* eds. Kris Heggenhougen and Stella R. Quah, pp. 222–236. Oxford: Academic Press.   
  
United Nations Population Fund (annual). *State of World Population.* New York. Available from <http://www.unfpa.org/swp/swpmain.htm>.   
  
United Nations Population Fund (1998). Issues in measuring and monitoring maternal mortality: implications for programmes. *Technical and Policy Paper No.1.* New York.   
  
World Health Organization (2009). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision (ICD-10).* Geneva. Available from <http://www.who.int/classifications/icd>.   
  
World Health Organization and United Nations Children’s Fund (1997). *The Sisterhood Method for Estimating Maternal Mortality: Guidance Notes for Potential Users.* Geneva. Available from <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/RHT_97_28/en/index.html>.  
  
World Health Organization, United Nations Children’s Fund, United Nations Population Fund and World Bank (2010). *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008.* Geneva. Available from <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241500265/en/index.html>.

5.2 Доля деторождений при квалифицированном родовспоможении

**ЦЕЛЬ И ЗАДАЧА, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

Цель 5. Улучшение охраны материнства   
Задача 5.A: Снизить на три четверти за период 1990–2015 годов показатель материнской смертности

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ**

Определение  
Доля деторождений при квалифицированном родовспоможении, - это доля *живорождений*, проходивших при помощи *квалифицированного специалиста по родовспоможению*, обученного жизнесохраняющей акушерской помощи.  
  
Данный показатель выражается в виде процента.  
  
Понятия  
*Живорождением* называется полное изгнание или извлечение продукта зачатия из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности, в случае наличия у него хотя бы одного из признаков жизни, таких как дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины или явные движения произвольной мускулатуры, независимо от того, перерезана пуповина и отделилась ли плацента. Каждый продукт такого рождения считается живорожденным.  
  
*Квалифицированным специалистом по родовспоможению* является аккредитованный медицинский работник, такой как акушерка, врач или медицинская сестра, получивший образование и обучение, который имеет такой уровень квалификации, который необходим для ведения нормальной (неосложненной) беременности, родов и раннего послеродового периода и установления, ведения осложнений у женщин и новорожденных и их направления к врачам-специалистам. *Традиционные повитухи*, вне зависимости от прохождения ими обучения, исключаются из числа квалифицированного медицинского персонала.   
  
*Традиционными повитухами* являются традиционные, независимые (от системы здравоохранения) лица из числа местных жителей, обеспечивающие помощь во время беременности, родов и послеродового периода, не получившие официального обучения.  
  
Методика расчетов  
Данный показатель рассчитывается как количество деторождений, происходивших при помощи квалифицированного медицинского персонала (врачей, медсестер или акушерок), деленное на общее количество деторождений за тот же период и умноженное на 100.



**ОБОСНОВАНИЕ И ТОЛКОВАНИЕ**

Правильно измерить уровень материнской смертности необычайно трудно, если, конечно, это не делается в условиях обязательной регистрации всех случаев смерти и их причин. В целях мониторинга прогресса в улучшении охраны материнства, такого как наличие профессиональной медицинской помощи в период беременности и во время родов, что особенно важно при возникающих осложнениях, предлагается ряд показателей для оценки соответствующих процессов. Родовспоможение надлежащим образом обученным медицинским персоналом является чрезвычайно важным для снижения материнской смертности. Доля женщин, рожавших при квалифицированном родовспоможении, является таким наиболее часто используемым показателем процесса.   
  
Значение этого показателя близко к 100% там, где квалифицированное родовспоможение оказывается всем женщинам, как это обстоит в большинстве развитых регионов. Значения показателя менее 20% наблюдаются в условиях, когда система здравоохранения находится в неудовлетворительном состоянии и материнская смертность является серьезной проблемой здравоохранения. Необходимо тщательно следить за долей деторождений при квалифицированном родовспоможении, наряду с рядом других связанных показателей, дезагрегированных по социально-экономическим характеристикам для выявления целевого населения и соответствующего планирования мер.

**СБОР ДАННЫХ И ИХ ИСТОЧНИКИ**

Необходимые данные собирают в ходе обследований домохозяйств, в том числе обследований по многим показателям с применением гнездовой выборки (MICS) и демографических медико-санитарных обследований (ДМСО). Обычно такие обследования проводятся каждые 3-5 лет национальным статистическим органом или министерством здравоохранения.   
  
Для облегчения толкования тенденций и изменений, основанных на данных обследований, целесообразно вместе с оценочными данными указывать доверительные интервалы.  
  
При отсутствии данных обследований в некоторых странах могут иметься данные от медицинских учреждений. Однако следует отметить, что по этим данным доля деторождений при квалифицированном родовспоможении может оказаться завышенной вследствие того, что из знаменателя предположительно исключены женщины, рожавшие вне медицинских учреждений.

**ВОПРОСЫ ДЕЗАГРЕГИРОВАНИЯ ДАННЫХ**

Дезагрегирование данного показателя по месту проживания (город/село), возрасту матери и ее социально-экономическому положению может помочь в оценке причин разной степени доступа к охране репродуктивного здоровья и выработке необходимой политики и мер.

**КОММЕНТАРИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

Данный показатель является своего рода мерилом способности той или иной системы здравоохранения обеспечивать надлежащий уход во время родов, период повышенного риска смертности, как для матерей, так и новорожденных. Но этот показатель не может полноценно отразить доступ женщин к качественному уходу, особенно в случае возникновения осложнений. Для того чтобы эффективно способствовать снижению материнской смертности, квалифицированный медицинский персонал должен иметь необходимое оборудование и возможности для направления женщин для получения специализированной медицинской помощи.  
  
Кроме того, иногда затруднительно дать единообразное определение понятию «квалифицированный медицинский персонал», поскольку в разных странах профессиональная подготовка медицинских работников осуществляется неодинаково. Несмотря на предпринимаемые усилия в плане стандартизации используемых в большинстве обследований домохозяйств определений «врач», «медицинская сестра» и «акушерка», а также «помощница акушерки», вполне вероятно, что возможности квалифицированного медицинского персонала по обеспечению соответствующего ухода в чрезвычайных ситуациях зависят от условий, в которых они работают.  
  
Ошибка припоминания является еще одной потенциальной причиной необъективности данных. В ходе обследования домохозяйства респондентов просят вспомнить все случаи живорождения, произошедшие за период до пяти лет до проведения опроса. Респондент может знать или не знать, или не вспомнить информацию о квалификации лица, помогавшего при родах, имевших место в отчетный период.   
  
Как отмечалось ранее, данные медицинских учреждений, в случае их использования, не включают женщин, рожающих дома, вследствие чего фактическая доля деторождений при квалифицированном родовспоможении оказывается завышенной.

**ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА**

Низкий социальный статус женщин в некоторых странах ограничивает их доступ к экономическим ресурсам и базовому образованию, а, значит, и их возможности по принятию решений в отношении здоровья и питания. Некоторые женщины лишены возможности получать необходимую помощь либо потому, что согласно принятым в их окружении культурным обычаям они должны находиться в изоляции, либо потому, что решения за них принимают другие члены семьи. Решающим фактором, обуславливающим высокую материнскую смертность, является отсутствие основных акушерско-гинекологических услуг или доступа к ним.

**ДАННЫЕ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА**

Данные для глобального мониторинга представляются Детским фондом Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) и Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). Эти агентства получают данные из национальных источников, которые включают как данные обследований, так и систем регистрации.   
  
До того, как данные будут включены в глобальные базы данных, ЮНИСЕФ и ВОЗ проводят проверку данных, которая включает переписку с представительствами на местах для прояснения вопросов.   
  
Расхождения между международными и национальными оценочными данными возможны, если данные собираются на уровне медицинских учреждений. Такие данные будут отличаться от международных оценок, которые основываются на данных обследований, проведенных на уровне домохозяйств.   
  
Что касается ограничений данных обследований, то в некоторых отчетах по результатам обследований может быть представлена доля деторождений при родовспоможении персоналом, который включает лиц, не соответствующих приведенному выше определению (например, персонал, который не считается квалифицированным, такой как социальные медицинские работники). В этих случаях подсчитывается доля деторождений при помощи врача, медицинской сестры или акушерки, которая затем и вводится в глобальную базу данных в качестве оценочного значения этого показателя.  
  
Затем, исходя из средних значений страновых данных, взвешенных по общему количество рождений в каждой стране, рассчитываются региональные и глобальные оценочные значения. Агрегированные на региональном уровне значения представляются только в случае, если имеющиеся данные охватывают не менее 50% от общего числа рождений в регионе.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**ПРИМЕРЫ**

**ССЫЛКИ**

United Nations Children’s Fund. *Childinfo – Monitoring the Situation of Children and Women.* New York. Internet site <http://www.childinfo.org/>.  
  
United Nations Population Fund (annual). *State of World Population.* New York. Available from <http://www.unfpa.org/swp/swpmain.htm>.  
  
World Health Organization. *WHO Statistical Information System (WHOSIS)* . Internet site <http://www.who.int/whosis>.  
  
World Health Organization (2006). *Reproductive Health Indicators - Guidelines for their Generation, Interpretation and Analysis for Global Monitoring.* Geneva. Available from <http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/924156315X_eng.pdf>.  
  
World Health Organization (2008). Proportion of births attended by a skilled attendant: 2008 updates. *Department of Reproductive Health and Research Factsheet.* Geneva. Available from <http://www.searo.who.int/LinkFiles/Publications_skilled_attendant_at_birth_2008.pdf> .

5.3 Доля населения, пользующегося контрацептивами

**ЦЕЛЬ И ЗАДАЧА, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

Цель 5. Улучшение охраны материнства   
Задача 5.B: Обеспечить к 2015 году всеобщий доступ к услугам по охране репродуктивного здоровья

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ**

Определение  
*Доля населения, пользующегося контрацептивами*, представляет собой процент *женщин репродуктивного возраста*, применяющих в настоящее время или сексуальный партнер которых пользуется хотя бы одним методом контрацепции, вне зависимости от применяемого метода контрацепции. Показатель рассчитывается для женщин в возрасте от 15 до 49 лет, состоящих в официальном или гражданском браке.  
  
Понятия

К *женщинам репродуктивного возраста* относятся все женщины в возрасте от 15 до 49 лет.  
  
*Методы контрацепции* включают современные и традиционные методы. Современные методы включают женскую и мужскую стерилизацию, оральные гормональные таблетки, внутриматочную спираль (ВМС), мужские и женские презервативы, инъекции, имплант (включая норплант), вагинальные барьерные методы и спермициды. К традиционным методам относятся метод ритма (периодическое воздержание), прерванный половой акт, метод лактационной аменории (МЛА) и различные народные методы. Обратите внимание, что в некоторых обследованиях МЛА относится к числу современных методов. В целях отчетности ЦРТ по данному показателю МЛА классифицируется как традиционный метод.   
  
Методика расчетов



**ОБОСНОВАНИЕ И ТОЛКОВАНИЕ**

Показатель по доле населения, пользующегося контрацептивами, который служит в качестве мерила степени доступа к услугам по охране репродуктивного здоровья, полезен с точки зрения мониторинга прогресса в обеспечении всеобщего доступа к охране репродуктивного здоровья, особенно если этот показатель рассматривается в совокупности с информацией об осведомленности женщин в вопросах планирования семьи или их доступа к таким услугам и информацией о качестве услуг по планированию семьи. Информация о доле населения, пользующегося контрацептивами, дополняет показатель по неудовлетворенной потребности в планировании семьи (см. Показатель 5.6). Сумма распространенности контрацепции и неудовлетворенной потребности определяет совокупную потребность в контрацепции. В отличие от показателя по неудовлетворенной потребности, показатель по распространенности контрацепции учитывает такой факт, как хотят ли женщины или пары еще иметь детей. Это обуславливает большую сложность в толковании этого показателя по сравнению с показателем по неудовлетворенной потребности, поскольку в разных обществах наблюдается разный уровень применения контрацепции с учетом большой разницы в отношении предпочитаемого размера семьи. По той же причине сложно определить желаемое значение для доли населения, пользующегося контрацептивами.

**СБОР ДАННЫХ И ИХ ИСТОЧНИКИ**

Доля населения, пользующегося контрацептивами, рассчитывается на основании данных репрезентативных в общегосударственном масштабе обследований, содержащих вопросы о текущем применении контрацепции. Обследованиями, которые обычно содержат такую информацию, являются: демографические и медико-санитарные обследования (ДМСО), обследования рождаемости и семьи (ОРС), обследования репродуктивного здоровья (ОРЗ), проводимые при содействии Центров по контролю и профилактике заболеваний США, обследования по многим показателям с применением гнездовой выборки (MICS) и другие национальные обследования.   
  
При обследованиях сведения собираются посредством прямых вопросов, задаваемых женщинам, в том числе об их возрасте и о том, состоят ли они в официальном или гражданском браке. Вопросы о методах контрацепции зачастую включают две части: общий вопрос, когда женщин спрашивают о том, пользуются ли они в настоящее время каким-либо методом контрацепции, и последующий вопрос о применяемом в настоящее время методе контрацепции. Для получения точных данных о распространенности контрацепции желательно, чтобы интервьюер предоставил описание или перечень конкретных методов планирования семьи. Если это не делается, то уровень распространенности контрацепции может оказаться значительно заниженным, особенно если распространено применение традиционных методов, таких как прерванный половой акт или календарный метод, или применение контрацептивной стерилизации. В некоторых обследованиях, таких как ДМСО, методы описываются в виде «зондирующих» вопросов о методах контрацепции, о которых слышал респондент, до того, как респондента спрашивают о применении им в настоящее время контрацепции. При проведении обследования среди высокообразованного населения интервьюер может предоставить респондентам распечатанный список методов.  
  
При регистрации данных о методах контрацепции важно помнить, что некоторые респонденты могут одновременно пользоваться более чем одним методом. В таких случаях выбор делается эмпирически либо лицом, собирающим данные, исходя из эффективности применяемых методов, либо респондентами, исходя из собственной оценки метода, которым они пользуются наиболее часто. Определение только одного метода или комбинации методов на одного респондента позволяет рассчитать распространенность контрацепции в виде суммы уровня применения каждого из методов. В случае если на одного респондента регистрируется более чем один метод или комбинация методов и не применяются критерии выбора, то сумма различных используемых методов может превысить общий уровень распространенности контрацепции.  
  
Также важно отметить, что распространенность контрацепции измеряется на момент проведения интервью. Однако имеется интервал запаздывания, обычно составляющий от одного года до двух лет, между датой проведения интервью и распространением отчетам по результатам обследования. В среднем обследования проводятся каждые 3-5 лет.

**ВОПРОСЫ ДЕЗАГРЕГИРОВАНИЯ ДАННЫХ**

Применение контрацепции может существенно отличаться в разных социально-экономических группах, а также в разных географических регионах. В целях разработки политики информация о распространенности контрацепции необходимо дезагрегировать, как минимум, по возрасту и текущему семейному положению. Данная информация является важной, поскольку она позволяет отслеживать различия в доступе к методам контрацепции среди более уязвимых групп населения, таких как подростки и незамужние женщины.   
  
Применение контрацепции можно также дезагрегировать по другим социальным или экономическим характеристикам, таким как уровень образования женщин, проживание в городе или селе, и количество имеющихся детей, насколько это требуется для выработки политики в конкретной стране или регионе.

**КОММЕНТАРИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

Различия в плане и проведении обследования, а также различия в формулировках и администрировании анкет могут повлиять на сопоставимость данных с течением времени, а также между странами. К некоторым наиболее распространенным различиям относятся спектр методов, включаемых в обследования, а также включение или невключение в анкеты зондирующих вопросов. Отсутствие зондирующих вопросов может привести к заниженной оценке распространенности контрацепции.   
  
Характеристика (возраст, пол, семейное положение) лиц, в отношении которых оценивается распространенность контрацепции (базисное население), также влияет на сопоставимость данных по распространенности контрацепции. Несмотря на то, что в стандартном определении доли населения, пользующегося контрацептивами, указываются только женщины, состоящие в официальном или гражданском браке, иногда представляется альтернативное базисное население, которое включает сексуально активных женщин (вне зависимости от семейного положения), женщин, состоящих или состоявших в браке, или мужчин и женщин, состоящих в официальном или гражданском браке.   
  
Интервалы времени, которые используются для оценки распространенности контрацепции, также могут отличаться. Зачастую определение того, что подразумевается под «применяемым в настоящее время» методом контрацепции, остается за респондентом. В некоторых обследованиях респондентов спрашивают о применении контрацепции в течение последнего месяца. Иногда, когда информация о текущем применении не собирается, для оценки текущей распространенности контрацепции использовались данные о применении методов контрацепции во время последнего сексуального контакта или в течение предыдущего года. Необходимо четко указывать любые отличия представляемых данных от стандартного определения распространенности контрацепции.  
  
Изменчивость элементов выборки также может представлять проблему при сборе данных, особенно в тех случаях, когда распространенность контрацепции оценивается для конкретной подгруппы (в соответствии с методом контрацепции, возрастными характеристиками, уровнем образования, местом проживания и т.д.) или при анализе тенденций в динамике по времени.

**ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА**

Статистические сведения о применении контрацепции основываются в первую очередь на данных, относящихся к женщинам. В основном это обусловлено прагматическими причинами, поскольку большинство методов контрацепции основываются на их применении именно женщинами. Можно также утверждать, что степень контролирования женщинами воспроизводства является показателем того, как они контролируют свою жизнь в целом, поэтому доля населения, пользующегося контрацепцией, может также рассматриваться как показатель расширения прав и возможностей женщин. В некоторых последних обследованиях также опрашивались мужчины о применении методов контрацепции.

**ДАННЫЕ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА**

На глобальном уровне данные по этому показателю представляются Отделом народонаселения ООН. Данные берутся из национальных архивов данных или из опубликованных отчетов по результатам обследований. В исключительных случаях данные берутся из других опубликованных аналитических отчетов. В случае необходимости пояснений Отдел народонаселения связывается с заказчиками обследований или организацией, проводившей обследование, которые в ответ могут предоставить исправленные или скорректированные оценочные данные.   
  
Региональные оценочные значения показателя представляют собой средневзвешенные значения страновых данных, в которых в качестве весов используется число женщин в возрасте 15-49 лет, состоящих в официальном или гражданском браке, за базисный год в каждой стране. Глобальные оценочные данные представляют собой средневзвешенные значения региональных оценочных данных, в которых в качестве весов используется число женщин в возрасте 15-49 лет, состоящих в официальном или гражданском браке, за базисный год в каждом регионе. Данные не представляются в случае, если охвачено менее 50% сопоставимого контингента в регионе.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**ПРИМЕРЫ**

**ССЫЛКИ**

Rutstein, S. O. and G. Rojas (2006). *Online Guide to DHS Statistics.* Calverton, Maryland: Measure DHS. Available from <http://www.measuredhs.com/help/Datasets/index.htm>.   
  
United Nations (2004). *Levels and Trends of Contraceptive Use as Assessed in 2002.* Sales No. E.04.XIII.9. New York. Available from <http://www.un.org/esa/population/publications/wcu2002/WCU2002_Report.pdf>.   
  
United Nations (2011). *World Contraceptive Use 2010.* New York. Available from <http://www.un.org/esa/population/publications/wcu2010/Main.html>.  
  
United Nations Population Division (2010). *Multilingual Demographic Dictionary, Second Edition 1982.* Available from <http://en-ii.demopaedia.org/wiki/Main_Page>.  
  
World Health Organization (2006). *Reproductive Health Indicators: Guidelines for their Generation, Interpretation and Analysis for Global Monitoring.* Geneva. Available from <http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/924156315X_eng.pdf>.

5.4 Коэффициент рождаемости среди подростков

**ЦЕЛЬ И ЗАДАЧА, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

Цель 5. Улучшение охраны материнства  
Задача 5.B: Обеспечить к 2015 году всеобщий доступ к услугам по охране репродуктивного здоровья

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ**

Определение  
Коэффициент рождаемости среди подростков представляет собой *число живорождений в год среди женщин подросткового возраста на 1 000 женщин подросткового возраста*.   
  
Понятия  
Коэффициент рождаемости среди подростков также называется повозрастным коэффициентом рождаемости для женщин от 15 до 19 лет.   
  
*Живорождением* называется полное изгнание или извлечение продукта зачатия из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности, в случае наличия у него хотя бы одного из признаков жизни, таких как дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины или явные движения произвольной мускулатуры, независимо от того, перерезана пуповина и отделилась ли плацента. Каждый продукт такого рождения считается живорожденным.  
  
*Женщинами подросткового возраста* в целях данного показателя являются женщины в возрасте от 15 до 19 лет.  
  
Методика расчетов  
Коэффициент рождаемости среди подростков рассчитывается как число живорождений среди женщин подросткового возраста, деленное на общее число женщин подросткового возраста и умноженное на 1 000.



Данный показатель рассчитывается по-разному в зависимости от того, какие данные используются: регистрационные данные рождений и смерти, данные обследований или переписи.

1. Регистрация рождений и смерти:
   * Число живорождений среди женщин подросткового возраста – это количество зарегистрированных в течение определенного года живорождений среди женщин в возрасте 15-19 лет.
   * Число женщин подросткового возраста - это оцениваемое количество женщин в возрасте 15-19 лет на 1 июля рассматриваемого года. Для мониторинга данного показателя на национальном уровне данные по численности населения могут быть взяты из надежных национальных источников или оценочных данных по численности населения, публикуемых Отделом народонаселения ООН в *«World Population Prospects»*. В случае если числитель не охватывает абсолютную фактическую численность населения, можно при наличии использовать альтернативные оценочные данные по численности населения.
2. Данные обследований: Коэффициент рождаемости среди подростков обычно рассчитывается исходя из ретроспективных историй рождений. Во всех возможных случаях базисный год соответствует 5 годам, предшествующим обследованию. Отчетный год наблюдения соответствует середине базисного периода
   * Число живорождений среди женщин подросткового возраста - число живорождений среди женщин, которым на момент родов было от 15 до 19 лет, в течение базисного периода до проведения опроса.
   * Число женщин подросткового возраста - количество человеко-лет, прожитых опрошенными женщинами в возрасте от 15 до 19 лет в течение того же базисного периода.
3. В обследованиях, где ретроспективные истории рождений отсутствуют, число рождений может быть оценено на основании вопросов о дате последнего рождения или числе рождений в течение 12 месяцев, предшествующих обследованию.
   * Данные переписи: Коэффициент рождаемости среди подростков обычно рассчитывается исходя из даты последнего рождения или числа рождений в течение 12 месяцев, предшествующих переписи. Перепись обеспечивает данные, как для числителя, так и для знаменателя. В некоторых случаях коэффициенты, рассчитанные по данным переписи, корректируются на неполную регистрацию. В некоторых случаях, когда где нет других надежных данных, метод косвенной оценки учета собственных детей обеспечивает оценку коэффициента рождаемости среди подростков для ряда лет до переписи (см. более подробную информацию в Руководстве Х: *Indirect Techniques for Demographic Estimation,* United Nations (1983)).

**ОБОСНОВАНИЕ И ТОЛКОВАНИЕ**

Коэффициент рождаемости среди подростков является важным показателем для разработки политики, нацеленной на общее улучшение охраны материнства. Материнская смертность среди более молодых женщин подросткового возраста (до 18 лет) гораздо выше, чем среди более взрослых женщин или подростков (18-19 лет). Если общая материнская смертность среди женщин подросткового возраста высокая, снижение рождаемости среди подростков способствует улучшению охраны материнства, поскольку приводит к сокращению общей материнской смертности.   
  
Ранее материнство не только повышает риск смерти во время родов, но и ставит под угрозу благосостояние матерей и их детей. Молодые матери часто отказываются от получения образования и других социально-экономических возможностей; дети, рожденные юными матерями, имеют более высокий риск смерти в младенчестве или детстве, и в случае их выживания у них меньше возможностей для получения образования.   
  
Значения коэффициента рождаемости среди подростков варьируются от менее 2 случаев до около 230 случаев рождений на 1 000 женщин подросткового возраста. Высокими считаются значения показателя в размере от 50 и выше случаев рождений на 1 000 женщин, а низкими - значения в размере 10 или менее случаев рождений 1 000 женщин. Более высокие значения коэффициента рождаемости среди подростков могут свидетельствовать о неудовлетворенной потребности в планировании семьи среди молодых женщин, многие из которых хотели бы отложить свою беременность.

**СБОР ДАННЫХ И ИХ ИСТОЧНИКИ**

Данные по случаям рождений с указанием возраста матери обычно берутся из систем регистрации рождений и смерти, если они охватывают 90 и более процентов всех живорождений. Оценочные данные по результатам переписи или обследований могут дополнить регистрационные данные за периоды, по которым регистрационные данные отсутствуют. В странах, где нет системы регистрации рождений и смерти или где такая система охватывает менее 90 процентов живорождений, коэффициент рождаемости среди подростков может быть получен на основании данных обследований домохозяйств и данных переписи населения. В странах, где есть несколько программ обследований, приоритет отдается обследованиям больших выборок, проводимым ежегодно или один раз в два года.   
  
Обследованиями, из которых обычно могут быть получены данные, являются: демографические и медико-санитарные обследования (ДМСО), обследования репродуктивного здоровья (ОРЗ), проводимые при содействии Центров по контролю и профилактике заболеваний США, обследования по многим показателям с применением гнездовой выборки (MICS) и другие национальные обследования. В случае наличия в отчете по результатам обследования оценочных значений, их необходимо брать в том виде, в котором они приведены в таком отчете. В противном случае при наличии микроданных, оценочные значения необходимо рассчитать, используя соответствующий метод расчета. В случае использования данных переписи, оценочные значения должны быть теми же, что и указанные в отчетах по результатам переписи, включая любые корректировки, внесенные национальным статистическим органом.

**ВОПРОСЫ ДЕЗАГРЕГИРОВАНИЯ ДАННЫХ**

Дезагрегирование коэффициента рождаемости среди подростков по географическим районам, проживанию в городе или селе, уровню образования женщин, статусу бедности и другим характеристикам, актуальным в условиях конкретной страны, может помочь в выявлении категорий населения, где уровень коэффициента рождаемости среди подростков является наиболее высоким, и разработке политики по сокращению материнской смертности и улучшению охраны репродуктивного здоровья девочек-подростков, а также политики по сокращению детской смертности.

**КОММЕНТАРИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

При расчете данного показателя возникает ряд ограничений. При использовании данных о регистрации рождений и смерти коэффициенты рождаемости среди подростков подвержены ограничениям, которые зависят от полноты системы регистрации рождений; в зависимости от того, как трактуются случаи, когда новорожденный рождается живым, но умирает до регистрации или в течение первых суток жизни; от точности сообщаемого возраста матери; а также от включения случаев рождений в предыдущие периоды. Расчетное значение численности населения может быть подвержено ограничениям, связанным с неверным сообщением возраста и охватом. Другое ограничение заключается в том, что число живорождений может также включать случаи рождений среди женщин младше 15 лет (например, живорождения по возрасту матери среди женщин в возрасте 12-19 лет) или в том, что показатель рассчитывается для разных возрастных групп как по числу живорождений, так и по числу женщин (например, женщин в возрасте от 16 до 19 лет). В странах, где система регистрации рождений и смерти регистрирует рождения по месту родов, а не по месту постоянного местожительства матери, число рождений среди подростков в городской местности может быть преувеличено за счет больничной инфраструктуры, которая обслуживает женщин из близлежащих сельских районов. Это влияет на точность показателя, когда он представляется отдельно для городской и сельской местности. При использовании данных обследований и переписи, число живорождений среди женщин подросткового возраста и число подростков основывается на одной генеральной совокупности. Тем не менее, данные могут быть искажены вследствие неточного сообщения возраста, несообщения о рождениях, неточного сообщения даты рождения ребенка и изменчивости элементов выборки в случае с обследованиями. Другое ограничение заключается в том, что коэффициент рождаемости среди подростков обычно представляется в отчетности как процент рождаемости среди женщин в возрасте 15-19 лет в общей рождаемости. Однако предпочтение следует отдавать коэффициенту рождаемости среди подростков, нежели проценту рождаемости среди женщин в возрасте 15-19 лет в общей рождаемости, поскольку такой процент может существенно варьироваться в результате изменения уровня рождаемости в других возрастных группах, даже если коэффициент рождаемости среди подростков остается постоянным.

**ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА**

Женщины, становящиеся матерями в раннем возрасте, часто упускают возможность для получения образования и другие социально-экономические возможности. Таким образом, высокий коэффициент рождаемости среди подростков может привести к большому гендерному неравенству в образовании. Высокий коэффициент рождаемости среди подростков также свидетельствует о распространенности ранних браков среди женщин и часто является признаком социальной структуры, в которой ожидается, что женщины будут подтверждать свою взрослость, принимая на себя социальную роль матери как можно раньше. Снижение же коэффициента рождаемости среди подростков может свидетельствовать о повышении уровня гендерного равенства и расширении прав и возможностей женщин. Высокий коэффициент рождаемости среди подростков может также способствовать высокой материнской смертности.

**ДАННЫЕ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА**

На глобальном уровне данные для данного показателя составляются Отделом народонаселения ООН (ОНООН). Для этого по мере возможности используются данные о регистрации рождений и смерти. Для расчета коэффициентов рождаемости среди подростков используются данные, представляемые национальными статистическими органами в Отдел народонаселения ООН. В случае их отсутствия или недостаточной надежности, данные берутся из других региональных статистических подразделений или собираются непосредственно в самих странах. В качестве данных по численности подростков используются данные, публикуемые в *«World Population Prospects»*, издаваемым ОНООН. В случае отсутствия данных для числителя или знаменателя, используется оценочное значение, рассчитанное национальным статистическим органом.   
  
Если данные по регистрации рождений и смерти недоступны, изучаются результаты обследований или переписи населения. В случае использования результатов обследований, обычно в качестве таких обследований используются ДМСО, ОРЗ и MICS. Если оценочные значения представлены в самом отчете по результатам обследования, то они берутся из такого отчета. В противном случае ОНООН использует национальные микроданные для расчета показателя. В случае с данными переписи населения, предпочтительнее использовать расчетные значения, представленные в отчетах по результатам переписи, включая корректировки, производимые национальным статистическим органом. В других случаях коэффициент рождаемости среди подростков выводится с применением соответствующих методов расчета. В некоторых случаях коэффициент, рассчитанный на основании данных переписи, корректируется на неполную регистрацию, исходя из косвенных методов оценки. Для некоторых стран, где нет других надежных данных, метод косвенной оценки учета собственных детей обеспечивает оценку коэффициента рождаемости среди подростков для ряда лет до переписи.  
  
ОНООН рассчитывает региональные и глобальные значения показателя. Для базисных годов, по которым данные отсутствуют, используется ближайший элемент данных. Средние значения рассчитываются с использованием в качестве весов количества женщин в возрасте 15-19 лет. Данные по численности женщин берутся из последней редакции *«World Population Prospects»*. Среднерегиональные значения показателя представляются только в случае охвата более 50% женщин в возрасте 15-19 лет в регионе. В большинстве регионов охват составляет более 95%.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**ПРИМЕРЫ**

**ССЫЛКИ**

United Nations (2008). *World Fertility Patterns 2007.* Wallchart. New York. Available from <http://www.un.org/esa/population/publications/worldfertility2007/worldfertility2007.htm>.   
  
United Nations (2011). *World Population Prospects: The 2010 Revision.* On-line Database. New York. Available from <http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>.  
  
United Nations (2004). *Handbook on the Collection of Fertility and Mortality Data.* New York. Available from <http://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesF/SeriesF_92E.pdf>.  
  
United Nations (1983). *Manual X: Indirect Techniques for Demographic Estimation.* New York. Available from <http://www.un.org/esa/population/publications/Manual_X/Manual_X.htm>.

5.5 Охват дородовым обслуживанием (по меньшей мере, одно посещение и, по меньшей мере, четыре посещения)

**ЦЕЛЬ И ЗАДАЧА, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

Цель 5. Улучшение охраны материнства   
Задача 5.B: Обеспечить к 2015 году всеобщий доступ к услугам по охране репродуктивного здоровья

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ**

Определение  
Охват дородовым обслуживанием (по меньшей мере, одно посещение) представляет собой процент женщин в возрасте 15–49 лет, имевших *живорождение* в рассматриваемый период времени, получивших *дородовое обслуживание* со стороны *квалифицированного медицинского персонала* не менее одного раза за время беременности.  
  
Охват дородовым обслуживанием (по меньшей мере, четыре посещения) представляет собой процент женщин в возрасте 15–49 лет, имевших *живорождение* в рассматриваемый период времени, получивших *дородовое обслуживание* четыре или более раз за время беременности со стороны любого источника.   
  
Понятия  
*Живорождением* называется полное изгнание или извлечение продукта зачатия из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности, в случае наличия у него хотя бы одного из признаков жизни, таких как дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины или явные движения произвольной мускулатуры, независимо от того, перерезана пуповина и отделилась ли плацента.   
  
*Дородовое обслуживание* направлено на контроль состояния здоровья и социально-экономических условий, которые могут повысить вероятность конкретных негативных исходов беременности; обеспечение эффективных терапевтических мер; информирование беременных женщин о подготовке к безопасным родам, чрезвычайных обстоятельствах во время беременности и соответствующих мерах.  
  
*Квалифицированным медицинским специалистом* является аккредитованный медицинский работник, такой как акушерка, врач или медицинская сестра, получивший образование и обучение, который имеет такой уровень квалификации, который необходим для ведения нормальной (неосложненной) беременности, родов и раннего послеродового периода и установления, ведения осложнений у женщин и новорожденных и их направления к врачам-специалистам. *Традиционные повитухи*, вне зависимости от прохождения ими обучения, исключаются из числа квалифицированного медицинского персонала.

*Традиционными повитухами* являются традиционные, независимые (от системы здравоохранения) лица из числа местных жителей, обеспечивающие помощь во время беременности, родов и послеродового периода, не получившие официального обучения.  
  
Методика расчетов  
Процент женщин в возрасте 15–49 лет, имевших живорождение в рассматриваемый период времени, получивших дородовое обслуживание со стороны квалифицированного медицинского персонала не менее одного раза за время беременности (ANC 1+), рассчитывается путем деления числа женщин, посещенных не менее одного раза за время беременности квалифицированным медицинским персоналом по причинам, связанным с беременностью, на общее число женщин, имевших живорождение, и умножения на 100.  
  
Процент женщин в возрасте 15–49 лет, имевших живорождение в рассматриваемый период времени, получивших дородовое обслуживание четыре или более раз за время беременности (ANC 4+), рассчитывается путем деления числа женщин, посещенных четыре и более раз за время беременности любым лицом, обеспечивающим обслуживание, по причинам, связанным с беременностью, на общее число женщин, имевших живорождение, и умножения на 100.  
  
В отличие от ANC 1+, ANC 4+ включает обслуживание, обеспечиваемое любым лицом, а не только квалифицированным медицинским персоналом. Это связано с тем, что в ходе основных обследований домохозяйств на национальном уровне не собирается информация о том, кто обеспечивает обслуживание в ходе каждого посещения.

**ОБОСНОВАНИЕ И ТОЛКОВАНИЕ**

Дородовый период представляет возможности для обеспечения беременных женщин вмешательствами, которые могут быть жизненно важными для их здоровья и самочувствия, а также здоровья и самочувствия их младенцев. Исходя из анализа эффективности различных моделей дородового наблюдения Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рекомендует стандартную модель из четырех посещений. В руководствах ВОЗ указывается точное содержание посещений в течение дородового периода, которые должны включать:

* клиническое исследование;
* анализ крови, направленный на выявление сифилиса и тяжелой анемии (и других заболеваний, таких как вирус иммунодефицита человека и малярия, в зависимости от эпидемиологической обстановки);
* определение внутриутробного возраста и высоты стояния дна матки;
* измерение кровяного давления;
* замер роста и веса матери;
* проведение симптоматического анализа мочи на инфекции, передающиеся половым путем (многократное погружение индикаторной полоски);
* определение группы и резуса крови;
* прививка против столбняка;
* назначение железосодержащих добавок и фолиевой кислоты;
* предоставление рекомендаций/горячей линии на случай экстренной ситуации.

Важно отметить, что показатели по дородовому обслуживанию (по меньшей мере, одно посещение и, по меньшей мере, четыре посещения) не отражают эти составляющие обслуживания. Эти показатели основываются на стандартном вопросе о том, проводился ли медицинский осмотр женщины во время беременности. Таким образом, не следует предполагать, что женщины получили все составляющие дородового обслуживания, указанные выше. Значения показателя варьируются от 0 до 100, при этом значение показателя, равное 100, является идеальной ситуацией, когда все беременные женщины в возрасте 15- 49 лет, обращались к врачу хотя бы один или четыре раза за время своей беременности. В случае с ANC 1+, значение показателя обычно варьируется между 50 и 100 процентами. В случае с ANC 4+ значения показателя ниже, иногда значительно ниже. Данные по охвату дородовым обслуживанием необходимо рассматривать вместе с рядом других связанных показателей, таких как доля деторождений при квалифицированном родовспоможении или роды в медицинских учреждениях, и их необходимо дезагрегировать по соответствующим характеристикам для выявления целевого населения и выработки соответствующей политики.

**СБОР ДАННЫХ И ИХ ИСТОЧНИКИ**

В качестве основных источников данных для показателя по дородовому обслуживанию необходимо использовать данные обследований домохозяйств. К возможным обследованиям относятся демографические и медико-санитарные обследования (ДМСО), обследования по многим показателям с применением гнездовой выборки (MICS), обследования рождаемости и семьи (ОРС), обследования репродуктивного здоровья (ОРЗ) и другие обследования, построенные на подобной методологии. Обычно обследования проводятся каждые 3-5 лет.   
  
Для облегчения толкования тенденций и изменений, основанных на данных обследований, целесообразно вместе с оценочными данными указывать доверительные интервалы.

**ВОПРОСЫ ДЕЗАГРЕГИРОВАНИЯ ДАННЫХ**

Дезагрегирование данного показателя по месту проживания и категориям населения показывает существенные различия в доступе к услугам по охране репродуктивного здоровья в разрезе географических районов и разных социально-экономических групп населения. Для понимания причин таких отличий необходим дальнейший анализ с тем, чтобы далее планировать меры по их преодолению.

**КОММЕНТАРИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

Дородовое обслуживание во время беременности не гарантирует получение тех вмешательств, которые эффективно способствуют улучшению охраны материнства. Дородовое обслуживание с посещением не менее четырех раз, рекомендуемое ВОЗ, повышает вероятность получения эффективных вмешательств во время дородового обслуживания. Важно, что показатель по дородовому обслуживанию с посещением, по меньшей мере, один раз, относится к посещению квалифицированного медицинского персонала, в то время как показатель по посещению четыре и более раза обычно оценивает посещения любым лицом, обеспечивающим обслуживание, поскольку в ходе обследований домохозяйств не собирается информация о каждом посещении. Кроме того, иногда затруднительно дать единообразное определение понятия «квалифицированный медицинский персонал», поскольку в разных странах профессиональная подготовка медицинских работников осуществляется неодинаково.  
  
Потенциальным источником необъективности данных является ошибка припоминания. При проведении обследований домохозяйств респондентов спрашивают обо всех живорождениях за пять лет до обследования. Респонденты могут знать или не знать, или не помнить информацию о квалификации человека, обеспечивавшего дородовое обслуживание.

**ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА**

Низкий социальный статус женщин в некоторых странах ограничивает их доступ к экономическим ресурсам и базовому образованию, а, значит, и их возможности принимать решения в отношении здоровья и питания. Некоторые женщины лишены возможности получать необходимую помощь либо потому, что согласно принятым в их окружении культурным обычаям они должны находиться в изоляции, либо потому, что решения за них принимают другие члены семьи.

**ДАННЫЕ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА**

На глобальном уровне данные для данного показателя готовятся Детским фондом ООН (ЮНИСЕФ) - по ANC +1 и ANC +4 и ВОЗ - по ANC +4. Основным источником информации для глобальных показателей по дородовому обслуживанию являются национальные обследования домохозяйств, в том числе: ДМСО, MICS, ОРС, ОРЗ и национальные обследования, основанные на подобной методологии. В случае с развитыми странами (где охват беременных высокий), в качестве источников данных также используется статистика по оказываемым услугам.  
  
До включения данных в глобальные базы данных, ЮНИСЕФ и ВОЗ проводят проверку данных, которая включает переписку с представительствами на местах для прояснения вопросов касательно оценочных данных.   
  
Расхождения между международными и национальными оценочными данными возможны, если национальные данные собираются на уровне медицинских учреждений. Такие данные будут отличаться от международных оценок, которые основываются на данных обследований, собираемых на уровне домохозяйств.  
  
В некоторых отчетах может быть представлен общий процент беременных женщин, получивших дородовое обслуживание со стороны квалифицированного медицинского персонала, который не соответствует определению, приведенному выше (например, сюда включается персонал, который не считается квалифицированным, такой как социальные медицинские работники). В этих случаях суммируются проценты дородового обслуживания, обеспечиваемого врачом, медицинской сестрой или акушеркой, и результат вводится в глобальную базу данных.  
  
ЮНИСЕФ и ВОЗ также готовят региональные и глобальные оценочные данные. Они основываются на средневзвешенных значениях, взвешенных по общему числу рождений. Такие оценочные данные представляются только в случае охвата не менее 50% всех рождений в разрезе регионов или в глобальном масштабе.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**ПРИМЕРЫ**

**ССЫЛКИ**

United Nations Children’s Fund. *Childinfo – Monitoring the Situation of Children and Women.* New York. Internet site <http://www.childinfo.org/>.  
  
World Health Organization. *Sexual and Reproductive Health.* Geneva. Internet site <http://www.who.int/reproductive-health/global_monitoring/index.html>.  
  
World Health Organization (2002). *Antenatal Care Randomized Trial: Manual for the Implementation of the New Model.* Geneva. Available from <http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_RHR_01.30.pdf>.  
  
World Health Organization (2003). *Antenatal Care in Developing Countries: Promises, Achievements and Missed Opportunities: An Analysis of Trends, Levels and Differentials, 1990-2001.* Geneva. Available from <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241590947.pdf>.

Top of Form

5.1 Показатель материнской смертности

**ЦЕЛЬ И ЗАДАЧА, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

Цель 5. Улучшение охраны материнства  
Задача 5.A: Снизить на три четверти за период 1990–2015 годов Показатель материнской смертности

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ**

Определение  
Показатель материнской смертности – это число *материнских смертей* за год вследствие каких-либо причин, связанных с беременностью или ее медицинским ведением или усугубляемых ею (за исключением несчастных случаев или каких-либо других непредвиденных причин), в период беременности и во время родов либо в течение 42 дней после разрешения от беременности, независимо от срока и места, где проходила беременность, в расчете на 100 000 *живорождений* в течение определенного года.  
  
Понятия

*Материнские смерти* можно разделить на две группы: случаи смерти, вызванные прямыми акушерскими причинами, и случаи смерти, вызванные косвенными акушерскими причинами. К случаям смерти, вызванным прямыми акушерскими причинами, относятся смерти, вызванные акушерскими осложнениями состояния беременности (беременность, роды и послеродовой период), а также от экстренного хирургического вмешательства, различного рода оплошностей, неправильного лечения или как следствие цепи событий, наступивших в результате вышеуказанного. К случаям смерти, вызванным косвенными акушерскими причинами, относятся смерти, произошедшие в результате ранее возникшей и обострившейся во время беременности болезни либо болезни, которая развилась во время беременности и не была вызвана непосредственными акушерскими причинами, но была отягощена за счет физиологического действия состояния беременности.  
  
*Живорождением* называется полное изгнание или извлечение продукта зачатия из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности, в случае наличия у него хотя бы одного из признаков жизни, таких как дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины или явные движения произвольной мускулатуры, независимо от того, перерезана пуповина и отделилась ли плацента. Каждый продукт такого рождения считается живорожденным.  
  
Методика расчетов  
Показатель материнской смертности рассчитывается путем деления зарегистрированного (или оценочного) числа материнских смертей на общее число зарегистрированных (или выведенных по оценкам) живорождений за один и тот же период времени с последующим умножением полученного результата на 100 000. Для данного расчета необходима информация о состоянии беременности, времени смерти (во время беременности, во время родов или в течение 42 дней после разрешения от беременности) и причине смерти.



**ОБОСНОВАНИЕ И ТОЛКОВАНИЕ**

Данный показатель используется для мониторинга смертности в связи с беременностью и родами. Он отражает способность систем здравоохранения обеспечивать эффективную медико-санитарную помощь для предотвращения и принятия мер в отношении осложнений, возникающих во время беременности и родов.   
  
Значения показателя варьируются от менее 10 случаев смерти, которые наблюдаются в большинстве развитых стран, до свыше 1 000 случаев смерти, при этом в развивающихся регионах среднее значение составляет около 290 случаев смерти на 100 000 живорождений. Однако значения свыше 1 000 случаев смерти наблюдаются в относительно небольшой группе стран, и это значение показателя считается чрезвычайно высоким. По международным оценкам в 2008 году в 14 странах мира Показатель материнской смертности составил около или свыше 1 000 случаев смерти.   
  
Оценка материнской смертности, в особенности если имеются проблемы с качеством данных, приводит к большой степени неопределенности получаемых расчетных значений. В связи с этим целесообразно толковать Показатель материнской смертности в рамках контекста другой информации о состоянии репродуктивного здоровья, включая информацию о наличии квалифицированного медицинского персонала при родах, дородовом наблюдении, а также об уровне рождаемости.

**СБОР ДАННЫХ И ИХ ИСТОЧНИКИ**

Первичные источники данных включают системы регистрации рождения и смерти, обследования домохозяйств, исследования о смертности в репродуктивном возрасте, системы санитарно-эпидемиологического надзора или выборочной регистрации, специальные исследования по материнской смертности и общегосударственные переписи населения. Полные системы регистрации данных о рождении и смерти, содержащие точные сведения о причинах смерти, являются наиболее достоверными источниками данных для расчета показателя материнской смертности и его мониторинга в динамике по времени. Однако такие системы имеются лишь в немногих развивающихся странах. Официальные данные обычно собираются на основе учетной документации органов здравоохранения, однако в сельской местности медицинские услуги доступны лишь для небольшого числа женщин. Поэтому в развивающихся странах больше принято использовать данные обследований. Чаще всего в качестве источников используют данные демографических и медико-санитарных обследований и других подобных обследований домохозяйств.   
  
Поскольку случаи материнской смертности относительно редки, необходимы достаточно крупные выборки при получении данных по результатам обследований домохозяйств. Это требует высоких издержек и все равно может привести к получению расчетных данных с широкими доверительными интервалами.   
  
Методика опроса сестер, используемая в ДМСО, снижает требования к объему выборки. При этом методе респондентов спрашивают о дожитии сестер до определенного возраста. Респондентам задают 4 простых вопроса: сколько их сестер достигли совершеннолетия, сколько из них умерло и были ли среди умерших сестер беременные. Несмотря на то, что при этом методе снижаются требования к объему выборки, получаемые на его основе результаты охватывают период около 7-12 лет до обследования, что усложняет использование данных для мониторинга прогресса или наблюдения за воздействием проводимых мероприятий. При прямом методе опроса сестер респондентов просят сообщить дату смерти, что позволяет получить более современные оценочные значения, но даже в этом случае базисный период охватывает, как правило, период от 0 до 6 лет до опроса.

**ВОПРОСЫ ДЕЗАГРЕГИРОВАНИЯ ДАННЫХ**

Вследствие высокого уровня неуверенности в отношении расчетных данных, данные по показателю материнской смертности представляются только на национальном уровне. Дезагрегирование данных не рекомендуется.

**КОММЕНТАРИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

Материнскую смертность сложно оценивать. В большинстве развивающихся странах системы регистрации рождения и смерти и системы медицинской информации в неудовлетворительном состоянии, поэтому они не могут обеспечить точную оценку материнской смертности. Даже значения, полученные на основании всеобъемлющих систем регистрации рождения и смерти, таких, которые имеются в развитых странах, страдают от неправильной классификации и занижения данных о случаях материнской смертности.  
  
Вследствие широких доверительных интервалов расчетные данные по материнской смертности не всегда подходят для оценки тенденций, складывающихся с течением времени. Поэтому в качестве дополнения к показателю материнской смертности для целей оценки прогресса в сокращении материнской смертности на страновом уровне рекомендуется использовать такие показатели по оценке процессов, как помощь квалифицированного медицинского персонала при родовспоможении и пользование услугами медицинских учреждений.   
  
Показатель материнской смертности не следует смешивать с показателем доли материнских смертей (в знаменателе формулы которого указывается число женщин репродуктивного возраста), который отражает не только риск материнской смертности на одну беременность или рождений, но и уровень рождаемости. Показатель материнской смертности (в знаменателе формулы которого указывается число живорождений) показывает риск наступления смерти женщин с момента наступления беременности и не учитывает уровень рождаемости в стране.

**ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА**

Во многих странах главным определяющим фактором материнской смертности является низкий социально-экономический статус девушек и женщин. Он ограничивает доступ девушек и женщин к образованию, нормальному питанию и планированию семьи, а также к необходимому медицинскому обслуживанию для профилактики и/или лечения осложнений во время беременности и родов.

**ДАННЫЕ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА**

Показатель материнской смертности можно рассчитать непосредственно исходя из данных, полученных из систем регистрации рождений и смерти, обследований домохозяйств или других источников. Однако эти источники могут иметь проблемы с качеством данных, в частности проблемы, связанные с занижением сведений и неправильной классификацией материнских смертей, и могут иметь ограниченную сравнимость.   
  
Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), Детским фондом Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ), Фондом народонаселения Организации Объединенных Наций (ЮНФПА) и Всемирным банком (ВБ) разработан метод внесения корректировок в имеющиеся данные для учета проблем с качеством данных и для обеспечения сравнимости разных источников данных. При этом методе оценивается полнота данных и, в случае необходимости, вносятся корректировки на занижение сведений и неправильную классификацию случаев смерти, а также готовятся оценочные данные с применением статистического моделирования для стран, по которым надежные данные на национальном уровне отсутствуют.  
  
Данные по материнской смертности и другим необходимым переменным получают из баз данных ВОЗ, Отдела народонаселения ООН, ЮНИСЕФ и ВБ. Данные по разным странам отличаются по источникам и методам. С учетом разнообразия источников данных для каждого источника используются разные методы для получения расчетных значений, поддающихся сравнению и позволяющих проводить агрегацию данных на региональном и глобальном уровне.   
  
Только треть стран имеет полные и надежные данные, для которых не требуются дополнительные расчеты. В еще одной трети стран представляемые страной оценочные данные по материнской смертности корректируются для сравнимости. И в последней трети стран, в которых отсутствуют данные по материнской смертности надлежащего качества, для прогнозирования уровня материнской смертности используется статистическая модель. Однако точечные оценочные значения, рассчитанные с применением этой методики, могут не отражать точный уровень материнской смертности. Поэтому рекомендуется рассматривать такие оценочные значения вместе с уровнями неопределенности, в пределах которых, как предполагается, находятся фактические значения.  
  
Способность готовить оценочные значения показателя на страновом, региональном и глобальном уровне с большей точностью была бы гораздо выше, если бы национальные системы регистрации рождений и смертей были далее усовершенствованы. Такое усовершенствование сократило бы необходимость проведения специальных исследований по материнской смертности (на которые требуется время, финансовые ресурсы, и которые могут мало чем помочь в мониторинге тенденций).   
  
Оценочные значения на региональном и субрегиональном уровне основываются на средневзвешенных значениях страновых данных, при этом в качестве веса используется общее количество живорождений. Агрегированные на региональном уровне значения представляются только в случае, если имеющиеся данные охватывают не менее 50% от общего количества рождений в регионе.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**ПРИМЕРЫ**

**ССЫЛКИ**

Hill, K., K. Thomas, C. Abouzahr, N. Walker, L. Say, M. Inoue and E. Suzuki, on behalf of the Maternal Mortality Working Group (2007). Estimates of maternal mortality worldwide between 1990 and 2005: an assessment of available data. Lancet, vol. 370, Issue 9595, pp. 1311–1319.  
  
Say L. and R.C. Pattinson (2008). Maternal Mortality and Morbidity. In *International Encyclopedia of Public Health,* eds. Kris Heggenhougen and Stella R. Quah, pp. 222–236. Oxford: Academic Press.   
  
United Nations Population Fund (annual). *State of World Population.* New York. Available from <http://www.unfpa.org/swp/swpmain.htm>.   
  
United Nations Population Fund (1998). Issues in measuring and monitoring maternal mortality: implications for programmes. *Technical and Policy Paper No.1.* New York.   
  
World Health Organization (2009). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision (ICD-10).* Geneva. Available from <http://www.who.int/classifications/icd>.   
  
World Health Organization and United Nations Children’s Fund (1997). *The Sisterhood Method for Estimating Maternal Mortality: Guidance Notes for Potential Users.* Geneva. Available from <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/RHT_97_28/en/index.html>.  
  
World Health Organization, United Nations Children’s Fund, United Nations Population Fund and World Bank (2010). *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008.* Geneva. Available from <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241500265/en/index.html>.

5.2 Доля деторождений при квалифицированном родовспоможении

**ЦЕЛЬ И ЗАДАЧА, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

Цель 5. Улучшение охраны материнства   
Задача 5.A: Снизить на три четверти за период 1990–2015 годов показатель материнской смертности

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ**

Определение  
Доля деторождений при квалифицированном родовспоможении, - это доля *живорождений*, проходивших при помощи *квалифицированного специалиста по родовспоможению*, обученного жизнесохраняющей акушерской помощи.  
  
Данный показатель выражается в виде процента.  
  
Понятия  
*Живорождением* называется полное изгнание или извлечение продукта зачатия из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности, в случае наличия у него хотя бы одного из признаков жизни, таких как дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины или явные движения произвольной мускулатуры, независимо от того, перерезана пуповина и отделилась ли плацента. Каждый продукт такого рождения считается живорожденным.  
  
*Квалифицированным специалистом по родовспоможению* является аккредитованный медицинский работник, такой как акушерка, врач или медицинская сестра, получивший образование и обучение, который имеет такой уровень квалификации, который необходим для ведения нормальной (неосложненной) беременности, родов и раннего послеродового периода и установления, ведения осложнений у женщин и новорожденных и их направления к врачам-специалистам. *Традиционные повитухи*, вне зависимости от прохождения ими обучения, исключаются из числа квалифицированного медицинского персонала.   
  
*Традиционными повитухами* являются традиционные, независимые (от системы здравоохранения) лица из числа местных жителей, обеспечивающие помощь во время беременности, родов и послеродового периода, не получившие официального обучения.  
  
Методика расчетов  
Данный показатель рассчитывается как количество деторождений, происходивших при помощи квалифицированного медицинского персонала (врачей, медсестер или акушерок), деленное на общее количество деторождений за тот же период и умноженное на 100.



**ОБОСНОВАНИЕ И ТОЛКОВАНИЕ**

Правильно измерить уровень материнской смертности необычайно трудно, если, конечно, это не делается в условиях обязательной регистрации всех случаев смерти и их причин. В целях мониторинга прогресса в улучшении охраны материнства, такого как наличие профессиональной медицинской помощи в период беременности и во время родов, что особенно важно при возникающих осложнениях, предлагается ряд показателей для оценки соответствующих процессов. Родовспоможение надлежащим образом обученным медицинским персоналом является чрезвычайно важным для снижения материнской смертности. Доля женщин, рожавших при квалифицированном родовспоможении, является таким наиболее часто используемым показателем процесса.   
  
Значение этого показателя близко к 100% там, где квалифицированное родовспоможение оказывается всем женщинам, как это обстоит в большинстве развитых регионов. Значения показателя менее 20% наблюдаются в условиях, когда система здравоохранения находится в неудовлетворительном состоянии и материнская смертность является серьезной проблемой здравоохранения. Необходимо тщательно следить за долей деторождений при квалифицированном родовспоможении, наряду с рядом других связанных показателей, дезагрегированных по социально-экономическим характеристикам для выявления целевого населения и соответствующего планирования мер.

**СБОР ДАННЫХ И ИХ ИСТОЧНИКИ**

Необходимые данные собирают в ходе обследований домохозяйств, в том числе обследований по многим показателям с применением гнездовой выборки (MICS) и демографических медико-санитарных обследований (ДМСО). Обычно такие обследования проводятся каждые 3-5 лет национальным статистическим органом или министерством здравоохранения.   
  
Для облегчения толкования тенденций и изменений, основанных на данных обследований, целесообразно вместе с оценочными данными указывать доверительные интервалы.  
  
При отсутствии данных обследований в некоторых странах могут иметься данные от медицинских учреждений. Однако следует отметить, что по этим данным доля деторождений при квалифицированном родовспоможении может оказаться завышенной вследствие того, что из знаменателя предположительно исключены женщины, рожавшие вне медицинских учреждений.

**ВОПРОСЫ ДЕЗАГРЕГИРОВАНИЯ ДАННЫХ**

Дезагрегирование данного показателя по месту проживания (город/село), возрасту матери и ее социально-экономическому положению может помочь в оценке причин разной степени доступа к охране репродуктивного здоровья и выработке необходимой политики и мер.

**КОММЕНТАРИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

Данный показатель является своего рода мерилом способности той или иной системы здравоохранения обеспечивать надлежащий уход во время родов, период повышенного риска смертности, как для матерей, так и новорожденных. Но этот показатель не может полноценно отразить доступ женщин к качественному уходу, особенно в случае возникновения осложнений. Для того чтобы эффективно способствовать снижению материнской смертности, квалифицированный медицинский персонал должен иметь необходимое оборудование и возможности для направления женщин для получения специализированной медицинской помощи.  
  
Кроме того, иногда затруднительно дать единообразное определение понятию «квалифицированный медицинский персонал», поскольку в разных странах профессиональная подготовка медицинских работников осуществляется неодинаково. Несмотря на предпринимаемые усилия в плане стандартизации используемых в большинстве обследований домохозяйств определений «врач», «медицинская сестра» и «акушерка», а также «помощница акушерки», вполне вероятно, что возможности квалифицированного медицинского персонала по обеспечению соответствующего ухода в чрезвычайных ситуациях зависят от условий, в которых они работают.  
  
Ошибка припоминания является еще одной потенциальной причиной необъективности данных. В ходе обследования домохозяйства респондентов просят вспомнить все случаи живорождения, произошедшие за период до пяти лет до проведения опроса. Респондент может знать или не знать, или не вспомнить информацию о квалификации лица, помогавшего при родах, имевших место в отчетный период.   
  
Как отмечалось ранее, данные медицинских учреждений, в случае их использования, не включают женщин, рожающих дома, вследствие чего фактическая доля деторождений при квалифицированном родовспоможении оказывается завышенной.

**ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА**

Низкий социальный статус женщин в некоторых странах ограничивает их доступ к экономическим ресурсам и базовому образованию, а, значит, и их возможности по принятию решений в отношении здоровья и питания. Некоторые женщины лишены возможности получать необходимую помощь либо потому, что согласно принятым в их окружении культурным обычаям они должны находиться в изоляции, либо потому, что решения за них принимают другие члены семьи. Решающим фактором, обуславливающим высокую материнскую смертность, является отсутствие основных акушерско-гинекологических услуг или доступа к ним.

**ДАННЫЕ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА**

Данные для глобального мониторинга представляются Детским фондом Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) и Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). Эти агентства получают данные из национальных источников, которые включают как данные обследований, так и систем регистрации.   
  
До того, как данные будут включены в глобальные базы данных, ЮНИСЕФ и ВОЗ проводят проверку данных, которая включает переписку с представительствами на местах для прояснения вопросов.   
  
Расхождения между международными и национальными оценочными данными возможны, если данные собираются на уровне медицинских учреждений. Такие данные будут отличаться от международных оценок, которые основываются на данных обследований, проведенных на уровне домохозяйств.   
  
Что касается ограничений данных обследований, то в некоторых отчетах по результатам обследований может быть представлена доля деторождений при родовспоможении персоналом, который включает лиц, не соответствующих приведенному выше определению (например, персонал, который не считается квалифицированным, такой как социальные медицинские работники). В этих случаях подсчитывается доля деторождений при помощи врача, медицинской сестры или акушерки, которая затем и вводится в глобальную базу данных в качестве оценочного значения этого показателя.  
  
Затем, исходя из средних значений страновых данных, взвешенных по общему количество рождений в каждой стране, рассчитываются региональные и глобальные оценочные значения. Агрегированные на региональном уровне значения представляются только в случае, если имеющиеся данные охватывают не менее 50% от общего числа рождений в регионе.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**ПРИМЕРЫ**

**ССЫЛКИ**

United Nations Children’s Fund. *Childinfo – Monitoring the Situation of Children and Women.* New York. Internet site <http://www.childinfo.org/>.  
  
United Nations Population Fund (annual). *State of World Population.* New York. Available from <http://www.unfpa.org/swp/swpmain.htm>.  
  
World Health Organization. *WHO Statistical Information System (WHOSIS)* . Internet site <http://www.who.int/whosis>.  
  
World Health Organization (2006). *Reproductive Health Indicators - Guidelines for their Generation, Interpretation and Analysis for Global Monitoring.* Geneva. Available from <http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/924156315X_eng.pdf>.  
  
World Health Organization (2008). Proportion of births attended by a skilled attendant: 2008 updates. *Department of Reproductive Health and Research Factsheet.* Geneva. Available from <http://www.searo.who.int/LinkFiles/Publications_skilled_attendant_at_birth_2008.pdf> .

5.3 Доля населения, пользующегося контрацептивами

**ЦЕЛЬ И ЗАДАЧА, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

Цель 5. Улучшение охраны материнства   
Задача 5.B: Обеспечить к 2015 году всеобщий доступ к услугам по охране репродуктивного здоровья

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ**

Определение  
*Доля населения, пользующегося контрацептивами*, представляет собой процент *женщин репродуктивного возраста*, применяющих в настоящее время или сексуальный партнер которых пользуется хотя бы одним методом контрацепции, вне зависимости от применяемого метода контрацепции. Показатель рассчитывается для женщин в возрасте от 15 до 49 лет, состоящих в официальном или гражданском браке.  
  
Понятия

К *женщинам репродуктивного возраста* относятся все женщины в возрасте от 15 до 49 лет.  
  
*Методы контрацепции* включают современные и традиционные методы. Современные методы включают женскую и мужскую стерилизацию, оральные гормональные таблетки, внутриматочную спираль (ВМС), мужские и женские презервативы, инъекции, имплант (включая норплант), вагинальные барьерные методы и спермициды. К традиционным методам относятся метод ритма (периодическое воздержание), прерванный половой акт, метод лактационной аменории (МЛА) и различные народные методы. Обратите внимание, что в некоторых обследованиях МЛА относится к числу современных методов. В целях отчетности ЦРТ по данному показателю МЛА классифицируется как традиционный метод.   
  
Методика расчетов



**ОБОСНОВАНИЕ И ТОЛКОВАНИЕ**

Показатель по доле населения, пользующегося контрацептивами, который служит в качестве мерила степени доступа к услугам по охране репродуктивного здоровья, полезен с точки зрения мониторинга прогресса в обеспечении всеобщего доступа к охране репродуктивного здоровья, особенно если этот показатель рассматривается в совокупности с информацией об осведомленности женщин в вопросах планирования семьи или их доступа к таким услугам и информацией о качестве услуг по планированию семьи. Информация о доле населения, пользующегося контрацептивами, дополняет показатель по неудовлетворенной потребности в планировании семьи (см. Показатель 5.6). Сумма распространенности контрацепции и неудовлетворенной потребности определяет совокупную потребность в контрацепции. В отличие от показателя по неудовлетворенной потребности, показатель по распространенности контрацепции учитывает такой факт, как хотят ли женщины или пары еще иметь детей. Это обуславливает большую сложность в толковании этого показателя по сравнению с показателем по неудовлетворенной потребности, поскольку в разных обществах наблюдается разный уровень применения контрацепции с учетом большой разницы в отношении предпочитаемого размера семьи. По той же причине сложно определить желаемое значение для доли населения, пользующегося контрацептивами.

**СБОР ДАННЫХ И ИХ ИСТОЧНИКИ**

Доля населения, пользующегося контрацептивами, рассчитывается на основании данных репрезентативных в общегосударственном масштабе обследований, содержащих вопросы о текущем применении контрацепции. Обследованиями, которые обычно содержат такую информацию, являются: демографические и медико-санитарные обследования (ДМСО), обследования рождаемости и семьи (ОРС), обследования репродуктивного здоровья (ОРЗ), проводимые при содействии Центров по контролю и профилактике заболеваний США, обследования по многим показателям с применением гнездовой выборки (MICS) и другие национальные обследования.   
  
При обследованиях сведения собираются посредством прямых вопросов, задаваемых женщинам, в том числе об их возрасте и о том, состоят ли они в официальном или гражданском браке. Вопросы о методах контрацепции зачастую включают две части: общий вопрос, когда женщин спрашивают о том, пользуются ли они в настоящее время каким-либо методом контрацепции, и последующий вопрос о применяемом в настоящее время методе контрацепции. Для получения точных данных о распространенности контрацепции желательно, чтобы интервьюер предоставил описание или перечень конкретных методов планирования семьи. Если это не делается, то уровень распространенности контрацепции может оказаться значительно заниженным, особенно если распространено применение традиционных методов, таких как прерванный половой акт или календарный метод, или применение контрацептивной стерилизации. В некоторых обследованиях, таких как ДМСО, методы описываются в виде «зондирующих» вопросов о методах контрацепции, о которых слышал респондент, до того, как респондента спрашивают о применении им в настоящее время контрацепции. При проведении обследования среди высокообразованного населения интервьюер может предоставить респондентам распечатанный список методов.  
  
При регистрации данных о методах контрацепции важно помнить, что некоторые респонденты могут одновременно пользоваться более чем одним методом. В таких случаях выбор делается эмпирически либо лицом, собирающим данные, исходя из эффективности применяемых методов, либо респондентами, исходя из собственной оценки метода, которым они пользуются наиболее часто. Определение только одного метода или комбинации методов на одного респондента позволяет рассчитать распространенность контрацепции в виде суммы уровня применения каждого из методов. В случае если на одного респондента регистрируется более чем один метод или комбинация методов и не применяются критерии выбора, то сумма различных используемых методов может превысить общий уровень распространенности контрацепции.  
  
Также важно отметить, что распространенность контрацепции измеряется на момент проведения интервью. Однако имеется интервал запаздывания, обычно составляющий от одного года до двух лет, между датой проведения интервью и распространением отчетам по результатам обследования. В среднем обследования проводятся каждые 3-5 лет.

**ВОПРОСЫ ДЕЗАГРЕГИРОВАНИЯ ДАННЫХ**

Применение контрацепции может существенно отличаться в разных социально-экономических группах, а также в разных географических регионах. В целях разработки политики информация о распространенности контрацепции необходимо дезагрегировать, как минимум, по возрасту и текущему семейному положению. Данная информация является важной, поскольку она позволяет отслеживать различия в доступе к методам контрацепции среди более уязвимых групп населения, таких как подростки и незамужние женщины.   
  
Применение контрацепции можно также дезагрегировать по другим социальным или экономическим характеристикам, таким как уровень образования женщин, проживание в городе или селе, и количество имеющихся детей, насколько это требуется для выработки политики в конкретной стране или регионе.

**КОММЕНТАРИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

Различия в плане и проведении обследования, а также различия в формулировках и администрировании анкет могут повлиять на сопоставимость данных с течением времени, а также между странами. К некоторым наиболее распространенным различиям относятся спектр методов, включаемых в обследования, а также включение или невключение в анкеты зондирующих вопросов. Отсутствие зондирующих вопросов может привести к заниженной оценке распространенности контрацепции.   
  
Характеристика (возраст, пол, семейное положение) лиц, в отношении которых оценивается распространенность контрацепции (базисное население), также влияет на сопоставимость данных по распространенности контрацепции. Несмотря на то, что в стандартном определении доли населения, пользующегося контрацептивами, указываются только женщины, состоящие в официальном или гражданском браке, иногда представляется альтернативное базисное население, которое включает сексуально активных женщин (вне зависимости от семейного положения), женщин, состоящих или состоявших в браке, или мужчин и женщин, состоящих в официальном или гражданском браке.   
  
Интервалы времени, которые используются для оценки распространенности контрацепции, также могут отличаться. Зачастую определение того, что подразумевается под «применяемым в настоящее время» методом контрацепции, остается за респондентом. В некоторых обследованиях респондентов спрашивают о применении контрацепции в течение последнего месяца. Иногда, когда информация о текущем применении не собирается, для оценки текущей распространенности контрацепции использовались данные о применении методов контрацепции во время последнего сексуального контакта или в течение предыдущего года. Необходимо четко указывать любые отличия представляемых данных от стандартного определения распространенности контрацепции.  
  
Изменчивость элементов выборки также может представлять проблему при сборе данных, особенно в тех случаях, когда распространенность контрацепции оценивается для конкретной подгруппы (в соответствии с методом контрацепции, возрастными характеристиками, уровнем образования, местом проживания и т.д.) или при анализе тенденций в динамике по времени.

**ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА**

Статистические сведения о применении контрацепции основываются в первую очередь на данных, относящихся к женщинам. В основном это обусловлено прагматическими причинами, поскольку большинство методов контрацепции основываются на их применении именно женщинами. Можно также утверждать, что степень контролирования женщинами воспроизводства является показателем того, как они контролируют свою жизнь в целом, поэтому доля населения, пользующегося контрацепцией, может также рассматриваться как показатель расширения прав и возможностей женщин. В некоторых последних обследованиях также опрашивались мужчины о применении методов контрацепции.

**ДАННЫЕ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА**

На глобальном уровне данные по этому показателю представляются Отделом народонаселения ООН. Данные берутся из национальных архивов данных или из опубликованных отчетов по результатам обследований. В исключительных случаях данные берутся из других опубликованных аналитических отчетов. В случае необходимости пояснений Отдел народонаселения связывается с заказчиками обследований или организацией, проводившей обследование, которые в ответ могут предоставить исправленные или скорректированные оценочные данные.   
  
Региональные оценочные значения показателя представляют собой средневзвешенные значения страновых данных, в которых в качестве весов используется число женщин в возрасте 15-49 лет, состоящих в официальном или гражданском браке, за базисный год в каждой стране. Глобальные оценочные данные представляют собой средневзвешенные значения региональных оценочных данных, в которых в качестве весов используется число женщин в возрасте 15-49 лет, состоящих в официальном или гражданском браке, за базисный год в каждом регионе. Данные не представляются в случае, если охвачено менее 50% сопоставимого контингента в регионе.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**ПРИМЕРЫ**

**ССЫЛКИ**

Rutstein, S. O. and G. Rojas (2006). *Online Guide to DHS Statistics.* Calverton, Maryland: Measure DHS. Available from <http://www.measuredhs.com/help/Datasets/index.htm>.   
  
United Nations (2004). *Levels and Trends of Contraceptive Use as Assessed in 2002.* Sales No. E.04.XIII.9. New York. Available from <http://www.un.org/esa/population/publications/wcu2002/WCU2002_Report.pdf>.   
  
United Nations (2011). *World Contraceptive Use 2010.* New York. Available from <http://www.un.org/esa/population/publications/wcu2010/Main.html>.  
  
United Nations Population Division (2010). *Multilingual Demographic Dictionary, Second Edition 1982.* Available from <http://en-ii.demopaedia.org/wiki/Main_Page>.  
  
World Health Organization (2006). *Reproductive Health Indicators: Guidelines for their Generation, Interpretation and Analysis for Global Monitoring.* Geneva. Available from <http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/924156315X_eng.pdf>.

5.4 Коэффициент рождаемости среди подростков

**ЦЕЛЬ И ЗАДАЧА, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

Цель 5. Улучшение охраны материнства  
Задача 5.B: Обеспечить к 2015 году всеобщий доступ к услугам по охране репродуктивного здоровья

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ**

Определение  
Коэффициент рождаемости среди подростков представляет собой *число живорождений в год среди женщин подросткового возраста на 1 000 женщин подросткового возраста*.   
  
Понятия  
Коэффициент рождаемости среди подростков также называется повозрастным коэффициентом рождаемости для женщин от 15 до 19 лет.   
  
*Живорождением* называется полное изгнание или извлечение продукта зачатия из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности, в случае наличия у него хотя бы одного из признаков жизни, таких как дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины или явные движения произвольной мускулатуры, независимо от того, перерезана пуповина и отделилась ли плацента. Каждый продукт такого рождения считается живорожденным.  
  
*Женщинами подросткового возраста* в целях данного показателя являются женщины в возрасте от 15 до 19 лет.  
  
Методика расчетов  
Коэффициент рождаемости среди подростков рассчитывается как число живорождений среди женщин подросткового возраста, деленное на общее число женщин подросткового возраста и умноженное на 1 000.



Данный показатель рассчитывается по-разному в зависимости от того, какие данные используются: регистрационные данные рождений и смерти, данные обследований или переписи.

1. Регистрация рождений и смерти:
   * Число живорождений среди женщин подросткового возраста – это количество зарегистрированных в течение определенного года живорождений среди женщин в возрасте 15-19 лет.
   * Число женщин подросткового возраста - это оцениваемое количество женщин в возрасте 15-19 лет на 1 июля рассматриваемого года. Для мониторинга данного показателя на национальном уровне данные по численности населения могут быть взяты из надежных национальных источников или оценочных данных по численности населения, публикуемых Отделом народонаселения ООН в *«World Population Prospects»*. В случае если числитель не охватывает абсолютную фактическую численность населения, можно при наличии использовать альтернативные оценочные данные по численности населения.
2. Данные обследований: Коэффициент рождаемости среди подростков обычно рассчитывается исходя из ретроспективных историй рождений. Во всех возможных случаях базисный год соответствует 5 годам, предшествующим обследованию. Отчетный год наблюдения соответствует середине базисного периода
   * Число живорождений среди женщин подросткового возраста - число живорождений среди женщин, которым на момент родов было от 15 до 19 лет, в течение базисного периода до проведения опроса.
   * Число женщин подросткового возраста - количество человеко-лет, прожитых опрошенными женщинами в возрасте от 15 до 19 лет в течение того же базисного периода.
3. В обследованиях, где ретроспективные истории рождений отсутствуют, число рождений может быть оценено на основании вопросов о дате последнего рождения или числе рождений в течение 12 месяцев, предшествующих обследованию.
   * Данные переписи: Коэффициент рождаемости среди подростков обычно рассчитывается исходя из даты последнего рождения или числа рождений в течение 12 месяцев, предшествующих переписи. Перепись обеспечивает данные, как для числителя, так и для знаменателя. В некоторых случаях коэффициенты, рассчитанные по данным переписи, корректируются на неполную регистрацию. В некоторых случаях, когда где нет других надежных данных, метод косвенной оценки учета собственных детей обеспечивает оценку коэффициента рождаемости среди подростков для ряда лет до переписи (см. более подробную информацию в Руководстве Х: *Indirect Techniques for Demographic Estimation,* United Nations (1983)).

**ОБОСНОВАНИЕ И ТОЛКОВАНИЕ**

Коэффициент рождаемости среди подростков является важным показателем для разработки политики, нацеленной на общее улучшение охраны материнства. Материнская смертность среди более молодых женщин подросткового возраста (до 18 лет) гораздо выше, чем среди более взрослых женщин или подростков (18-19 лет). Если общая материнская смертность среди женщин подросткового возраста высокая, снижение рождаемости среди подростков способствует улучшению охраны материнства, поскольку приводит к сокращению общей материнской смертности.   
  
Ранее материнство не только повышает риск смерти во время родов, но и ставит под угрозу благосостояние матерей и их детей. Молодые матери часто отказываются от получения образования и других социально-экономических возможностей; дети, рожденные юными матерями, имеют более высокий риск смерти в младенчестве или детстве, и в случае их выживания у них меньше возможностей для получения образования.   
  
Значения коэффициента рождаемости среди подростков варьируются от менее 2 случаев до около 230 случаев рождений на 1 000 женщин подросткового возраста. Высокими считаются значения показателя в размере от 50 и выше случаев рождений на 1 000 женщин, а низкими - значения в размере 10 или менее случаев рождений 1 000 женщин. Более высокие значения коэффициента рождаемости среди подростков могут свидетельствовать о неудовлетворенной потребности в планировании семьи среди молодых женщин, многие из которых хотели бы отложить свою беременность.

**СБОР ДАННЫХ И ИХ ИСТОЧНИКИ**

Данные по случаям рождений с указанием возраста матери обычно берутся из систем регистрации рождений и смерти, если они охватывают 90 и более процентов всех живорождений. Оценочные данные по результатам переписи или обследований могут дополнить регистрационные данные за периоды, по которым регистрационные данные отсутствуют. В странах, где нет системы регистрации рождений и смерти или где такая система охватывает менее 90 процентов живорождений, коэффициент рождаемости среди подростков может быть получен на основании данных обследований домохозяйств и данных переписи населения. В странах, где есть несколько программ обследований, приоритет отдается обследованиям больших выборок, проводимым ежегодно или один раз в два года.   
  
Обследованиями, из которых обычно могут быть получены данные, являются: демографические и медико-санитарные обследования (ДМСО), обследования репродуктивного здоровья (ОРЗ), проводимые при содействии Центров по контролю и профилактике заболеваний США, обследования по многим показателям с применением гнездовой выборки (MICS) и другие национальные обследования. В случае наличия в отчете по результатам обследования оценочных значений, их необходимо брать в том виде, в котором они приведены в таком отчете. В противном случае при наличии микроданных, оценочные значения необходимо рассчитать, используя соответствующий метод расчета. В случае использования данных переписи, оценочные значения должны быть теми же, что и указанные в отчетах по результатам переписи, включая любые корректировки, внесенные национальным статистическим органом.

**ВОПРОСЫ ДЕЗАГРЕГИРОВАНИЯ ДАННЫХ**

Дезагрегирование коэффициента рождаемости среди подростков по географическим районам, проживанию в городе или селе, уровню образования женщин, статусу бедности и другим характеристикам, актуальным в условиях конкретной страны, может помочь в выявлении категорий населения, где уровень коэффициента рождаемости среди подростков является наиболее высоким, и разработке политики по сокращению материнской смертности и улучшению охраны репродуктивного здоровья девочек-подростков, а также политики по сокращению детской смертности.

**КОММЕНТАРИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

При расчете данного показателя возникает ряд ограничений. При использовании данных о регистрации рождений и смерти коэффициенты рождаемости среди подростков подвержены ограничениям, которые зависят от полноты системы регистрации рождений; в зависимости от того, как трактуются случаи, когда новорожденный рождается живым, но умирает до регистрации или в течение первых суток жизни; от точности сообщаемого возраста матери; а также от включения случаев рождений в предыдущие периоды. Расчетное значение численности населения может быть подвержено ограничениям, связанным с неверным сообщением возраста и охватом. Другое ограничение заключается в том, что число живорождений может также включать случаи рождений среди женщин младше 15 лет (например, живорождения по возрасту матери среди женщин в возрасте 12-19 лет) или в том, что показатель рассчитывается для разных возрастных групп как по числу живорождений, так и по числу женщин (например, женщин в возрасте от 16 до 19 лет). В странах, где система регистрации рождений и смерти регистрирует рождения по месту родов, а не по месту постоянного местожительства матери, число рождений среди подростков в городской местности может быть преувеличено за счет больничной инфраструктуры, которая обслуживает женщин из близлежащих сельских районов. Это влияет на точность показателя, когда он представляется отдельно для городской и сельской местности. При использовании данных обследований и переписи, число живорождений среди женщин подросткового возраста и число подростков основывается на одной генеральной совокупности. Тем не менее, данные могут быть искажены вследствие неточного сообщения возраста, несообщения о рождениях, неточного сообщения даты рождения ребенка и изменчивости элементов выборки в случае с обследованиями. Другое ограничение заключается в том, что коэффициент рождаемости среди подростков обычно представляется в отчетности как процент рождаемости среди женщин в возрасте 15-19 лет в общей рождаемости. Однако предпочтение следует отдавать коэффициенту рождаемости среди подростков, нежели проценту рождаемости среди женщин в возрасте 15-19 лет в общей рождаемости, поскольку такой процент может существенно варьироваться в результате изменения уровня рождаемости в других возрастных группах, даже если коэффициент рождаемости среди подростков остается постоянным.

**ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА**

Женщины, становящиеся матерями в раннем возрасте, часто упускают возможность для получения образования и другие социально-экономические возможности. Таким образом, высокий коэффициент рождаемости среди подростков может привести к большому гендерному неравенству в образовании. Высокий коэффициент рождаемости среди подростков также свидетельствует о распространенности ранних браков среди женщин и часто является признаком социальной структуры, в которой ожидается, что женщины будут подтверждать свою взрослость, принимая на себя социальную роль матери как можно раньше. Снижение же коэффициента рождаемости среди подростков может свидетельствовать о повышении уровня гендерного равенства и расширении прав и возможностей женщин. Высокий коэффициент рождаемости среди подростков может также способствовать высокой материнской смертности.

**ДАННЫЕ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА**

На глобальном уровне данные для данного показателя составляются Отделом народонаселения ООН (ОНООН). Для этого по мере возможности используются данные о регистрации рождений и смерти. Для расчета коэффициентов рождаемости среди подростков используются данные, представляемые национальными статистическими органами в Отдел народонаселения ООН. В случае их отсутствия или недостаточной надежности, данные берутся из других региональных статистических подразделений или собираются непосредственно в самих странах. В качестве данных по численности подростков используются данные, публикуемые в *«World Population Prospects»*, издаваемым ОНООН. В случае отсутствия данных для числителя или знаменателя, используется оценочное значение, рассчитанное национальным статистическим органом.   
  
Если данные по регистрации рождений и смерти недоступны, изучаются результаты обследований или переписи населения. В случае использования результатов обследований, обычно в качестве таких обследований используются ДМСО, ОРЗ и MICS. Если оценочные значения представлены в самом отчете по результатам обследования, то они берутся из такого отчета. В противном случае ОНООН использует национальные микроданные для расчета показателя. В случае с данными переписи населения, предпочтительнее использовать расчетные значения, представленные в отчетах по результатам переписи, включая корректировки, производимые национальным статистическим органом. В других случаях коэффициент рождаемости среди подростков выводится с применением соответствующих методов расчета. В некоторых случаях коэффициент, рассчитанный на основании данных переписи, корректируется на неполную регистрацию, исходя из косвенных методов оценки. Для некоторых стран, где нет других надежных данных, метод косвенной оценки учета собственных детей обеспечивает оценку коэффициента рождаемости среди подростков для ряда лет до переписи.  
  
ОНООН рассчитывает региональные и глобальные значения показателя. Для базисных годов, по которым данные отсутствуют, используется ближайший элемент данных. Средние значения рассчитываются с использованием в качестве весов количества женщин в возрасте 15-19 лет. Данные по численности женщин берутся из последней редакции *«World Population Prospects»*. Среднерегиональные значения показателя представляются только в случае охвата более 50% женщин в возрасте 15-19 лет в регионе. В большинстве регионов охват составляет более 95%.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**ПРИМЕРЫ**

**ССЫЛКИ**

United Nations (2008). *World Fertility Patterns 2007.* Wallchart. New York. Available from <http://www.un.org/esa/population/publications/worldfertility2007/worldfertility2007.htm>.   
  
United Nations (2011). *World Population Prospects: The 2010 Revision.* On-line Database. New York. Available from <http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>.  
  
United Nations (2004). *Handbook on the Collection of Fertility and Mortality Data.* New York. Available from <http://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesF/SeriesF_92E.pdf>.  
  
United Nations (1983). *Manual X: Indirect Techniques for Demographic Estimation.* New York. Available from <http://www.un.org/esa/population/publications/Manual_X/Manual_X.htm>.

5.5 Охват дородовым обслуживанием (по меньшей мере, одно посещение и, по меньшей мере, четыре посещения)

**ЦЕЛЬ И ЗАДАЧА, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

Цель 5. Улучшение охраны материнства   
Задача 5.B: Обеспечить к 2015 году всеобщий доступ к услугам по охране репродуктивного здоровья

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ**

Определение  
Охват дородовым обслуживанием (по меньшей мере, одно посещение) представляет собой процент женщин в возрасте 15–49 лет, имевших *живорождение* в рассматриваемый период времени, получивших *дородовое обслуживание* со стороны *квалифицированного медицинского персонала* не менее одного раза за время беременности.  
  
Охват дородовым обслуживанием (по меньшей мере, четыре посещения) представляет собой процент женщин в возрасте 15–49 лет, имевших *живорождение* в рассматриваемый период времени, получивших *дородовое обслуживание* четыре или более раз за время беременности со стороны любого источника.   
  
Понятия  
*Живорождением* называется полное изгнание или извлечение продукта зачатия из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности, в случае наличия у него хотя бы одного из признаков жизни, таких как дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины или явные движения произвольной мускулатуры, независимо от того, перерезана пуповина и отделилась ли плацента.   
  
*Дородовое обслуживание* направлено на контроль состояния здоровья и социально-экономических условий, которые могут повысить вероятность конкретных негативных исходов беременности; обеспечение эффективных терапевтических мер; информирование беременных женщин о подготовке к безопасным родам, чрезвычайных обстоятельствах во время беременности и соответствующих мерах.  
  
*Квалифицированным медицинским специалистом* является аккредитованный медицинский работник, такой как акушерка, врач или медицинская сестра, получивший образование и обучение, который имеет такой уровень квалификации, который необходим для ведения нормальной (неосложненной) беременности, родов и раннего послеродового периода и установления, ведения осложнений у женщин и новорожденных и их направления к врачам-специалистам. *Традиционные повитухи*, вне зависимости от прохождения ими обучения, исключаются из числа квалифицированного медицинского персонала.

*Традиционными повитухами* являются традиционные, независимые (от системы здравоохранения) лица из числа местных жителей, обеспечивающие помощь во время беременности, родов и послеродового периода, не получившие официального обучения.  
  
Методика расчетов  
Процент женщин в возрасте 15–49 лет, имевших живорождение в рассматриваемый период времени, получивших дородовое обслуживание со стороны квалифицированного медицинского персонала не менее одного раза за время беременности (ANC 1+), рассчитывается путем деления числа женщин, посещенных не менее одного раза за время беременности квалифицированным медицинским персоналом по причинам, связанным с беременностью, на общее число женщин, имевших живорождение, и умножения на 100.  
  
Процент женщин в возрасте 15–49 лет, имевших живорождение в рассматриваемый период времени, получивших дородовое обслуживание четыре или более раз за время беременности (ANC 4+), рассчитывается путем деления числа женщин, посещенных четыре и более раз за время беременности любым лицом, обеспечивающим обслуживание, по причинам, связанным с беременностью, на общее число женщин, имевших живорождение, и умножения на 100.  
  
В отличие от ANC 1+, ANC 4+ включает обслуживание, обеспечиваемое любым лицом, а не только квалифицированным медицинским персоналом. Это связано с тем, что в ходе основных обследований домохозяйств на национальном уровне не собирается информация о том, кто обеспечивает обслуживание в ходе каждого посещения.

**ОБОСНОВАНИЕ И ТОЛКОВАНИЕ**

Дородовый период представляет возможности для обеспечения беременных женщин вмешательствами, которые могут быть жизненно важными для их здоровья и самочувствия, а также здоровья и самочувствия их младенцев. Исходя из анализа эффективности различных моделей дородового наблюдения Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рекомендует стандартную модель из четырех посещений. В руководствах ВОЗ указывается точное содержание посещений в течение дородового периода, которые должны включать:

* клиническое исследование;
* анализ крови, направленный на выявление сифилиса и тяжелой анемии (и других заболеваний, таких как вирус иммунодефицита человека и малярия, в зависимости от эпидемиологической обстановки);
* определение внутриутробного возраста и высоты стояния дна матки;
* измерение кровяного давления;
* замер роста и веса матери;
* проведение симптоматического анализа мочи на инфекции, передающиеся половым путем (многократное погружение индикаторной полоски);
* определение группы и резуса крови;
* прививка против столбняка;
* назначение железосодержащих добавок и фолиевой кислоты;
* предоставление рекомендаций/горячей линии на случай экстренной ситуации.

Важно отметить, что показатели по дородовому обслуживанию (по меньшей мере, одно посещение и, по меньшей мере, четыре посещения) не отражают эти составляющие обслуживания. Эти показатели основываются на стандартном вопросе о том, проводился ли медицинский осмотр женщины во время беременности. Таким образом, не следует предполагать, что женщины получили все составляющие дородового обслуживания, указанные выше. Значения показателя варьируются от 0 до 100, при этом значение показателя, равное 100, является идеальной ситуацией, когда все беременные женщины в возрасте 15- 49 лет, обращались к врачу хотя бы один или четыре раза за время своей беременности. В случае с ANC 1+, значение показателя обычно варьируется между 50 и 100 процентами. В случае с ANC 4+ значения показателя ниже, иногда значительно ниже. Данные по охвату дородовым обслуживанием необходимо рассматривать вместе с рядом других связанных показателей, таких как доля деторождений при квалифицированном родовспоможении или роды в медицинских учреждениях, и их необходимо дезагрегировать по соответствующим характеристикам для выявления целевого населения и выработки соответствующей политики.

**СБОР ДАННЫХ И ИХ ИСТОЧНИКИ**

В качестве основных источников данных для показателя по дородовому обслуживанию необходимо использовать данные обследований домохозяйств. К возможным обследованиям относятся демографические и медико-санитарные обследования (ДМСО), обследования по многим показателям с применением гнездовой выборки (MICS), обследования рождаемости и семьи (ОРС), обследования репродуктивного здоровья (ОРЗ) и другие обследования, построенные на подобной методологии. Обычно обследования проводятся каждые 3-5 лет.   
  
Для облегчения толкования тенденций и изменений, основанных на данных обследований, целесообразно вместе с оценочными данными указывать доверительные интервалы.

**ВОПРОСЫ ДЕЗАГРЕГИРОВАНИЯ ДАННЫХ**

Дезагрегирование данного показателя по месту проживания и категориям населения показывает существенные различия в доступе к услугам по охране репродуктивного здоровья в разрезе географических районов и разных социально-экономических групп населения. Для понимания причин таких отличий необходим дальнейший анализ с тем, чтобы далее планировать меры по их преодолению.

**КОММЕНТАРИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

Дородовое обслуживание во время беременности не гарантирует получение тех вмешательств, которые эффективно способствуют улучшению охраны материнства. Дородовое обслуживание с посещением не менее четырех раз, рекомендуемое ВОЗ, повышает вероятность получения эффективных вмешательств во время дородового обслуживания. Важно, что показатель по дородовому обслуживанию с посещением, по меньшей мере, один раз, относится к посещению квалифицированного медицинского персонала, в то время как показатель по посещению четыре и более раза обычно оценивает посещения любым лицом, обеспечивающим обслуживание, поскольку в ходе обследований домохозяйств не собирается информация о каждом посещении. Кроме того, иногда затруднительно дать единообразное определение понятия «квалифицированный медицинский персонал», поскольку в разных странах профессиональная подготовка медицинских работников осуществляется неодинаково.  
  
Потенциальным источником необъективности данных является ошибка припоминания. При проведении обследований домохозяйств респондентов спрашивают обо всех живорождениях за пять лет до обследования. Респонденты могут знать или не знать, или не помнить информацию о квалификации человека, обеспечивавшего дородовое обслуживание.

**ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА**

Низкий социальный статус женщин в некоторых странах ограничивает их доступ к экономическим ресурсам и базовому образованию, а, значит, и их возможности принимать решения в отношении здоровья и питания. Некоторые женщины лишены возможности получать необходимую помощь либо потому, что согласно принятым в их окружении культурным обычаям они должны находиться в изоляции, либо потому, что решения за них принимают другие члены семьи.

**ДАННЫЕ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА**

На глобальном уровне данные для данного показателя готовятся Детским фондом ООН (ЮНИСЕФ) - по ANC +1 и ANC +4 и ВОЗ - по ANC +4. Основным источником информации для глобальных показателей по дородовому обслуживанию являются национальные обследования домохозяйств, в том числе: ДМСО, MICS, ОРС, ОРЗ и национальные обследования, основанные на подобной методологии. В случае с развитыми странами (где охват беременных высокий), в качестве источников данных также используется статистика по оказываемым услугам.  
  
До включения данных в глобальные базы данных, ЮНИСЕФ и ВОЗ проводят проверку данных, которая включает переписку с представительствами на местах для прояснения вопросов касательно оценочных данных.   
  
Расхождения между международными и национальными оценочными данными возможны, если национальные данные собираются на уровне медицинских учреждений. Такие данные будут отличаться от международных оценок, которые основываются на данных обследований, собираемых на уровне домохозяйств.  
  
В некоторых отчетах может быть представлен общий процент беременных женщин, получивших дородовое обслуживание со стороны квалифицированного медицинского персонала, который не соответствует определению, приведенному выше (например, сюда включается персонал, который не считается квалифицированным, такой как социальные медицинские работники). В этих случаях суммируются проценты дородового обслуживания, обеспечиваемого врачом, медицинской сестрой или акушеркой, и результат вводится в глобальную базу данных.  
  
ЮНИСЕФ и ВОЗ также готовят региональные и глобальные оценочные данные. Они основываются на средневзвешенных значениях, взвешенных по общему числу рождений. Такие оценочные данные представляются только в случае охвата не менее 50% всех рождений в разрезе регионов или в глобальном масштабе.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**ПРИМЕРЫ**

**ССЫЛКИ**

United Nations Children’s Fund. *Childinfo – Monitoring the Situation of Children and Women.* New York. Internet site <http://www.childinfo.org/>.  
  
World Health Organization. *Sexual and Reproductive Health.* Geneva. Internet site <http://www.who.int/reproductive-health/global_monitoring/index.html>.  
  
World Health Organization (2002). *Antenatal Care Randomized Trial: Manual for the Implementation of the New Model.* Geneva. Available from <http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_RHR_01.30.pdf>.  
  
World Health Organization (2003). *Antenatal Care in Developing Countries: Promises, Achievements and Missed Opportunities: An Analysis of Trends, Levels and Differentials, 1990-2001.* Geneva. Available from <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241590947.pdf>.

Top of Form

5.1 Показатель материнской смертности

**ЦЕЛЬ И ЗАДАЧА, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

Цель 5. Улучшение охраны материнства  
Задача 5.A: Снизить на три четверти за период 1990–2015 годов Показатель материнской смертности

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ**

Определение  
Показатель материнской смертности – это число *материнских смертей* за год вследствие каких-либо причин, связанных с беременностью или ее медицинским ведением или усугубляемых ею (за исключением несчастных случаев или каких-либо других непредвиденных причин), в период беременности и во время родов либо в течение 42 дней после разрешения от беременности, независимо от срока и места, где проходила беременность, в расчете на 100 000 *живорождений* в течение определенного года.  
  
Понятия

*Материнские смерти* можно разделить на две группы: случаи смерти, вызванные прямыми акушерскими причинами, и случаи смерти, вызванные косвенными акушерскими причинами. К случаям смерти, вызванным прямыми акушерскими причинами, относятся смерти, вызванные акушерскими осложнениями состояния беременности (беременность, роды и послеродовой период), а также от экстренного хирургического вмешательства, различного рода оплошностей, неправильного лечения или как следствие цепи событий, наступивших в результате вышеуказанного. К случаям смерти, вызванным косвенными акушерскими причинами, относятся смерти, произошедшие в результате ранее возникшей и обострившейся во время беременности болезни либо болезни, которая развилась во время беременности и не была вызвана непосредственными акушерскими причинами, но была отягощена за счет физиологического действия состояния беременности.  
  
*Живорождением* называется полное изгнание или извлечение продукта зачатия из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности, в случае наличия у него хотя бы одного из признаков жизни, таких как дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины или явные движения произвольной мускулатуры, независимо от того, перерезана пуповина и отделилась ли плацента. Каждый продукт такого рождения считается живорожденным.  
  
Методика расчетов  
Показатель материнской смертности рассчитывается путем деления зарегистрированного (или оценочного) числа материнских смертей на общее число зарегистрированных (или выведенных по оценкам) живорождений за один и тот же период времени с последующим умножением полученного результата на 100 000. Для данного расчета необходима информация о состоянии беременности, времени смерти (во время беременности, во время родов или в течение 42 дней после разрешения от беременности) и причине смерти.



**ОБОСНОВАНИЕ И ТОЛКОВАНИЕ**

Данный показатель используется для мониторинга смертности в связи с беременностью и родами. Он отражает способность систем здравоохранения обеспечивать эффективную медико-санитарную помощь для предотвращения и принятия мер в отношении осложнений, возникающих во время беременности и родов.   
  
Значения показателя варьируются от менее 10 случаев смерти, которые наблюдаются в большинстве развитых стран, до свыше 1 000 случаев смерти, при этом в развивающихся регионах среднее значение составляет около 290 случаев смерти на 100 000 живорождений. Однако значения свыше 1 000 случаев смерти наблюдаются в относительно небольшой группе стран, и это значение показателя считается чрезвычайно высоким. По международным оценкам в 2008 году в 14 странах мира Показатель материнской смертности составил около или свыше 1 000 случаев смерти.   
  
Оценка материнской смертности, в особенности если имеются проблемы с качеством данных, приводит к большой степени неопределенности получаемых расчетных значений. В связи с этим целесообразно толковать Показатель материнской смертности в рамках контекста другой информации о состоянии репродуктивного здоровья, включая информацию о наличии квалифицированного медицинского персонала при родах, дородовом наблюдении, а также об уровне рождаемости.

**СБОР ДАННЫХ И ИХ ИСТОЧНИКИ**

Первичные источники данных включают системы регистрации рождения и смерти, обследования домохозяйств, исследования о смертности в репродуктивном возрасте, системы санитарно-эпидемиологического надзора или выборочной регистрации, специальные исследования по материнской смертности и общегосударственные переписи населения. Полные системы регистрации данных о рождении и смерти, содержащие точные сведения о причинах смерти, являются наиболее достоверными источниками данных для расчета показателя материнской смертности и его мониторинга в динамике по времени. Однако такие системы имеются лишь в немногих развивающихся странах. Официальные данные обычно собираются на основе учетной документации органов здравоохранения, однако в сельской местности медицинские услуги доступны лишь для небольшого числа женщин. Поэтому в развивающихся странах больше принято использовать данные обследований. Чаще всего в качестве источников используют данные демографических и медико-санитарных обследований и других подобных обследований домохозяйств.   
  
Поскольку случаи материнской смертности относительно редки, необходимы достаточно крупные выборки при получении данных по результатам обследований домохозяйств. Это требует высоких издержек и все равно может привести к получению расчетных данных с широкими доверительными интервалами.   
  
Методика опроса сестер, используемая в ДМСО, снижает требования к объему выборки. При этом методе респондентов спрашивают о дожитии сестер до определенного возраста. Респондентам задают 4 простых вопроса: сколько их сестер достигли совершеннолетия, сколько из них умерло и были ли среди умерших сестер беременные. Несмотря на то, что при этом методе снижаются требования к объему выборки, получаемые на его основе результаты охватывают период около 7-12 лет до обследования, что усложняет использование данных для мониторинга прогресса или наблюдения за воздействием проводимых мероприятий. При прямом методе опроса сестер респондентов просят сообщить дату смерти, что позволяет получить более современные оценочные значения, но даже в этом случае базисный период охватывает, как правило, период от 0 до 6 лет до опроса.

**ВОПРОСЫ ДЕЗАГРЕГИРОВАНИЯ ДАННЫХ**

Вследствие высокого уровня неуверенности в отношении расчетных данных, данные по показателю материнской смертности представляются только на национальном уровне. Дезагрегирование данных не рекомендуется.

**КОММЕНТАРИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

Материнскую смертность сложно оценивать. В большинстве развивающихся странах системы регистрации рождения и смерти и системы медицинской информации в неудовлетворительном состоянии, поэтому они не могут обеспечить точную оценку материнской смертности. Даже значения, полученные на основании всеобъемлющих систем регистрации рождения и смерти, таких, которые имеются в развитых странах, страдают от неправильной классификации и занижения данных о случаях материнской смертности.  
  
Вследствие широких доверительных интервалов расчетные данные по материнской смертности не всегда подходят для оценки тенденций, складывающихся с течением времени. Поэтому в качестве дополнения к показателю материнской смертности для целей оценки прогресса в сокращении материнской смертности на страновом уровне рекомендуется использовать такие показатели по оценке процессов, как помощь квалифицированного медицинского персонала при родовспоможении и пользование услугами медицинских учреждений.   
  
Показатель материнской смертности не следует смешивать с показателем доли материнских смертей (в знаменателе формулы которого указывается число женщин репродуктивного возраста), который отражает не только риск материнской смертности на одну беременность или рождений, но и уровень рождаемости. Показатель материнской смертности (в знаменателе формулы которого указывается число живорождений) показывает риск наступления смерти женщин с момента наступления беременности и не учитывает уровень рождаемости в стране.

**ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА**

Во многих странах главным определяющим фактором материнской смертности является низкий социально-экономический статус девушек и женщин. Он ограничивает доступ девушек и женщин к образованию, нормальному питанию и планированию семьи, а также к необходимому медицинскому обслуживанию для профилактики и/или лечения осложнений во время беременности и родов.

**ДАННЫЕ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА**

Показатель материнской смертности можно рассчитать непосредственно исходя из данных, полученных из систем регистрации рождений и смерти, обследований домохозяйств или других источников. Однако эти источники могут иметь проблемы с качеством данных, в частности проблемы, связанные с занижением сведений и неправильной классификацией материнских смертей, и могут иметь ограниченную сравнимость.   
  
Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), Детским фондом Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ), Фондом народонаселения Организации Объединенных Наций (ЮНФПА) и Всемирным банком (ВБ) разработан метод внесения корректировок в имеющиеся данные для учета проблем с качеством данных и для обеспечения сравнимости разных источников данных. При этом методе оценивается полнота данных и, в случае необходимости, вносятся корректировки на занижение сведений и неправильную классификацию случаев смерти, а также готовятся оценочные данные с применением статистического моделирования для стран, по которым надежные данные на национальном уровне отсутствуют.  
  
Данные по материнской смертности и другим необходимым переменным получают из баз данных ВОЗ, Отдела народонаселения ООН, ЮНИСЕФ и ВБ. Данные по разным странам отличаются по источникам и методам. С учетом разнообразия источников данных для каждого источника используются разные методы для получения расчетных значений, поддающихся сравнению и позволяющих проводить агрегацию данных на региональном и глобальном уровне.   
  
Только треть стран имеет полные и надежные данные, для которых не требуются дополнительные расчеты. В еще одной трети стран представляемые страной оценочные данные по материнской смертности корректируются для сравнимости. И в последней трети стран, в которых отсутствуют данные по материнской смертности надлежащего качества, для прогнозирования уровня материнской смертности используется статистическая модель. Однако точечные оценочные значения, рассчитанные с применением этой методики, могут не отражать точный уровень материнской смертности. Поэтому рекомендуется рассматривать такие оценочные значения вместе с уровнями неопределенности, в пределах которых, как предполагается, находятся фактические значения.  
  
Способность готовить оценочные значения показателя на страновом, региональном и глобальном уровне с большей точностью была бы гораздо выше, если бы национальные системы регистрации рождений и смертей были далее усовершенствованы. Такое усовершенствование сократило бы необходимость проведения специальных исследований по материнской смертности (на которые требуется время, финансовые ресурсы, и которые могут мало чем помочь в мониторинге тенденций).   
  
Оценочные значения на региональном и субрегиональном уровне основываются на средневзвешенных значениях страновых данных, при этом в качестве веса используется общее количество живорождений. Агрегированные на региональном уровне значения представляются только в случае, если имеющиеся данные охватывают не менее 50% от общего количества рождений в регионе.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**ПРИМЕРЫ**

**ССЫЛКИ**

Hill, K., K. Thomas, C. Abouzahr, N. Walker, L. Say, M. Inoue and E. Suzuki, on behalf of the Maternal Mortality Working Group (2007). Estimates of maternal mortality worldwide between 1990 and 2005: an assessment of available data. Lancet, vol. 370, Issue 9595, pp. 1311–1319.  
  
Say L. and R.C. Pattinson (2008). Maternal Mortality and Morbidity. In *International Encyclopedia of Public Health,* eds. Kris Heggenhougen and Stella R. Quah, pp. 222–236. Oxford: Academic Press.   
  
United Nations Population Fund (annual). *State of World Population.* New York. Available from <http://www.unfpa.org/swp/swpmain.htm>.   
  
United Nations Population Fund (1998). Issues in measuring and monitoring maternal mortality: implications for programmes. *Technical and Policy Paper No.1.* New York.   
  
World Health Organization (2009). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision (ICD-10).* Geneva. Available from <http://www.who.int/classifications/icd>.   
  
World Health Organization and United Nations Children’s Fund (1997). *The Sisterhood Method for Estimating Maternal Mortality: Guidance Notes for Potential Users.* Geneva. Available from <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/RHT_97_28/en/index.html>.  
  
World Health Organization, United Nations Children’s Fund, United Nations Population Fund and World Bank (2010). *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008.* Geneva. Available from <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241500265/en/index.html>.

5.2 Доля деторождений при квалифицированном родовспоможении

**ЦЕЛЬ И ЗАДАЧА, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

Цель 5. Улучшение охраны материнства   
Задача 5.A: Снизить на три четверти за период 1990–2015 годов показатель материнской смертности

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ**

Определение  
Доля деторождений при квалифицированном родовспоможении, - это доля *живорождений*, проходивших при помощи *квалифицированного специалиста по родовспоможению*, обученного жизнесохраняющей акушерской помощи.  
  
Данный показатель выражается в виде процента.  
  
Понятия  
*Живорождением* называется полное изгнание или извлечение продукта зачатия из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности, в случае наличия у него хотя бы одного из признаков жизни, таких как дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины или явные движения произвольной мускулатуры, независимо от того, перерезана пуповина и отделилась ли плацента. Каждый продукт такого рождения считается живорожденным.  
  
*Квалифицированным специалистом по родовспоможению* является аккредитованный медицинский работник, такой как акушерка, врач или медицинская сестра, получивший образование и обучение, который имеет такой уровень квалификации, который необходим для ведения нормальной (неосложненной) беременности, родов и раннего послеродового периода и установления, ведения осложнений у женщин и новорожденных и их направления к врачам-специалистам. *Традиционные повитухи*, вне зависимости от прохождения ими обучения, исключаются из числа квалифицированного медицинского персонала.   
  
*Традиционными повитухами* являются традиционные, независимые (от системы здравоохранения) лица из числа местных жителей, обеспечивающие помощь во время беременности, родов и послеродового периода, не получившие официального обучения.  
  
Методика расчетов  
Данный показатель рассчитывается как количество деторождений, происходивших при помощи квалифицированного медицинского персонала (врачей, медсестер или акушерок), деленное на общее количество деторождений за тот же период и умноженное на 100.



**ОБОСНОВАНИЕ И ТОЛКОВАНИЕ**

Правильно измерить уровень материнской смертности необычайно трудно, если, конечно, это не делается в условиях обязательной регистрации всех случаев смерти и их причин. В целях мониторинга прогресса в улучшении охраны материнства, такого как наличие профессиональной медицинской помощи в период беременности и во время родов, что особенно важно при возникающих осложнениях, предлагается ряд показателей для оценки соответствующих процессов. Родовспоможение надлежащим образом обученным медицинским персоналом является чрезвычайно важным для снижения материнской смертности. Доля женщин, рожавших при квалифицированном родовспоможении, является таким наиболее часто используемым показателем процесса.   
  
Значение этого показателя близко к 100% там, где квалифицированное родовспоможение оказывается всем женщинам, как это обстоит в большинстве развитых регионов. Значения показателя менее 20% наблюдаются в условиях, когда система здравоохранения находится в неудовлетворительном состоянии и материнская смертность является серьезной проблемой здравоохранения. Необходимо тщательно следить за долей деторождений при квалифицированном родовспоможении, наряду с рядом других связанных показателей, дезагрегированных по социально-экономическим характеристикам для выявления целевого населения и соответствующего планирования мер.

**СБОР ДАННЫХ И ИХ ИСТОЧНИКИ**

Необходимые данные собирают в ходе обследований домохозяйств, в том числе обследований по многим показателям с применением гнездовой выборки (MICS) и демографических медико-санитарных обследований (ДМСО). Обычно такие обследования проводятся каждые 3-5 лет национальным статистическим органом или министерством здравоохранения.   
  
Для облегчения толкования тенденций и изменений, основанных на данных обследований, целесообразно вместе с оценочными данными указывать доверительные интервалы.  
  
При отсутствии данных обследований в некоторых странах могут иметься данные от медицинских учреждений. Однако следует отметить, что по этим данным доля деторождений при квалифицированном родовспоможении может оказаться завышенной вследствие того, что из знаменателя предположительно исключены женщины, рожавшие вне медицинских учреждений.

**ВОПРОСЫ ДЕЗАГРЕГИРОВАНИЯ ДАННЫХ**

Дезагрегирование данного показателя по месту проживания (город/село), возрасту матери и ее социально-экономическому положению может помочь в оценке причин разной степени доступа к охране репродуктивного здоровья и выработке необходимой политики и мер.

**КОММЕНТАРИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

Данный показатель является своего рода мерилом способности той или иной системы здравоохранения обеспечивать надлежащий уход во время родов, период повышенного риска смертности, как для матерей, так и новорожденных. Но этот показатель не может полноценно отразить доступ женщин к качественному уходу, особенно в случае возникновения осложнений. Для того чтобы эффективно способствовать снижению материнской смертности, квалифицированный медицинский персонал должен иметь необходимое оборудование и возможности для направления женщин для получения специализированной медицинской помощи.  
  
Кроме того, иногда затруднительно дать единообразное определение понятию «квалифицированный медицинский персонал», поскольку в разных странах профессиональная подготовка медицинских работников осуществляется неодинаково. Несмотря на предпринимаемые усилия в плане стандартизации используемых в большинстве обследований домохозяйств определений «врач», «медицинская сестра» и «акушерка», а также «помощница акушерки», вполне вероятно, что возможности квалифицированного медицинского персонала по обеспечению соответствующего ухода в чрезвычайных ситуациях зависят от условий, в которых они работают.  
  
Ошибка припоминания является еще одной потенциальной причиной необъективности данных. В ходе обследования домохозяйства респондентов просят вспомнить все случаи живорождения, произошедшие за период до пяти лет до проведения опроса. Респондент может знать или не знать, или не вспомнить информацию о квалификации лица, помогавшего при родах, имевших место в отчетный период.   
  
Как отмечалось ранее, данные медицинских учреждений, в случае их использования, не включают женщин, рожающих дома, вследствие чего фактическая доля деторождений при квалифицированном родовспоможении оказывается завышенной.

**ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА**

Низкий социальный статус женщин в некоторых странах ограничивает их доступ к экономическим ресурсам и базовому образованию, а, значит, и их возможности по принятию решений в отношении здоровья и питания. Некоторые женщины лишены возможности получать необходимую помощь либо потому, что согласно принятым в их окружении культурным обычаям они должны находиться в изоляции, либо потому, что решения за них принимают другие члены семьи. Решающим фактором, обуславливающим высокую материнскую смертность, является отсутствие основных акушерско-гинекологических услуг или доступа к ним.

**ДАННЫЕ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА**

Данные для глобального мониторинга представляются Детским фондом Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) и Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). Эти агентства получают данные из национальных источников, которые включают как данные обследований, так и систем регистрации.   
  
До того, как данные будут включены в глобальные базы данных, ЮНИСЕФ и ВОЗ проводят проверку данных, которая включает переписку с представительствами на местах для прояснения вопросов.   
  
Расхождения между международными и национальными оценочными данными возможны, если данные собираются на уровне медицинских учреждений. Такие данные будут отличаться от международных оценок, которые основываются на данных обследований, проведенных на уровне домохозяйств.   
  
Что касается ограничений данных обследований, то в некоторых отчетах по результатам обследований может быть представлена доля деторождений при родовспоможении персоналом, который включает лиц, не соответствующих приведенному выше определению (например, персонал, который не считается квалифицированным, такой как социальные медицинские работники). В этих случаях подсчитывается доля деторождений при помощи врача, медицинской сестры или акушерки, которая затем и вводится в глобальную базу данных в качестве оценочного значения этого показателя.  
  
Затем, исходя из средних значений страновых данных, взвешенных по общему количество рождений в каждой стране, рассчитываются региональные и глобальные оценочные значения. Агрегированные на региональном уровне значения представляются только в случае, если имеющиеся данные охватывают не менее 50% от общего числа рождений в регионе.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**ПРИМЕРЫ**

**ССЫЛКИ**

United Nations Children’s Fund. *Childinfo – Monitoring the Situation of Children and Women.* New York. Internet site <http://www.childinfo.org/>.  
  
United Nations Population Fund (annual). *State of World Population.* New York. Available from <http://www.unfpa.org/swp/swpmain.htm>.  
  
World Health Organization. *WHO Statistical Information System (WHOSIS)* . Internet site <http://www.who.int/whosis>.  
  
World Health Organization (2006). *Reproductive Health Indicators - Guidelines for their Generation, Interpretation and Analysis for Global Monitoring.* Geneva. Available from <http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/924156315X_eng.pdf>.  
  
World Health Organization (2008). Proportion of births attended by a skilled attendant: 2008 updates. *Department of Reproductive Health and Research Factsheet.* Geneva. Available from <http://www.searo.who.int/LinkFiles/Publications_skilled_attendant_at_birth_2008.pdf> .

5.3 Доля населения, пользующегося контрацептивами

**ЦЕЛЬ И ЗАДАЧА, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

Цель 5. Улучшение охраны материнства   
Задача 5.B: Обеспечить к 2015 году всеобщий доступ к услугам по охране репродуктивного здоровья

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ**

Определение  
*Доля населения, пользующегося контрацептивами*, представляет собой процент *женщин репродуктивного возраста*, применяющих в настоящее время или сексуальный партнер которых пользуется хотя бы одним методом контрацепции, вне зависимости от применяемого метода контрацепции. Показатель рассчитывается для женщин в возрасте от 15 до 49 лет, состоящих в официальном или гражданском браке.  
  
Понятия

К *женщинам репродуктивного возраста* относятся все женщины в возрасте от 15 до 49 лет.  
  
*Методы контрацепции* включают современные и традиционные методы. Современные методы включают женскую и мужскую стерилизацию, оральные гормональные таблетки, внутриматочную спираль (ВМС), мужские и женские презервативы, инъекции, имплант (включая норплант), вагинальные барьерные методы и спермициды. К традиционным методам относятся метод ритма (периодическое воздержание), прерванный половой акт, метод лактационной аменории (МЛА) и различные народные методы. Обратите внимание, что в некоторых обследованиях МЛА относится к числу современных методов. В целях отчетности ЦРТ по данному показателю МЛА классифицируется как традиционный метод.   
  
Методика расчетов



**ОБОСНОВАНИЕ И ТОЛКОВАНИЕ**

Показатель по доле населения, пользующегося контрацептивами, который служит в качестве мерила степени доступа к услугам по охране репродуктивного здоровья, полезен с точки зрения мониторинга прогресса в обеспечении всеобщего доступа к охране репродуктивного здоровья, особенно если этот показатель рассматривается в совокупности с информацией об осведомленности женщин в вопросах планирования семьи или их доступа к таким услугам и информацией о качестве услуг по планированию семьи. Информация о доле населения, пользующегося контрацептивами, дополняет показатель по неудовлетворенной потребности в планировании семьи (см. Показатель 5.6). Сумма распространенности контрацепции и неудовлетворенной потребности определяет совокупную потребность в контрацепции. В отличие от показателя по неудовлетворенной потребности, показатель по распространенности контрацепции учитывает такой факт, как хотят ли женщины или пары еще иметь детей. Это обуславливает большую сложность в толковании этого показателя по сравнению с показателем по неудовлетворенной потребности, поскольку в разных обществах наблюдается разный уровень применения контрацепции с учетом большой разницы в отношении предпочитаемого размера семьи. По той же причине сложно определить желаемое значение для доли населения, пользующегося контрацептивами.

**СБОР ДАННЫХ И ИХ ИСТОЧНИКИ**

Доля населения, пользующегося контрацептивами, рассчитывается на основании данных репрезентативных в общегосударственном масштабе обследований, содержащих вопросы о текущем применении контрацепции. Обследованиями, которые обычно содержат такую информацию, являются: демографические и медико-санитарные обследования (ДМСО), обследования рождаемости и семьи (ОРС), обследования репродуктивного здоровья (ОРЗ), проводимые при содействии Центров по контролю и профилактике заболеваний США, обследования по многим показателям с применением гнездовой выборки (MICS) и другие национальные обследования.   
  
При обследованиях сведения собираются посредством прямых вопросов, задаваемых женщинам, в том числе об их возрасте и о том, состоят ли они в официальном или гражданском браке. Вопросы о методах контрацепции зачастую включают две части: общий вопрос, когда женщин спрашивают о том, пользуются ли они в настоящее время каким-либо методом контрацепции, и последующий вопрос о применяемом в настоящее время методе контрацепции. Для получения точных данных о распространенности контрацепции желательно, чтобы интервьюер предоставил описание или перечень конкретных методов планирования семьи. Если это не делается, то уровень распространенности контрацепции может оказаться значительно заниженным, особенно если распространено применение традиционных методов, таких как прерванный половой акт или календарный метод, или применение контрацептивной стерилизации. В некоторых обследованиях, таких как ДМСО, методы описываются в виде «зондирующих» вопросов о методах контрацепции, о которых слышал респондент, до того, как респондента спрашивают о применении им в настоящее время контрацепции. При проведении обследования среди высокообразованного населения интервьюер может предоставить респондентам распечатанный список методов.  
  
При регистрации данных о методах контрацепции важно помнить, что некоторые респонденты могут одновременно пользоваться более чем одним методом. В таких случаях выбор делается эмпирически либо лицом, собирающим данные, исходя из эффективности применяемых методов, либо респондентами, исходя из собственной оценки метода, которым они пользуются наиболее часто. Определение только одного метода или комбинации методов на одного респондента позволяет рассчитать распространенность контрацепции в виде суммы уровня применения каждого из методов. В случае если на одного респондента регистрируется более чем один метод или комбинация методов и не применяются критерии выбора, то сумма различных используемых методов может превысить общий уровень распространенности контрацепции.  
  
Также важно отметить, что распространенность контрацепции измеряется на момент проведения интервью. Однако имеется интервал запаздывания, обычно составляющий от одного года до двух лет, между датой проведения интервью и распространением отчетам по результатам обследования. В среднем обследования проводятся каждые 3-5 лет.

**ВОПРОСЫ ДЕЗАГРЕГИРОВАНИЯ ДАННЫХ**

Применение контрацепции может существенно отличаться в разных социально-экономических группах, а также в разных географических регионах. В целях разработки политики информация о распространенности контрацепции необходимо дезагрегировать, как минимум, по возрасту и текущему семейному положению. Данная информация является важной, поскольку она позволяет отслеживать различия в доступе к методам контрацепции среди более уязвимых групп населения, таких как подростки и незамужние женщины.   
  
Применение контрацепции можно также дезагрегировать по другим социальным или экономическим характеристикам, таким как уровень образования женщин, проживание в городе или селе, и количество имеющихся детей, насколько это требуется для выработки политики в конкретной стране или регионе.

**КОММЕНТАРИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

Различия в плане и проведении обследования, а также различия в формулировках и администрировании анкет могут повлиять на сопоставимость данных с течением времени, а также между странами. К некоторым наиболее распространенным различиям относятся спектр методов, включаемых в обследования, а также включение или невключение в анкеты зондирующих вопросов. Отсутствие зондирующих вопросов может привести к заниженной оценке распространенности контрацепции.   
  
Характеристика (возраст, пол, семейное положение) лиц, в отношении которых оценивается распространенность контрацепции (базисное население), также влияет на сопоставимость данных по распространенности контрацепции. Несмотря на то, что в стандартном определении доли населения, пользующегося контрацептивами, указываются только женщины, состоящие в официальном или гражданском браке, иногда представляется альтернативное базисное население, которое включает сексуально активных женщин (вне зависимости от семейного положения), женщин, состоящих или состоявших в браке, или мужчин и женщин, состоящих в официальном или гражданском браке.   
  
Интервалы времени, которые используются для оценки распространенности контрацепции, также могут отличаться. Зачастую определение того, что подразумевается под «применяемым в настоящее время» методом контрацепции, остается за респондентом. В некоторых обследованиях респондентов спрашивают о применении контрацепции в течение последнего месяца. Иногда, когда информация о текущем применении не собирается, для оценки текущей распространенности контрацепции использовались данные о применении методов контрацепции во время последнего сексуального контакта или в течение предыдущего года. Необходимо четко указывать любые отличия представляемых данных от стандартного определения распространенности контрацепции.  
  
Изменчивость элементов выборки также может представлять проблему при сборе данных, особенно в тех случаях, когда распространенность контрацепции оценивается для конкретной подгруппы (в соответствии с методом контрацепции, возрастными характеристиками, уровнем образования, местом проживания и т.д.) или при анализе тенденций в динамике по времени.

**ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА**

Статистические сведения о применении контрацепции основываются в первую очередь на данных, относящихся к женщинам. В основном это обусловлено прагматическими причинами, поскольку большинство методов контрацепции основываются на их применении именно женщинами. Можно также утверждать, что степень контролирования женщинами воспроизводства является показателем того, как они контролируют свою жизнь в целом, поэтому доля населения, пользующегося контрацепцией, может также рассматриваться как показатель расширения прав и возможностей женщин. В некоторых последних обследованиях также опрашивались мужчины о применении методов контрацепции.

**ДАННЫЕ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА**

На глобальном уровне данные по этому показателю представляются Отделом народонаселения ООН. Данные берутся из национальных архивов данных или из опубликованных отчетов по результатам обследований. В исключительных случаях данные берутся из других опубликованных аналитических отчетов. В случае необходимости пояснений Отдел народонаселения связывается с заказчиками обследований или организацией, проводившей обследование, которые в ответ могут предоставить исправленные или скорректированные оценочные данные.   
  
Региональные оценочные значения показателя представляют собой средневзвешенные значения страновых данных, в которых в качестве весов используется число женщин в возрасте 15-49 лет, состоящих в официальном или гражданском браке, за базисный год в каждой стране. Глобальные оценочные данные представляют собой средневзвешенные значения региональных оценочных данных, в которых в качестве весов используется число женщин в возрасте 15-49 лет, состоящих в официальном или гражданском браке, за базисный год в каждом регионе. Данные не представляются в случае, если охвачено менее 50% сопоставимого контингента в регионе.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**ПРИМЕРЫ**

**ССЫЛКИ**

Rutstein, S. O. and G. Rojas (2006). *Online Guide to DHS Statistics.* Calverton, Maryland: Measure DHS. Available from <http://www.measuredhs.com/help/Datasets/index.htm>.   
  
United Nations (2004). *Levels and Trends of Contraceptive Use as Assessed in 2002.* Sales No. E.04.XIII.9. New York. Available from <http://www.un.org/esa/population/publications/wcu2002/WCU2002_Report.pdf>.   
  
United Nations (2011). *World Contraceptive Use 2010.* New York. Available from <http://www.un.org/esa/population/publications/wcu2010/Main.html>.  
  
United Nations Population Division (2010). *Multilingual Demographic Dictionary, Second Edition 1982.* Available from <http://en-ii.demopaedia.org/wiki/Main_Page>.  
  
World Health Organization (2006). *Reproductive Health Indicators: Guidelines for their Generation, Interpretation and Analysis for Global Monitoring.* Geneva. Available from <http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/924156315X_eng.pdf>.

5.4 Коэффициент рождаемости среди подростков

**ЦЕЛЬ И ЗАДАЧА, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

Цель 5. Улучшение охраны материнства  
Задача 5.B: Обеспечить к 2015 году всеобщий доступ к услугам по охране репродуктивного здоровья

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ**

Определение  
Коэффициент рождаемости среди подростков представляет собой *число живорождений в год среди женщин подросткового возраста на 1 000 женщин подросткового возраста*.   
  
Понятия  
Коэффициент рождаемости среди подростков также называется повозрастным коэффициентом рождаемости для женщин от 15 до 19 лет.   
  
*Живорождением* называется полное изгнание или извлечение продукта зачатия из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности, в случае наличия у него хотя бы одного из признаков жизни, таких как дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины или явные движения произвольной мускулатуры, независимо от того, перерезана пуповина и отделилась ли плацента. Каждый продукт такого рождения считается живорожденным.  
  
*Женщинами подросткового возраста* в целях данного показателя являются женщины в возрасте от 15 до 19 лет.  
  
Методика расчетов  
Коэффициент рождаемости среди подростков рассчитывается как число живорождений среди женщин подросткового возраста, деленное на общее число женщин подросткового возраста и умноженное на 1 000.



Данный показатель рассчитывается по-разному в зависимости от того, какие данные используются: регистрационные данные рождений и смерти, данные обследований или переписи.

1. Регистрация рождений и смерти:
   * Число живорождений среди женщин подросткового возраста – это количество зарегистрированных в течение определенного года живорождений среди женщин в возрасте 15-19 лет.
   * Число женщин подросткового возраста - это оцениваемое количество женщин в возрасте 15-19 лет на 1 июля рассматриваемого года. Для мониторинга данного показателя на национальном уровне данные по численности населения могут быть взяты из надежных национальных источников или оценочных данных по численности населения, публикуемых Отделом народонаселения ООН в *«World Population Prospects»*. В случае если числитель не охватывает абсолютную фактическую численность населения, можно при наличии использовать альтернативные оценочные данные по численности населения.
2. Данные обследований: Коэффициент рождаемости среди подростков обычно рассчитывается исходя из ретроспективных историй рождений. Во всех возможных случаях базисный год соответствует 5 годам, предшествующим обследованию. Отчетный год наблюдения соответствует середине базисного периода
   * Число живорождений среди женщин подросткового возраста - число живорождений среди женщин, которым на момент родов было от 15 до 19 лет, в течение базисного периода до проведения опроса.
   * Число женщин подросткового возраста - количество человеко-лет, прожитых опрошенными женщинами в возрасте от 15 до 19 лет в течение того же базисного периода.
3. В обследованиях, где ретроспективные истории рождений отсутствуют, число рождений может быть оценено на основании вопросов о дате последнего рождения или числе рождений в течение 12 месяцев, предшествующих обследованию.
   * Данные переписи: Коэффициент рождаемости среди подростков обычно рассчитывается исходя из даты последнего рождения или числа рождений в течение 12 месяцев, предшествующих переписи. Перепись обеспечивает данные, как для числителя, так и для знаменателя. В некоторых случаях коэффициенты, рассчитанные по данным переписи, корректируются на неполную регистрацию. В некоторых случаях, когда где нет других надежных данных, метод косвенной оценки учета собственных детей обеспечивает оценку коэффициента рождаемости среди подростков для ряда лет до переписи (см. более подробную информацию в Руководстве Х: *Indirect Techniques for Demographic Estimation,* United Nations (1983)).

**ОБОСНОВАНИЕ И ТОЛКОВАНИЕ**

Коэффициент рождаемости среди подростков является важным показателем для разработки политики, нацеленной на общее улучшение охраны материнства. Материнская смертность среди более молодых женщин подросткового возраста (до 18 лет) гораздо выше, чем среди более взрослых женщин или подростков (18-19 лет). Если общая материнская смертность среди женщин подросткового возраста высокая, снижение рождаемости среди подростков способствует улучшению охраны материнства, поскольку приводит к сокращению общей материнской смертности.   
  
Ранее материнство не только повышает риск смерти во время родов, но и ставит под угрозу благосостояние матерей и их детей. Молодые матери часто отказываются от получения образования и других социально-экономических возможностей; дети, рожденные юными матерями, имеют более высокий риск смерти в младенчестве или детстве, и в случае их выживания у них меньше возможностей для получения образования.   
  
Значения коэффициента рождаемости среди подростков варьируются от менее 2 случаев до около 230 случаев рождений на 1 000 женщин подросткового возраста. Высокими считаются значения показателя в размере от 50 и выше случаев рождений на 1 000 женщин, а низкими - значения в размере 10 или менее случаев рождений 1 000 женщин. Более высокие значения коэффициента рождаемости среди подростков могут свидетельствовать о неудовлетворенной потребности в планировании семьи среди молодых женщин, многие из которых хотели бы отложить свою беременность.

**СБОР ДАННЫХ И ИХ ИСТОЧНИКИ**

Данные по случаям рождений с указанием возраста матери обычно берутся из систем регистрации рождений и смерти, если они охватывают 90 и более процентов всех живорождений. Оценочные данные по результатам переписи или обследований могут дополнить регистрационные данные за периоды, по которым регистрационные данные отсутствуют. В странах, где нет системы регистрации рождений и смерти или где такая система охватывает менее 90 процентов живорождений, коэффициент рождаемости среди подростков может быть получен на основании данных обследований домохозяйств и данных переписи населения. В странах, где есть несколько программ обследований, приоритет отдается обследованиям больших выборок, проводимым ежегодно или один раз в два года.   
  
Обследованиями, из которых обычно могут быть получены данные, являются: демографические и медико-санитарные обследования (ДМСО), обследования репродуктивного здоровья (ОРЗ), проводимые при содействии Центров по контролю и профилактике заболеваний США, обследования по многим показателям с применением гнездовой выборки (MICS) и другие национальные обследования. В случае наличия в отчете по результатам обследования оценочных значений, их необходимо брать в том виде, в котором они приведены в таком отчете. В противном случае при наличии микроданных, оценочные значения необходимо рассчитать, используя соответствующий метод расчета. В случае использования данных переписи, оценочные значения должны быть теми же, что и указанные в отчетах по результатам переписи, включая любые корректировки, внесенные национальным статистическим органом.

**ВОПРОСЫ ДЕЗАГРЕГИРОВАНИЯ ДАННЫХ**

Дезагрегирование коэффициента рождаемости среди подростков по географическим районам, проживанию в городе или селе, уровню образования женщин, статусу бедности и другим характеристикам, актуальным в условиях конкретной страны, может помочь в выявлении категорий населения, где уровень коэффициента рождаемости среди подростков является наиболее высоким, и разработке политики по сокращению материнской смертности и улучшению охраны репродуктивного здоровья девочек-подростков, а также политики по сокращению детской смертности.

**КОММЕНТАРИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

При расчете данного показателя возникает ряд ограничений. При использовании данных о регистрации рождений и смерти коэффициенты рождаемости среди подростков подвержены ограничениям, которые зависят от полноты системы регистрации рождений; в зависимости от того, как трактуются случаи, когда новорожденный рождается живым, но умирает до регистрации или в течение первых суток жизни; от точности сообщаемого возраста матери; а также от включения случаев рождений в предыдущие периоды. Расчетное значение численности населения может быть подвержено ограничениям, связанным с неверным сообщением возраста и охватом. Другое ограничение заключается в том, что число живорождений может также включать случаи рождений среди женщин младше 15 лет (например, живорождения по возрасту матери среди женщин в возрасте 12-19 лет) или в том, что показатель рассчитывается для разных возрастных групп как по числу живорождений, так и по числу женщин (например, женщин в возрасте от 16 до 19 лет). В странах, где система регистрации рождений и смерти регистрирует рождения по месту родов, а не по месту постоянного местожительства матери, число рождений среди подростков в городской местности может быть преувеличено за счет больничной инфраструктуры, которая обслуживает женщин из близлежащих сельских районов. Это влияет на точность показателя, когда он представляется отдельно для городской и сельской местности. При использовании данных обследований и переписи, число живорождений среди женщин подросткового возраста и число подростков основывается на одной генеральной совокупности. Тем не менее, данные могут быть искажены вследствие неточного сообщения возраста, несообщения о рождениях, неточного сообщения даты рождения ребенка и изменчивости элементов выборки в случае с обследованиями. Другое ограничение заключается в том, что коэффициент рождаемости среди подростков обычно представляется в отчетности как процент рождаемости среди женщин в возрасте 15-19 лет в общей рождаемости. Однако предпочтение следует отдавать коэффициенту рождаемости среди подростков, нежели проценту рождаемости среди женщин в возрасте 15-19 лет в общей рождаемости, поскольку такой процент может существенно варьироваться в результате изменения уровня рождаемости в других возрастных группах, даже если коэффициент рождаемости среди подростков остается постоянным.

**ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА**

Женщины, становящиеся матерями в раннем возрасте, часто упускают возможность для получения образования и другие социально-экономические возможности. Таким образом, высокий коэффициент рождаемости среди подростков может привести к большому гендерному неравенству в образовании. Высокий коэффициент рождаемости среди подростков также свидетельствует о распространенности ранних браков среди женщин и часто является признаком социальной структуры, в которой ожидается, что женщины будут подтверждать свою взрослость, принимая на себя социальную роль матери как можно раньше. Снижение же коэффициента рождаемости среди подростков может свидетельствовать о повышении уровня гендерного равенства и расширении прав и возможностей женщин. Высокий коэффициент рождаемости среди подростков может также способствовать высокой материнской смертности.

**ДАННЫЕ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА**

На глобальном уровне данные для данного показателя составляются Отделом народонаселения ООН (ОНООН). Для этого по мере возможности используются данные о регистрации рождений и смерти. Для расчета коэффициентов рождаемости среди подростков используются данные, представляемые национальными статистическими органами в Отдел народонаселения ООН. В случае их отсутствия или недостаточной надежности, данные берутся из других региональных статистических подразделений или собираются непосредственно в самих странах. В качестве данных по численности подростков используются данные, публикуемые в *«World Population Prospects»*, издаваемым ОНООН. В случае отсутствия данных для числителя или знаменателя, используется оценочное значение, рассчитанное национальным статистическим органом.   
  
Если данные по регистрации рождений и смерти недоступны, изучаются результаты обследований или переписи населения. В случае использования результатов обследований, обычно в качестве таких обследований используются ДМСО, ОРЗ и MICS. Если оценочные значения представлены в самом отчете по результатам обследования, то они берутся из такого отчета. В противном случае ОНООН использует национальные микроданные для расчета показателя. В случае с данными переписи населения, предпочтительнее использовать расчетные значения, представленные в отчетах по результатам переписи, включая корректировки, производимые национальным статистическим органом. В других случаях коэффициент рождаемости среди подростков выводится с применением соответствующих методов расчета. В некоторых случаях коэффициент, рассчитанный на основании данных переписи, корректируется на неполную регистрацию, исходя из косвенных методов оценки. Для некоторых стран, где нет других надежных данных, метод косвенной оценки учета собственных детей обеспечивает оценку коэффициента рождаемости среди подростков для ряда лет до переписи.  
  
ОНООН рассчитывает региональные и глобальные значения показателя. Для базисных годов, по которым данные отсутствуют, используется ближайший элемент данных. Средние значения рассчитываются с использованием в качестве весов количества женщин в возрасте 15-19 лет. Данные по численности женщин берутся из последней редакции *«World Population Prospects»*. Среднерегиональные значения показателя представляются только в случае охвата более 50% женщин в возрасте 15-19 лет в регионе. В большинстве регионов охват составляет более 95%.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**ПРИМЕРЫ**

**ССЫЛКИ**

United Nations (2008). *World Fertility Patterns 2007.* Wallchart. New York. Available from <http://www.un.org/esa/population/publications/worldfertility2007/worldfertility2007.htm>.   
  
United Nations (2011). *World Population Prospects: The 2010 Revision.* On-line Database. New York. Available from <http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>.  
  
United Nations (2004). *Handbook on the Collection of Fertility and Mortality Data.* New York. Available from <http://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesF/SeriesF_92E.pdf>.  
  
United Nations (1983). *Manual X: Indirect Techniques for Demographic Estimation.* New York. Available from <http://www.un.org/esa/population/publications/Manual_X/Manual_X.htm>.

5.5 Охват дородовым обслуживанием (по меньшей мере, одно посещение и, по меньшей мере, четыре посещения)

**ЦЕЛЬ И ЗАДАЧА, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

Цель 5. Улучшение охраны материнства   
Задача 5.B: Обеспечить к 2015 году всеобщий доступ к услугам по охране репродуктивного здоровья

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ**

Определение  
Охват дородовым обслуживанием (по меньшей мере, одно посещение) представляет собой процент женщин в возрасте 15–49 лет, имевших *живорождение* в рассматриваемый период времени, получивших *дородовое обслуживание* со стороны *квалифицированного медицинского персонала* не менее одного раза за время беременности.  
  
Охват дородовым обслуживанием (по меньшей мере, четыре посещения) представляет собой процент женщин в возрасте 15–49 лет, имевших *живорождение* в рассматриваемый период времени, получивших *дородовое обслуживание* четыре или более раз за время беременности со стороны любого источника.   
  
Понятия  
*Живорождением* называется полное изгнание или извлечение продукта зачатия из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности, в случае наличия у него хотя бы одного из признаков жизни, таких как дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины или явные движения произвольной мускулатуры, независимо от того, перерезана пуповина и отделилась ли плацента.   
  
*Дородовое обслуживание* направлено на контроль состояния здоровья и социально-экономических условий, которые могут повысить вероятность конкретных негативных исходов беременности; обеспечение эффективных терапевтических мер; информирование беременных женщин о подготовке к безопасным родам, чрезвычайных обстоятельствах во время беременности и соответствующих мерах.  
  
*Квалифицированным медицинским специалистом* является аккредитованный медицинский работник, такой как акушерка, врач или медицинская сестра, получивший образование и обучение, который имеет такой уровень квалификации, который необходим для ведения нормальной (неосложненной) беременности, родов и раннего послеродового периода и установления, ведения осложнений у женщин и новорожденных и их направления к врачам-специалистам. *Традиционные повитухи*, вне зависимости от прохождения ими обучения, исключаются из числа квалифицированного медицинского персонала.

*Традиционными повитухами* являются традиционные, независимые (от системы здравоохранения) лица из числа местных жителей, обеспечивающие помощь во время беременности, родов и послеродового периода, не получившие официального обучения.  
  
Методика расчетов  
Процент женщин в возрасте 15–49 лет, имевших живорождение в рассматриваемый период времени, получивших дородовое обслуживание со стороны квалифицированного медицинского персонала не менее одного раза за время беременности (ANC 1+), рассчитывается путем деления числа женщин, посещенных не менее одного раза за время беременности квалифицированным медицинским персоналом по причинам, связанным с беременностью, на общее число женщин, имевших живорождение, и умножения на 100.  
  
Процент женщин в возрасте 15–49 лет, имевших живорождение в рассматриваемый период времени, получивших дородовое обслуживание четыре или более раз за время беременности (ANC 4+), рассчитывается путем деления числа женщин, посещенных четыре и более раз за время беременности любым лицом, обеспечивающим обслуживание, по причинам, связанным с беременностью, на общее число женщин, имевших живорождение, и умножения на 100.  
  
В отличие от ANC 1+, ANC 4+ включает обслуживание, обеспечиваемое любым лицом, а не только квалифицированным медицинским персоналом. Это связано с тем, что в ходе основных обследований домохозяйств на национальном уровне не собирается информация о том, кто обеспечивает обслуживание в ходе каждого посещения.

**ОБОСНОВАНИЕ И ТОЛКОВАНИЕ**

Дородовый период представляет возможности для обеспечения беременных женщин вмешательствами, которые могут быть жизненно важными для их здоровья и самочувствия, а также здоровья и самочувствия их младенцев. Исходя из анализа эффективности различных моделей дородового наблюдения Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рекомендует стандартную модель из четырех посещений. В руководствах ВОЗ указывается точное содержание посещений в течение дородового периода, которые должны включать:

* клиническое исследование;
* анализ крови, направленный на выявление сифилиса и тяжелой анемии (и других заболеваний, таких как вирус иммунодефицита человека и малярия, в зависимости от эпидемиологической обстановки);
* определение внутриутробного возраста и высоты стояния дна матки;
* измерение кровяного давления;
* замер роста и веса матери;
* проведение симптоматического анализа мочи на инфекции, передающиеся половым путем (многократное погружение индикаторной полоски);
* определение группы и резуса крови;
* прививка против столбняка;
* назначение железосодержащих добавок и фолиевой кислоты;
* предоставление рекомендаций/горячей линии на случай экстренной ситуации.

Важно отметить, что показатели по дородовому обслуживанию (по меньшей мере, одно посещение и, по меньшей мере, четыре посещения) не отражают эти составляющие обслуживания. Эти показатели основываются на стандартном вопросе о том, проводился ли медицинский осмотр женщины во время беременности. Таким образом, не следует предполагать, что женщины получили все составляющие дородового обслуживания, указанные выше. Значения показателя варьируются от 0 до 100, при этом значение показателя, равное 100, является идеальной ситуацией, когда все беременные женщины в возрасте 15- 49 лет, обращались к врачу хотя бы один или четыре раза за время своей беременности. В случае с ANC 1+, значение показателя обычно варьируется между 50 и 100 процентами. В случае с ANC 4+ значения показателя ниже, иногда значительно ниже. Данные по охвату дородовым обслуживанием необходимо рассматривать вместе с рядом других связанных показателей, таких как доля деторождений при квалифицированном родовспоможении или роды в медицинских учреждениях, и их необходимо дезагрегировать по соответствующим характеристикам для выявления целевого населения и выработки соответствующей политики.

**СБОР ДАННЫХ И ИХ ИСТОЧНИКИ**

В качестве основных источников данных для показателя по дородовому обслуживанию необходимо использовать данные обследований домохозяйств. К возможным обследованиям относятся демографические и медико-санитарные обследования (ДМСО), обследования по многим показателям с применением гнездовой выборки (MICS), обследования рождаемости и семьи (ОРС), обследования репродуктивного здоровья (ОРЗ) и другие обследования, построенные на подобной методологии. Обычно обследования проводятся каждые 3-5 лет.   
  
Для облегчения толкования тенденций и изменений, основанных на данных обследований, целесообразно вместе с оценочными данными указывать доверительные интервалы.

**ВОПРОСЫ ДЕЗАГРЕГИРОВАНИЯ ДАННЫХ**

Дезагрегирование данного показателя по месту проживания и категориям населения показывает существенные различия в доступе к услугам по охране репродуктивного здоровья в разрезе географических районов и разных социально-экономических групп населения. Для понимания причин таких отличий необходим дальнейший анализ с тем, чтобы далее планировать меры по их преодолению.

**КОММЕНТАРИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

Дородовое обслуживание во время беременности не гарантирует получение тех вмешательств, которые эффективно способствуют улучшению охраны материнства. Дородовое обслуживание с посещением не менее четырех раз, рекомендуемое ВОЗ, повышает вероятность получения эффективных вмешательств во время дородового обслуживания. Важно, что показатель по дородовому обслуживанию с посещением, по меньшей мере, один раз, относится к посещению квалифицированного медицинского персонала, в то время как показатель по посещению четыре и более раза обычно оценивает посещения любым лицом, обеспечивающим обслуживание, поскольку в ходе обследований домохозяйств не собирается информация о каждом посещении. Кроме того, иногда затруднительно дать единообразное определение понятия «квалифицированный медицинский персонал», поскольку в разных странах профессиональная подготовка медицинских работников осуществляется неодинаково.  
  
Потенциальным источником необъективности данных является ошибка припоминания. При проведении обследований домохозяйств респондентов спрашивают обо всех живорождениях за пять лет до обследования. Респонденты могут знать или не знать, или не помнить информацию о квалификации человека, обеспечивавшего дородовое обслуживание.

**ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА**

Низкий социальный статус женщин в некоторых странах ограничивает их доступ к экономическим ресурсам и базовому образованию, а, значит, и их возможности принимать решения в отношении здоровья и питания. Некоторые женщины лишены возможности получать необходимую помощь либо потому, что согласно принятым в их окружении культурным обычаям они должны находиться в изоляции, либо потому, что решения за них принимают другие члены семьи.

**ДАННЫЕ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА**

На глобальном уровне данные для данного показателя готовятся Детским фондом ООН (ЮНИСЕФ) - по ANC +1 и ANC +4 и ВОЗ - по ANC +4. Основным источником информации для глобальных показателей по дородовому обслуживанию являются национальные обследования домохозяйств, в том числе: ДМСО, MICS, ОРС, ОРЗ и национальные обследования, основанные на подобной методологии. В случае с развитыми странами (где охват беременных высокий), в качестве источников данных также используется статистика по оказываемым услугам.  
  
До включения данных в глобальные базы данных, ЮНИСЕФ и ВОЗ проводят проверку данных, которая включает переписку с представительствами на местах для прояснения вопросов касательно оценочных данных.   
  
Расхождения между международными и национальными оценочными данными возможны, если национальные данные собираются на уровне медицинских учреждений. Такие данные будут отличаться от международных оценок, которые основываются на данных обследований, собираемых на уровне домохозяйств.  
  
В некоторых отчетах может быть представлен общий процент беременных женщин, получивших дородовое обслуживание со стороны квалифицированного медицинского персонала, который не соответствует определению, приведенному выше (например, сюда включается персонал, который не считается квалифицированным, такой как социальные медицинские работники). В этих случаях суммируются проценты дородового обслуживания, обеспечиваемого врачом, медицинской сестрой или акушеркой, и результат вводится в глобальную базу данных.  
  
ЮНИСЕФ и ВОЗ также готовят региональные и глобальные оценочные данные. Они основываются на средневзвешенных значениях, взвешенных по общему числу рождений. Такие оценочные данные представляются только в случае охвата не менее 50% всех рождений в разрезе регионов или в глобальном масштабе.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**ПРИМЕРЫ**

**ССЫЛКИ**

United Nations Children’s Fund. *Childinfo – Monitoring the Situation of Children and Women.* New York. Internet site <http://www.childinfo.org/>.  
  
World Health Organization. *Sexual and Reproductive Health.* Geneva. Internet site <http://www.who.int/reproductive-health/global_monitoring/index.html>.  
  
World Health Organization (2002). *Antenatal Care Randomized Trial: Manual for the Implementation of the New Model.* Geneva. Available from <http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_RHR_01.30.pdf>.  
  
World Health Organization (2003). *Antenatal Care in Developing Countries: Promises, Achievements and Missed Opportunities: An Analysis of Trends, Levels and Differentials, 1990-2001.* Geneva. Available from <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241590947.pdf>.

Top of Form

5.1 Показатель материнской смертности

**ЦЕЛЬ И ЗАДАЧА, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

Цель 5. Улучшение охраны материнства  
Задача 5.A: Снизить на три четверти за период 1990–2015 годов Показатель материнской смертности

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ**

Определение  
Показатель материнской смертности – это число *материнских смертей* за год вследствие каких-либо причин, связанных с беременностью или ее медицинским ведением или усугубляемых ею (за исключением несчастных случаев или каких-либо других непредвиденных причин), в период беременности и во время родов либо в течение 42 дней после разрешения от беременности, независимо от срока и места, где проходила беременность, в расчете на 100 000 *живорождений* в течение определенного года.  
  
Понятия

*Материнские смерти* можно разделить на две группы: случаи смерти, вызванные прямыми акушерскими причинами, и случаи смерти, вызванные косвенными акушерскими причинами. К случаям смерти, вызванным прямыми акушерскими причинами, относятся смерти, вызванные акушерскими осложнениями состояния беременности (беременность, роды и послеродовой период), а также от экстренного хирургического вмешательства, различного рода оплошностей, неправильного лечения или как следствие цепи событий, наступивших в результате вышеуказанного. К случаям смерти, вызванным косвенными акушерскими причинами, относятся смерти, произошедшие в результате ранее возникшей и обострившейся во время беременности болезни либо болезни, которая развилась во время беременности и не была вызвана непосредственными акушерскими причинами, но была отягощена за счет физиологического действия состояния беременности.  
  
*Живорождением* называется полное изгнание или извлечение продукта зачатия из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности, в случае наличия у него хотя бы одного из признаков жизни, таких как дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины или явные движения произвольной мускулатуры, независимо от того, перерезана пуповина и отделилась ли плацента. Каждый продукт такого рождения считается живорожденным.  
  
Методика расчетов  
Показатель материнской смертности рассчитывается путем деления зарегистрированного (или оценочного) числа материнских смертей на общее число зарегистрированных (или выведенных по оценкам) живорождений за один и тот же период времени с последующим умножением полученного результата на 100 000. Для данного расчета необходима информация о состоянии беременности, времени смерти (во время беременности, во время родов или в течение 42 дней после разрешения от беременности) и причине смерти.



**ОБОСНОВАНИЕ И ТОЛКОВАНИЕ**

Данный показатель используется для мониторинга смертности в связи с беременностью и родами. Он отражает способность систем здравоохранения обеспечивать эффективную медико-санитарную помощь для предотвращения и принятия мер в отношении осложнений, возникающих во время беременности и родов.   
  
Значения показателя варьируются от менее 10 случаев смерти, которые наблюдаются в большинстве развитых стран, до свыше 1 000 случаев смерти, при этом в развивающихся регионах среднее значение составляет около 290 случаев смерти на 100 000 живорождений. Однако значения свыше 1 000 случаев смерти наблюдаются в относительно небольшой группе стран, и это значение показателя считается чрезвычайно высоким. По международным оценкам в 2008 году в 14 странах мира Показатель материнской смертности составил около или свыше 1 000 случаев смерти.   
  
Оценка материнской смертности, в особенности если имеются проблемы с качеством данных, приводит к большой степени неопределенности получаемых расчетных значений. В связи с этим целесообразно толковать Показатель материнской смертности в рамках контекста другой информации о состоянии репродуктивного здоровья, включая информацию о наличии квалифицированного медицинского персонала при родах, дородовом наблюдении, а также об уровне рождаемости.

**СБОР ДАННЫХ И ИХ ИСТОЧНИКИ**

Первичные источники данных включают системы регистрации рождения и смерти, обследования домохозяйств, исследования о смертности в репродуктивном возрасте, системы санитарно-эпидемиологического надзора или выборочной регистрации, специальные исследования по материнской смертности и общегосударственные переписи населения. Полные системы регистрации данных о рождении и смерти, содержащие точные сведения о причинах смерти, являются наиболее достоверными источниками данных для расчета показателя материнской смертности и его мониторинга в динамике по времени. Однако такие системы имеются лишь в немногих развивающихся странах. Официальные данные обычно собираются на основе учетной документации органов здравоохранения, однако в сельской местности медицинские услуги доступны лишь для небольшого числа женщин. Поэтому в развивающихся странах больше принято использовать данные обследований. Чаще всего в качестве источников используют данные демографических и медико-санитарных обследований и других подобных обследований домохозяйств.   
  
Поскольку случаи материнской смертности относительно редки, необходимы достаточно крупные выборки при получении данных по результатам обследований домохозяйств. Это требует высоких издержек и все равно может привести к получению расчетных данных с широкими доверительными интервалами.   
  
Методика опроса сестер, используемая в ДМСО, снижает требования к объему выборки. При этом методе респондентов спрашивают о дожитии сестер до определенного возраста. Респондентам задают 4 простых вопроса: сколько их сестер достигли совершеннолетия, сколько из них умерло и были ли среди умерших сестер беременные. Несмотря на то, что при этом методе снижаются требования к объему выборки, получаемые на его основе результаты охватывают период около 7-12 лет до обследования, что усложняет использование данных для мониторинга прогресса или наблюдения за воздействием проводимых мероприятий. При прямом методе опроса сестер респондентов просят сообщить дату смерти, что позволяет получить более современные оценочные значения, но даже в этом случае базисный период охватывает, как правило, период от 0 до 6 лет до опроса.

**ВОПРОСЫ ДЕЗАГРЕГИРОВАНИЯ ДАННЫХ**

Вследствие высокого уровня неуверенности в отношении расчетных данных, данные по показателю материнской смертности представляются только на национальном уровне. Дезагрегирование данных не рекомендуется.

**КОММЕНТАРИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

Материнскую смертность сложно оценивать. В большинстве развивающихся странах системы регистрации рождения и смерти и системы медицинской информации в неудовлетворительном состоянии, поэтому они не могут обеспечить точную оценку материнской смертности. Даже значения, полученные на основании всеобъемлющих систем регистрации рождения и смерти, таких, которые имеются в развитых странах, страдают от неправильной классификации и занижения данных о случаях материнской смертности.  
  
Вследствие широких доверительных интервалов расчетные данные по материнской смертности не всегда подходят для оценки тенденций, складывающихся с течением времени. Поэтому в качестве дополнения к показателю материнской смертности для целей оценки прогресса в сокращении материнской смертности на страновом уровне рекомендуется использовать такие показатели по оценке процессов, как помощь квалифицированного медицинского персонала при родовспоможении и пользование услугами медицинских учреждений.   
  
Показатель материнской смертности не следует смешивать с показателем доли материнских смертей (в знаменателе формулы которого указывается число женщин репродуктивного возраста), который отражает не только риск материнской смертности на одну беременность или рождений, но и уровень рождаемости. Показатель материнской смертности (в знаменателе формулы которого указывается число живорождений) показывает риск наступления смерти женщин с момента наступления беременности и не учитывает уровень рождаемости в стране.

**ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА**

Во многих странах главным определяющим фактором материнской смертности является низкий социально-экономический статус девушек и женщин. Он ограничивает доступ девушек и женщин к образованию, нормальному питанию и планированию семьи, а также к необходимому медицинскому обслуживанию для профилактики и/или лечения осложнений во время беременности и родов.

**ДАННЫЕ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА**

Показатель материнской смертности можно рассчитать непосредственно исходя из данных, полученных из систем регистрации рождений и смерти, обследований домохозяйств или других источников. Однако эти источники могут иметь проблемы с качеством данных, в частности проблемы, связанные с занижением сведений и неправильной классификацией материнских смертей, и могут иметь ограниченную сравнимость.   
  
Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), Детским фондом Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ), Фондом народонаселения Организации Объединенных Наций (ЮНФПА) и Всемирным банком (ВБ) разработан метод внесения корректировок в имеющиеся данные для учета проблем с качеством данных и для обеспечения сравнимости разных источников данных. При этом методе оценивается полнота данных и, в случае необходимости, вносятся корректировки на занижение сведений и неправильную классификацию случаев смерти, а также готовятся оценочные данные с применением статистического моделирования для стран, по которым надежные данные на национальном уровне отсутствуют.  
  
Данные по материнской смертности и другим необходимым переменным получают из баз данных ВОЗ, Отдела народонаселения ООН, ЮНИСЕФ и ВБ. Данные по разным странам отличаются по источникам и методам. С учетом разнообразия источников данных для каждого источника используются разные методы для получения расчетных значений, поддающихся сравнению и позволяющих проводить агрегацию данных на региональном и глобальном уровне.   
  
Только треть стран имеет полные и надежные данные, для которых не требуются дополнительные расчеты. В еще одной трети стран представляемые страной оценочные данные по материнской смертности корректируются для сравнимости. И в последней трети стран, в которых отсутствуют данные по материнской смертности надлежащего качества, для прогнозирования уровня материнской смертности используется статистическая модель. Однако точечные оценочные значения, рассчитанные с применением этой методики, могут не отражать точный уровень материнской смертности. Поэтому рекомендуется рассматривать такие оценочные значения вместе с уровнями неопределенности, в пределах которых, как предполагается, находятся фактические значения.  
  
Способность готовить оценочные значения показателя на страновом, региональном и глобальном уровне с большей точностью была бы гораздо выше, если бы национальные системы регистрации рождений и смертей были далее усовершенствованы. Такое усовершенствование сократило бы необходимость проведения специальных исследований по материнской смертности (на которые требуется время, финансовые ресурсы, и которые могут мало чем помочь в мониторинге тенденций).   
  
Оценочные значения на региональном и субрегиональном уровне основываются на средневзвешенных значениях страновых данных, при этом в качестве веса используется общее количество живорождений. Агрегированные на региональном уровне значения представляются только в случае, если имеющиеся данные охватывают не менее 50% от общего количества рождений в регионе.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**ПРИМЕРЫ**

**ССЫЛКИ**

Hill, K., K. Thomas, C. Abouzahr, N. Walker, L. Say, M. Inoue and E. Suzuki, on behalf of the Maternal Mortality Working Group (2007). Estimates of maternal mortality worldwide between 1990 and 2005: an assessment of available data. Lancet, vol. 370, Issue 9595, pp. 1311–1319.  
  
Say L. and R.C. Pattinson (2008). Maternal Mortality and Morbidity. In *International Encyclopedia of Public Health,* eds. Kris Heggenhougen and Stella R. Quah, pp. 222–236. Oxford: Academic Press.   
  
United Nations Population Fund (annual). *State of World Population.* New York. Available from <http://www.unfpa.org/swp/swpmain.htm>.   
  
United Nations Population Fund (1998). Issues in measuring and monitoring maternal mortality: implications for programmes. *Technical and Policy Paper No.1.* New York.   
  
World Health Organization (2009). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision (ICD-10).* Geneva. Available from <http://www.who.int/classifications/icd>.   
  
World Health Organization and United Nations Children’s Fund (1997). *The Sisterhood Method for Estimating Maternal Mortality: Guidance Notes for Potential Users.* Geneva. Available from <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/RHT_97_28/en/index.html>.  
  
World Health Organization, United Nations Children’s Fund, United Nations Population Fund and World Bank (2010). *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008.* Geneva. Available from <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241500265/en/index.html>.

5.2 Доля деторождений при квалифицированном родовспоможении

**ЦЕЛЬ И ЗАДАЧА, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

Цель 5. Улучшение охраны материнства   
Задача 5.A: Снизить на три четверти за период 1990–2015 годов показатель материнской смертности

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ**

Определение  
Доля деторождений при квалифицированном родовспоможении, - это доля *живорождений*, проходивших при помощи *квалифицированного специалиста по родовспоможению*, обученного жизнесохраняющей акушерской помощи.  
  
Данный показатель выражается в виде процента.  
  
Понятия  
*Живорождением* называется полное изгнание или извлечение продукта зачатия из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности, в случае наличия у него хотя бы одного из признаков жизни, таких как дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины или явные движения произвольной мускулатуры, независимо от того, перерезана пуповина и отделилась ли плацента. Каждый продукт такого рождения считается живорожденным.  
  
*Квалифицированным специалистом по родовспоможению* является аккредитованный медицинский работник, такой как акушерка, врач или медицинская сестра, получивший образование и обучение, который имеет такой уровень квалификации, который необходим для ведения нормальной (неосложненной) беременности, родов и раннего послеродового периода и установления, ведения осложнений у женщин и новорожденных и их направления к врачам-специалистам. *Традиционные повитухи*, вне зависимости от прохождения ими обучения, исключаются из числа квалифицированного медицинского персонала.   
  
*Традиционными повитухами* являются традиционные, независимые (от системы здравоохранения) лица из числа местных жителей, обеспечивающие помощь во время беременности, родов и послеродового периода, не получившие официального обучения.  
  
Методика расчетов  
Данный показатель рассчитывается как количество деторождений, происходивших при помощи квалифицированного медицинского персонала (врачей, медсестер или акушерок), деленное на общее количество деторождений за тот же период и умноженное на 100.



**ОБОСНОВАНИЕ И ТОЛКОВАНИЕ**

Правильно измерить уровень материнской смертности необычайно трудно, если, конечно, это не делается в условиях обязательной регистрации всех случаев смерти и их причин. В целях мониторинга прогресса в улучшении охраны материнства, такого как наличие профессиональной медицинской помощи в период беременности и во время родов, что особенно важно при возникающих осложнениях, предлагается ряд показателей для оценки соответствующих процессов. Родовспоможение надлежащим образом обученным медицинским персоналом является чрезвычайно важным для снижения материнской смертности. Доля женщин, рожавших при квалифицированном родовспоможении, является таким наиболее часто используемым показателем процесса.   
  
Значение этого показателя близко к 100% там, где квалифицированное родовспоможение оказывается всем женщинам, как это обстоит в большинстве развитых регионов. Значения показателя менее 20% наблюдаются в условиях, когда система здравоохранения находится в неудовлетворительном состоянии и материнская смертность является серьезной проблемой здравоохранения. Необходимо тщательно следить за долей деторождений при квалифицированном родовспоможении, наряду с рядом других связанных показателей, дезагрегированных по социально-экономическим характеристикам для выявления целевого населения и соответствующего планирования мер.

**СБОР ДАННЫХ И ИХ ИСТОЧНИКИ**

Необходимые данные собирают в ходе обследований домохозяйств, в том числе обследований по многим показателям с применением гнездовой выборки (MICS) и демографических медико-санитарных обследований (ДМСО). Обычно такие обследования проводятся каждые 3-5 лет национальным статистическим органом или министерством здравоохранения.   
  
Для облегчения толкования тенденций и изменений, основанных на данных обследований, целесообразно вместе с оценочными данными указывать доверительные интервалы.  
  
При отсутствии данных обследований в некоторых странах могут иметься данные от медицинских учреждений. Однако следует отметить, что по этим данным доля деторождений при квалифицированном родовспоможении может оказаться завышенной вследствие того, что из знаменателя предположительно исключены женщины, рожавшие вне медицинских учреждений.

**ВОПРОСЫ ДЕЗАГРЕГИРОВАНИЯ ДАННЫХ**

Дезагрегирование данного показателя по месту проживания (город/село), возрасту матери и ее социально-экономическому положению может помочь в оценке причин разной степени доступа к охране репродуктивного здоровья и выработке необходимой политики и мер.

**КОММЕНТАРИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

Данный показатель является своего рода мерилом способности той или иной системы здравоохранения обеспечивать надлежащий уход во время родов, период повышенного риска смертности, как для матерей, так и новорожденных. Но этот показатель не может полноценно отразить доступ женщин к качественному уходу, особенно в случае возникновения осложнений. Для того чтобы эффективно способствовать снижению материнской смертности, квалифицированный медицинский персонал должен иметь необходимое оборудование и возможности для направления женщин для получения специализированной медицинской помощи.  
  
Кроме того, иногда затруднительно дать единообразное определение понятию «квалифицированный медицинский персонал», поскольку в разных странах профессиональная подготовка медицинских работников осуществляется неодинаково. Несмотря на предпринимаемые усилия в плане стандартизации используемых в большинстве обследований домохозяйств определений «врач», «медицинская сестра» и «акушерка», а также «помощница акушерки», вполне вероятно, что возможности квалифицированного медицинского персонала по обеспечению соответствующего ухода в чрезвычайных ситуациях зависят от условий, в которых они работают.  
  
Ошибка припоминания является еще одной потенциальной причиной необъективности данных. В ходе обследования домохозяйства респондентов просят вспомнить все случаи живорождения, произошедшие за период до пяти лет до проведения опроса. Респондент может знать или не знать, или не вспомнить информацию о квалификации лица, помогавшего при родах, имевших место в отчетный период.   
  
Как отмечалось ранее, данные медицинских учреждений, в случае их использования, не включают женщин, рожающих дома, вследствие чего фактическая доля деторождений при квалифицированном родовспоможении оказывается завышенной.

**ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА**

Низкий социальный статус женщин в некоторых странах ограничивает их доступ к экономическим ресурсам и базовому образованию, а, значит, и их возможности по принятию решений в отношении здоровья и питания. Некоторые женщины лишены возможности получать необходимую помощь либо потому, что согласно принятым в их окружении культурным обычаям они должны находиться в изоляции, либо потому, что решения за них принимают другие члены семьи. Решающим фактором, обуславливающим высокую материнскую смертность, является отсутствие основных акушерско-гинекологических услуг или доступа к ним.

**ДАННЫЕ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА**

Данные для глобального мониторинга представляются Детским фондом Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) и Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). Эти агентства получают данные из национальных источников, которые включают как данные обследований, так и систем регистрации.   
  
До того, как данные будут включены в глобальные базы данных, ЮНИСЕФ и ВОЗ проводят проверку данных, которая включает переписку с представительствами на местах для прояснения вопросов.   
  
Расхождения между международными и национальными оценочными данными возможны, если данные собираются на уровне медицинских учреждений. Такие данные будут отличаться от международных оценок, которые основываются на данных обследований, проведенных на уровне домохозяйств.   
  
Что касается ограничений данных обследований, то в некоторых отчетах по результатам обследований может быть представлена доля деторождений при родовспоможении персоналом, который включает лиц, не соответствующих приведенному выше определению (например, персонал, который не считается квалифицированным, такой как социальные медицинские работники). В этих случаях подсчитывается доля деторождений при помощи врача, медицинской сестры или акушерки, которая затем и вводится в глобальную базу данных в качестве оценочного значения этого показателя.  
  
Затем, исходя из средних значений страновых данных, взвешенных по общему количество рождений в каждой стране, рассчитываются региональные и глобальные оценочные значения. Агрегированные на региональном уровне значения представляются только в случае, если имеющиеся данные охватывают не менее 50% от общего числа рождений в регионе.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**ПРИМЕРЫ**

**ССЫЛКИ**

United Nations Children’s Fund. *Childinfo – Monitoring the Situation of Children and Women.* New York. Internet site <http://www.childinfo.org/>.  
  
United Nations Population Fund (annual). *State of World Population.* New York. Available from <http://www.unfpa.org/swp/swpmain.htm>.  
  
World Health Organization. *WHO Statistical Information System (WHOSIS)* . Internet site <http://www.who.int/whosis>.  
  
World Health Organization (2006). *Reproductive Health Indicators - Guidelines for their Generation, Interpretation and Analysis for Global Monitoring.* Geneva. Available from <http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/924156315X_eng.pdf>.  
  
World Health Organization (2008). Proportion of births attended by a skilled attendant: 2008 updates. *Department of Reproductive Health and Research Factsheet.* Geneva. Available from <http://www.searo.who.int/LinkFiles/Publications_skilled_attendant_at_birth_2008.pdf> .

5.3 Доля населения, пользующегося контрацептивами

**ЦЕЛЬ И ЗАДАЧА, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

Цель 5. Улучшение охраны материнства   
Задача 5.B: Обеспечить к 2015 году всеобщий доступ к услугам по охране репродуктивного здоровья

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ**

Определение  
*Доля населения, пользующегося контрацептивами*, представляет собой процент *женщин репродуктивного возраста*, применяющих в настоящее время или сексуальный партнер которых пользуется хотя бы одним методом контрацепции, вне зависимости от применяемого метода контрацепции. Показатель рассчитывается для женщин в возрасте от 15 до 49 лет, состоящих в официальном или гражданском браке.  
  
Понятия

К *женщинам репродуктивного возраста* относятся все женщины в возрасте от 15 до 49 лет.  
  
*Методы контрацепции* включают современные и традиционные методы. Современные методы включают женскую и мужскую стерилизацию, оральные гормональные таблетки, внутриматочную спираль (ВМС), мужские и женские презервативы, инъекции, имплант (включая норплант), вагинальные барьерные методы и спермициды. К традиционным методам относятся метод ритма (периодическое воздержание), прерванный половой акт, метод лактационной аменории (МЛА) и различные народные методы. Обратите внимание, что в некоторых обследованиях МЛА относится к числу современных методов. В целях отчетности ЦРТ по данному показателю МЛА классифицируется как традиционный метод.   
  
Методика расчетов



**ОБОСНОВАНИЕ И ТОЛКОВАНИЕ**

Показатель по доле населения, пользующегося контрацептивами, который служит в качестве мерила степени доступа к услугам по охране репродуктивного здоровья, полезен с точки зрения мониторинга прогресса в обеспечении всеобщего доступа к охране репродуктивного здоровья, особенно если этот показатель рассматривается в совокупности с информацией об осведомленности женщин в вопросах планирования семьи или их доступа к таким услугам и информацией о качестве услуг по планированию семьи. Информация о доле населения, пользующегося контрацептивами, дополняет показатель по неудовлетворенной потребности в планировании семьи (см. Показатель 5.6). Сумма распространенности контрацепции и неудовлетворенной потребности определяет совокупную потребность в контрацепции. В отличие от показателя по неудовлетворенной потребности, показатель по распространенности контрацепции учитывает такой факт, как хотят ли женщины или пары еще иметь детей. Это обуславливает большую сложность в толковании этого показателя по сравнению с показателем по неудовлетворенной потребности, поскольку в разных обществах наблюдается разный уровень применения контрацепции с учетом большой разницы в отношении предпочитаемого размера семьи. По той же причине сложно определить желаемое значение для доли населения, пользующегося контрацептивами.

**СБОР ДАННЫХ И ИХ ИСТОЧНИКИ**

Доля населения, пользующегося контрацептивами, рассчитывается на основании данных репрезентативных в общегосударственном масштабе обследований, содержащих вопросы о текущем применении контрацепции. Обследованиями, которые обычно содержат такую информацию, являются: демографические и медико-санитарные обследования (ДМСО), обследования рождаемости и семьи (ОРС), обследования репродуктивного здоровья (ОРЗ), проводимые при содействии Центров по контролю и профилактике заболеваний США, обследования по многим показателям с применением гнездовой выборки (MICS) и другие национальные обследования.   
  
При обследованиях сведения собираются посредством прямых вопросов, задаваемых женщинам, в том числе об их возрасте и о том, состоят ли они в официальном или гражданском браке. Вопросы о методах контрацепции зачастую включают две части: общий вопрос, когда женщин спрашивают о том, пользуются ли они в настоящее время каким-либо методом контрацепции, и последующий вопрос о применяемом в настоящее время методе контрацепции. Для получения точных данных о распространенности контрацепции желательно, чтобы интервьюер предоставил описание или перечень конкретных методов планирования семьи. Если это не делается, то уровень распространенности контрацепции может оказаться значительно заниженным, особенно если распространено применение традиционных методов, таких как прерванный половой акт или календарный метод, или применение контрацептивной стерилизации. В некоторых обследованиях, таких как ДМСО, методы описываются в виде «зондирующих» вопросов о методах контрацепции, о которых слышал респондент, до того, как респондента спрашивают о применении им в настоящее время контрацепции. При проведении обследования среди высокообразованного населения интервьюер может предоставить респондентам распечатанный список методов.  
  
При регистрации данных о методах контрацепции важно помнить, что некоторые респонденты могут одновременно пользоваться более чем одним методом. В таких случаях выбор делается эмпирически либо лицом, собирающим данные, исходя из эффективности применяемых методов, либо респондентами, исходя из собственной оценки метода, которым они пользуются наиболее часто. Определение только одного метода или комбинации методов на одного респондента позволяет рассчитать распространенность контрацепции в виде суммы уровня применения каждого из методов. В случае если на одного респондента регистрируется более чем один метод или комбинация методов и не применяются критерии выбора, то сумма различных используемых методов может превысить общий уровень распространенности контрацепции.  
  
Также важно отметить, что распространенность контрацепции измеряется на момент проведения интервью. Однако имеется интервал запаздывания, обычно составляющий от одного года до двух лет, между датой проведения интервью и распространением отчетам по результатам обследования. В среднем обследования проводятся каждые 3-5 лет.

**ВОПРОСЫ ДЕЗАГРЕГИРОВАНИЯ ДАННЫХ**

Применение контрацепции может существенно отличаться в разных социально-экономических группах, а также в разных географических регионах. В целях разработки политики информация о распространенности контрацепции необходимо дезагрегировать, как минимум, по возрасту и текущему семейному положению. Данная информация является важной, поскольку она позволяет отслеживать различия в доступе к методам контрацепции среди более уязвимых групп населения, таких как подростки и незамужние женщины.   
  
Применение контрацепции можно также дезагрегировать по другим социальным или экономическим характеристикам, таким как уровень образования женщин, проживание в городе или селе, и количество имеющихся детей, насколько это требуется для выработки политики в конкретной стране или регионе.

**КОММЕНТАРИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

Различия в плане и проведении обследования, а также различия в формулировках и администрировании анкет могут повлиять на сопоставимость данных с течением времени, а также между странами. К некоторым наиболее распространенным различиям относятся спектр методов, включаемых в обследования, а также включение или невключение в анкеты зондирующих вопросов. Отсутствие зондирующих вопросов может привести к заниженной оценке распространенности контрацепции.   
  
Характеристика (возраст, пол, семейное положение) лиц, в отношении которых оценивается распространенность контрацепции (базисное население), также влияет на сопоставимость данных по распространенности контрацепции. Несмотря на то, что в стандартном определении доли населения, пользующегося контрацептивами, указываются только женщины, состоящие в официальном или гражданском браке, иногда представляется альтернативное базисное население, которое включает сексуально активных женщин (вне зависимости от семейного положения), женщин, состоящих или состоявших в браке, или мужчин и женщин, состоящих в официальном или гражданском браке.   
  
Интервалы времени, которые используются для оценки распространенности контрацепции, также могут отличаться. Зачастую определение того, что подразумевается под «применяемым в настоящее время» методом контрацепции, остается за респондентом. В некоторых обследованиях респондентов спрашивают о применении контрацепции в течение последнего месяца. Иногда, когда информация о текущем применении не собирается, для оценки текущей распространенности контрацепции использовались данные о применении методов контрацепции во время последнего сексуального контакта или в течение предыдущего года. Необходимо четко указывать любые отличия представляемых данных от стандартного определения распространенности контрацепции.  
  
Изменчивость элементов выборки также может представлять проблему при сборе данных, особенно в тех случаях, когда распространенность контрацепции оценивается для конкретной подгруппы (в соответствии с методом контрацепции, возрастными характеристиками, уровнем образования, местом проживания и т.д.) или при анализе тенденций в динамике по времени.

**ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА**

Статистические сведения о применении контрацепции основываются в первую очередь на данных, относящихся к женщинам. В основном это обусловлено прагматическими причинами, поскольку большинство методов контрацепции основываются на их применении именно женщинами. Можно также утверждать, что степень контролирования женщинами воспроизводства является показателем того, как они контролируют свою жизнь в целом, поэтому доля населения, пользующегося контрацепцией, может также рассматриваться как показатель расширения прав и возможностей женщин. В некоторых последних обследованиях также опрашивались мужчины о применении методов контрацепции.

**ДАННЫЕ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА**

На глобальном уровне данные по этому показателю представляются Отделом народонаселения ООН. Данные берутся из национальных архивов данных или из опубликованных отчетов по результатам обследований. В исключительных случаях данные берутся из других опубликованных аналитических отчетов. В случае необходимости пояснений Отдел народонаселения связывается с заказчиками обследований или организацией, проводившей обследование, которые в ответ могут предоставить исправленные или скорректированные оценочные данные.   
  
Региональные оценочные значения показателя представляют собой средневзвешенные значения страновых данных, в которых в качестве весов используется число женщин в возрасте 15-49 лет, состоящих в официальном или гражданском браке, за базисный год в каждой стране. Глобальные оценочные данные представляют собой средневзвешенные значения региональных оценочных данных, в которых в качестве весов используется число женщин в возрасте 15-49 лет, состоящих в официальном или гражданском браке, за базисный год в каждом регионе. Данные не представляются в случае, если охвачено менее 50% сопоставимого контингента в регионе.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**ПРИМЕРЫ**

**ССЫЛКИ**

Rutstein, S. O. and G. Rojas (2006). *Online Guide to DHS Statistics.* Calverton, Maryland: Measure DHS. Available from <http://www.measuredhs.com/help/Datasets/index.htm>.   
  
United Nations (2004). *Levels and Trends of Contraceptive Use as Assessed in 2002.* Sales No. E.04.XIII.9. New York. Available from <http://www.un.org/esa/population/publications/wcu2002/WCU2002_Report.pdf>.   
  
United Nations (2011). *World Contraceptive Use 2010.* New York. Available from <http://www.un.org/esa/population/publications/wcu2010/Main.html>.  
  
United Nations Population Division (2010). *Multilingual Demographic Dictionary, Second Edition 1982.* Available from <http://en-ii.demopaedia.org/wiki/Main_Page>.  
  
World Health Organization (2006). *Reproductive Health Indicators: Guidelines for their Generation, Interpretation and Analysis for Global Monitoring.* Geneva. Available from <http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/924156315X_eng.pdf>.

5.4 Коэффициент рождаемости среди подростков

**ЦЕЛЬ И ЗАДАЧА, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

Цель 5. Улучшение охраны материнства  
Задача 5.B: Обеспечить к 2015 году всеобщий доступ к услугам по охране репродуктивного здоровья

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ**

Определение  
Коэффициент рождаемости среди подростков представляет собой *число живорождений в год среди женщин подросткового возраста на 1 000 женщин подросткового возраста*.   
  
Понятия  
Коэффициент рождаемости среди подростков также называется повозрастным коэффициентом рождаемости для женщин от 15 до 19 лет.   
  
*Живорождением* называется полное изгнание или извлечение продукта зачатия из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности, в случае наличия у него хотя бы одного из признаков жизни, таких как дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины или явные движения произвольной мускулатуры, независимо от того, перерезана пуповина и отделилась ли плацента. Каждый продукт такого рождения считается живорожденным.  
  
*Женщинами подросткового возраста* в целях данного показателя являются женщины в возрасте от 15 до 19 лет.  
  
Методика расчетов  
Коэффициент рождаемости среди подростков рассчитывается как число живорождений среди женщин подросткового возраста, деленное на общее число женщин подросткового возраста и умноженное на 1 000.



Данный показатель рассчитывается по-разному в зависимости от того, какие данные используются: регистрационные данные рождений и смерти, данные обследований или переписи.

1. Регистрация рождений и смерти:
   * Число живорождений среди женщин подросткового возраста – это количество зарегистрированных в течение определенного года живорождений среди женщин в возрасте 15-19 лет.
   * Число женщин подросткового возраста - это оцениваемое количество женщин в возрасте 15-19 лет на 1 июля рассматриваемого года. Для мониторинга данного показателя на национальном уровне данные по численности населения могут быть взяты из надежных национальных источников или оценочных данных по численности населения, публикуемых Отделом народонаселения ООН в *«World Population Prospects»*. В случае если числитель не охватывает абсолютную фактическую численность населения, можно при наличии использовать альтернативные оценочные данные по численности населения.
2. Данные обследований: Коэффициент рождаемости среди подростков обычно рассчитывается исходя из ретроспективных историй рождений. Во всех возможных случаях базисный год соответствует 5 годам, предшествующим обследованию. Отчетный год наблюдения соответствует середине базисного периода
   * Число живорождений среди женщин подросткового возраста - число живорождений среди женщин, которым на момент родов было от 15 до 19 лет, в течение базисного периода до проведения опроса.
   * Число женщин подросткового возраста - количество человеко-лет, прожитых опрошенными женщинами в возрасте от 15 до 19 лет в течение того же базисного периода.
3. В обследованиях, где ретроспективные истории рождений отсутствуют, число рождений может быть оценено на основании вопросов о дате последнего рождения или числе рождений в течение 12 месяцев, предшествующих обследованию.
   * Данные переписи: Коэффициент рождаемости среди подростков обычно рассчитывается исходя из даты последнего рождения или числа рождений в течение 12 месяцев, предшествующих переписи. Перепись обеспечивает данные, как для числителя, так и для знаменателя. В некоторых случаях коэффициенты, рассчитанные по данным переписи, корректируются на неполную регистрацию. В некоторых случаях, когда где нет других надежных данных, метод косвенной оценки учета собственных детей обеспечивает оценку коэффициента рождаемости среди подростков для ряда лет до переписи (см. более подробную информацию в Руководстве Х: *Indirect Techniques for Demographic Estimation,* United Nations (1983)).

**ОБОСНОВАНИЕ И ТОЛКОВАНИЕ**

Коэффициент рождаемости среди подростков является важным показателем для разработки политики, нацеленной на общее улучшение охраны материнства. Материнская смертность среди более молодых женщин подросткового возраста (до 18 лет) гораздо выше, чем среди более взрослых женщин или подростков (18-19 лет). Если общая материнская смертность среди женщин подросткового возраста высокая, снижение рождаемости среди подростков способствует улучшению охраны материнства, поскольку приводит к сокращению общей материнской смертности.   
  
Ранее материнство не только повышает риск смерти во время родов, но и ставит под угрозу благосостояние матерей и их детей. Молодые матери часто отказываются от получения образования и других социально-экономических возможностей; дети, рожденные юными матерями, имеют более высокий риск смерти в младенчестве или детстве, и в случае их выживания у них меньше возможностей для получения образования.   
  
Значения коэффициента рождаемости среди подростков варьируются от менее 2 случаев до около 230 случаев рождений на 1 000 женщин подросткового возраста. Высокими считаются значения показателя в размере от 50 и выше случаев рождений на 1 000 женщин, а низкими - значения в размере 10 или менее случаев рождений 1 000 женщин. Более высокие значения коэффициента рождаемости среди подростков могут свидетельствовать о неудовлетворенной потребности в планировании семьи среди молодых женщин, многие из которых хотели бы отложить свою беременность.

**СБОР ДАННЫХ И ИХ ИСТОЧНИКИ**

Данные по случаям рождений с указанием возраста матери обычно берутся из систем регистрации рождений и смерти, если они охватывают 90 и более процентов всех живорождений. Оценочные данные по результатам переписи или обследований могут дополнить регистрационные данные за периоды, по которым регистрационные данные отсутствуют. В странах, где нет системы регистрации рождений и смерти или где такая система охватывает менее 90 процентов живорождений, коэффициент рождаемости среди подростков может быть получен на основании данных обследований домохозяйств и данных переписи населения. В странах, где есть несколько программ обследований, приоритет отдается обследованиям больших выборок, проводимым ежегодно или один раз в два года.   
  
Обследованиями, из которых обычно могут быть получены данные, являются: демографические и медико-санитарные обследования (ДМСО), обследования репродуктивного здоровья (ОРЗ), проводимые при содействии Центров по контролю и профилактике заболеваний США, обследования по многим показателям с применением гнездовой выборки (MICS) и другие национальные обследования. В случае наличия в отчете по результатам обследования оценочных значений, их необходимо брать в том виде, в котором они приведены в таком отчете. В противном случае при наличии микроданных, оценочные значения необходимо рассчитать, используя соответствующий метод расчета. В случае использования данных переписи, оценочные значения должны быть теми же, что и указанные в отчетах по результатам переписи, включая любые корректировки, внесенные национальным статистическим органом.

**ВОПРОСЫ ДЕЗАГРЕГИРОВАНИЯ ДАННЫХ**

Дезагрегирование коэффициента рождаемости среди подростков по географическим районам, проживанию в городе или селе, уровню образования женщин, статусу бедности и другим характеристикам, актуальным в условиях конкретной страны, может помочь в выявлении категорий населения, где уровень коэффициента рождаемости среди подростков является наиболее высоким, и разработке политики по сокращению материнской смертности и улучшению охраны репродуктивного здоровья девочек-подростков, а также политики по сокращению детской смертности.

**КОММЕНТАРИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

При расчете данного показателя возникает ряд ограничений. При использовании данных о регистрации рождений и смерти коэффициенты рождаемости среди подростков подвержены ограничениям, которые зависят от полноты системы регистрации рождений; в зависимости от того, как трактуются случаи, когда новорожденный рождается живым, но умирает до регистрации или в течение первых суток жизни; от точности сообщаемого возраста матери; а также от включения случаев рождений в предыдущие периоды. Расчетное значение численности населения может быть подвержено ограничениям, связанным с неверным сообщением возраста и охватом. Другое ограничение заключается в том, что число живорождений может также включать случаи рождений среди женщин младше 15 лет (например, живорождения по возрасту матери среди женщин в возрасте 12-19 лет) или в том, что показатель рассчитывается для разных возрастных групп как по числу живорождений, так и по числу женщин (например, женщин в возрасте от 16 до 19 лет). В странах, где система регистрации рождений и смерти регистрирует рождения по месту родов, а не по месту постоянного местожительства матери, число рождений среди подростков в городской местности может быть преувеличено за счет больничной инфраструктуры, которая обслуживает женщин из близлежащих сельских районов. Это влияет на точность показателя, когда он представляется отдельно для городской и сельской местности. При использовании данных обследований и переписи, число живорождений среди женщин подросткового возраста и число подростков основывается на одной генеральной совокупности. Тем не менее, данные могут быть искажены вследствие неточного сообщения возраста, несообщения о рождениях, неточного сообщения даты рождения ребенка и изменчивости элементов выборки в случае с обследованиями. Другое ограничение заключается в том, что коэффициент рождаемости среди подростков обычно представляется в отчетности как процент рождаемости среди женщин в возрасте 15-19 лет в общей рождаемости. Однако предпочтение следует отдавать коэффициенту рождаемости среди подростков, нежели проценту рождаемости среди женщин в возрасте 15-19 лет в общей рождаемости, поскольку такой процент может существенно варьироваться в результате изменения уровня рождаемости в других возрастных группах, даже если коэффициент рождаемости среди подростков остается постоянным.

**ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА**

Женщины, становящиеся матерями в раннем возрасте, часто упускают возможность для получения образования и другие социально-экономические возможности. Таким образом, высокий коэффициент рождаемости среди подростков может привести к большому гендерному неравенству в образовании. Высокий коэффициент рождаемости среди подростков также свидетельствует о распространенности ранних браков среди женщин и часто является признаком социальной структуры, в которой ожидается, что женщины будут подтверждать свою взрослость, принимая на себя социальную роль матери как можно раньше. Снижение же коэффициента рождаемости среди подростков может свидетельствовать о повышении уровня гендерного равенства и расширении прав и возможностей женщин. Высокий коэффициент рождаемости среди подростков может также способствовать высокой материнской смертности.

**ДАННЫЕ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА**

На глобальном уровне данные для данного показателя составляются Отделом народонаселения ООН (ОНООН). Для этого по мере возможности используются данные о регистрации рождений и смерти. Для расчета коэффициентов рождаемости среди подростков используются данные, представляемые национальными статистическими органами в Отдел народонаселения ООН. В случае их отсутствия или недостаточной надежности, данные берутся из других региональных статистических подразделений или собираются непосредственно в самих странах. В качестве данных по численности подростков используются данные, публикуемые в *«World Population Prospects»*, издаваемым ОНООН. В случае отсутствия данных для числителя или знаменателя, используется оценочное значение, рассчитанное национальным статистическим органом.   
  
Если данные по регистрации рождений и смерти недоступны, изучаются результаты обследований или переписи населения. В случае использования результатов обследований, обычно в качестве таких обследований используются ДМСО, ОРЗ и MICS. Если оценочные значения представлены в самом отчете по результатам обследования, то они берутся из такого отчета. В противном случае ОНООН использует национальные микроданные для расчета показателя. В случае с данными переписи населения, предпочтительнее использовать расчетные значения, представленные в отчетах по результатам переписи, включая корректировки, производимые национальным статистическим органом. В других случаях коэффициент рождаемости среди подростков выводится с применением соответствующих методов расчета. В некоторых случаях коэффициент, рассчитанный на основании данных переписи, корректируется на неполную регистрацию, исходя из косвенных методов оценки. Для некоторых стран, где нет других надежных данных, метод косвенной оценки учета собственных детей обеспечивает оценку коэффициента рождаемости среди подростков для ряда лет до переписи.  
  
ОНООН рассчитывает региональные и глобальные значения показателя. Для базисных годов, по которым данные отсутствуют, используется ближайший элемент данных. Средние значения рассчитываются с использованием в качестве весов количества женщин в возрасте 15-19 лет. Данные по численности женщин берутся из последней редакции *«World Population Prospects»*. Среднерегиональные значения показателя представляются только в случае охвата более 50% женщин в возрасте 15-19 лет в регионе. В большинстве регионов охват составляет более 95%.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**ПРИМЕРЫ**

**ССЫЛКИ**

United Nations (2008). *World Fertility Patterns 2007.* Wallchart. New York. Available from <http://www.un.org/esa/population/publications/worldfertility2007/worldfertility2007.htm>.   
  
United Nations (2011). *World Population Prospects: The 2010 Revision.* On-line Database. New York. Available from <http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>.  
  
United Nations (2004). *Handbook on the Collection of Fertility and Mortality Data.* New York. Available from <http://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesF/SeriesF_92E.pdf>.  
  
United Nations (1983). *Manual X: Indirect Techniques for Demographic Estimation.* New York. Available from <http://www.un.org/esa/population/publications/Manual_X/Manual_X.htm>.

5.5 Охват дородовым обслуживанием (по меньшей мере, одно посещение и, по меньшей мере, четыре посещения)

**ЦЕЛЬ И ЗАДАЧА, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

Цель 5. Улучшение охраны материнства   
Задача 5.B: Обеспечить к 2015 году всеобщий доступ к услугам по охране репродуктивного здоровья

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ**

Определение  
Охват дородовым обслуживанием (по меньшей мере, одно посещение) представляет собой процент женщин в возрасте 15–49 лет, имевших *живорождение* в рассматриваемый период времени, получивших *дородовое обслуживание* со стороны *квалифицированного медицинского персонала* не менее одного раза за время беременности.  
  
Охват дородовым обслуживанием (по меньшей мере, четыре посещения) представляет собой процент женщин в возрасте 15–49 лет, имевших *живорождение* в рассматриваемый период времени, получивших *дородовое обслуживание* четыре или более раз за время беременности со стороны любого источника.   
  
Понятия  
*Живорождением* называется полное изгнание или извлечение продукта зачатия из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности, в случае наличия у него хотя бы одного из признаков жизни, таких как дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины или явные движения произвольной мускулатуры, независимо от того, перерезана пуповина и отделилась ли плацента.   
  
*Дородовое обслуживание* направлено на контроль состояния здоровья и социально-экономических условий, которые могут повысить вероятность конкретных негативных исходов беременности; обеспечение эффективных терапевтических мер; информирование беременных женщин о подготовке к безопасным родам, чрезвычайных обстоятельствах во время беременности и соответствующих мерах.  
  
*Квалифицированным медицинским специалистом* является аккредитованный медицинский работник, такой как акушерка, врач или медицинская сестра, получивший образование и обучение, который имеет такой уровень квалификации, который необходим для ведения нормальной (неосложненной) беременности, родов и раннего послеродового периода и установления, ведения осложнений у женщин и новорожденных и их направления к врачам-специалистам. *Традиционные повитухи*, вне зависимости от прохождения ими обучения, исключаются из числа квалифицированного медицинского персонала.

*Традиционными повитухами* являются традиционные, независимые (от системы здравоохранения) лица из числа местных жителей, обеспечивающие помощь во время беременности, родов и послеродового периода, не получившие официального обучения.  
  
Методика расчетов  
Процент женщин в возрасте 15–49 лет, имевших живорождение в рассматриваемый период времени, получивших дородовое обслуживание со стороны квалифицированного медицинского персонала не менее одного раза за время беременности (ANC 1+), рассчитывается путем деления числа женщин, посещенных не менее одного раза за время беременности квалифицированным медицинским персоналом по причинам, связанным с беременностью, на общее число женщин, имевших живорождение, и умножения на 100.  
  
Процент женщин в возрасте 15–49 лет, имевших живорождение в рассматриваемый период времени, получивших дородовое обслуживание четыре или более раз за время беременности (ANC 4+), рассчитывается путем деления числа женщин, посещенных четыре и более раз за время беременности любым лицом, обеспечивающим обслуживание, по причинам, связанным с беременностью, на общее число женщин, имевших живорождение, и умножения на 100.  
  
В отличие от ANC 1+, ANC 4+ включает обслуживание, обеспечиваемое любым лицом, а не только квалифицированным медицинским персоналом. Это связано с тем, что в ходе основных обследований домохозяйств на национальном уровне не собирается информация о том, кто обеспечивает обслуживание в ходе каждого посещения.

**ОБОСНОВАНИЕ И ТОЛКОВАНИЕ**

Дородовый период представляет возможности для обеспечения беременных женщин вмешательствами, которые могут быть жизненно важными для их здоровья и самочувствия, а также здоровья и самочувствия их младенцев. Исходя из анализа эффективности различных моделей дородового наблюдения Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рекомендует стандартную модель из четырех посещений. В руководствах ВОЗ указывается точное содержание посещений в течение дородового периода, которые должны включать:

* клиническое исследование;
* анализ крови, направленный на выявление сифилиса и тяжелой анемии (и других заболеваний, таких как вирус иммунодефицита человека и малярия, в зависимости от эпидемиологической обстановки);
* определение внутриутробного возраста и высоты стояния дна матки;
* измерение кровяного давления;
* замер роста и веса матери;
* проведение симптоматического анализа мочи на инфекции, передающиеся половым путем (многократное погружение индикаторной полоски);
* определение группы и резуса крови;
* прививка против столбняка;
* назначение железосодержащих добавок и фолиевой кислоты;
* предоставление рекомендаций/горячей линии на случай экстренной ситуации.

Важно отметить, что показатели по дородовому обслуживанию (по меньшей мере, одно посещение и, по меньшей мере, четыре посещения) не отражают эти составляющие обслуживания. Эти показатели основываются на стандартном вопросе о том, проводился ли медицинский осмотр женщины во время беременности. Таким образом, не следует предполагать, что женщины получили все составляющие дородового обслуживания, указанные выше. Значения показателя варьируются от 0 до 100, при этом значение показателя, равное 100, является идеальной ситуацией, когда все беременные женщины в возрасте 15- 49 лет, обращались к врачу хотя бы один или четыре раза за время своей беременности. В случае с ANC 1+, значение показателя обычно варьируется между 50 и 100 процентами. В случае с ANC 4+ значения показателя ниже, иногда значительно ниже. Данные по охвату дородовым обслуживанием необходимо рассматривать вместе с рядом других связанных показателей, таких как доля деторождений при квалифицированном родовспоможении или роды в медицинских учреждениях, и их необходимо дезагрегировать по соответствующим характеристикам для выявления целевого населения и выработки соответствующей политики.

**СБОР ДАННЫХ И ИХ ИСТОЧНИКИ**

В качестве основных источников данных для показателя по дородовому обслуживанию необходимо использовать данные обследований домохозяйств. К возможным обследованиям относятся демографические и медико-санитарные обследования (ДМСО), обследования по многим показателям с применением гнездовой выборки (MICS), обследования рождаемости и семьи (ОРС), обследования репродуктивного здоровья (ОРЗ) и другие обследования, построенные на подобной методологии. Обычно обследования проводятся каждые 3-5 лет.   
  
Для облегчения толкования тенденций и изменений, основанных на данных обследований, целесообразно вместе с оценочными данными указывать доверительные интервалы.

**ВОПРОСЫ ДЕЗАГРЕГИРОВАНИЯ ДАННЫХ**

Дезагрегирование данного показателя по месту проживания и категориям населения показывает существенные различия в доступе к услугам по охране репродуктивного здоровья в разрезе географических районов и разных социально-экономических групп населения. Для понимания причин таких отличий необходим дальнейший анализ с тем, чтобы далее планировать меры по их преодолению.

**КОММЕНТАРИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

Дородовое обслуживание во время беременности не гарантирует получение тех вмешательств, которые эффективно способствуют улучшению охраны материнства. Дородовое обслуживание с посещением не менее четырех раз, рекомендуемое ВОЗ, повышает вероятность получения эффективных вмешательств во время дородового обслуживания. Важно, что показатель по дородовому обслуживанию с посещением, по меньшей мере, один раз, относится к посещению квалифицированного медицинского персонала, в то время как показатель по посещению четыре и более раза обычно оценивает посещения любым лицом, обеспечивающим обслуживание, поскольку в ходе обследований домохозяйств не собирается информация о каждом посещении. Кроме того, иногда затруднительно дать единообразное определение понятия «квалифицированный медицинский персонал», поскольку в разных странах профессиональная подготовка медицинских работников осуществляется неодинаково.  
  
Потенциальным источником необъективности данных является ошибка припоминания. При проведении обследований домохозяйств респондентов спрашивают обо всех живорождениях за пять лет до обследования. Респонденты могут знать или не знать, или не помнить информацию о квалификации человека, обеспечивавшего дородовое обслуживание.

**ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА**

Низкий социальный статус женщин в некоторых странах ограничивает их доступ к экономическим ресурсам и базовому образованию, а, значит, и их возможности принимать решения в отношении здоровья и питания. Некоторые женщины лишены возможности получать необходимую помощь либо потому, что согласно принятым в их окружении культурным обычаям они должны находиться в изоляции, либо потому, что решения за них принимают другие члены семьи.

**ДАННЫЕ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА**

На глобальном уровне данные для данного показателя готовятся Детским фондом ООН (ЮНИСЕФ) - по ANC +1 и ANC +4 и ВОЗ - по ANC +4. Основным источником информации для глобальных показателей по дородовому обслуживанию являются национальные обследования домохозяйств, в том числе: ДМСО, MICS, ОРС, ОРЗ и национальные обследования, основанные на подобной методологии. В случае с развитыми странами (где охват беременных высокий), в качестве источников данных также используется статистика по оказываемым услугам.  
  
До включения данных в глобальные базы данных, ЮНИСЕФ и ВОЗ проводят проверку данных, которая включает переписку с представительствами на местах для прояснения вопросов касательно оценочных данных.   
  
Расхождения между международными и национальными оценочными данными возможны, если национальные данные собираются на уровне медицинских учреждений. Такие данные будут отличаться от международных оценок, которые основываются на данных обследований, собираемых на уровне домохозяйств.  
  
В некоторых отчетах может быть представлен общий процент беременных женщин, получивших дородовое обслуживание со стороны квалифицированного медицинского персонала, который не соответствует определению, приведенному выше (например, сюда включается персонал, который не считается квалифицированным, такой как социальные медицинские работники). В этих случаях суммируются проценты дородового обслуживания, обеспечиваемого врачом, медицинской сестрой или акушеркой, и результат вводится в глобальную базу данных.  
  
ЮНИСЕФ и ВОЗ также готовят региональные и глобальные оценочные данные. Они основываются на средневзвешенных значениях, взвешенных по общему числу рождений. Такие оценочные данные представляются только в случае охвата не менее 50% всех рождений в разрезе регионов или в глобальном масштабе.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**ПРИМЕРЫ**

**ССЫЛКИ**

United Nations Children’s Fund. *Childinfo – Monitoring the Situation of Children and Women.* New York. Internet site <http://www.childinfo.org/>.  
  
World Health Organization. *Sexual and Reproductive Health.* Geneva. Internet site <http://www.who.int/reproductive-health/global_monitoring/index.html>.  
  
World Health Organization (2002). *Antenatal Care Randomized Trial: Manual for the Implementation of the New Model.* Geneva. Available from <http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_RHR_01.30.pdf>.  
  
World Health Organization (2003). *Antenatal Care in Developing Countries: Promises, Achievements and Missed Opportunities: An Analysis of Trends, Levels and Differentials, 1990-2001.* Geneva. Available from <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241590947.pdf>.

Top of Form

5.1 Показатель материнской смертности

**ЦЕЛЬ И ЗАДАЧА, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

Цель 5. Улучшение охраны материнства  
Задача 5.A: Снизить на три четверти за период 1990–2015 годов Показатель материнской смертности

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ**

Определение  
Показатель материнской смертности – это число *материнских смертей* за год вследствие каких-либо причин, связанных с беременностью или ее медицинским ведением или усугубляемых ею (за исключением несчастных случаев или каких-либо других непредвиденных причин), в период беременности и во время родов либо в течение 42 дней после разрешения от беременности, независимо от срока и места, где проходила беременность, в расчете на 100 000 *живорождений* в течение определенного года.  
  
Понятия

*Материнские смерти* можно разделить на две группы: случаи смерти, вызванные прямыми акушерскими причинами, и случаи смерти, вызванные косвенными акушерскими причинами. К случаям смерти, вызванным прямыми акушерскими причинами, относятся смерти, вызванные акушерскими осложнениями состояния беременности (беременность, роды и послеродовой период), а также от экстренного хирургического вмешательства, различного рода оплошностей, неправильного лечения или как следствие цепи событий, наступивших в результате вышеуказанного. К случаям смерти, вызванным косвенными акушерскими причинами, относятся смерти, произошедшие в результате ранее возникшей и обострившейся во время беременности болезни либо болезни, которая развилась во время беременности и не была вызвана непосредственными акушерскими причинами, но была отягощена за счет физиологического действия состояния беременности.  
  
*Живорождением* называется полное изгнание или извлечение продукта зачатия из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности, в случае наличия у него хотя бы одного из признаков жизни, таких как дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины или явные движения произвольной мускулатуры, независимо от того, перерезана пуповина и отделилась ли плацента. Каждый продукт такого рождения считается живорожденным.  
  
Методика расчетов  
Показатель материнской смертности рассчитывается путем деления зарегистрированного (или оценочного) числа материнских смертей на общее число зарегистрированных (или выведенных по оценкам) живорождений за один и тот же период времени с последующим умножением полученного результата на 100 000. Для данного расчета необходима информация о состоянии беременности, времени смерти (во время беременности, во время родов или в течение 42 дней после разрешения от беременности) и причине смерти.



**ОБОСНОВАНИЕ И ТОЛКОВАНИЕ**

Данный показатель используется для мониторинга смертности в связи с беременностью и родами. Он отражает способность систем здравоохранения обеспечивать эффективную медико-санитарную помощь для предотвращения и принятия мер в отношении осложнений, возникающих во время беременности и родов.   
  
Значения показателя варьируются от менее 10 случаев смерти, которые наблюдаются в большинстве развитых стран, до свыше 1 000 случаев смерти, при этом в развивающихся регионах среднее значение составляет около 290 случаев смерти на 100 000 живорождений. Однако значения свыше 1 000 случаев смерти наблюдаются в относительно небольшой группе стран, и это значение показателя считается чрезвычайно высоким. По международным оценкам в 2008 году в 14 странах мира Показатель материнской смертности составил около или свыше 1 000 случаев смерти.   
  
Оценка материнской смертности, в особенности если имеются проблемы с качеством данных, приводит к большой степени неопределенности получаемых расчетных значений. В связи с этим целесообразно толковать Показатель материнской смертности в рамках контекста другой информации о состоянии репродуктивного здоровья, включая информацию о наличии квалифицированного медицинского персонала при родах, дородовом наблюдении, а также об уровне рождаемости.

**СБОР ДАННЫХ И ИХ ИСТОЧНИКИ**

Первичные источники данных включают системы регистрации рождения и смерти, обследования домохозяйств, исследования о смертности в репродуктивном возрасте, системы санитарно-эпидемиологического надзора или выборочной регистрации, специальные исследования по материнской смертности и общегосударственные переписи населения. Полные системы регистрации данных о рождении и смерти, содержащие точные сведения о причинах смерти, являются наиболее достоверными источниками данных для расчета показателя материнской смертности и его мониторинга в динамике по времени. Однако такие системы имеются лишь в немногих развивающихся странах. Официальные данные обычно собираются на основе учетной документации органов здравоохранения, однако в сельской местности медицинские услуги доступны лишь для небольшого числа женщин. Поэтому в развивающихся странах больше принято использовать данные обследований. Чаще всего в качестве источников используют данные демографических и медико-санитарных обследований и других подобных обследований домохозяйств.   
  
Поскольку случаи материнской смертности относительно редки, необходимы достаточно крупные выборки при получении данных по результатам обследований домохозяйств. Это требует высоких издержек и все равно может привести к получению расчетных данных с широкими доверительными интервалами.   
  
Методика опроса сестер, используемая в ДМСО, снижает требования к объему выборки. При этом методе респондентов спрашивают о дожитии сестер до определенного возраста. Респондентам задают 4 простых вопроса: сколько их сестер достигли совершеннолетия, сколько из них умерло и были ли среди умерших сестер беременные. Несмотря на то, что при этом методе снижаются требования к объему выборки, получаемые на его основе результаты охватывают период около 7-12 лет до обследования, что усложняет использование данных для мониторинга прогресса или наблюдения за воздействием проводимых мероприятий. При прямом методе опроса сестер респондентов просят сообщить дату смерти, что позволяет получить более современные оценочные значения, но даже в этом случае базисный период охватывает, как правило, период от 0 до 6 лет до опроса.

**ВОПРОСЫ ДЕЗАГРЕГИРОВАНИЯ ДАННЫХ**

Вследствие высокого уровня неуверенности в отношении расчетных данных, данные по показателю материнской смертности представляются только на национальном уровне. Дезагрегирование данных не рекомендуется.

**КОММЕНТАРИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

Материнскую смертность сложно оценивать. В большинстве развивающихся странах системы регистрации рождения и смерти и системы медицинской информации в неудовлетворительном состоянии, поэтому они не могут обеспечить точную оценку материнской смертности. Даже значения, полученные на основании всеобъемлющих систем регистрации рождения и смерти, таких, которые имеются в развитых странах, страдают от неправильной классификации и занижения данных о случаях материнской смертности.  
  
Вследствие широких доверительных интервалов расчетные данные по материнской смертности не всегда подходят для оценки тенденций, складывающихся с течением времени. Поэтому в качестве дополнения к показателю материнской смертности для целей оценки прогресса в сокращении материнской смертности на страновом уровне рекомендуется использовать такие показатели по оценке процессов, как помощь квалифицированного медицинского персонала при родовспоможении и пользование услугами медицинских учреждений.   
  
Показатель материнской смертности не следует смешивать с показателем доли материнских смертей (в знаменателе формулы которого указывается число женщин репродуктивного возраста), который отражает не только риск материнской смертности на одну беременность или рождений, но и уровень рождаемости. Показатель материнской смертности (в знаменателе формулы которого указывается число живорождений) показывает риск наступления смерти женщин с момента наступления беременности и не учитывает уровень рождаемости в стране.

**ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА**

Во многих странах главным определяющим фактором материнской смертности является низкий социально-экономический статус девушек и женщин. Он ограничивает доступ девушек и женщин к образованию, нормальному питанию и планированию семьи, а также к необходимому медицинскому обслуживанию для профилактики и/или лечения осложнений во время беременности и родов.

**ДАННЫЕ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА**

Показатель материнской смертности можно рассчитать непосредственно исходя из данных, полученных из систем регистрации рождений и смерти, обследований домохозяйств или других источников. Однако эти источники могут иметь проблемы с качеством данных, в частности проблемы, связанные с занижением сведений и неправильной классификацией материнских смертей, и могут иметь ограниченную сравнимость.   
  
Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), Детским фондом Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ), Фондом народонаселения Организации Объединенных Наций (ЮНФПА) и Всемирным банком (ВБ) разработан метод внесения корректировок в имеющиеся данные для учета проблем с качеством данных и для обеспечения сравнимости разных источников данных. При этом методе оценивается полнота данных и, в случае необходимости, вносятся корректировки на занижение сведений и неправильную классификацию случаев смерти, а также готовятся оценочные данные с применением статистического моделирования для стран, по которым надежные данные на национальном уровне отсутствуют.  
  
Данные по материнской смертности и другим необходимым переменным получают из баз данных ВОЗ, Отдела народонаселения ООН, ЮНИСЕФ и ВБ. Данные по разным странам отличаются по источникам и методам. С учетом разнообразия источников данных для каждого источника используются разные методы для получения расчетных значений, поддающихся сравнению и позволяющих проводить агрегацию данных на региональном и глобальном уровне.   
  
Только треть стран имеет полные и надежные данные, для которых не требуются дополнительные расчеты. В еще одной трети стран представляемые страной оценочные данные по материнской смертности корректируются для сравнимости. И в последней трети стран, в которых отсутствуют данные по материнской смертности надлежащего качества, для прогнозирования уровня материнской смертности используется статистическая модель. Однако точечные оценочные значения, рассчитанные с применением этой методики, могут не отражать точный уровень материнской смертности. Поэтому рекомендуется рассматривать такие оценочные значения вместе с уровнями неопределенности, в пределах которых, как предполагается, находятся фактические значения.  
  
Способность готовить оценочные значения показателя на страновом, региональном и глобальном уровне с большей точностью была бы гораздо выше, если бы национальные системы регистрации рождений и смертей были далее усовершенствованы. Такое усовершенствование сократило бы необходимость проведения специальных исследований по материнской смертности (на которые требуется время, финансовые ресурсы, и которые могут мало чем помочь в мониторинге тенденций).   
  
Оценочные значения на региональном и субрегиональном уровне основываются на средневзвешенных значениях страновых данных, при этом в качестве веса используется общее количество живорождений. Агрегированные на региональном уровне значения представляются только в случае, если имеющиеся данные охватывают не менее 50% от общего количества рождений в регионе.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**ПРИМЕРЫ**

**ССЫЛКИ**

Hill, K., K. Thomas, C. Abouzahr, N. Walker, L. Say, M. Inoue and E. Suzuki, on behalf of the Maternal Mortality Working Group (2007). Estimates of maternal mortality worldwide between 1990 and 2005: an assessment of available data. Lancet, vol. 370, Issue 9595, pp. 1311–1319.  
  
Say L. and R.C. Pattinson (2008). Maternal Mortality and Morbidity. In *International Encyclopedia of Public Health,* eds. Kris Heggenhougen and Stella R. Quah, pp. 222–236. Oxford: Academic Press.   
  
United Nations Population Fund (annual). *State of World Population.* New York. Available from <http://www.unfpa.org/swp/swpmain.htm>.   
  
United Nations Population Fund (1998). Issues in measuring and monitoring maternal mortality: implications for programmes. *Technical and Policy Paper No.1.* New York.   
  
World Health Organization (2009). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision (ICD-10).* Geneva. Available from <http://www.who.int/classifications/icd>.   
  
World Health Organization and United Nations Children’s Fund (1997). *The Sisterhood Method for Estimating Maternal Mortality: Guidance Notes for Potential Users.* Geneva. Available from <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/RHT_97_28/en/index.html>.  
  
World Health Organization, United Nations Children’s Fund, United Nations Population Fund and World Bank (2010). *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008.* Geneva. Available from <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241500265/en/index.html>.

5.2 Доля деторождений при квалифицированном родовспоможении

**ЦЕЛЬ И ЗАДАЧА, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

Цель 5. Улучшение охраны материнства   
Задача 5.A: Снизить на три четверти за период 1990–2015 годов показатель материнской смертности

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ**

Определение  
Доля деторождений при квалифицированном родовспоможении, - это доля *живорождений*, проходивших при помощи *квалифицированного специалиста по родовспоможению*, обученного жизнесохраняющей акушерской помощи.  
  
Данный показатель выражается в виде процента.  
  
Понятия  
*Живорождением* называется полное изгнание или извлечение продукта зачатия из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности, в случае наличия у него хотя бы одного из признаков жизни, таких как дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины или явные движения произвольной мускулатуры, независимо от того, перерезана пуповина и отделилась ли плацента. Каждый продукт такого рождения считается живорожденным.  
  
*Квалифицированным специалистом по родовспоможению* является аккредитованный медицинский работник, такой как акушерка, врач или медицинская сестра, получивший образование и обучение, который имеет такой уровень квалификации, который необходим для ведения нормальной (неосложненной) беременности, родов и раннего послеродового периода и установления, ведения осложнений у женщин и новорожденных и их направления к врачам-специалистам. *Традиционные повитухи*, вне зависимости от прохождения ими обучения, исключаются из числа квалифицированного медицинского персонала.   
  
*Традиционными повитухами* являются традиционные, независимые (от системы здравоохранения) лица из числа местных жителей, обеспечивающие помощь во время беременности, родов и послеродового периода, не получившие официального обучения.  
  
Методика расчетов  
Данный показатель рассчитывается как количество деторождений, происходивших при помощи квалифицированного медицинского персонала (врачей, медсестер или акушерок), деленное на общее количество деторождений за тот же период и умноженное на 100.



**ОБОСНОВАНИЕ И ТОЛКОВАНИЕ**

Правильно измерить уровень материнской смертности необычайно трудно, если, конечно, это не делается в условиях обязательной регистрации всех случаев смерти и их причин. В целях мониторинга прогресса в улучшении охраны материнства, такого как наличие профессиональной медицинской помощи в период беременности и во время родов, что особенно важно при возникающих осложнениях, предлагается ряд показателей для оценки соответствующих процессов. Родовспоможение надлежащим образом обученным медицинским персоналом является чрезвычайно важным для снижения материнской смертности. Доля женщин, рожавших при квалифицированном родовспоможении, является таким наиболее часто используемым показателем процесса.   
  
Значение этого показателя близко к 100% там, где квалифицированное родовспоможение оказывается всем женщинам, как это обстоит в большинстве развитых регионов. Значения показателя менее 20% наблюдаются в условиях, когда система здравоохранения находится в неудовлетворительном состоянии и материнская смертность является серьезной проблемой здравоохранения. Необходимо тщательно следить за долей деторождений при квалифицированном родовспоможении, наряду с рядом других связанных показателей, дезагрегированных по социально-экономическим характеристикам для выявления целевого населения и соответствующего планирования мер.

**СБОР ДАННЫХ И ИХ ИСТОЧНИКИ**

Необходимые данные собирают в ходе обследований домохозяйств, в том числе обследований по многим показателям с применением гнездовой выборки (MICS) и демографических медико-санитарных обследований (ДМСО). Обычно такие обследования проводятся каждые 3-5 лет национальным статистическим органом или министерством здравоохранения.   
  
Для облегчения толкования тенденций и изменений, основанных на данных обследований, целесообразно вместе с оценочными данными указывать доверительные интервалы.  
  
При отсутствии данных обследований в некоторых странах могут иметься данные от медицинских учреждений. Однако следует отметить, что по этим данным доля деторождений при квалифицированном родовспоможении может оказаться завышенной вследствие того, что из знаменателя предположительно исключены женщины, рожавшие вне медицинских учреждений.

**ВОПРОСЫ ДЕЗАГРЕГИРОВАНИЯ ДАННЫХ**

Дезагрегирование данного показателя по месту проживания (город/село), возрасту матери и ее социально-экономическому положению может помочь в оценке причин разной степени доступа к охране репродуктивного здоровья и выработке необходимой политики и мер.

**КОММЕНТАРИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

Данный показатель является своего рода мерилом способности той или иной системы здравоохранения обеспечивать надлежащий уход во время родов, период повышенного риска смертности, как для матерей, так и новорожденных. Но этот показатель не может полноценно отразить доступ женщин к качественному уходу, особенно в случае возникновения осложнений. Для того чтобы эффективно способствовать снижению материнской смертности, квалифицированный медицинский персонал должен иметь необходимое оборудование и возможности для направления женщин для получения специализированной медицинской помощи.  
  
Кроме того, иногда затруднительно дать единообразное определение понятию «квалифицированный медицинский персонал», поскольку в разных странах профессиональная подготовка медицинских работников осуществляется неодинаково. Несмотря на предпринимаемые усилия в плане стандартизации используемых в большинстве обследований домохозяйств определений «врач», «медицинская сестра» и «акушерка», а также «помощница акушерки», вполне вероятно, что возможности квалифицированного медицинского персонала по обеспечению соответствующего ухода в чрезвычайных ситуациях зависят от условий, в которых они работают.  
  
Ошибка припоминания является еще одной потенциальной причиной необъективности данных. В ходе обследования домохозяйства респондентов просят вспомнить все случаи живорождения, произошедшие за период до пяти лет до проведения опроса. Респондент может знать или не знать, или не вспомнить информацию о квалификации лица, помогавшего при родах, имевших место в отчетный период.   
  
Как отмечалось ранее, данные медицинских учреждений, в случае их использования, не включают женщин, рожающих дома, вследствие чего фактическая доля деторождений при квалифицированном родовспоможении оказывается завышенной.

**ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА**

Низкий социальный статус женщин в некоторых странах ограничивает их доступ к экономическим ресурсам и базовому образованию, а, значит, и их возможности по принятию решений в отношении здоровья и питания. Некоторые женщины лишены возможности получать необходимую помощь либо потому, что согласно принятым в их окружении культурным обычаям они должны находиться в изоляции, либо потому, что решения за них принимают другие члены семьи. Решающим фактором, обуславливающим высокую материнскую смертность, является отсутствие основных акушерско-гинекологических услуг или доступа к ним.

**ДАННЫЕ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА**

Данные для глобального мониторинга представляются Детским фондом Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) и Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). Эти агентства получают данные из национальных источников, которые включают как данные обследований, так и систем регистрации.   
  
До того, как данные будут включены в глобальные базы данных, ЮНИСЕФ и ВОЗ проводят проверку данных, которая включает переписку с представительствами на местах для прояснения вопросов.   
  
Расхождения между международными и национальными оценочными данными возможны, если данные собираются на уровне медицинских учреждений. Такие данные будут отличаться от международных оценок, которые основываются на данных обследований, проведенных на уровне домохозяйств.   
  
Что касается ограничений данных обследований, то в некоторых отчетах по результатам обследований может быть представлена доля деторождений при родовспоможении персоналом, который включает лиц, не соответствующих приведенному выше определению (например, персонал, который не считается квалифицированным, такой как социальные медицинские работники). В этих случаях подсчитывается доля деторождений при помощи врача, медицинской сестры или акушерки, которая затем и вводится в глобальную базу данных в качестве оценочного значения этого показателя.  
  
Затем, исходя из средних значений страновых данных, взвешенных по общему количество рождений в каждой стране, рассчитываются региональные и глобальные оценочные значения. Агрегированные на региональном уровне значения представляются только в случае, если имеющиеся данные охватывают не менее 50% от общего числа рождений в регионе.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**ПРИМЕРЫ**

**ССЫЛКИ**

United Nations Children’s Fund. *Childinfo – Monitoring the Situation of Children and Women.* New York. Internet site <http://www.childinfo.org/>.  
  
United Nations Population Fund (annual). *State of World Population.* New York. Available from <http://www.unfpa.org/swp/swpmain.htm>.  
  
World Health Organization. *WHO Statistical Information System (WHOSIS)* . Internet site <http://www.who.int/whosis>.  
  
World Health Organization (2006). *Reproductive Health Indicators - Guidelines for their Generation, Interpretation and Analysis for Global Monitoring.* Geneva. Available from <http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/924156315X_eng.pdf>.  
  
World Health Organization (2008). Proportion of births attended by a skilled attendant: 2008 updates. *Department of Reproductive Health and Research Factsheet.* Geneva. Available from <http://www.searo.who.int/LinkFiles/Publications_skilled_attendant_at_birth_2008.pdf> .

5.3 Доля населения, пользующегося контрацептивами

**ЦЕЛЬ И ЗАДАЧА, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

Цель 5. Улучшение охраны материнства   
Задача 5.B: Обеспечить к 2015 году всеобщий доступ к услугам по охране репродуктивного здоровья

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ**

Определение  
*Доля населения, пользующегося контрацептивами*, представляет собой процент *женщин репродуктивного возраста*, применяющих в настоящее время или сексуальный партнер которых пользуется хотя бы одним методом контрацепции, вне зависимости от применяемого метода контрацепции. Показатель рассчитывается для женщин в возрасте от 15 до 49 лет, состоящих в официальном или гражданском браке.  
  
Понятия

К *женщинам репродуктивного возраста* относятся все женщины в возрасте от 15 до 49 лет.  
  
*Методы контрацепции* включают современные и традиционные методы. Современные методы включают женскую и мужскую стерилизацию, оральные гормональные таблетки, внутриматочную спираль (ВМС), мужские и женские презервативы, инъекции, имплант (включая норплант), вагинальные барьерные методы и спермициды. К традиционным методам относятся метод ритма (периодическое воздержание), прерванный половой акт, метод лактационной аменории (МЛА) и различные народные методы. Обратите внимание, что в некоторых обследованиях МЛА относится к числу современных методов. В целях отчетности ЦРТ по данному показателю МЛА классифицируется как традиционный метод.   
  
Методика расчетов



**ОБОСНОВАНИЕ И ТОЛКОВАНИЕ**

Показатель по доле населения, пользующегося контрацептивами, который служит в качестве мерила степени доступа к услугам по охране репродуктивного здоровья, полезен с точки зрения мониторинга прогресса в обеспечении всеобщего доступа к охране репродуктивного здоровья, особенно если этот показатель рассматривается в совокупности с информацией об осведомленности женщин в вопросах планирования семьи или их доступа к таким услугам и информацией о качестве услуг по планированию семьи. Информация о доле населения, пользующегося контрацептивами, дополняет показатель по неудовлетворенной потребности в планировании семьи (см. Показатель 5.6). Сумма распространенности контрацепции и неудовлетворенной потребности определяет совокупную потребность в контрацепции. В отличие от показателя по неудовлетворенной потребности, показатель по распространенности контрацепции учитывает такой факт, как хотят ли женщины или пары еще иметь детей. Это обуславливает большую сложность в толковании этого показателя по сравнению с показателем по неудовлетворенной потребности, поскольку в разных обществах наблюдается разный уровень применения контрацепции с учетом большой разницы в отношении предпочитаемого размера семьи. По той же причине сложно определить желаемое значение для доли населения, пользующегося контрацептивами.

**СБОР ДАННЫХ И ИХ ИСТОЧНИКИ**

Доля населения, пользующегося контрацептивами, рассчитывается на основании данных репрезентативных в общегосударственном масштабе обследований, содержащих вопросы о текущем применении контрацепции. Обследованиями, которые обычно содержат такую информацию, являются: демографические и медико-санитарные обследования (ДМСО), обследования рождаемости и семьи (ОРС), обследования репродуктивного здоровья (ОРЗ), проводимые при содействии Центров по контролю и профилактике заболеваний США, обследования по многим показателям с применением гнездовой выборки (MICS) и другие национальные обследования.   
  
При обследованиях сведения собираются посредством прямых вопросов, задаваемых женщинам, в том числе об их возрасте и о том, состоят ли они в официальном или гражданском браке. Вопросы о методах контрацепции зачастую включают две части: общий вопрос, когда женщин спрашивают о том, пользуются ли они в настоящее время каким-либо методом контрацепции, и последующий вопрос о применяемом в настоящее время методе контрацепции. Для получения точных данных о распространенности контрацепции желательно, чтобы интервьюер предоставил описание или перечень конкретных методов планирования семьи. Если это не делается, то уровень распространенности контрацепции может оказаться значительно заниженным, особенно если распространено применение традиционных методов, таких как прерванный половой акт или календарный метод, или применение контрацептивной стерилизации. В некоторых обследованиях, таких как ДМСО, методы описываются в виде «зондирующих» вопросов о методах контрацепции, о которых слышал респондент, до того, как респондента спрашивают о применении им в настоящее время контрацепции. При проведении обследования среди высокообразованного населения интервьюер может предоставить респондентам распечатанный список методов.  
  
При регистрации данных о методах контрацепции важно помнить, что некоторые респонденты могут одновременно пользоваться более чем одним методом. В таких случаях выбор делается эмпирически либо лицом, собирающим данные, исходя из эффективности применяемых методов, либо респондентами, исходя из собственной оценки метода, которым они пользуются наиболее часто. Определение только одного метода или комбинации методов на одного респондента позволяет рассчитать распространенность контрацепции в виде суммы уровня применения каждого из методов. В случае если на одного респондента регистрируется более чем один метод или комбинация методов и не применяются критерии выбора, то сумма различных используемых методов может превысить общий уровень распространенности контрацепции.  
  
Также важно отметить, что распространенность контрацепции измеряется на момент проведения интервью. Однако имеется интервал запаздывания, обычно составляющий от одного года до двух лет, между датой проведения интервью и распространением отчетам по результатам обследования. В среднем обследования проводятся каждые 3-5 лет.

**ВОПРОСЫ ДЕЗАГРЕГИРОВАНИЯ ДАННЫХ**

Применение контрацепции может существенно отличаться в разных социально-экономических группах, а также в разных географических регионах. В целях разработки политики информация о распространенности контрацепции необходимо дезагрегировать, как минимум, по возрасту и текущему семейному положению. Данная информация является важной, поскольку она позволяет отслеживать различия в доступе к методам контрацепции среди более уязвимых групп населения, таких как подростки и незамужние женщины.   
  
Применение контрацепции можно также дезагрегировать по другим социальным или экономическим характеристикам, таким как уровень образования женщин, проживание в городе или селе, и количество имеющихся детей, насколько это требуется для выработки политики в конкретной стране или регионе.

**КОММЕНТАРИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

Различия в плане и проведении обследования, а также различия в формулировках и администрировании анкет могут повлиять на сопоставимость данных с течением времени, а также между странами. К некоторым наиболее распространенным различиям относятся спектр методов, включаемых в обследования, а также включение или невключение в анкеты зондирующих вопросов. Отсутствие зондирующих вопросов может привести к заниженной оценке распространенности контрацепции.   
  
Характеристика (возраст, пол, семейное положение) лиц, в отношении которых оценивается распространенность контрацепции (базисное население), также влияет на сопоставимость данных по распространенности контрацепции. Несмотря на то, что в стандартном определении доли населения, пользующегося контрацептивами, указываются только женщины, состоящие в официальном или гражданском браке, иногда представляется альтернативное базисное население, которое включает сексуально активных женщин (вне зависимости от семейного положения), женщин, состоящих или состоявших в браке, или мужчин и женщин, состоящих в официальном или гражданском браке.   
  
Интервалы времени, которые используются для оценки распространенности контрацепции, также могут отличаться. Зачастую определение того, что подразумевается под «применяемым в настоящее время» методом контрацепции, остается за респондентом. В некоторых обследованиях респондентов спрашивают о применении контрацепции в течение последнего месяца. Иногда, когда информация о текущем применении не собирается, для оценки текущей распространенности контрацепции использовались данные о применении методов контрацепции во время последнего сексуального контакта или в течение предыдущего года. Необходимо четко указывать любые отличия представляемых данных от стандартного определения распространенности контрацепции.  
  
Изменчивость элементов выборки также может представлять проблему при сборе данных, особенно в тех случаях, когда распространенность контрацепции оценивается для конкретной подгруппы (в соответствии с методом контрацепции, возрастными характеристиками, уровнем образования, местом проживания и т.д.) или при анализе тенденций в динамике по времени.

**ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА**

Статистические сведения о применении контрацепции основываются в первую очередь на данных, относящихся к женщинам. В основном это обусловлено прагматическими причинами, поскольку большинство методов контрацепции основываются на их применении именно женщинами. Можно также утверждать, что степень контролирования женщинами воспроизводства является показателем того, как они контролируют свою жизнь в целом, поэтому доля населения, пользующегося контрацепцией, может также рассматриваться как показатель расширения прав и возможностей женщин. В некоторых последних обследованиях также опрашивались мужчины о применении методов контрацепции.

**ДАННЫЕ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА**

На глобальном уровне данные по этому показателю представляются Отделом народонаселения ООН. Данные берутся из национальных архивов данных или из опубликованных отчетов по результатам обследований. В исключительных случаях данные берутся из других опубликованных аналитических отчетов. В случае необходимости пояснений Отдел народонаселения связывается с заказчиками обследований или организацией, проводившей обследование, которые в ответ могут предоставить исправленные или скорректированные оценочные данные.   
  
Региональные оценочные значения показателя представляют собой средневзвешенные значения страновых данных, в которых в качестве весов используется число женщин в возрасте 15-49 лет, состоящих в официальном или гражданском браке, за базисный год в каждой стране. Глобальные оценочные данные представляют собой средневзвешенные значения региональных оценочных данных, в которых в качестве весов используется число женщин в возрасте 15-49 лет, состоящих в официальном или гражданском браке, за базисный год в каждом регионе. Данные не представляются в случае, если охвачено менее 50% сопоставимого контингента в регионе.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**ПРИМЕРЫ**

**ССЫЛКИ**

Rutstein, S. O. and G. Rojas (2006). *Online Guide to DHS Statistics.* Calverton, Maryland: Measure DHS. Available from <http://www.measuredhs.com/help/Datasets/index.htm>.   
  
United Nations (2004). *Levels and Trends of Contraceptive Use as Assessed in 2002.* Sales No. E.04.XIII.9. New York. Available from <http://www.un.org/esa/population/publications/wcu2002/WCU2002_Report.pdf>.   
  
United Nations (2011). *World Contraceptive Use 2010.* New York. Available from <http://www.un.org/esa/population/publications/wcu2010/Main.html>.  
  
United Nations Population Division (2010). *Multilingual Demographic Dictionary, Second Edition 1982.* Available from <http://en-ii.demopaedia.org/wiki/Main_Page>.  
  
World Health Organization (2006). *Reproductive Health Indicators: Guidelines for their Generation, Interpretation and Analysis for Global Monitoring.* Geneva. Available from <http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/924156315X_eng.pdf>.

5.4 Коэффициент рождаемости среди подростков

**ЦЕЛЬ И ЗАДАЧА, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

Цель 5. Улучшение охраны материнства  
Задача 5.B: Обеспечить к 2015 году всеобщий доступ к услугам по охране репродуктивного здоровья

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ**

Определение  
Коэффициент рождаемости среди подростков представляет собой *число живорождений в год среди женщин подросткового возраста на 1 000 женщин подросткового возраста*.   
  
Понятия  
Коэффициент рождаемости среди подростков также называется повозрастным коэффициентом рождаемости для женщин от 15 до 19 лет.   
  
*Живорождением* называется полное изгнание или извлечение продукта зачатия из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности, в случае наличия у него хотя бы одного из признаков жизни, таких как дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины или явные движения произвольной мускулатуры, независимо от того, перерезана пуповина и отделилась ли плацента. Каждый продукт такого рождения считается живорожденным.  
  
*Женщинами подросткового возраста* в целях данного показателя являются женщины в возрасте от 15 до 19 лет.  
  
Методика расчетов  
Коэффициент рождаемости среди подростков рассчитывается как число живорождений среди женщин подросткового возраста, деленное на общее число женщин подросткового возраста и умноженное на 1 000.



Данный показатель рассчитывается по-разному в зависимости от того, какие данные используются: регистрационные данные рождений и смерти, данные обследований или переписи.

1. Регистрация рождений и смерти:
   * Число живорождений среди женщин подросткового возраста – это количество зарегистрированных в течение определенного года живорождений среди женщин в возрасте 15-19 лет.
   * Число женщин подросткового возраста - это оцениваемое количество женщин в возрасте 15-19 лет на 1 июля рассматриваемого года. Для мониторинга данного показателя на национальном уровне данные по численности населения могут быть взяты из надежных национальных источников или оценочных данных по численности населения, публикуемых Отделом народонаселения ООН в *«World Population Prospects»*. В случае если числитель не охватывает абсолютную фактическую численность населения, можно при наличии использовать альтернативные оценочные данные по численности населения.
2. Данные обследований: Коэффициент рождаемости среди подростков обычно рассчитывается исходя из ретроспективных историй рождений. Во всех возможных случаях базисный год соответствует 5 годам, предшествующим обследованию. Отчетный год наблюдения соответствует середине базисного периода
   * Число живорождений среди женщин подросткового возраста - число живорождений среди женщин, которым на момент родов было от 15 до 19 лет, в течение базисного периода до проведения опроса.
   * Число женщин подросткового возраста - количество человеко-лет, прожитых опрошенными женщинами в возрасте от 15 до 19 лет в течение того же базисного периода.
3. В обследованиях, где ретроспективные истории рождений отсутствуют, число рождений может быть оценено на основании вопросов о дате последнего рождения или числе рождений в течение 12 месяцев, предшествующих обследованию.
   * Данные переписи: Коэффициент рождаемости среди подростков обычно рассчитывается исходя из даты последнего рождения или числа рождений в течение 12 месяцев, предшествующих переписи. Перепись обеспечивает данные, как для числителя, так и для знаменателя. В некоторых случаях коэффициенты, рассчитанные по данным переписи, корректируются на неполную регистрацию. В некоторых случаях, когда где нет других надежных данных, метод косвенной оценки учета собственных детей обеспечивает оценку коэффициента рождаемости среди подростков для ряда лет до переписи (см. более подробную информацию в Руководстве Х: *Indirect Techniques for Demographic Estimation,* United Nations (1983)).

**ОБОСНОВАНИЕ И ТОЛКОВАНИЕ**

Коэффициент рождаемости среди подростков является важным показателем для разработки политики, нацеленной на общее улучшение охраны материнства. Материнская смертность среди более молодых женщин подросткового возраста (до 18 лет) гораздо выше, чем среди более взрослых женщин или подростков (18-19 лет). Если общая материнская смертность среди женщин подросткового возраста высокая, снижение рождаемости среди подростков способствует улучшению охраны материнства, поскольку приводит к сокращению общей материнской смертности.   
  
Ранее материнство не только повышает риск смерти во время родов, но и ставит под угрозу благосостояние матерей и их детей. Молодые матери часто отказываются от получения образования и других социально-экономических возможностей; дети, рожденные юными матерями, имеют более высокий риск смерти в младенчестве или детстве, и в случае их выживания у них меньше возможностей для получения образования.   
  
Значения коэффициента рождаемости среди подростков варьируются от менее 2 случаев до около 230 случаев рождений на 1 000 женщин подросткового возраста. Высокими считаются значения показателя в размере от 50 и выше случаев рождений на 1 000 женщин, а низкими - значения в размере 10 или менее случаев рождений 1 000 женщин. Более высокие значения коэффициента рождаемости среди подростков могут свидетельствовать о неудовлетворенной потребности в планировании семьи среди молодых женщин, многие из которых хотели бы отложить свою беременность.

**СБОР ДАННЫХ И ИХ ИСТОЧНИКИ**

Данные по случаям рождений с указанием возраста матери обычно берутся из систем регистрации рождений и смерти, если они охватывают 90 и более процентов всех живорождений. Оценочные данные по результатам переписи или обследований могут дополнить регистрационные данные за периоды, по которым регистрационные данные отсутствуют. В странах, где нет системы регистрации рождений и смерти или где такая система охватывает менее 90 процентов живорождений, коэффициент рождаемости среди подростков может быть получен на основании данных обследований домохозяйств и данных переписи населения. В странах, где есть несколько программ обследований, приоритет отдается обследованиям больших выборок, проводимым ежегодно или один раз в два года.   
  
Обследованиями, из которых обычно могут быть получены данные, являются: демографические и медико-санитарные обследования (ДМСО), обследования репродуктивного здоровья (ОРЗ), проводимые при содействии Центров по контролю и профилактике заболеваний США, обследования по многим показателям с применением гнездовой выборки (MICS) и другие национальные обследования. В случае наличия в отчете по результатам обследования оценочных значений, их необходимо брать в том виде, в котором они приведены в таком отчете. В противном случае при наличии микроданных, оценочные значения необходимо рассчитать, используя соответствующий метод расчета. В случае использования данных переписи, оценочные значения должны быть теми же, что и указанные в отчетах по результатам переписи, включая любые корректировки, внесенные национальным статистическим органом.

**ВОПРОСЫ ДЕЗАГРЕГИРОВАНИЯ ДАННЫХ**

Дезагрегирование коэффициента рождаемости среди подростков по географическим районам, проживанию в городе или селе, уровню образования женщин, статусу бедности и другим характеристикам, актуальным в условиях конкретной страны, может помочь в выявлении категорий населения, где уровень коэффициента рождаемости среди подростков является наиболее высоким, и разработке политики по сокращению материнской смертности и улучшению охраны репродуктивного здоровья девочек-подростков, а также политики по сокращению детской смертности.

**КОММЕНТАРИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

При расчете данного показателя возникает ряд ограничений. При использовании данных о регистрации рождений и смерти коэффициенты рождаемости среди подростков подвержены ограничениям, которые зависят от полноты системы регистрации рождений; в зависимости от того, как трактуются случаи, когда новорожденный рождается живым, но умирает до регистрации или в течение первых суток жизни; от точности сообщаемого возраста матери; а также от включения случаев рождений в предыдущие периоды. Расчетное значение численности населения может быть подвержено ограничениям, связанным с неверным сообщением возраста и охватом. Другое ограничение заключается в том, что число живорождений может также включать случаи рождений среди женщин младше 15 лет (например, живорождения по возрасту матери среди женщин в возрасте 12-19 лет) или в том, что показатель рассчитывается для разных возрастных групп как по числу живорождений, так и по числу женщин (например, женщин в возрасте от 16 до 19 лет). В странах, где система регистрации рождений и смерти регистрирует рождения по месту родов, а не по месту постоянного местожительства матери, число рождений среди подростков в городской местности может быть преувеличено за счет больничной инфраструктуры, которая обслуживает женщин из близлежащих сельских районов. Это влияет на точность показателя, когда он представляется отдельно для городской и сельской местности. При использовании данных обследований и переписи, число живорождений среди женщин подросткового возраста и число подростков основывается на одной генеральной совокупности. Тем не менее, данные могут быть искажены вследствие неточного сообщения возраста, несообщения о рождениях, неточного сообщения даты рождения ребенка и изменчивости элементов выборки в случае с обследованиями. Другое ограничение заключается в том, что коэффициент рождаемости среди подростков обычно представляется в отчетности как процент рождаемости среди женщин в возрасте 15-19 лет в общей рождаемости. Однако предпочтение следует отдавать коэффициенту рождаемости среди подростков, нежели проценту рождаемости среди женщин в возрасте 15-19 лет в общей рождаемости, поскольку такой процент может существенно варьироваться в результате изменения уровня рождаемости в других возрастных группах, даже если коэффициент рождаемости среди подростков остается постоянным.

**ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА**

Женщины, становящиеся матерями в раннем возрасте, часто упускают возможность для получения образования и другие социально-экономические возможности. Таким образом, высокий коэффициент рождаемости среди подростков может привести к большому гендерному неравенству в образовании. Высокий коэффициент рождаемости среди подростков также свидетельствует о распространенности ранних браков среди женщин и часто является признаком социальной структуры, в которой ожидается, что женщины будут подтверждать свою взрослость, принимая на себя социальную роль матери как можно раньше. Снижение же коэффициента рождаемости среди подростков может свидетельствовать о повышении уровня гендерного равенства и расширении прав и возможностей женщин. Высокий коэффициент рождаемости среди подростков может также способствовать высокой материнской смертности.

**ДАННЫЕ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА**

На глобальном уровне данные для данного показателя составляются Отделом народонаселения ООН (ОНООН). Для этого по мере возможности используются данные о регистрации рождений и смерти. Для расчета коэффициентов рождаемости среди подростков используются данные, представляемые национальными статистическими органами в Отдел народонаселения ООН. В случае их отсутствия или недостаточной надежности, данные берутся из других региональных статистических подразделений или собираются непосредственно в самих странах. В качестве данных по численности подростков используются данные, публикуемые в *«World Population Prospects»*, издаваемым ОНООН. В случае отсутствия данных для числителя или знаменателя, используется оценочное значение, рассчитанное национальным статистическим органом.   
  
Если данные по регистрации рождений и смерти недоступны, изучаются результаты обследований или переписи населения. В случае использования результатов обследований, обычно в качестве таких обследований используются ДМСО, ОРЗ и MICS. Если оценочные значения представлены в самом отчете по результатам обследования, то они берутся из такого отчета. В противном случае ОНООН использует национальные микроданные для расчета показателя. В случае с данными переписи населения, предпочтительнее использовать расчетные значения, представленные в отчетах по результатам переписи, включая корректировки, производимые национальным статистическим органом. В других случаях коэффициент рождаемости среди подростков выводится с применением соответствующих методов расчета. В некоторых случаях коэффициент, рассчитанный на основании данных переписи, корректируется на неполную регистрацию, исходя из косвенных методов оценки. Для некоторых стран, где нет других надежных данных, метод косвенной оценки учета собственных детей обеспечивает оценку коэффициента рождаемости среди подростков для ряда лет до переписи.  
  
ОНООН рассчитывает региональные и глобальные значения показателя. Для базисных годов, по которым данные отсутствуют, используется ближайший элемент данных. Средние значения рассчитываются с использованием в качестве весов количества женщин в возрасте 15-19 лет. Данные по численности женщин берутся из последней редакции *«World Population Prospects»*. Среднерегиональные значения показателя представляются только в случае охвата более 50% женщин в возрасте 15-19 лет в регионе. В большинстве регионов охват составляет более 95%.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**ПРИМЕРЫ**

**ССЫЛКИ**

United Nations (2008). *World Fertility Patterns 2007.* Wallchart. New York. Available from <http://www.un.org/esa/population/publications/worldfertility2007/worldfertility2007.htm>.   
  
United Nations (2011). *World Population Prospects: The 2010 Revision.* On-line Database. New York. Available from <http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>.  
  
United Nations (2004). *Handbook on the Collection of Fertility and Mortality Data.* New York. Available from <http://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesF/SeriesF_92E.pdf>.  
  
United Nations (1983). *Manual X: Indirect Techniques for Demographic Estimation.* New York. Available from <http://www.un.org/esa/population/publications/Manual_X/Manual_X.htm>.

5.5 Охват дородовым обслуживанием (по меньшей мере, одно посещение и, по меньшей мере, четыре посещения)

**ЦЕЛЬ И ЗАДАЧА, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

Цель 5. Улучшение охраны материнства   
Задача 5.B: Обеспечить к 2015 году всеобщий доступ к услугам по охране репродуктивного здоровья

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ**

Определение  
Охват дородовым обслуживанием (по меньшей мере, одно посещение) представляет собой процент женщин в возрасте 15–49 лет, имевших *живорождение* в рассматриваемый период времени, получивших *дородовое обслуживание* со стороны *квалифицированного медицинского персонала* не менее одного раза за время беременности.  
  
Охват дородовым обслуживанием (по меньшей мере, четыре посещения) представляет собой процент женщин в возрасте 15–49 лет, имевших *живорождение* в рассматриваемый период времени, получивших *дородовое обслуживание* четыре или более раз за время беременности со стороны любого источника.   
  
Понятия  
*Живорождением* называется полное изгнание или извлечение продукта зачатия из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности, в случае наличия у него хотя бы одного из признаков жизни, таких как дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины или явные движения произвольной мускулатуры, независимо от того, перерезана пуповина и отделилась ли плацента.   
  
*Дородовое обслуживание* направлено на контроль состояния здоровья и социально-экономических условий, которые могут повысить вероятность конкретных негативных исходов беременности; обеспечение эффективных терапевтических мер; информирование беременных женщин о подготовке к безопасным родам, чрезвычайных обстоятельствах во время беременности и соответствующих мерах.  
  
*Квалифицированным медицинским специалистом* является аккредитованный медицинский работник, такой как акушерка, врач или медицинская сестра, получивший образование и обучение, который имеет такой уровень квалификации, который необходим для ведения нормальной (неосложненной) беременности, родов и раннего послеродового периода и установления, ведения осложнений у женщин и новорожденных и их направления к врачам-специалистам. *Традиционные повитухи*, вне зависимости от прохождения ими обучения, исключаются из числа квалифицированного медицинского персонала.

*Традиционными повитухами* являются традиционные, независимые (от системы здравоохранения) лица из числа местных жителей, обеспечивающие помощь во время беременности, родов и послеродового периода, не получившие официального обучения.  
  
Методика расчетов  
Процент женщин в возрасте 15–49 лет, имевших живорождение в рассматриваемый период времени, получивших дородовое обслуживание со стороны квалифицированного медицинского персонала не менее одного раза за время беременности (ANC 1+), рассчитывается путем деления числа женщин, посещенных не менее одного раза за время беременности квалифицированным медицинским персоналом по причинам, связанным с беременностью, на общее число женщин, имевших живорождение, и умножения на 100.  
  
Процент женщин в возрасте 15–49 лет, имевших живорождение в рассматриваемый период времени, получивших дородовое обслуживание четыре или более раз за время беременности (ANC 4+), рассчитывается путем деления числа женщин, посещенных четыре и более раз за время беременности любым лицом, обеспечивающим обслуживание, по причинам, связанным с беременностью, на общее число женщин, имевших живорождение, и умножения на 100.  
  
В отличие от ANC 1+, ANC 4+ включает обслуживание, обеспечиваемое любым лицом, а не только квалифицированным медицинским персоналом. Это связано с тем, что в ходе основных обследований домохозяйств на национальном уровне не собирается информация о том, кто обеспечивает обслуживание в ходе каждого посещения.

**ОБОСНОВАНИЕ И ТОЛКОВАНИЕ**

Дородовый период представляет возможности для обеспечения беременных женщин вмешательствами, которые могут быть жизненно важными для их здоровья и самочувствия, а также здоровья и самочувствия их младенцев. Исходя из анализа эффективности различных моделей дородового наблюдения Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рекомендует стандартную модель из четырех посещений. В руководствах ВОЗ указывается точное содержание посещений в течение дородового периода, которые должны включать:

* клиническое исследование;
* анализ крови, направленный на выявление сифилиса и тяжелой анемии (и других заболеваний, таких как вирус иммунодефицита человека и малярия, в зависимости от эпидемиологической обстановки);
* определение внутриутробного возраста и высоты стояния дна матки;
* измерение кровяного давления;
* замер роста и веса матери;
* проведение симптоматического анализа мочи на инфекции, передающиеся половым путем (многократное погружение индикаторной полоски);
* определение группы и резуса крови;
* прививка против столбняка;
* назначение железосодержащих добавок и фолиевой кислоты;
* предоставление рекомендаций/горячей линии на случай экстренной ситуации.

Важно отметить, что показатели по дородовому обслуживанию (по меньшей мере, одно посещение и, по меньшей мере, четыре посещения) не отражают эти составляющие обслуживания. Эти показатели основываются на стандартном вопросе о том, проводился ли медицинский осмотр женщины во время беременности. Таким образом, не следует предполагать, что женщины получили все составляющие дородового обслуживания, указанные выше. Значения показателя варьируются от 0 до 100, при этом значение показателя, равное 100, является идеальной ситуацией, когда все беременные женщины в возрасте 15- 49 лет, обращались к врачу хотя бы один или четыре раза за время своей беременности. В случае с ANC 1+, значение показателя обычно варьируется между 50 и 100 процентами. В случае с ANC 4+ значения показателя ниже, иногда значительно ниже. Данные по охвату дородовым обслуживанием необходимо рассматривать вместе с рядом других связанных показателей, таких как доля деторождений при квалифицированном родовспоможении или роды в медицинских учреждениях, и их необходимо дезагрегировать по соответствующим характеристикам для выявления целевого населения и выработки соответствующей политики.

**СБОР ДАННЫХ И ИХ ИСТОЧНИКИ**

В качестве основных источников данных для показателя по дородовому обслуживанию необходимо использовать данные обследований домохозяйств. К возможным обследованиям относятся демографические и медико-санитарные обследования (ДМСО), обследования по многим показателям с применением гнездовой выборки (MICS), обследования рождаемости и семьи (ОРС), обследования репродуктивного здоровья (ОРЗ) и другие обследования, построенные на подобной методологии. Обычно обследования проводятся каждые 3-5 лет.   
  
Для облегчения толкования тенденций и изменений, основанных на данных обследований, целесообразно вместе с оценочными данными указывать доверительные интервалы.

**ВОПРОСЫ ДЕЗАГРЕГИРОВАНИЯ ДАННЫХ**

Дезагрегирование данного показателя по месту проживания и категориям населения показывает существенные различия в доступе к услугам по охране репродуктивного здоровья в разрезе географических районов и разных социально-экономических групп населения. Для понимания причин таких отличий необходим дальнейший анализ с тем, чтобы далее планировать меры по их преодолению.

**КОММЕНТАРИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

Дородовое обслуживание во время беременности не гарантирует получение тех вмешательств, которые эффективно способствуют улучшению охраны материнства. Дородовое обслуживание с посещением не менее четырех раз, рекомендуемое ВОЗ, повышает вероятность получения эффективных вмешательств во время дородового обслуживания. Важно, что показатель по дородовому обслуживанию с посещением, по меньшей мере, один раз, относится к посещению квалифицированного медицинского персонала, в то время как показатель по посещению четыре и более раза обычно оценивает посещения любым лицом, обеспечивающим обслуживание, поскольку в ходе обследований домохозяйств не собирается информация о каждом посещении. Кроме того, иногда затруднительно дать единообразное определение понятия «квалифицированный медицинский персонал», поскольку в разных странах профессиональная подготовка медицинских работников осуществляется неодинаково.  
  
Потенциальным источником необъективности данных является ошибка припоминания. При проведении обследований домохозяйств респондентов спрашивают обо всех живорождениях за пять лет до обследования. Респонденты могут знать или не знать, или не помнить информацию о квалификации человека, обеспечивавшего дородовое обслуживание.

**ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА**

Низкий социальный статус женщин в некоторых странах ограничивает их доступ к экономическим ресурсам и базовому образованию, а, значит, и их возможности принимать решения в отношении здоровья и питания. Некоторые женщины лишены возможности получать необходимую помощь либо потому, что согласно принятым в их окружении культурным обычаям они должны находиться в изоляции, либо потому, что решения за них принимают другие члены семьи.

**ДАННЫЕ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА**

На глобальном уровне данные для данного показателя готовятся Детским фондом ООН (ЮНИСЕФ) - по ANC +1 и ANC +4 и ВОЗ - по ANC +4. Основным источником информации для глобальных показателей по дородовому обслуживанию являются национальные обследования домохозяйств, в том числе: ДМСО, MICS, ОРС, ОРЗ и национальные обследования, основанные на подобной методологии. В случае с развитыми странами (где охват беременных высокий), в качестве источников данных также используется статистика по оказываемым услугам.  
  
До включения данных в глобальные базы данных, ЮНИСЕФ и ВОЗ проводят проверку данных, которая включает переписку с представительствами на местах для прояснения вопросов касательно оценочных данных.   
  
Расхождения между международными и национальными оценочными данными возможны, если национальные данные собираются на уровне медицинских учреждений. Такие данные будут отличаться от международных оценок, которые основываются на данных обследований, собираемых на уровне домохозяйств.  
  
В некоторых отчетах может быть представлен общий процент беременных женщин, получивших дородовое обслуживание со стороны квалифицированного медицинского персонала, который не соответствует определению, приведенному выше (например, сюда включается персонал, который не считается квалифицированным, такой как социальные медицинские работники). В этих случаях суммируются проценты дородового обслуживания, обеспечиваемого врачом, медицинской сестрой или акушеркой, и результат вводится в глобальную базу данных.  
  
ЮНИСЕФ и ВОЗ также готовят региональные и глобальные оценочные данные. Они основываются на средневзвешенных значениях, взвешенных по общему числу рождений. Такие оценочные данные представляются только в случае охвата не менее 50% всех рождений в разрезе регионов или в глобальном масштабе.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**ПРИМЕРЫ**

**ССЫЛКИ**

United Nations Children’s Fund. *Childinfo – Monitoring the Situation of Children and Women.* New York. Internet site <http://www.childinfo.org/>.  
  
World Health Organization. *Sexual and Reproductive Health.* Geneva. Internet site <http://www.who.int/reproductive-health/global_monitoring/index.html>.  
  
World Health Organization (2002). *Antenatal Care Randomized Trial: Manual for the Implementation of the New Model.* Geneva. Available from <http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_RHR_01.30.pdf>.  
  
World Health Organization (2003). *Antenatal Care in Developing Countries: Promises, Achievements and Missed Opportunities: An Analysis of Trends, Levels and Differentials, 1990-2001.* Geneva. Available from <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241590947.pdf>.

Top of Form

5.1 Показатель материнской смертности

**ЦЕЛЬ И ЗАДАЧА, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

Цель 5. Улучшение охраны материнства  
Задача 5.A: Снизить на три четверти за период 1990–2015 годов Показатель материнской смертности

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ**

Определение  
Показатель материнской смертности – это число *материнских смертей* за год вследствие каких-либо причин, связанных с беременностью или ее медицинским ведением или усугубляемых ею (за исключением несчастных случаев или каких-либо других непредвиденных причин), в период беременности и во время родов либо в течение 42 дней после разрешения от беременности, независимо от срока и места, где проходила беременность, в расчете на 100 000 *живорождений* в течение определенного года.  
  
Понятия

*Материнские смерти* можно разделить на две группы: случаи смерти, вызванные прямыми акушерскими причинами, и случаи смерти, вызванные косвенными акушерскими причинами. К случаям смерти, вызванным прямыми акушерскими причинами, относятся смерти, вызванные акушерскими осложнениями состояния беременности (беременность, роды и послеродовой период), а также от экстренного хирургического вмешательства, различного рода оплошностей, неправильного лечения или как следствие цепи событий, наступивших в результате вышеуказанного. К случаям смерти, вызванным косвенными акушерскими причинами, относятся смерти, произошедшие в результате ранее возникшей и обострившейся во время беременности болезни либо болезни, которая развилась во время беременности и не была вызвана непосредственными акушерскими причинами, но была отягощена за счет физиологического действия состояния беременности.  
  
*Живорождением* называется полное изгнание или извлечение продукта зачатия из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности, в случае наличия у него хотя бы одного из признаков жизни, таких как дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины или явные движения произвольной мускулатуры, независимо от того, перерезана пуповина и отделилась ли плацента. Каждый продукт такого рождения считается живорожденным.  
  
Методика расчетов  
Показатель материнской смертности рассчитывается путем деления зарегистрированного (или оценочного) числа материнских смертей на общее число зарегистрированных (или выведенных по оценкам) живорождений за один и тот же период времени с последующим умножением полученного результата на 100 000. Для данного расчета необходима информация о состоянии беременности, времени смерти (во время беременности, во время родов или в течение 42 дней после разрешения от беременности) и причине смерти.



**ОБОСНОВАНИЕ И ТОЛКОВАНИЕ**

Данный показатель используется для мониторинга смертности в связи с беременностью и родами. Он отражает способность систем здравоохранения обеспечивать эффективную медико-санитарную помощь для предотвращения и принятия мер в отношении осложнений, возникающих во время беременности и родов.   
  
Значения показателя варьируются от менее 10 случаев смерти, которые наблюдаются в большинстве развитых стран, до свыше 1 000 случаев смерти, при этом в развивающихся регионах среднее значение составляет около 290 случаев смерти на 100 000 живорождений. Однако значения свыше 1 000 случаев смерти наблюдаются в относительно небольшой группе стран, и это значение показателя считается чрезвычайно высоким. По международным оценкам в 2008 году в 14 странах мира Показатель материнской смертности составил около или свыше 1 000 случаев смерти.   
  
Оценка материнской смертности, в особенности если имеются проблемы с качеством данных, приводит к большой степени неопределенности получаемых расчетных значений. В связи с этим целесообразно толковать Показатель материнской смертности в рамках контекста другой информации о состоянии репродуктивного здоровья, включая информацию о наличии квалифицированного медицинского персонала при родах, дородовом наблюдении, а также об уровне рождаемости.

**СБОР ДАННЫХ И ИХ ИСТОЧНИКИ**

Первичные источники данных включают системы регистрации рождения и смерти, обследования домохозяйств, исследования о смертности в репродуктивном возрасте, системы санитарно-эпидемиологического надзора или выборочной регистрации, специальные исследования по материнской смертности и общегосударственные переписи населения. Полные системы регистрации данных о рождении и смерти, содержащие точные сведения о причинах смерти, являются наиболее достоверными источниками данных для расчета показателя материнской смертности и его мониторинга в динамике по времени. Однако такие системы имеются лишь в немногих развивающихся странах. Официальные данные обычно собираются на основе учетной документации органов здравоохранения, однако в сельской местности медицинские услуги доступны лишь для небольшого числа женщин. Поэтому в развивающихся странах больше принято использовать данные обследований. Чаще всего в качестве источников используют данные демографических и медико-санитарных обследований и других подобных обследований домохозяйств.   
  
Поскольку случаи материнской смертности относительно редки, необходимы достаточно крупные выборки при получении данных по результатам обследований домохозяйств. Это требует высоких издержек и все равно может привести к получению расчетных данных с широкими доверительными интервалами.   
  
Методика опроса сестер, используемая в ДМСО, снижает требования к объему выборки. При этом методе респондентов спрашивают о дожитии сестер до определенного возраста. Респондентам задают 4 простых вопроса: сколько их сестер достигли совершеннолетия, сколько из них умерло и были ли среди умерших сестер беременные. Несмотря на то, что при этом методе снижаются требования к объему выборки, получаемые на его основе результаты охватывают период около 7-12 лет до обследования, что усложняет использование данных для мониторинга прогресса или наблюдения за воздействием проводимых мероприятий. При прямом методе опроса сестер респондентов просят сообщить дату смерти, что позволяет получить более современные оценочные значения, но даже в этом случае базисный период охватывает, как правило, период от 0 до 6 лет до опроса.

**ВОПРОСЫ ДЕЗАГРЕГИРОВАНИЯ ДАННЫХ**

Вследствие высокого уровня неуверенности в отношении расчетных данных, данные по показателю материнской смертности представляются только на национальном уровне. Дезагрегирование данных не рекомендуется.

**КОММЕНТАРИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

Материнскую смертность сложно оценивать. В большинстве развивающихся странах системы регистрации рождения и смерти и системы медицинской информации в неудовлетворительном состоянии, поэтому они не могут обеспечить точную оценку материнской смертности. Даже значения, полученные на основании всеобъемлющих систем регистрации рождения и смерти, таких, которые имеются в развитых странах, страдают от неправильной классификации и занижения данных о случаях материнской смертности.  
  
Вследствие широких доверительных интервалов расчетные данные по материнской смертности не всегда подходят для оценки тенденций, складывающихся с течением времени. Поэтому в качестве дополнения к показателю материнской смертности для целей оценки прогресса в сокращении материнской смертности на страновом уровне рекомендуется использовать такие показатели по оценке процессов, как помощь квалифицированного медицинского персонала при родовспоможении и пользование услугами медицинских учреждений.   
  
Показатель материнской смертности не следует смешивать с показателем доли материнских смертей (в знаменателе формулы которого указывается число женщин репродуктивного возраста), который отражает не только риск материнской смертности на одну беременность или рождений, но и уровень рождаемости. Показатель материнской смертности (в знаменателе формулы которого указывается число живорождений) показывает риск наступления смерти женщин с момента наступления беременности и не учитывает уровень рождаемости в стране.

**ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА**

Во многих странах главным определяющим фактором материнской смертности является низкий социально-экономический статус девушек и женщин. Он ограничивает доступ девушек и женщин к образованию, нормальному питанию и планированию семьи, а также к необходимому медицинскому обслуживанию для профилактики и/или лечения осложнений во время беременности и родов.

**ДАННЫЕ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА**

Показатель материнской смертности можно рассчитать непосредственно исходя из данных, полученных из систем регистрации рождений и смерти, обследований домохозяйств или других источников. Однако эти источники могут иметь проблемы с качеством данных, в частности проблемы, связанные с занижением сведений и неправильной классификацией материнских смертей, и могут иметь ограниченную сравнимость.   
  
Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), Детским фондом Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ), Фондом народонаселения Организации Объединенных Наций (ЮНФПА) и Всемирным банком (ВБ) разработан метод внесения корректировок в имеющиеся данные для учета проблем с качеством данных и для обеспечения сравнимости разных источников данных. При этом методе оценивается полнота данных и, в случае необходимости, вносятся корректировки на занижение сведений и неправильную классификацию случаев смерти, а также готовятся оценочные данные с применением статистического моделирования для стран, по которым надежные данные на национальном уровне отсутствуют.  
  
Данные по материнской смертности и другим необходимым переменным получают из баз данных ВОЗ, Отдела народонаселения ООН, ЮНИСЕФ и ВБ. Данные по разным странам отличаются по источникам и методам. С учетом разнообразия источников данных для каждого источника используются разные методы для получения расчетных значений, поддающихся сравнению и позволяющих проводить агрегацию данных на региональном и глобальном уровне.   
  
Только треть стран имеет полные и надежные данные, для которых не требуются дополнительные расчеты. В еще одной трети стран представляемые страной оценочные данные по материнской смертности корректируются для сравнимости. И в последней трети стран, в которых отсутствуют данные по материнской смертности надлежащего качества, для прогнозирования уровня материнской смертности используется статистическая модель. Однако точечные оценочные значения, рассчитанные с применением этой методики, могут не отражать точный уровень материнской смертности. Поэтому рекомендуется рассматривать такие оценочные значения вместе с уровнями неопределенности, в пределах которых, как предполагается, находятся фактические значения.  
  
Способность готовить оценочные значения показателя на страновом, региональном и глобальном уровне с большей точностью была бы гораздо выше, если бы национальные системы регистрации рождений и смертей были далее усовершенствованы. Такое усовершенствование сократило бы необходимость проведения специальных исследований по материнской смертности (на которые требуется время, финансовые ресурсы, и которые могут мало чем помочь в мониторинге тенденций).   
  
Оценочные значения на региональном и субрегиональном уровне основываются на средневзвешенных значениях страновых данных, при этом в качестве веса используется общее количество живорождений. Агрегированные на региональном уровне значения представляются только в случае, если имеющиеся данные охватывают не менее 50% от общего количества рождений в регионе.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**ПРИМЕРЫ**

**ССЫЛКИ**

Hill, K., K. Thomas, C. Abouzahr, N. Walker, L. Say, M. Inoue and E. Suzuki, on behalf of the Maternal Mortality Working Group (2007). Estimates of maternal mortality worldwide between 1990 and 2005: an assessment of available data. Lancet, vol. 370, Issue 9595, pp. 1311–1319.  
  
Say L. and R.C. Pattinson (2008). Maternal Mortality and Morbidity. In *International Encyclopedia of Public Health,* eds. Kris Heggenhougen and Stella R. Quah, pp. 222–236. Oxford: Academic Press.   
  
United Nations Population Fund (annual). *State of World Population.* New York. Available from <http://www.unfpa.org/swp/swpmain.htm>.   
  
United Nations Population Fund (1998). Issues in measuring and monitoring maternal mortality: implications for programmes. *Technical and Policy Paper No.1.* New York.   
  
World Health Organization (2009). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision (ICD-10).* Geneva. Available from <http://www.who.int/classifications/icd>.   
  
World Health Organization and United Nations Children’s Fund (1997). *The Sisterhood Method for Estimating Maternal Mortality: Guidance Notes for Potential Users.* Geneva. Available from <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/RHT_97_28/en/index.html>.  
  
World Health Organization, United Nations Children’s Fund, United Nations Population Fund and World Bank (2010). *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008.* Geneva. Available from <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241500265/en/index.html>.

5.2 Доля деторождений при квалифицированном родовспоможении

**ЦЕЛЬ И ЗАДАЧА, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

Цель 5. Улучшение охраны материнства   
Задача 5.A: Снизить на три четверти за период 1990–2015 годов показатель материнской смертности

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ**

Определение  
Доля деторождений при квалифицированном родовспоможении, - это доля *живорождений*, проходивших при помощи *квалифицированного специалиста по родовспоможению*, обученного жизнесохраняющей акушерской помощи.  
  
Данный показатель выражается в виде процента.  
  
Понятия  
*Живорождением* называется полное изгнание или извлечение продукта зачатия из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности, в случае наличия у него хотя бы одного из признаков жизни, таких как дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины или явные движения произвольной мускулатуры, независимо от того, перерезана пуповина и отделилась ли плацента. Каждый продукт такого рождения считается живорожденным.  
  
*Квалифицированным специалистом по родовспоможению* является аккредитованный медицинский работник, такой как акушерка, врач или медицинская сестра, получивший образование и обучение, который имеет такой уровень квалификации, который необходим для ведения нормальной (неосложненной) беременности, родов и раннего послеродового периода и установления, ведения осложнений у женщин и новорожденных и их направления к врачам-специалистам. *Традиционные повитухи*, вне зависимости от прохождения ими обучения, исключаются из числа квалифицированного медицинского персонала.   
  
*Традиционными повитухами* являются традиционные, независимые (от системы здравоохранения) лица из числа местных жителей, обеспечивающие помощь во время беременности, родов и послеродового периода, не получившие официального обучения.  
  
Методика расчетов  
Данный показатель рассчитывается как количество деторождений, происходивших при помощи квалифицированного медицинского персонала (врачей, медсестер или акушерок), деленное на общее количество деторождений за тот же период и умноженное на 100.



**ОБОСНОВАНИЕ И ТОЛКОВАНИЕ**

Правильно измерить уровень материнской смертности необычайно трудно, если, конечно, это не делается в условиях обязательной регистрации всех случаев смерти и их причин. В целях мониторинга прогресса в улучшении охраны материнства, такого как наличие профессиональной медицинской помощи в период беременности и во время родов, что особенно важно при возникающих осложнениях, предлагается ряд показателей для оценки соответствующих процессов. Родовспоможение надлежащим образом обученным медицинским персоналом является чрезвычайно важным для снижения материнской смертности. Доля женщин, рожавших при квалифицированном родовспоможении, является таким наиболее часто используемым показателем процесса.   
  
Значение этого показателя близко к 100% там, где квалифицированное родовспоможение оказывается всем женщинам, как это обстоит в большинстве развитых регионов. Значения показателя менее 20% наблюдаются в условиях, когда система здравоохранения находится в неудовлетворительном состоянии и материнская смертность является серьезной проблемой здравоохранения. Необходимо тщательно следить за долей деторождений при квалифицированном родовспоможении, наряду с рядом других связанных показателей, дезагрегированных по социально-экономическим характеристикам для выявления целевого населения и соответствующего планирования мер.

**СБОР ДАННЫХ И ИХ ИСТОЧНИКИ**

Необходимые данные собирают в ходе обследований домохозяйств, в том числе обследований по многим показателям с применением гнездовой выборки (MICS) и демографических медико-санитарных обследований (ДМСО). Обычно такие обследования проводятся каждые 3-5 лет национальным статистическим органом или министерством здравоохранения.   
  
Для облегчения толкования тенденций и изменений, основанных на данных обследований, целесообразно вместе с оценочными данными указывать доверительные интервалы.  
  
При отсутствии данных обследований в некоторых странах могут иметься данные от медицинских учреждений. Однако следует отметить, что по этим данным доля деторождений при квалифицированном родовспоможении может оказаться завышенной вследствие того, что из знаменателя предположительно исключены женщины, рожавшие вне медицинских учреждений.

**ВОПРОСЫ ДЕЗАГРЕГИРОВАНИЯ ДАННЫХ**

Дезагрегирование данного показателя по месту проживания (город/село), возрасту матери и ее социально-экономическому положению может помочь в оценке причин разной степени доступа к охране репродуктивного здоровья и выработке необходимой политики и мер.

**КОММЕНТАРИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

Данный показатель является своего рода мерилом способности той или иной системы здравоохранения обеспечивать надлежащий уход во время родов, период повышенного риска смертности, как для матерей, так и новорожденных. Но этот показатель не может полноценно отразить доступ женщин к качественному уходу, особенно в случае возникновения осложнений. Для того чтобы эффективно способствовать снижению материнской смертности, квалифицированный медицинский персонал должен иметь необходимое оборудование и возможности для направления женщин для получения специализированной медицинской помощи.  
  
Кроме того, иногда затруднительно дать единообразное определение понятию «квалифицированный медицинский персонал», поскольку в разных странах профессиональная подготовка медицинских работников осуществляется неодинаково. Несмотря на предпринимаемые усилия в плане стандартизации используемых в большинстве обследований домохозяйств определений «врач», «медицинская сестра» и «акушерка», а также «помощница акушерки», вполне вероятно, что возможности квалифицированного медицинского персонала по обеспечению соответствующего ухода в чрезвычайных ситуациях зависят от условий, в которых они работают.  
  
Ошибка припоминания является еще одной потенциальной причиной необъективности данных. В ходе обследования домохозяйства респондентов просят вспомнить все случаи живорождения, произошедшие за период до пяти лет до проведения опроса. Респондент может знать или не знать, или не вспомнить информацию о квалификации лица, помогавшего при родах, имевших место в отчетный период.   
  
Как отмечалось ранее, данные медицинских учреждений, в случае их использования, не включают женщин, рожающих дома, вследствие чего фактическая доля деторождений при квалифицированном родовспоможении оказывается завышенной.

**ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА**

Низкий социальный статус женщин в некоторых странах ограничивает их доступ к экономическим ресурсам и базовому образованию, а, значит, и их возможности по принятию решений в отношении здоровья и питания. Некоторые женщины лишены возможности получать необходимую помощь либо потому, что согласно принятым в их окружении культурным обычаям они должны находиться в изоляции, либо потому, что решения за них принимают другие члены семьи. Решающим фактором, обуславливающим высокую материнскую смертность, является отсутствие основных акушерско-гинекологических услуг или доступа к ним.

**ДАННЫЕ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА**

Данные для глобального мониторинга представляются Детским фондом Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) и Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). Эти агентства получают данные из национальных источников, которые включают как данные обследований, так и систем регистрации.   
  
До того, как данные будут включены в глобальные базы данных, ЮНИСЕФ и ВОЗ проводят проверку данных, которая включает переписку с представительствами на местах для прояснения вопросов.   
  
Расхождения между международными и национальными оценочными данными возможны, если данные собираются на уровне медицинских учреждений. Такие данные будут отличаться от международных оценок, которые основываются на данных обследований, проведенных на уровне домохозяйств.   
  
Что касается ограничений данных обследований, то в некоторых отчетах по результатам обследований может быть представлена доля деторождений при родовспоможении персоналом, который включает лиц, не соответствующих приведенному выше определению (например, персонал, который не считается квалифицированным, такой как социальные медицинские работники). В этих случаях подсчитывается доля деторождений при помощи врача, медицинской сестры или акушерки, которая затем и вводится в глобальную базу данных в качестве оценочного значения этого показателя.  
  
Затем, исходя из средних значений страновых данных, взвешенных по общему количество рождений в каждой стране, рассчитываются региональные и глобальные оценочные значения. Агрегированные на региональном уровне значения представляются только в случае, если имеющиеся данные охватывают не менее 50% от общего числа рождений в регионе.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**ПРИМЕРЫ**

**ССЫЛКИ**

United Nations Children’s Fund. *Childinfo – Monitoring the Situation of Children and Women.* New York. Internet site <http://www.childinfo.org/>.  
  
United Nations Population Fund (annual). *State of World Population.* New York. Available from <http://www.unfpa.org/swp/swpmain.htm>.  
  
World Health Organization. *WHO Statistical Information System (WHOSIS)* . Internet site <http://www.who.int/whosis>.  
  
World Health Organization (2006). *Reproductive Health Indicators - Guidelines for their Generation, Interpretation and Analysis for Global Monitoring.* Geneva. Available from <http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/924156315X_eng.pdf>.  
  
World Health Organization (2008). Proportion of births attended by a skilled attendant: 2008 updates. *Department of Reproductive Health and Research Factsheet.* Geneva. Available from <http://www.searo.who.int/LinkFiles/Publications_skilled_attendant_at_birth_2008.pdf> .

5.3 Доля населения, пользующегося контрацептивами

**ЦЕЛЬ И ЗАДАЧА, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

Цель 5. Улучшение охраны материнства   
Задача 5.B: Обеспечить к 2015 году всеобщий доступ к услугам по охране репродуктивного здоровья

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ**

Определение  
*Доля населения, пользующегося контрацептивами*, представляет собой процент *женщин репродуктивного возраста*, применяющих в настоящее время или сексуальный партнер которых пользуется хотя бы одним методом контрацепции, вне зависимости от применяемого метода контрацепции. Показатель рассчитывается для женщин в возрасте от 15 до 49 лет, состоящих в официальном или гражданском браке.  
  
Понятия

К *женщинам репродуктивного возраста* относятся все женщины в возрасте от 15 до 49 лет.  
  
*Методы контрацепции* включают современные и традиционные методы. Современные методы включают женскую и мужскую стерилизацию, оральные гормональные таблетки, внутриматочную спираль (ВМС), мужские и женские презервативы, инъекции, имплант (включая норплант), вагинальные барьерные методы и спермициды. К традиционным методам относятся метод ритма (периодическое воздержание), прерванный половой акт, метод лактационной аменории (МЛА) и различные народные методы. Обратите внимание, что в некоторых обследованиях МЛА относится к числу современных методов. В целях отчетности ЦРТ по данному показателю МЛА классифицируется как традиционный метод.   
  
Методика расчетов



**ОБОСНОВАНИЕ И ТОЛКОВАНИЕ**

Показатель по доле населения, пользующегося контрацептивами, который служит в качестве мерила степени доступа к услугам по охране репродуктивного здоровья, полезен с точки зрения мониторинга прогресса в обеспечении всеобщего доступа к охране репродуктивного здоровья, особенно если этот показатель рассматривается в совокупности с информацией об осведомленности женщин в вопросах планирования семьи или их доступа к таким услугам и информацией о качестве услуг по планированию семьи. Информация о доле населения, пользующегося контрацептивами, дополняет показатель по неудовлетворенной потребности в планировании семьи (см. Показатель 5.6). Сумма распространенности контрацепции и неудовлетворенной потребности определяет совокупную потребность в контрацепции. В отличие от показателя по неудовлетворенной потребности, показатель по распространенности контрацепции учитывает такой факт, как хотят ли женщины или пары еще иметь детей. Это обуславливает большую сложность в толковании этого показателя по сравнению с показателем по неудовлетворенной потребности, поскольку в разных обществах наблюдается разный уровень применения контрацепции с учетом большой разницы в отношении предпочитаемого размера семьи. По той же причине сложно определить желаемое значение для доли населения, пользующегося контрацептивами.

**СБОР ДАННЫХ И ИХ ИСТОЧНИКИ**

Доля населения, пользующегося контрацептивами, рассчитывается на основании данных репрезентативных в общегосударственном масштабе обследований, содержащих вопросы о текущем применении контрацепции. Обследованиями, которые обычно содержат такую информацию, являются: демографические и медико-санитарные обследования (ДМСО), обследования рождаемости и семьи (ОРС), обследования репродуктивного здоровья (ОРЗ), проводимые при содействии Центров по контролю и профилактике заболеваний США, обследования по многим показателям с применением гнездовой выборки (MICS) и другие национальные обследования.   
  
При обследованиях сведения собираются посредством прямых вопросов, задаваемых женщинам, в том числе об их возрасте и о том, состоят ли они в официальном или гражданском браке. Вопросы о методах контрацепции зачастую включают две части: общий вопрос, когда женщин спрашивают о том, пользуются ли они в настоящее время каким-либо методом контрацепции, и последующий вопрос о применяемом в настоящее время методе контрацепции. Для получения точных данных о распространенности контрацепции желательно, чтобы интервьюер предоставил описание или перечень конкретных методов планирования семьи. Если это не делается, то уровень распространенности контрацепции может оказаться значительно заниженным, особенно если распространено применение традиционных методов, таких как прерванный половой акт или календарный метод, или применение контрацептивной стерилизации. В некоторых обследованиях, таких как ДМСО, методы описываются в виде «зондирующих» вопросов о методах контрацепции, о которых слышал респондент, до того, как респондента спрашивают о применении им в настоящее время контрацепции. При проведении обследования среди высокообразованного населения интервьюер может предоставить респондентам распечатанный список методов.  
  
При регистрации данных о методах контрацепции важно помнить, что некоторые респонденты могут одновременно пользоваться более чем одним методом. В таких случаях выбор делается эмпирически либо лицом, собирающим данные, исходя из эффективности применяемых методов, либо респондентами, исходя из собственной оценки метода, которым они пользуются наиболее часто. Определение только одного метода или комбинации методов на одного респондента позволяет рассчитать распространенность контрацепции в виде суммы уровня применения каждого из методов. В случае если на одного респондента регистрируется более чем один метод или комбинация методов и не применяются критерии выбора, то сумма различных используемых методов может превысить общий уровень распространенности контрацепции.  
  
Также важно отметить, что распространенность контрацепции измеряется на момент проведения интервью. Однако имеется интервал запаздывания, обычно составляющий от одного года до двух лет, между датой проведения интервью и распространением отчетам по результатам обследования. В среднем обследования проводятся каждые 3-5 лет.

**ВОПРОСЫ ДЕЗАГРЕГИРОВАНИЯ ДАННЫХ**

Применение контрацепции может существенно отличаться в разных социально-экономических группах, а также в разных географических регионах. В целях разработки политики информация о распространенности контрацепции необходимо дезагрегировать, как минимум, по возрасту и текущему семейному положению. Данная информация является важной, поскольку она позволяет отслеживать различия в доступе к методам контрацепции среди более уязвимых групп населения, таких как подростки и незамужние женщины.   
  
Применение контрацепции можно также дезагрегировать по другим социальным или экономическим характеристикам, таким как уровень образования женщин, проживание в городе или селе, и количество имеющихся детей, насколько это требуется для выработки политики в конкретной стране или регионе.

**КОММЕНТАРИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

Различия в плане и проведении обследования, а также различия в формулировках и администрировании анкет могут повлиять на сопоставимость данных с течением времени, а также между странами. К некоторым наиболее распространенным различиям относятся спектр методов, включаемых в обследования, а также включение или невключение в анкеты зондирующих вопросов. Отсутствие зондирующих вопросов может привести к заниженной оценке распространенности контрацепции.   
  
Характеристика (возраст, пол, семейное положение) лиц, в отношении которых оценивается распространенность контрацепции (базисное население), также влияет на сопоставимость данных по распространенности контрацепции. Несмотря на то, что в стандартном определении доли населения, пользующегося контрацептивами, указываются только женщины, состоящие в официальном или гражданском браке, иногда представляется альтернативное базисное население, которое включает сексуально активных женщин (вне зависимости от семейного положения), женщин, состоящих или состоявших в браке, или мужчин и женщин, состоящих в официальном или гражданском браке.   
  
Интервалы времени, которые используются для оценки распространенности контрацепции, также могут отличаться. Зачастую определение того, что подразумевается под «применяемым в настоящее время» методом контрацепции, остается за респондентом. В некоторых обследованиях респондентов спрашивают о применении контрацепции в течение последнего месяца. Иногда, когда информация о текущем применении не собирается, для оценки текущей распространенности контрацепции использовались данные о применении методов контрацепции во время последнего сексуального контакта или в течение предыдущего года. Необходимо четко указывать любые отличия представляемых данных от стандартного определения распространенности контрацепции.  
  
Изменчивость элементов выборки также может представлять проблему при сборе данных, особенно в тех случаях, когда распространенность контрацепции оценивается для конкретной подгруппы (в соответствии с методом контрацепции, возрастными характеристиками, уровнем образования, местом проживания и т.д.) или при анализе тенденций в динамике по времени.

**ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА**

Статистические сведения о применении контрацепции основываются в первую очередь на данных, относящихся к женщинам. В основном это обусловлено прагматическими причинами, поскольку большинство методов контрацепции основываются на их применении именно женщинами. Можно также утверждать, что степень контролирования женщинами воспроизводства является показателем того, как они контролируют свою жизнь в целом, поэтому доля населения, пользующегося контрацепцией, может также рассматриваться как показатель расширения прав и возможностей женщин. В некоторых последних обследованиях также опрашивались мужчины о применении методов контрацепции.

**ДАННЫЕ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА**

На глобальном уровне данные по этому показателю представляются Отделом народонаселения ООН. Данные берутся из национальных архивов данных или из опубликованных отчетов по результатам обследований. В исключительных случаях данные берутся из других опубликованных аналитических отчетов. В случае необходимости пояснений Отдел народонаселения связывается с заказчиками обследований или организацией, проводившей обследование, которые в ответ могут предоставить исправленные или скорректированные оценочные данные.   
  
Региональные оценочные значения показателя представляют собой средневзвешенные значения страновых данных, в которых в качестве весов используется число женщин в возрасте 15-49 лет, состоящих в официальном или гражданском браке, за базисный год в каждой стране. Глобальные оценочные данные представляют собой средневзвешенные значения региональных оценочных данных, в которых в качестве весов используется число женщин в возрасте 15-49 лет, состоящих в официальном или гражданском браке, за базисный год в каждом регионе. Данные не представляются в случае, если охвачено менее 50% сопоставимого контингента в регионе.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**ПРИМЕРЫ**

**ССЫЛКИ**

Rutstein, S. O. and G. Rojas (2006). *Online Guide to DHS Statistics.* Calverton, Maryland: Measure DHS. Available from <http://www.measuredhs.com/help/Datasets/index.htm>.   
  
United Nations (2004). *Levels and Trends of Contraceptive Use as Assessed in 2002.* Sales No. E.04.XIII.9. New York. Available from <http://www.un.org/esa/population/publications/wcu2002/WCU2002_Report.pdf>.   
  
United Nations (2011). *World Contraceptive Use 2010.* New York. Available from <http://www.un.org/esa/population/publications/wcu2010/Main.html>.  
  
United Nations Population Division (2010). *Multilingual Demographic Dictionary, Second Edition 1982.* Available from <http://en-ii.demopaedia.org/wiki/Main_Page>.  
  
World Health Organization (2006). *Reproductive Health Indicators: Guidelines for their Generation, Interpretation and Analysis for Global Monitoring.* Geneva. Available from <http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/924156315X_eng.pdf>.

5.4 Коэффициент рождаемости среди подростков

**ЦЕЛЬ И ЗАДАЧА, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

Цель 5. Улучшение охраны материнства  
Задача 5.B: Обеспечить к 2015 году всеобщий доступ к услугам по охране репродуктивного здоровья

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ**

Определение  
Коэффициент рождаемости среди подростков представляет собой *число живорождений в год среди женщин подросткового возраста на 1 000 женщин подросткового возраста*.   
  
Понятия  
Коэффициент рождаемости среди подростков также называется повозрастным коэффициентом рождаемости для женщин от 15 до 19 лет.   
  
*Живорождением* называется полное изгнание или извлечение продукта зачатия из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности, в случае наличия у него хотя бы одного из признаков жизни, таких как дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины или явные движения произвольной мускулатуры, независимо от того, перерезана пуповина и отделилась ли плацента. Каждый продукт такого рождения считается живорожденным.  
  
*Женщинами подросткового возраста* в целях данного показателя являются женщины в возрасте от 15 до 19 лет.  
  
Методика расчетов  
Коэффициент рождаемости среди подростков рассчитывается как число живорождений среди женщин подросткового возраста, деленное на общее число женщин подросткового возраста и умноженное на 1 000.



Данный показатель рассчитывается по-разному в зависимости от того, какие данные используются: регистрационные данные рождений и смерти, данные обследований или переписи.

1. Регистрация рождений и смерти:
   * Число живорождений среди женщин подросткового возраста – это количество зарегистрированных в течение определенного года живорождений среди женщин в возрасте 15-19 лет.
   * Число женщин подросткового возраста - это оцениваемое количество женщин в возрасте 15-19 лет на 1 июля рассматриваемого года. Для мониторинга данного показателя на национальном уровне данные по численности населения могут быть взяты из надежных национальных источников или оценочных данных по численности населения, публикуемых Отделом народонаселения ООН в *«World Population Prospects»*. В случае если числитель не охватывает абсолютную фактическую численность населения, можно при наличии использовать альтернативные оценочные данные по численности населения.
2. Данные обследований: Коэффициент рождаемости среди подростков обычно рассчитывается исходя из ретроспективных историй рождений. Во всех возможных случаях базисный год соответствует 5 годам, предшествующим обследованию. Отчетный год наблюдения соответствует середине базисного периода
   * Число живорождений среди женщин подросткового возраста - число живорождений среди женщин, которым на момент родов было от 15 до 19 лет, в течение базисного периода до проведения опроса.
   * Число женщин подросткового возраста - количество человеко-лет, прожитых опрошенными женщинами в возрасте от 15 до 19 лет в течение того же базисного периода.
3. В обследованиях, где ретроспективные истории рождений отсутствуют, число рождений может быть оценено на основании вопросов о дате последнего рождения или числе рождений в течение 12 месяцев, предшествующих обследованию.
   * Данные переписи: Коэффициент рождаемости среди подростков обычно рассчитывается исходя из даты последнего рождения или числа рождений в течение 12 месяцев, предшествующих переписи. Перепись обеспечивает данные, как для числителя, так и для знаменателя. В некоторых случаях коэффициенты, рассчитанные по данным переписи, корректируются на неполную регистрацию. В некоторых случаях, когда где нет других надежных данных, метод косвенной оценки учета собственных детей обеспечивает оценку коэффициента рождаемости среди подростков для ряда лет до переписи (см. более подробную информацию в Руководстве Х: *Indirect Techniques for Demographic Estimation,* United Nations (1983)).

**ОБОСНОВАНИЕ И ТОЛКОВАНИЕ**

Коэффициент рождаемости среди подростков является важным показателем для разработки политики, нацеленной на общее улучшение охраны материнства. Материнская смертность среди более молодых женщин подросткового возраста (до 18 лет) гораздо выше, чем среди более взрослых женщин или подростков (18-19 лет). Если общая материнская смертность среди женщин подросткового возраста высокая, снижение рождаемости среди подростков способствует улучшению охраны материнства, поскольку приводит к сокращению общей материнской смертности.   
  
Ранее материнство не только повышает риск смерти во время родов, но и ставит под угрозу благосостояние матерей и их детей. Молодые матери часто отказываются от получения образования и других социально-экономических возможностей; дети, рожденные юными матерями, имеют более высокий риск смерти в младенчестве или детстве, и в случае их выживания у них меньше возможностей для получения образования.   
  
Значения коэффициента рождаемости среди подростков варьируются от менее 2 случаев до около 230 случаев рождений на 1 000 женщин подросткового возраста. Высокими считаются значения показателя в размере от 50 и выше случаев рождений на 1 000 женщин, а низкими - значения в размере 10 или менее случаев рождений 1 000 женщин. Более высокие значения коэффициента рождаемости среди подростков могут свидетельствовать о неудовлетворенной потребности в планировании семьи среди молодых женщин, многие из которых хотели бы отложить свою беременность.

**СБОР ДАННЫХ И ИХ ИСТОЧНИКИ**

Данные по случаям рождений с указанием возраста матери обычно берутся из систем регистрации рождений и смерти, если они охватывают 90 и более процентов всех живорождений. Оценочные данные по результатам переписи или обследований могут дополнить регистрационные данные за периоды, по которым регистрационные данные отсутствуют. В странах, где нет системы регистрации рождений и смерти или где такая система охватывает менее 90 процентов живорождений, коэффициент рождаемости среди подростков может быть получен на основании данных обследований домохозяйств и данных переписи населения. В странах, где есть несколько программ обследований, приоритет отдается обследованиям больших выборок, проводимым ежегодно или один раз в два года.   
  
Обследованиями, из которых обычно могут быть получены данные, являются: демографические и медико-санитарные обследования (ДМСО), обследования репродуктивного здоровья (ОРЗ), проводимые при содействии Центров по контролю и профилактике заболеваний США, обследования по многим показателям с применением гнездовой выборки (MICS) и другие национальные обследования. В случае наличия в отчете по результатам обследования оценочных значений, их необходимо брать в том виде, в котором они приведены в таком отчете. В противном случае при наличии микроданных, оценочные значения необходимо рассчитать, используя соответствующий метод расчета. В случае использования данных переписи, оценочные значения должны быть теми же, что и указанные в отчетах по результатам переписи, включая любые корректировки, внесенные национальным статистическим органом.

**ВОПРОСЫ ДЕЗАГРЕГИРОВАНИЯ ДАННЫХ**

Дезагрегирование коэффициента рождаемости среди подростков по географическим районам, проживанию в городе или селе, уровню образования женщин, статусу бедности и другим характеристикам, актуальным в условиях конкретной страны, может помочь в выявлении категорий населения, где уровень коэффициента рождаемости среди подростков является наиболее высоким, и разработке политики по сокращению материнской смертности и улучшению охраны репродуктивного здоровья девочек-подростков, а также политики по сокращению детской смертности.

**КОММЕНТАРИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

При расчете данного показателя возникает ряд ограничений. При использовании данных о регистрации рождений и смерти коэффициенты рождаемости среди подростков подвержены ограничениям, которые зависят от полноты системы регистрации рождений; в зависимости от того, как трактуются случаи, когда новорожденный рождается живым, но умирает до регистрации или в течение первых суток жизни; от точности сообщаемого возраста матери; а также от включения случаев рождений в предыдущие периоды. Расчетное значение численности населения может быть подвержено ограничениям, связанным с неверным сообщением возраста и охватом. Другое ограничение заключается в том, что число живорождений может также включать случаи рождений среди женщин младше 15 лет (например, живорождения по возрасту матери среди женщин в возрасте 12-19 лет) или в том, что показатель рассчитывается для разных возрастных групп как по числу живорождений, так и по числу женщин (например, женщин в возрасте от 16 до 19 лет). В странах, где система регистрации рождений и смерти регистрирует рождения по месту родов, а не по месту постоянного местожительства матери, число рождений среди подростков в городской местности может быть преувеличено за счет больничной инфраструктуры, которая обслуживает женщин из близлежащих сельских районов. Это влияет на точность показателя, когда он представляется отдельно для городской и сельской местности. При использовании данных обследований и переписи, число живорождений среди женщин подросткового возраста и число подростков основывается на одной генеральной совокупности. Тем не менее, данные могут быть искажены вследствие неточного сообщения возраста, несообщения о рождениях, неточного сообщения даты рождения ребенка и изменчивости элементов выборки в случае с обследованиями. Другое ограничение заключается в том, что коэффициент рождаемости среди подростков обычно представляется в отчетности как процент рождаемости среди женщин в возрасте 15-19 лет в общей рождаемости. Однако предпочтение следует отдавать коэффициенту рождаемости среди подростков, нежели проценту рождаемости среди женщин в возрасте 15-19 лет в общей рождаемости, поскольку такой процент может существенно варьироваться в результате изменения уровня рождаемости в других возрастных группах, даже если коэффициент рождаемости среди подростков остается постоянным.

**ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА**

Женщины, становящиеся матерями в раннем возрасте, часто упускают возможность для получения образования и другие социально-экономические возможности. Таким образом, высокий коэффициент рождаемости среди подростков может привести к большому гендерному неравенству в образовании. Высокий коэффициент рождаемости среди подростков также свидетельствует о распространенности ранних браков среди женщин и часто является признаком социальной структуры, в которой ожидается, что женщины будут подтверждать свою взрослость, принимая на себя социальную роль матери как можно раньше. Снижение же коэффициента рождаемости среди подростков может свидетельствовать о повышении уровня гендерного равенства и расширении прав и возможностей женщин. Высокий коэффициент рождаемости среди подростков может также способствовать высокой материнской смертности.

**ДАННЫЕ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА**

На глобальном уровне данные для данного показателя составляются Отделом народонаселения ООН (ОНООН). Для этого по мере возможности используются данные о регистрации рождений и смерти. Для расчета коэффициентов рождаемости среди подростков используются данные, представляемые национальными статистическими органами в Отдел народонаселения ООН. В случае их отсутствия или недостаточной надежности, данные берутся из других региональных статистических подразделений или собираются непосредственно в самих странах. В качестве данных по численности подростков используются данные, публикуемые в *«World Population Prospects»*, издаваемым ОНООН. В случае отсутствия данных для числителя или знаменателя, используется оценочное значение, рассчитанное национальным статистическим органом.   
  
Если данные по регистрации рождений и смерти недоступны, изучаются результаты обследований или переписи населения. В случае использования результатов обследований, обычно в качестве таких обследований используются ДМСО, ОРЗ и MICS. Если оценочные значения представлены в самом отчете по результатам обследования, то они берутся из такого отчета. В противном случае ОНООН использует национальные микроданные для расчета показателя. В случае с данными переписи населения, предпочтительнее использовать расчетные значения, представленные в отчетах по результатам переписи, включая корректировки, производимые национальным статистическим органом. В других случаях коэффициент рождаемости среди подростков выводится с применением соответствующих методов расчета. В некоторых случаях коэффициент, рассчитанный на основании данных переписи, корректируется на неполную регистрацию, исходя из косвенных методов оценки. Для некоторых стран, где нет других надежных данных, метод косвенной оценки учета собственных детей обеспечивает оценку коэффициента рождаемости среди подростков для ряда лет до переписи.  
  
ОНООН рассчитывает региональные и глобальные значения показателя. Для базисных годов, по которым данные отсутствуют, используется ближайший элемент данных. Средние значения рассчитываются с использованием в качестве весов количества женщин в возрасте 15-19 лет. Данные по численности женщин берутся из последней редакции *«World Population Prospects»*. Среднерегиональные значения показателя представляются только в случае охвата более 50% женщин в возрасте 15-19 лет в регионе. В большинстве регионов охват составляет более 95%.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**ПРИМЕРЫ**

**ССЫЛКИ**

United Nations (2008). *World Fertility Patterns 2007.* Wallchart. New York. Available from <http://www.un.org/esa/population/publications/worldfertility2007/worldfertility2007.htm>.   
  
United Nations (2011). *World Population Prospects: The 2010 Revision.* On-line Database. New York. Available from <http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>.  
  
United Nations (2004). *Handbook on the Collection of Fertility and Mortality Data.* New York. Available from <http://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesF/SeriesF_92E.pdf>.  
  
United Nations (1983). *Manual X: Indirect Techniques for Demographic Estimation.* New York. Available from <http://www.un.org/esa/population/publications/Manual_X/Manual_X.htm>.

5.5 Охват дородовым обслуживанием (по меньшей мере, одно посещение и, по меньшей мере, четыре посещения)

**ЦЕЛЬ И ЗАДАЧА, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

Цель 5. Улучшение охраны материнства   
Задача 5.B: Обеспечить к 2015 году всеобщий доступ к услугам по охране репродуктивного здоровья

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ**

Определение  
Охват дородовым обслуживанием (по меньшей мере, одно посещение) представляет собой процент женщин в возрасте 15–49 лет, имевших *живорождение* в рассматриваемый период времени, получивших *дородовое обслуживание* со стороны *квалифицированного медицинского персонала* не менее одного раза за время беременности.  
  
Охват дородовым обслуживанием (по меньшей мере, четыре посещения) представляет собой процент женщин в возрасте 15–49 лет, имевших *живорождение* в рассматриваемый период времени, получивших *дородовое обслуживание* четыре или более раз за время беременности со стороны любого источника.   
  
Понятия  
*Живорождением* называется полное изгнание или извлечение продукта зачатия из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности, в случае наличия у него хотя бы одного из признаков жизни, таких как дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины или явные движения произвольной мускулатуры, независимо от того, перерезана пуповина и отделилась ли плацента.   
  
*Дородовое обслуживание* направлено на контроль состояния здоровья и социально-экономических условий, которые могут повысить вероятность конкретных негативных исходов беременности; обеспечение эффективных терапевтических мер; информирование беременных женщин о подготовке к безопасным родам, чрезвычайных обстоятельствах во время беременности и соответствующих мерах.  
  
*Квалифицированным медицинским специалистом* является аккредитованный медицинский работник, такой как акушерка, врач или медицинская сестра, получивший образование и обучение, который имеет такой уровень квалификации, который необходим для ведения нормальной (неосложненной) беременности, родов и раннего послеродового периода и установления, ведения осложнений у женщин и новорожденных и их направления к врачам-специалистам. *Традиционные повитухи*, вне зависимости от прохождения ими обучения, исключаются из числа квалифицированного медицинского персонала.

*Традиционными повитухами* являются традиционные, независимые (от системы здравоохранения) лица из числа местных жителей, обеспечивающие помощь во время беременности, родов и послеродового периода, не получившие официального обучения.  
  
Методика расчетов  
Процент женщин в возрасте 15–49 лет, имевших живорождение в рассматриваемый период времени, получивших дородовое обслуживание со стороны квалифицированного медицинского персонала не менее одного раза за время беременности (ANC 1+), рассчитывается путем деления числа женщин, посещенных не менее одного раза за время беременности квалифицированным медицинским персоналом по причинам, связанным с беременностью, на общее число женщин, имевших живорождение, и умножения на 100.  
  
Процент женщин в возрасте 15–49 лет, имевших живорождение в рассматриваемый период времени, получивших дородовое обслуживание четыре или более раз за время беременности (ANC 4+), рассчитывается путем деления числа женщин, посещенных четыре и более раз за время беременности любым лицом, обеспечивающим обслуживание, по причинам, связанным с беременностью, на общее число женщин, имевших живорождение, и умножения на 100.  
  
В отличие от ANC 1+, ANC 4+ включает обслуживание, обеспечиваемое любым лицом, а не только квалифицированным медицинским персоналом. Это связано с тем, что в ходе основных обследований домохозяйств на национальном уровне не собирается информация о том, кто обеспечивает обслуживание в ходе каждого посещения.

**ОБОСНОВАНИЕ И ТОЛКОВАНИЕ**

Дородовый период представляет возможности для обеспечения беременных женщин вмешательствами, которые могут быть жизненно важными для их здоровья и самочувствия, а также здоровья и самочувствия их младенцев. Исходя из анализа эффективности различных моделей дородового наблюдения Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рекомендует стандартную модель из четырех посещений. В руководствах ВОЗ указывается точное содержание посещений в течение дородового периода, которые должны включать:

* клиническое исследование;
* анализ крови, направленный на выявление сифилиса и тяжелой анемии (и других заболеваний, таких как вирус иммунодефицита человека и малярия, в зависимости от эпидемиологической обстановки);
* определение внутриутробного возраста и высоты стояния дна матки;
* измерение кровяного давления;
* замер роста и веса матери;
* проведение симптоматического анализа мочи на инфекции, передающиеся половым путем (многократное погружение индикаторной полоски);
* определение группы и резуса крови;
* прививка против столбняка;
* назначение железосодержащих добавок и фолиевой кислоты;
* предоставление рекомендаций/горячей линии на случай экстренной ситуации.

Важно отметить, что показатели по дородовому обслуживанию (по меньшей мере, одно посещение и, по меньшей мере, четыре посещения) не отражают эти составляющие обслуживания. Эти показатели основываются на стандартном вопросе о том, проводился ли медицинский осмотр женщины во время беременности. Таким образом, не следует предполагать, что женщины получили все составляющие дородового обслуживания, указанные выше. Значения показателя варьируются от 0 до 100, при этом значение показателя, равное 100, является идеальной ситуацией, когда все беременные женщины в возрасте 15- 49 лет, обращались к врачу хотя бы один или четыре раза за время своей беременности. В случае с ANC 1+, значение показателя обычно варьируется между 50 и 100 процентами. В случае с ANC 4+ значения показателя ниже, иногда значительно ниже. Данные по охвату дородовым обслуживанием необходимо рассматривать вместе с рядом других связанных показателей, таких как доля деторождений при квалифицированном родовспоможении или роды в медицинских учреждениях, и их необходимо дезагрегировать по соответствующим характеристикам для выявления целевого населения и выработки соответствующей политики.

**СБОР ДАННЫХ И ИХ ИСТОЧНИКИ**

В качестве основных источников данных для показателя по дородовому обслуживанию необходимо использовать данные обследований домохозяйств. К возможным обследованиям относятся демографические и медико-санитарные обследования (ДМСО), обследования по многим показателям с применением гнездовой выборки (MICS), обследования рождаемости и семьи (ОРС), обследования репродуктивного здоровья (ОРЗ) и другие обследования, построенные на подобной методологии. Обычно обследования проводятся каждые 3-5 лет.   
  
Для облегчения толкования тенденций и изменений, основанных на данных обследований, целесообразно вместе с оценочными данными указывать доверительные интервалы.

**ВОПРОСЫ ДЕЗАГРЕГИРОВАНИЯ ДАННЫХ**

Дезагрегирование данного показателя по месту проживания и категориям населения показывает существенные различия в доступе к услугам по охране репродуктивного здоровья в разрезе географических районов и разных социально-экономических групп населения. Для понимания причин таких отличий необходим дальнейший анализ с тем, чтобы далее планировать меры по их преодолению.

**КОММЕНТАРИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

Дородовое обслуживание во время беременности не гарантирует получение тех вмешательств, которые эффективно способствуют улучшению охраны материнства. Дородовое обслуживание с посещением не менее четырех раз, рекомендуемое ВОЗ, повышает вероятность получения эффективных вмешательств во время дородового обслуживания. Важно, что показатель по дородовому обслуживанию с посещением, по меньшей мере, один раз, относится к посещению квалифицированного медицинского персонала, в то время как показатель по посещению четыре и более раза обычно оценивает посещения любым лицом, обеспечивающим обслуживание, поскольку в ходе обследований домохозяйств не собирается информация о каждом посещении. Кроме того, иногда затруднительно дать единообразное определение понятия «квалифицированный медицинский персонал», поскольку в разных странах профессиональная подготовка медицинских работников осуществляется неодинаково.  
  
Потенциальным источником необъективности данных является ошибка припоминания. При проведении обследований домохозяйств респондентов спрашивают обо всех живорождениях за пять лет до обследования. Респонденты могут знать или не знать, или не помнить информацию о квалификации человека, обеспечивавшего дородовое обслуживание.

**ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА**

Низкий социальный статус женщин в некоторых странах ограничивает их доступ к экономическим ресурсам и базовому образованию, а, значит, и их возможности принимать решения в отношении здоровья и питания. Некоторые женщины лишены возможности получать необходимую помощь либо потому, что согласно принятым в их окружении культурным обычаям они должны находиться в изоляции, либо потому, что решения за них принимают другие члены семьи.

**ДАННЫЕ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА**

На глобальном уровне данные для данного показателя готовятся Детским фондом ООН (ЮНИСЕФ) - по ANC +1 и ANC +4 и ВОЗ - по ANC +4. Основным источником информации для глобальных показателей по дородовому обслуживанию являются национальные обследования домохозяйств, в том числе: ДМСО, MICS, ОРС, ОРЗ и национальные обследования, основанные на подобной методологии. В случае с развитыми странами (где охват беременных высокий), в качестве источников данных также используется статистика по оказываемым услугам.  
  
До включения данных в глобальные базы данных, ЮНИСЕФ и ВОЗ проводят проверку данных, которая включает переписку с представительствами на местах для прояснения вопросов касательно оценочных данных.   
  
Расхождения между международными и национальными оценочными данными возможны, если национальные данные собираются на уровне медицинских учреждений. Такие данные будут отличаться от международных оценок, которые основываются на данных обследований, собираемых на уровне домохозяйств.  
  
В некоторых отчетах может быть представлен общий процент беременных женщин, получивших дородовое обслуживание со стороны квалифицированного медицинского персонала, который не соответствует определению, приведенному выше (например, сюда включается персонал, который не считается квалифицированным, такой как социальные медицинские работники). В этих случаях суммируются проценты дородового обслуживания, обеспечиваемого врачом, медицинской сестрой или акушеркой, и результат вводится в глобальную базу данных.  
  
ЮНИСЕФ и ВОЗ также готовят региональные и глобальные оценочные данные. Они основываются на средневзвешенных значениях, взвешенных по общему числу рождений. Такие оценочные данные представляются только в случае охвата не менее 50% всех рождений в разрезе регионов или в глобальном масштабе.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**ПРИМЕРЫ**

**ССЫЛКИ**

United Nations Children’s Fund. *Childinfo – Monitoring the Situation of Children and Women.* New York. Internet site <http://www.childinfo.org/>.  
  
World Health Organization. *Sexual and Reproductive Health.* Geneva. Internet site <http://www.who.int/reproductive-health/global_monitoring/index.html>.  
  
World Health Organization (2002). *Antenatal Care Randomized Trial: Manual for the Implementation of the New Model.* Geneva. Available from <http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_RHR_01.30.pdf>.  
  
World Health Organization (2003). *Antenatal Care in Developing Countries: Promises, Achievements and Missed Opportunities: An Analysis of Trends, Levels and Differentials, 1990-2001.* Geneva. Available from <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241590947.pdf>.

Top of Form

5.1 Показатель материнской смертности

**ЦЕЛЬ И ЗАДАЧА, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

Цель 5. Улучшение охраны материнства  
Задача 5.A: Снизить на три четверти за период 1990–2015 годов Показатель материнской смертности

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ**

Определение  
Показатель материнской смертности – это число *материнских смертей* за год вследствие каких-либо причин, связанных с беременностью или ее медицинским ведением или усугубляемых ею (за исключением несчастных случаев или каких-либо других непредвиденных причин), в период беременности и во время родов либо в течение 42 дней после разрешения от беременности, независимо от срока и места, где проходила беременность, в расчете на 100 000 *живорождений* в течение определенного года.  
  
Понятия

*Материнские смерти* можно разделить на две группы: случаи смерти, вызванные прямыми акушерскими причинами, и случаи смерти, вызванные косвенными акушерскими причинами. К случаям смерти, вызванным прямыми акушерскими причинами, относятся смерти, вызванные акушерскими осложнениями состояния беременности (беременность, роды и послеродовой период), а также от экстренного хирургического вмешательства, различного рода оплошностей, неправильного лечения или как следствие цепи событий, наступивших в результате вышеуказанного. К случаям смерти, вызванным косвенными акушерскими причинами, относятся смерти, произошедшие в результате ранее возникшей и обострившейся во время беременности болезни либо болезни, которая развилась во время беременности и не была вызвана непосредственными акушерскими причинами, но была отягощена за счет физиологического действия состояния беременности.  
  
*Живорождением* называется полное изгнание или извлечение продукта зачатия из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности, в случае наличия у него хотя бы одного из признаков жизни, таких как дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины или явные движения произвольной мускулатуры, независимо от того, перерезана пуповина и отделилась ли плацента. Каждый продукт такого рождения считается живорожденным.  
  
Методика расчетов  
Показатель материнской смертности рассчитывается путем деления зарегистрированного (или оценочного) числа материнских смертей на общее число зарегистрированных (или выведенных по оценкам) живорождений за один и тот же период времени с последующим умножением полученного результата на 100 000. Для данного расчета необходима информация о состоянии беременности, времени смерти (во время беременности, во время родов или в течение 42 дней после разрешения от беременности) и причине смерти.



**ОБОСНОВАНИЕ И ТОЛКОВАНИЕ**

Данный показатель используется для мониторинга смертности в связи с беременностью и родами. Он отражает способность систем здравоохранения обеспечивать эффективную медико-санитарную помощь для предотвращения и принятия мер в отношении осложнений, возникающих во время беременности и родов.   
  
Значения показателя варьируются от менее 10 случаев смерти, которые наблюдаются в большинстве развитых стран, до свыше 1 000 случаев смерти, при этом в развивающихся регионах среднее значение составляет около 290 случаев смерти на 100 000 живорождений. Однако значения свыше 1 000 случаев смерти наблюдаются в относительно небольшой группе стран, и это значение показателя считается чрезвычайно высоким. По международным оценкам в 2008 году в 14 странах мира Показатель материнской смертности составил около или свыше 1 000 случаев смерти.   
  
Оценка материнской смертности, в особенности если имеются проблемы с качеством данных, приводит к большой степени неопределенности получаемых расчетных значений. В связи с этим целесообразно толковать Показатель материнской смертности в рамках контекста другой информации о состоянии репродуктивного здоровья, включая информацию о наличии квалифицированного медицинского персонала при родах, дородовом наблюдении, а также об уровне рождаемости.

**СБОР ДАННЫХ И ИХ ИСТОЧНИКИ**

Первичные источники данных включают системы регистрации рождения и смерти, обследования домохозяйств, исследования о смертности в репродуктивном возрасте, системы санитарно-эпидемиологического надзора или выборочной регистрации, специальные исследования по материнской смертности и общегосударственные переписи населения. Полные системы регистрации данных о рождении и смерти, содержащие точные сведения о причинах смерти, являются наиболее достоверными источниками данных для расчета показателя материнской смертности и его мониторинга в динамике по времени. Однако такие системы имеются лишь в немногих развивающихся странах. Официальные данные обычно собираются на основе учетной документации органов здравоохранения, однако в сельской местности медицинские услуги доступны лишь для небольшого числа женщин. Поэтому в развивающихся странах больше принято использовать данные обследований. Чаще всего в качестве источников используют данные демографических и медико-санитарных обследований и других подобных обследований домохозяйств.   
  
Поскольку случаи материнской смертности относительно редки, необходимы достаточно крупные выборки при получении данных по результатам обследований домохозяйств. Это требует высоких издержек и все равно может привести к получению расчетных данных с широкими доверительными интервалами.   
  
Методика опроса сестер, используемая в ДМСО, снижает требования к объему выборки. При этом методе респондентов спрашивают о дожитии сестер до определенного возраста. Респондентам задают 4 простых вопроса: сколько их сестер достигли совершеннолетия, сколько из них умерло и были ли среди умерших сестер беременные. Несмотря на то, что при этом методе снижаются требования к объему выборки, получаемые на его основе результаты охватывают период около 7-12 лет до обследования, что усложняет использование данных для мониторинга прогресса или наблюдения за воздействием проводимых мероприятий. При прямом методе опроса сестер респондентов просят сообщить дату смерти, что позволяет получить более современные оценочные значения, но даже в этом случае базисный период охватывает, как правило, период от 0 до 6 лет до опроса.

**ВОПРОСЫ ДЕЗАГРЕГИРОВАНИЯ ДАННЫХ**

Вследствие высокого уровня неуверенности в отношении расчетных данных, данные по показателю материнской смертности представляются только на национальном уровне. Дезагрегирование данных не рекомендуется.

**КОММЕНТАРИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

Материнскую смертность сложно оценивать. В большинстве развивающихся странах системы регистрации рождения и смерти и системы медицинской информации в неудовлетворительном состоянии, поэтому они не могут обеспечить точную оценку материнской смертности. Даже значения, полученные на основании всеобъемлющих систем регистрации рождения и смерти, таких, которые имеются в развитых странах, страдают от неправильной классификации и занижения данных о случаях материнской смертности.  
  
Вследствие широких доверительных интервалов расчетные данные по материнской смертности не всегда подходят для оценки тенденций, складывающихся с течением времени. Поэтому в качестве дополнения к показателю материнской смертности для целей оценки прогресса в сокращении материнской смертности на страновом уровне рекомендуется использовать такие показатели по оценке процессов, как помощь квалифицированного медицинского персонала при родовспоможении и пользование услугами медицинских учреждений.   
  
Показатель материнской смертности не следует смешивать с показателем доли материнских смертей (в знаменателе формулы которого указывается число женщин репродуктивного возраста), который отражает не только риск материнской смертности на одну беременность или рождений, но и уровень рождаемости. Показатель материнской смертности (в знаменателе формулы которого указывается число живорождений) показывает риск наступления смерти женщин с момента наступления беременности и не учитывает уровень рождаемости в стране.

**ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА**

Во многих странах главным определяющим фактором материнской смертности является низкий социально-экономический статус девушек и женщин. Он ограничивает доступ девушек и женщин к образованию, нормальному питанию и планированию семьи, а также к необходимому медицинскому обслуживанию для профилактики и/или лечения осложнений во время беременности и родов.

**ДАННЫЕ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА**

Показатель материнской смертности можно рассчитать непосредственно исходя из данных, полученных из систем регистрации рождений и смерти, обследований домохозяйств или других источников. Однако эти источники могут иметь проблемы с качеством данных, в частности проблемы, связанные с занижением сведений и неправильной классификацией материнских смертей, и могут иметь ограниченную сравнимость.   
  
Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), Детским фондом Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ), Фондом народонаселения Организации Объединенных Наций (ЮНФПА) и Всемирным банком (ВБ) разработан метод внесения корректировок в имеющиеся данные для учета проблем с качеством данных и для обеспечения сравнимости разных источников данных. При этом методе оценивается полнота данных и, в случае необходимости, вносятся корректировки на занижение сведений и неправильную классификацию случаев смерти, а также готовятся оценочные данные с применением статистического моделирования для стран, по которым надежные данные на национальном уровне отсутствуют.  
  
Данные по материнской смертности и другим необходимым переменным получают из баз данных ВОЗ, Отдела народонаселения ООН, ЮНИСЕФ и ВБ. Данные по разным странам отличаются по источникам и методам. С учетом разнообразия источников данных для каждого источника используются разные методы для получения расчетных значений, поддающихся сравнению и позволяющих проводить агрегацию данных на региональном и глобальном уровне.   
  
Только треть стран имеет полные и надежные данные, для которых не требуются дополнительные расчеты. В еще одной трети стран представляемые страной оценочные данные по материнской смертности корректируются для сравнимости. И в последней трети стран, в которых отсутствуют данные по материнской смертности надлежащего качества, для прогнозирования уровня материнской смертности используется статистическая модель. Однако точечные оценочные значения, рассчитанные с применением этой методики, могут не отражать точный уровень материнской смертности. Поэтому рекомендуется рассматривать такие оценочные значения вместе с уровнями неопределенности, в пределах которых, как предполагается, находятся фактические значения.  
  
Способность готовить оценочные значения показателя на страновом, региональном и глобальном уровне с большей точностью была бы гораздо выше, если бы национальные системы регистрации рождений и смертей были далее усовершенствованы. Такое усовершенствование сократило бы необходимость проведения специальных исследований по материнской смертности (на которые требуется время, финансовые ресурсы, и которые могут мало чем помочь в мониторинге тенденций).   
  
Оценочные значения на региональном и субрегиональном уровне основываются на средневзвешенных значениях страновых данных, при этом в качестве веса используется общее количество живорождений. Агрегированные на региональном уровне значения представляются только в случае, если имеющиеся данные охватывают не менее 50% от общего количества рождений в регионе.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**ПРИМЕРЫ**

**ССЫЛКИ**

Hill, K., K. Thomas, C. Abouzahr, N. Walker, L. Say, M. Inoue and E. Suzuki, on behalf of the Maternal Mortality Working Group (2007). Estimates of maternal mortality worldwide between 1990 and 2005: an assessment of available data. Lancet, vol. 370, Issue 9595, pp. 1311–1319.  
  
Say L. and R.C. Pattinson (2008). Maternal Mortality and Morbidity. In *International Encyclopedia of Public Health,* eds. Kris Heggenhougen and Stella R. Quah, pp. 222–236. Oxford: Academic Press.   
  
United Nations Population Fund (annual). *State of World Population.* New York. Available from <http://www.unfpa.org/swp/swpmain.htm>.   
  
United Nations Population Fund (1998). Issues in measuring and monitoring maternal mortality: implications for programmes. *Technical and Policy Paper No.1.* New York.   
  
World Health Organization (2009). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision (ICD-10).* Geneva. Available from <http://www.who.int/classifications/icd>.   
  
World Health Organization and United Nations Children’s Fund (1997). *The Sisterhood Method for Estimating Maternal Mortality: Guidance Notes for Potential Users.* Geneva. Available from <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/RHT_97_28/en/index.html>.  
  
World Health Organization, United Nations Children’s Fund, United Nations Population Fund and World Bank (2010). *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008.* Geneva. Available from <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241500265/en/index.html>.

5.2 Доля деторождений при квалифицированном родовспоможении

**ЦЕЛЬ И ЗАДАЧА, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

Цель 5. Улучшение охраны материнства   
Задача 5.A: Снизить на три четверти за период 1990–2015 годов показатель материнской смертности

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ**

Определение  
Доля деторождений при квалифицированном родовспоможении, - это доля *живорождений*, проходивших при помощи *квалифицированного специалиста по родовспоможению*, обученного жизнесохраняющей акушерской помощи.  
  
Данный показатель выражается в виде процента.  
  
Понятия  
*Живорождением* называется полное изгнание или извлечение продукта зачатия из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности, в случае наличия у него хотя бы одного из признаков жизни, таких как дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины или явные движения произвольной мускулатуры, независимо от того, перерезана пуповина и отделилась ли плацента. Каждый продукт такого рождения считается живорожденным.  
  
*Квалифицированным специалистом по родовспоможению* является аккредитованный медицинский работник, такой как акушерка, врач или медицинская сестра, получивший образование и обучение, который имеет такой уровень квалификации, который необходим для ведения нормальной (неосложненной) беременности, родов и раннего послеродового периода и установления, ведения осложнений у женщин и новорожденных и их направления к врачам-специалистам. *Традиционные повитухи*, вне зависимости от прохождения ими обучения, исключаются из числа квалифицированного медицинского персонала.   
  
*Традиционными повитухами* являются традиционные, независимые (от системы здравоохранения) лица из числа местных жителей, обеспечивающие помощь во время беременности, родов и послеродового периода, не получившие официального обучения.  
  
Методика расчетов  
Данный показатель рассчитывается как количество деторождений, происходивших при помощи квалифицированного медицинского персонала (врачей, медсестер или акушерок), деленное на общее количество деторождений за тот же период и умноженное на 100.



**ОБОСНОВАНИЕ И ТОЛКОВАНИЕ**

Правильно измерить уровень материнской смертности необычайно трудно, если, конечно, это не делается в условиях обязательной регистрации всех случаев смерти и их причин. В целях мониторинга прогресса в улучшении охраны материнства, такого как наличие профессиональной медицинской помощи в период беременности и во время родов, что особенно важно при возникающих осложнениях, предлагается ряд показателей для оценки соответствующих процессов. Родовспоможение надлежащим образом обученным медицинским персоналом является чрезвычайно важным для снижения материнской смертности. Доля женщин, рожавших при квалифицированном родовспоможении, является таким наиболее часто используемым показателем процесса.   
  
Значение этого показателя близко к 100% там, где квалифицированное родовспоможение оказывается всем женщинам, как это обстоит в большинстве развитых регионов. Значения показателя менее 20% наблюдаются в условиях, когда система здравоохранения находится в неудовлетворительном состоянии и материнская смертность является серьезной проблемой здравоохранения. Необходимо тщательно следить за долей деторождений при квалифицированном родовспоможении, наряду с рядом других связанных показателей, дезагрегированных по социально-экономическим характеристикам для выявления целевого населения и соответствующего планирования мер.

**СБОР ДАННЫХ И ИХ ИСТОЧНИКИ**

Необходимые данные собирают в ходе обследований домохозяйств, в том числе обследований по многим показателям с применением гнездовой выборки (MICS) и демографических медико-санитарных обследований (ДМСО). Обычно такие обследования проводятся каждые 3-5 лет национальным статистическим органом или министерством здравоохранения.   
  
Для облегчения толкования тенденций и изменений, основанных на данных обследований, целесообразно вместе с оценочными данными указывать доверительные интервалы.  
  
При отсутствии данных обследований в некоторых странах могут иметься данные от медицинских учреждений. Однако следует отметить, что по этим данным доля деторождений при квалифицированном родовспоможении может оказаться завышенной вследствие того, что из знаменателя предположительно исключены женщины, рожавшие вне медицинских учреждений.

**ВОПРОСЫ ДЕЗАГРЕГИРОВАНИЯ ДАННЫХ**

Дезагрегирование данного показателя по месту проживания (город/село), возрасту матери и ее социально-экономическому положению может помочь в оценке причин разной степени доступа к охране репродуктивного здоровья и выработке необходимой политики и мер.

**КОММЕНТАРИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

Данный показатель является своего рода мерилом способности той или иной системы здравоохранения обеспечивать надлежащий уход во время родов, период повышенного риска смертности, как для матерей, так и новорожденных. Но этот показатель не может полноценно отразить доступ женщин к качественному уходу, особенно в случае возникновения осложнений. Для того чтобы эффективно способствовать снижению материнской смертности, квалифицированный медицинский персонал должен иметь необходимое оборудование и возможности для направления женщин для получения специализированной медицинской помощи.  
  
Кроме того, иногда затруднительно дать единообразное определение понятию «квалифицированный медицинский персонал», поскольку в разных странах профессиональная подготовка медицинских работников осуществляется неодинаково. Несмотря на предпринимаемые усилия в плане стандартизации используемых в большинстве обследований домохозяйств определений «врач», «медицинская сестра» и «акушерка», а также «помощница акушерки», вполне вероятно, что возможности квалифицированного медицинского персонала по обеспечению соответствующего ухода в чрезвычайных ситуациях зависят от условий, в которых они работают.  
  
Ошибка припоминания является еще одной потенциальной причиной необъективности данных. В ходе обследования домохозяйства респондентов просят вспомнить все случаи живорождения, произошедшие за период до пяти лет до проведения опроса. Респондент может знать или не знать, или не вспомнить информацию о квалификации лица, помогавшего при родах, имевших место в отчетный период.   
  
Как отмечалось ранее, данные медицинских учреждений, в случае их использования, не включают женщин, рожающих дома, вследствие чего фактическая доля деторождений при квалифицированном родовспоможении оказывается завышенной.

**ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА**

Низкий социальный статус женщин в некоторых странах ограничивает их доступ к экономическим ресурсам и базовому образованию, а, значит, и их возможности по принятию решений в отношении здоровья и питания. Некоторые женщины лишены возможности получать необходимую помощь либо потому, что согласно принятым в их окружении культурным обычаям они должны находиться в изоляции, либо потому, что решения за них принимают другие члены семьи. Решающим фактором, обуславливающим высокую материнскую смертность, является отсутствие основных акушерско-гинекологических услуг или доступа к ним.

**ДАННЫЕ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА**

Данные для глобального мониторинга представляются Детским фондом Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) и Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). Эти агентства получают данные из национальных источников, которые включают как данные обследований, так и систем регистрации.   
  
До того, как данные будут включены в глобальные базы данных, ЮНИСЕФ и ВОЗ проводят проверку данных, которая включает переписку с представительствами на местах для прояснения вопросов.   
  
Расхождения между международными и национальными оценочными данными возможны, если данные собираются на уровне медицинских учреждений. Такие данные будут отличаться от международных оценок, которые основываются на данных обследований, проведенных на уровне домохозяйств.   
  
Что касается ограничений данных обследований, то в некоторых отчетах по результатам обследований может быть представлена доля деторождений при родовспоможении персоналом, который включает лиц, не соответствующих приведенному выше определению (например, персонал, который не считается квалифицированным, такой как социальные медицинские работники). В этих случаях подсчитывается доля деторождений при помощи врача, медицинской сестры или акушерки, которая затем и вводится в глобальную базу данных в качестве оценочного значения этого показателя.  
  
Затем, исходя из средних значений страновых данных, взвешенных по общему количество рождений в каждой стране, рассчитываются региональные и глобальные оценочные значения. Агрегированные на региональном уровне значения представляются только в случае, если имеющиеся данные охватывают не менее 50% от общего числа рождений в регионе.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**ПРИМЕРЫ**

**ССЫЛКИ**

United Nations Children’s Fund. *Childinfo – Monitoring the Situation of Children and Women.* New York. Internet site <http://www.childinfo.org/>.  
  
United Nations Population Fund (annual). *State of World Population.* New York. Available from <http://www.unfpa.org/swp/swpmain.htm>.  
  
World Health Organization. *WHO Statistical Information System (WHOSIS)* . Internet site <http://www.who.int/whosis>.  
  
World Health Organization (2006). *Reproductive Health Indicators - Guidelines for their Generation, Interpretation and Analysis for Global Monitoring.* Geneva. Available from <http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/924156315X_eng.pdf>.  
  
World Health Organization (2008). Proportion of births attended by a skilled attendant: 2008 updates. *Department of Reproductive Health and Research Factsheet.* Geneva. Available from <http://www.searo.who.int/LinkFiles/Publications_skilled_attendant_at_birth_2008.pdf> .

5.3 Доля населения, пользующегося контрацептивами

**ЦЕЛЬ И ЗАДАЧА, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

Цель 5. Улучшение охраны материнства   
Задача 5.B: Обеспечить к 2015 году всеобщий доступ к услугам по охране репродуктивного здоровья

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ**

Определение  
*Доля населения, пользующегося контрацептивами*, представляет собой процент *женщин репродуктивного возраста*, применяющих в настоящее время или сексуальный партнер которых пользуется хотя бы одним методом контрацепции, вне зависимости от применяемого метода контрацепции. Показатель рассчитывается для женщин в возрасте от 15 до 49 лет, состоящих в официальном или гражданском браке.  
  
Понятия

К *женщинам репродуктивного возраста* относятся все женщины в возрасте от 15 до 49 лет.  
  
*Методы контрацепции* включают современные и традиционные методы. Современные методы включают женскую и мужскую стерилизацию, оральные гормональные таблетки, внутриматочную спираль (ВМС), мужские и женские презервативы, инъекции, имплант (включая норплант), вагинальные барьерные методы и спермициды. К традиционным методам относятся метод ритма (периодическое воздержание), прерванный половой акт, метод лактационной аменории (МЛА) и различные народные методы. Обратите внимание, что в некоторых обследованиях МЛА относится к числу современных методов. В целях отчетности ЦРТ по данному показателю МЛА классифицируется как традиционный метод.   
  
Методика расчетов



**ОБОСНОВАНИЕ И ТОЛКОВАНИЕ**

Показатель по доле населения, пользующегося контрацептивами, который служит в качестве мерила степени доступа к услугам по охране репродуктивного здоровья, полезен с точки зрения мониторинга прогресса в обеспечении всеобщего доступа к охране репродуктивного здоровья, особенно если этот показатель рассматривается в совокупности с информацией об осведомленности женщин в вопросах планирования семьи или их доступа к таким услугам и информацией о качестве услуг по планированию семьи. Информация о доле населения, пользующегося контрацептивами, дополняет показатель по неудовлетворенной потребности в планировании семьи (см. Показатель 5.6). Сумма распространенности контрацепции и неудовлетворенной потребности определяет совокупную потребность в контрацепции. В отличие от показателя по неудовлетворенной потребности, показатель по распространенности контрацепции учитывает такой факт, как хотят ли женщины или пары еще иметь детей. Это обуславливает большую сложность в толковании этого показателя по сравнению с показателем по неудовлетворенной потребности, поскольку в разных обществах наблюдается разный уровень применения контрацепции с учетом большой разницы в отношении предпочитаемого размера семьи. По той же причине сложно определить желаемое значение для доли населения, пользующегося контрацептивами.

**СБОР ДАННЫХ И ИХ ИСТОЧНИКИ**

Доля населения, пользующегося контрацептивами, рассчитывается на основании данных репрезентативных в общегосударственном масштабе обследований, содержащих вопросы о текущем применении контрацепции. Обследованиями, которые обычно содержат такую информацию, являются: демографические и медико-санитарные обследования (ДМСО), обследования рождаемости и семьи (ОРС), обследования репродуктивного здоровья (ОРЗ), проводимые при содействии Центров по контролю и профилактике заболеваний США, обследования по многим показателям с применением гнездовой выборки (MICS) и другие национальные обследования.   
  
При обследованиях сведения собираются посредством прямых вопросов, задаваемых женщинам, в том числе об их возрасте и о том, состоят ли они в официальном или гражданском браке. Вопросы о методах контрацепции зачастую включают две части: общий вопрос, когда женщин спрашивают о том, пользуются ли они в настоящее время каким-либо методом контрацепции, и последующий вопрос о применяемом в настоящее время методе контрацепции. Для получения точных данных о распространенности контрацепции желательно, чтобы интервьюер предоставил описание или перечень конкретных методов планирования семьи. Если это не делается, то уровень распространенности контрацепции может оказаться значительно заниженным, особенно если распространено применение традиционных методов, таких как прерванный половой акт или календарный метод, или применение контрацептивной стерилизации. В некоторых обследованиях, таких как ДМСО, методы описываются в виде «зондирующих» вопросов о методах контрацепции, о которых слышал респондент, до того, как респондента спрашивают о применении им в настоящее время контрацепции. При проведении обследования среди высокообразованного населения интервьюер может предоставить респондентам распечатанный список методов.  
  
При регистрации данных о методах контрацепции важно помнить, что некоторые респонденты могут одновременно пользоваться более чем одним методом. В таких случаях выбор делается эмпирически либо лицом, собирающим данные, исходя из эффективности применяемых методов, либо респондентами, исходя из собственной оценки метода, которым они пользуются наиболее часто. Определение только одного метода или комбинации методов на одного респондента позволяет рассчитать распространенность контрацепции в виде суммы уровня применения каждого из методов. В случае если на одного респондента регистрируется более чем один метод или комбинация методов и не применяются критерии выбора, то сумма различных используемых методов может превысить общий уровень распространенности контрацепции.  
  
Также важно отметить, что распространенность контрацепции измеряется на момент проведения интервью. Однако имеется интервал запаздывания, обычно составляющий от одного года до двух лет, между датой проведения интервью и распространением отчетам по результатам обследования. В среднем обследования проводятся каждые 3-5 лет.

**ВОПРОСЫ ДЕЗАГРЕГИРОВАНИЯ ДАННЫХ**

Применение контрацепции может существенно отличаться в разных социально-экономических группах, а также в разных географических регионах. В целях разработки политики информация о распространенности контрацепции необходимо дезагрегировать, как минимум, по возрасту и текущему семейному положению. Данная информация является важной, поскольку она позволяет отслеживать различия в доступе к методам контрацепции среди более уязвимых групп населения, таких как подростки и незамужние женщины.   
  
Применение контрацепции можно также дезагрегировать по другим социальным или экономическим характеристикам, таким как уровень образования женщин, проживание в городе или селе, и количество имеющихся детей, насколько это требуется для выработки политики в конкретной стране или регионе.

**КОММЕНТАРИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

Различия в плане и проведении обследования, а также различия в формулировках и администрировании анкет могут повлиять на сопоставимость данных с течением времени, а также между странами. К некоторым наиболее распространенным различиям относятся спектр методов, включаемых в обследования, а также включение или невключение в анкеты зондирующих вопросов. Отсутствие зондирующих вопросов может привести к заниженной оценке распространенности контрацепции.   
  
Характеристика (возраст, пол, семейное положение) лиц, в отношении которых оценивается распространенность контрацепции (базисное население), также влияет на сопоставимость данных по распространенности контрацепции. Несмотря на то, что в стандартном определении доли населения, пользующегося контрацептивами, указываются только женщины, состоящие в официальном или гражданском браке, иногда представляется альтернативное базисное население, которое включает сексуально активных женщин (вне зависимости от семейного положения), женщин, состоящих или состоявших в браке, или мужчин и женщин, состоящих в официальном или гражданском браке.   
  
Интервалы времени, которые используются для оценки распространенности контрацепции, также могут отличаться. Зачастую определение того, что подразумевается под «применяемым в настоящее время» методом контрацепции, остается за респондентом. В некоторых обследованиях респондентов спрашивают о применении контрацепции в течение последнего месяца. Иногда, когда информация о текущем применении не собирается, для оценки текущей распространенности контрацепции использовались данные о применении методов контрацепции во время последнего сексуального контакта или в течение предыдущего года. Необходимо четко указывать любые отличия представляемых данных от стандартного определения распространенности контрацепции.  
  
Изменчивость элементов выборки также может представлять проблему при сборе данных, особенно в тех случаях, когда распространенность контрацепции оценивается для конкретной подгруппы (в соответствии с методом контрацепции, возрастными характеристиками, уровнем образования, местом проживания и т.д.) или при анализе тенденций в динамике по времени.

**ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА**

Статистические сведения о применении контрацепции основываются в первую очередь на данных, относящихся к женщинам. В основном это обусловлено прагматическими причинами, поскольку большинство методов контрацепции основываются на их применении именно женщинами. Можно также утверждать, что степень контролирования женщинами воспроизводства является показателем того, как они контролируют свою жизнь в целом, поэтому доля населения, пользующегося контрацепцией, может также рассматриваться как показатель расширения прав и возможностей женщин. В некоторых последних обследованиях также опрашивались мужчины о применении методов контрацепции.

**ДАННЫЕ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА**

На глобальном уровне данные по этому показателю представляются Отделом народонаселения ООН. Данные берутся из национальных архивов данных или из опубликованных отчетов по результатам обследований. В исключительных случаях данные берутся из других опубликованных аналитических отчетов. В случае необходимости пояснений Отдел народонаселения связывается с заказчиками обследований или организацией, проводившей обследование, которые в ответ могут предоставить исправленные или скорректированные оценочные данные.   
  
Региональные оценочные значения показателя представляют собой средневзвешенные значения страновых данных, в которых в качестве весов используется число женщин в возрасте 15-49 лет, состоящих в официальном или гражданском браке, за базисный год в каждой стране. Глобальные оценочные данные представляют собой средневзвешенные значения региональных оценочных данных, в которых в качестве весов используется число женщин в возрасте 15-49 лет, состоящих в официальном или гражданском браке, за базисный год в каждом регионе. Данные не представляются в случае, если охвачено менее 50% сопоставимого контингента в регионе.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**ПРИМЕРЫ**

**ССЫЛКИ**

Rutstein, S. O. and G. Rojas (2006). *Online Guide to DHS Statistics.* Calverton, Maryland: Measure DHS. Available from <http://www.measuredhs.com/help/Datasets/index.htm>.   
  
United Nations (2004). *Levels and Trends of Contraceptive Use as Assessed in 2002.* Sales No. E.04.XIII.9. New York. Available from <http://www.un.org/esa/population/publications/wcu2002/WCU2002_Report.pdf>.   
  
United Nations (2011). *World Contraceptive Use 2010.* New York. Available from <http://www.un.org/esa/population/publications/wcu2010/Main.html>.  
  
United Nations Population Division (2010). *Multilingual Demographic Dictionary, Second Edition 1982.* Available from <http://en-ii.demopaedia.org/wiki/Main_Page>.  
  
World Health Organization (2006). *Reproductive Health Indicators: Guidelines for their Generation, Interpretation and Analysis for Global Monitoring.* Geneva. Available from <http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/924156315X_eng.pdf>.

5.4 Коэффициент рождаемости среди подростков

**ЦЕЛЬ И ЗАДАЧА, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

Цель 5. Улучшение охраны материнства  
Задача 5.B: Обеспечить к 2015 году всеобщий доступ к услугам по охране репродуктивного здоровья

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ**

Определение  
Коэффициент рождаемости среди подростков представляет собой *число живорождений в год среди женщин подросткового возраста на 1 000 женщин подросткового возраста*.   
  
Понятия  
Коэффициент рождаемости среди подростков также называется повозрастным коэффициентом рождаемости для женщин от 15 до 19 лет.   
  
*Живорождением* называется полное изгнание или извлечение продукта зачатия из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности, в случае наличия у него хотя бы одного из признаков жизни, таких как дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины или явные движения произвольной мускулатуры, независимо от того, перерезана пуповина и отделилась ли плацента. Каждый продукт такого рождения считается живорожденным.  
  
*Женщинами подросткового возраста* в целях данного показателя являются женщины в возрасте от 15 до 19 лет.  
  
Методика расчетов  
Коэффициент рождаемости среди подростков рассчитывается как число живорождений среди женщин подросткового возраста, деленное на общее число женщин подросткового возраста и умноженное на 1 000.



Данный показатель рассчитывается по-разному в зависимости от того, какие данные используются: регистрационные данные рождений и смерти, данные обследований или переписи.

1. Регистрация рождений и смерти:
   * Число живорождений среди женщин подросткового возраста – это количество зарегистрированных в течение определенного года живорождений среди женщин в возрасте 15-19 лет.
   * Число женщин подросткового возраста - это оцениваемое количество женщин в возрасте 15-19 лет на 1 июля рассматриваемого года. Для мониторинга данного показателя на национальном уровне данные по численности населения могут быть взяты из надежных национальных источников или оценочных данных по численности населения, публикуемых Отделом народонаселения ООН в *«World Population Prospects»*. В случае если числитель не охватывает абсолютную фактическую численность населения, можно при наличии использовать альтернативные оценочные данные по численности населения.
2. Данные обследований: Коэффициент рождаемости среди подростков обычно рассчитывается исходя из ретроспективных историй рождений. Во всех возможных случаях базисный год соответствует 5 годам, предшествующим обследованию. Отчетный год наблюдения соответствует середине базисного периода
   * Число живорождений среди женщин подросткового возраста - число живорождений среди женщин, которым на момент родов было от 15 до 19 лет, в течение базисного периода до проведения опроса.
   * Число женщин подросткового возраста - количество человеко-лет, прожитых опрошенными женщинами в возрасте от 15 до 19 лет в течение того же базисного периода.
3. В обследованиях, где ретроспективные истории рождений отсутствуют, число рождений может быть оценено на основании вопросов о дате последнего рождения или числе рождений в течение 12 месяцев, предшествующих обследованию.
   * Данные переписи: Коэффициент рождаемости среди подростков обычно рассчитывается исходя из даты последнего рождения или числа рождений в течение 12 месяцев, предшествующих переписи. Перепись обеспечивает данные, как для числителя, так и для знаменателя. В некоторых случаях коэффициенты, рассчитанные по данным переписи, корректируются на неполную регистрацию. В некоторых случаях, когда где нет других надежных данных, метод косвенной оценки учета собственных детей обеспечивает оценку коэффициента рождаемости среди подростков для ряда лет до переписи (см. более подробную информацию в Руководстве Х: *Indirect Techniques for Demographic Estimation,* United Nations (1983)).

**ОБОСНОВАНИЕ И ТОЛКОВАНИЕ**

Коэффициент рождаемости среди подростков является важным показателем для разработки политики, нацеленной на общее улучшение охраны материнства. Материнская смертность среди более молодых женщин подросткового возраста (до 18 лет) гораздо выше, чем среди более взрослых женщин или подростков (18-19 лет). Если общая материнская смертность среди женщин подросткового возраста высокая, снижение рождаемости среди подростков способствует улучшению охраны материнства, поскольку приводит к сокращению общей материнской смертности.   
  
Ранее материнство не только повышает риск смерти во время родов, но и ставит под угрозу благосостояние матерей и их детей. Молодые матери часто отказываются от получения образования и других социально-экономических возможностей; дети, рожденные юными матерями, имеют более высокий риск смерти в младенчестве или детстве, и в случае их выживания у них меньше возможностей для получения образования.   
  
Значения коэффициента рождаемости среди подростков варьируются от менее 2 случаев до около 230 случаев рождений на 1 000 женщин подросткового возраста. Высокими считаются значения показателя в размере от 50 и выше случаев рождений на 1 000 женщин, а низкими - значения в размере 10 или менее случаев рождений 1 000 женщин. Более высокие значения коэффициента рождаемости среди подростков могут свидетельствовать о неудовлетворенной потребности в планировании семьи среди молодых женщин, многие из которых хотели бы отложить свою беременность.

**СБОР ДАННЫХ И ИХ ИСТОЧНИКИ**

Данные по случаям рождений с указанием возраста матери обычно берутся из систем регистрации рождений и смерти, если они охватывают 90 и более процентов всех живорождений. Оценочные данные по результатам переписи или обследований могут дополнить регистрационные данные за периоды, по которым регистрационные данные отсутствуют. В странах, где нет системы регистрации рождений и смерти или где такая система охватывает менее 90 процентов живорождений, коэффициент рождаемости среди подростков может быть получен на основании данных обследований домохозяйств и данных переписи населения. В странах, где есть несколько программ обследований, приоритет отдается обследованиям больших выборок, проводимым ежегодно или один раз в два года.   
  
Обследованиями, из которых обычно могут быть получены данные, являются: демографические и медико-санитарные обследования (ДМСО), обследования репродуктивного здоровья (ОРЗ), проводимые при содействии Центров по контролю и профилактике заболеваний США, обследования по многим показателям с применением гнездовой выборки (MICS) и другие национальные обследования. В случае наличия в отчете по результатам обследования оценочных значений, их необходимо брать в том виде, в котором они приведены в таком отчете. В противном случае при наличии микроданных, оценочные значения необходимо рассчитать, используя соответствующий метод расчета. В случае использования данных переписи, оценочные значения должны быть теми же, что и указанные в отчетах по результатам переписи, включая любые корректировки, внесенные национальным статистическим органом.

**ВОПРОСЫ ДЕЗАГРЕГИРОВАНИЯ ДАННЫХ**

Дезагрегирование коэффициента рождаемости среди подростков по географическим районам, проживанию в городе или селе, уровню образования женщин, статусу бедности и другим характеристикам, актуальным в условиях конкретной страны, может помочь в выявлении категорий населения, где уровень коэффициента рождаемости среди подростков является наиболее высоким, и разработке политики по сокращению материнской смертности и улучшению охраны репродуктивного здоровья девочек-подростков, а также политики по сокращению детской смертности.

**КОММЕНТАРИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

При расчете данного показателя возникает ряд ограничений. При использовании данных о регистрации рождений и смерти коэффициенты рождаемости среди подростков подвержены ограничениям, которые зависят от полноты системы регистрации рождений; в зависимости от того, как трактуются случаи, когда новорожденный рождается живым, но умирает до регистрации или в течение первых суток жизни; от точности сообщаемого возраста матери; а также от включения случаев рождений в предыдущие периоды. Расчетное значение численности населения может быть подвержено ограничениям, связанным с неверным сообщением возраста и охватом. Другое ограничение заключается в том, что число живорождений может также включать случаи рождений среди женщин младше 15 лет (например, живорождения по возрасту матери среди женщин в возрасте 12-19 лет) или в том, что показатель рассчитывается для разных возрастных групп как по числу живорождений, так и по числу женщин (например, женщин в возрасте от 16 до 19 лет). В странах, где система регистрации рождений и смерти регистрирует рождения по месту родов, а не по месту постоянного местожительства матери, число рождений среди подростков в городской местности может быть преувеличено за счет больничной инфраструктуры, которая обслуживает женщин из близлежащих сельских районов. Это влияет на точность показателя, когда он представляется отдельно для городской и сельской местности. При использовании данных обследований и переписи, число живорождений среди женщин подросткового возраста и число подростков основывается на одной генеральной совокупности. Тем не менее, данные могут быть искажены вследствие неточного сообщения возраста, несообщения о рождениях, неточного сообщения даты рождения ребенка и изменчивости элементов выборки в случае с обследованиями. Другое ограничение заключается в том, что коэффициент рождаемости среди подростков обычно представляется в отчетности как процент рождаемости среди женщин в возрасте 15-19 лет в общей рождаемости. Однако предпочтение следует отдавать коэффициенту рождаемости среди подростков, нежели проценту рождаемости среди женщин в возрасте 15-19 лет в общей рождаемости, поскольку такой процент может существенно варьироваться в результате изменения уровня рождаемости в других возрастных группах, даже если коэффициент рождаемости среди подростков остается постоянным.

**ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА**

Женщины, становящиеся матерями в раннем возрасте, часто упускают возможность для получения образования и другие социально-экономические возможности. Таким образом, высокий коэффициент рождаемости среди подростков может привести к большому гендерному неравенству в образовании. Высокий коэффициент рождаемости среди подростков также свидетельствует о распространенности ранних браков среди женщин и часто является признаком социальной структуры, в которой ожидается, что женщины будут подтверждать свою взрослость, принимая на себя социальную роль матери как можно раньше. Снижение же коэффициента рождаемости среди подростков может свидетельствовать о повышении уровня гендерного равенства и расширении прав и возможностей женщин. Высокий коэффициент рождаемости среди подростков может также способствовать высокой материнской смертности.

**ДАННЫЕ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА**

На глобальном уровне данные для данного показателя составляются Отделом народонаселения ООН (ОНООН). Для этого по мере возможности используются данные о регистрации рождений и смерти. Для расчета коэффициентов рождаемости среди подростков используются данные, представляемые национальными статистическими органами в Отдел народонаселения ООН. В случае их отсутствия или недостаточной надежности, данные берутся из других региональных статистических подразделений или собираются непосредственно в самих странах. В качестве данных по численности подростков используются данные, публикуемые в *«World Population Prospects»*, издаваемым ОНООН. В случае отсутствия данных для числителя или знаменателя, используется оценочное значение, рассчитанное национальным статистическим органом.   
  
Если данные по регистрации рождений и смерти недоступны, изучаются результаты обследований или переписи населения. В случае использования результатов обследований, обычно в качестве таких обследований используются ДМСО, ОРЗ и MICS. Если оценочные значения представлены в самом отчете по результатам обследования, то они берутся из такого отчета. В противном случае ОНООН использует национальные микроданные для расчета показателя. В случае с данными переписи населения, предпочтительнее использовать расчетные значения, представленные в отчетах по результатам переписи, включая корректировки, производимые национальным статистическим органом. В других случаях коэффициент рождаемости среди подростков выводится с применением соответствующих методов расчета. В некоторых случаях коэффициент, рассчитанный на основании данных переписи, корректируется на неполную регистрацию, исходя из косвенных методов оценки. Для некоторых стран, где нет других надежных данных, метод косвенной оценки учета собственных детей обеспечивает оценку коэффициента рождаемости среди подростков для ряда лет до переписи.  
  
ОНООН рассчитывает региональные и глобальные значения показателя. Для базисных годов, по которым данные отсутствуют, используется ближайший элемент данных. Средние значения рассчитываются с использованием в качестве весов количества женщин в возрасте 15-19 лет. Данные по численности женщин берутся из последней редакции *«World Population Prospects»*. Среднерегиональные значения показателя представляются только в случае охвата более 50% женщин в возрасте 15-19 лет в регионе. В большинстве регионов охват составляет более 95%.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**ПРИМЕРЫ**

**ССЫЛКИ**

United Nations (2008). *World Fertility Patterns 2007.* Wallchart. New York. Available from <http://www.un.org/esa/population/publications/worldfertility2007/worldfertility2007.htm>.   
  
United Nations (2011). *World Population Prospects: The 2010 Revision.* On-line Database. New York. Available from <http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>.  
  
United Nations (2004). *Handbook on the Collection of Fertility and Mortality Data.* New York. Available from <http://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesF/SeriesF_92E.pdf>.  
  
United Nations (1983). *Manual X: Indirect Techniques for Demographic Estimation.* New York. Available from <http://www.un.org/esa/population/publications/Manual_X/Manual_X.htm>.

5.5 Охват дородовым обслуживанием (по меньшей мере, одно посещение и, по меньшей мере, четыре посещения)

**ЦЕЛЬ И ЗАДАЧА, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

Цель 5. Улучшение охраны материнства   
Задача 5.B: Обеспечить к 2015 году всеобщий доступ к услугам по охране репродуктивного здоровья

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ**

Определение  
Охват дородовым обслуживанием (по меньшей мере, одно посещение) представляет собой процент женщин в возрасте 15–49 лет, имевших *живорождение* в рассматриваемый период времени, получивших *дородовое обслуживание* со стороны *квалифицированного медицинского персонала* не менее одного раза за время беременности.  
  
Охват дородовым обслуживанием (по меньшей мере, четыре посещения) представляет собой процент женщин в возрасте 15–49 лет, имевших *живорождение* в рассматриваемый период времени, получивших *дородовое обслуживание* четыре или более раз за время беременности со стороны любого источника.   
  
Понятия  
*Живорождением* называется полное изгнание или извлечение продукта зачатия из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности, в случае наличия у него хотя бы одного из признаков жизни, таких как дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины или явные движения произвольной мускулатуры, независимо от того, перерезана пуповина и отделилась ли плацента.   
  
*Дородовое обслуживание* направлено на контроль состояния здоровья и социально-экономических условий, которые могут повысить вероятность конкретных негативных исходов беременности; обеспечение эффективных терапевтических мер; информирование беременных женщин о подготовке к безопасным родам, чрезвычайных обстоятельствах во время беременности и соответствующих мерах.  
  
*Квалифицированным медицинским специалистом* является аккредитованный медицинский работник, такой как акушерка, врач или медицинская сестра, получивший образование и обучение, который имеет такой уровень квалификации, который необходим для ведения нормальной (неосложненной) беременности, родов и раннего послеродового периода и установления, ведения осложнений у женщин и новорожденных и их направления к врачам-специалистам. *Традиционные повитухи*, вне зависимости от прохождения ими обучения, исключаются из числа квалифицированного медицинского персонала.

*Традиционными повитухами* являются традиционные, независимые (от системы здравоохранения) лица из числа местных жителей, обеспечивающие помощь во время беременности, родов и послеродового периода, не получившие официального обучения.  
  
Методика расчетов  
Процент женщин в возрасте 15–49 лет, имевших живорождение в рассматриваемый период времени, получивших дородовое обслуживание со стороны квалифицированного медицинского персонала не менее одного раза за время беременности (ANC 1+), рассчитывается путем деления числа женщин, посещенных не менее одного раза за время беременности квалифицированным медицинским персоналом по причинам, связанным с беременностью, на общее число женщин, имевших живорождение, и умножения на 100.  
  
Процент женщин в возрасте 15–49 лет, имевших живорождение в рассматриваемый период времени, получивших дородовое обслуживание четыре или более раз за время беременности (ANC 4+), рассчитывается путем деления числа женщин, посещенных четыре и более раз за время беременности любым лицом, обеспечивающим обслуживание, по причинам, связанным с беременностью, на общее число женщин, имевших живорождение, и умножения на 100.  
  
В отличие от ANC 1+, ANC 4+ включает обслуживание, обеспечиваемое любым лицом, а не только квалифицированным медицинским персоналом. Это связано с тем, что в ходе основных обследований домохозяйств на национальном уровне не собирается информация о том, кто обеспечивает обслуживание в ходе каждого посещения.

**ОБОСНОВАНИЕ И ТОЛКОВАНИЕ**

Дородовый период представляет возможности для обеспечения беременных женщин вмешательствами, которые могут быть жизненно важными для их здоровья и самочувствия, а также здоровья и самочувствия их младенцев. Исходя из анализа эффективности различных моделей дородового наблюдения Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рекомендует стандартную модель из четырех посещений. В руководствах ВОЗ указывается точное содержание посещений в течение дородового периода, которые должны включать:

* клиническое исследование;
* анализ крови, направленный на выявление сифилиса и тяжелой анемии (и других заболеваний, таких как вирус иммунодефицита человека и малярия, в зависимости от эпидемиологической обстановки);
* определение внутриутробного возраста и высоты стояния дна матки;
* измерение кровяного давления;
* замер роста и веса матери;
* проведение симптоматического анализа мочи на инфекции, передающиеся половым путем (многократное погружение индикаторной полоски);
* определение группы и резуса крови;
* прививка против столбняка;
* назначение железосодержащих добавок и фолиевой кислоты;
* предоставление рекомендаций/горячей линии на случай экстренной ситуации.

Важно отметить, что показатели по дородовому обслуживанию (по меньшей мере, одно посещение и, по меньшей мере, четыре посещения) не отражают эти составляющие обслуживания. Эти показатели основываются на стандартном вопросе о том, проводился ли медицинский осмотр женщины во время беременности. Таким образом, не следует предполагать, что женщины получили все составляющие дородового обслуживания, указанные выше. Значения показателя варьируются от 0 до 100, при этом значение показателя, равное 100, является идеальной ситуацией, когда все беременные женщины в возрасте 15- 49 лет, обращались к врачу хотя бы один или четыре раза за время своей беременности. В случае с ANC 1+, значение показателя обычно варьируется между 50 и 100 процентами. В случае с ANC 4+ значения показателя ниже, иногда значительно ниже. Данные по охвату дородовым обслуживанием необходимо рассматривать вместе с рядом других связанных показателей, таких как доля деторождений при квалифицированном родовспоможении или роды в медицинских учреждениях, и их необходимо дезагрегировать по соответствующим характеристикам для выявления целевого населения и выработки соответствующей политики.

**СБОР ДАННЫХ И ИХ ИСТОЧНИКИ**

В качестве основных источников данных для показателя по дородовому обслуживанию необходимо использовать данные обследований домохозяйств. К возможным обследованиям относятся демографические и медико-санитарные обследования (ДМСО), обследования по многим показателям с применением гнездовой выборки (MICS), обследования рождаемости и семьи (ОРС), обследования репродуктивного здоровья (ОРЗ) и другие обследования, построенные на подобной методологии. Обычно обследования проводятся каждые 3-5 лет.   
  
Для облегчения толкования тенденций и изменений, основанных на данных обследований, целесообразно вместе с оценочными данными указывать доверительные интервалы.

**ВОПРОСЫ ДЕЗАГРЕГИРОВАНИЯ ДАННЫХ**

Дезагрегирование данного показателя по месту проживания и категориям населения показывает существенные различия в доступе к услугам по охране репродуктивного здоровья в разрезе географических районов и разных социально-экономических групп населения. Для понимания причин таких отличий необходим дальнейший анализ с тем, чтобы далее планировать меры по их преодолению.

**КОММЕНТАРИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

Дородовое обслуживание во время беременности не гарантирует получение тех вмешательств, которые эффективно способствуют улучшению охраны материнства. Дородовое обслуживание с посещением не менее четырех раз, рекомендуемое ВОЗ, повышает вероятность получения эффективных вмешательств во время дородового обслуживания. Важно, что показатель по дородовому обслуживанию с посещением, по меньшей мере, один раз, относится к посещению квалифицированного медицинского персонала, в то время как показатель по посещению четыре и более раза обычно оценивает посещения любым лицом, обеспечивающим обслуживание, поскольку в ходе обследований домохозяйств не собирается информация о каждом посещении. Кроме того, иногда затруднительно дать единообразное определение понятия «квалифицированный медицинский персонал», поскольку в разных странах профессиональная подготовка медицинских работников осуществляется неодинаково.  
  
Потенциальным источником необъективности данных является ошибка припоминания. При проведении обследований домохозяйств респондентов спрашивают обо всех живорождениях за пять лет до обследования. Респонденты могут знать или не знать, или не помнить информацию о квалификации человека, обеспечивавшего дородовое обслуживание.

**ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА**

Низкий социальный статус женщин в некоторых странах ограничивает их доступ к экономическим ресурсам и базовому образованию, а, значит, и их возможности принимать решения в отношении здоровья и питания. Некоторые женщины лишены возможности получать необходимую помощь либо потому, что согласно принятым в их окружении культурным обычаям они должны находиться в изоляции, либо потому, что решения за них принимают другие члены семьи.

**ДАННЫЕ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА**

На глобальном уровне данные для данного показателя готовятся Детским фондом ООН (ЮНИСЕФ) - по ANC +1 и ANC +4 и ВОЗ - по ANC +4. Основным источником информации для глобальных показателей по дородовому обслуживанию являются национальные обследования домохозяйств, в том числе: ДМСО, MICS, ОРС, ОРЗ и национальные обследования, основанные на подобной методологии. В случае с развитыми странами (где охват беременных высокий), в качестве источников данных также используется статистика по оказываемым услугам.  
  
До включения данных в глобальные базы данных, ЮНИСЕФ и ВОЗ проводят проверку данных, которая включает переписку с представительствами на местах для прояснения вопросов касательно оценочных данных.   
  
Расхождения между международными и национальными оценочными данными возможны, если национальные данные собираются на уровне медицинских учреждений. Такие данные будут отличаться от международных оценок, которые основываются на данных обследований, собираемых на уровне домохозяйств.  
  
В некоторых отчетах может быть представлен общий процент беременных женщин, получивших дородовое обслуживание со стороны квалифицированного медицинского персонала, который не соответствует определению, приведенному выше (например, сюда включается персонал, который не считается квалифицированным, такой как социальные медицинские работники). В этих случаях суммируются проценты дородового обслуживания, обеспечиваемого врачом, медицинской сестрой или акушеркой, и результат вводится в глобальную базу данных.  
  
ЮНИСЕФ и ВОЗ также готовят региональные и глобальные оценочные данные. Они основываются на средневзвешенных значениях, взвешенных по общему числу рождений. Такие оценочные данные представляются только в случае охвата не менее 50% всех рождений в разрезе регионов или в глобальном масштабе.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**ПРИМЕРЫ**

**ССЫЛКИ**

United Nations Children’s Fund. *Childinfo – Monitoring the Situation of Children and Women.* New York. Internet site <http://www.childinfo.org/>.  
  
World Health Organization. *Sexual and Reproductive Health.* Geneva. Internet site <http://www.who.int/reproductive-health/global_monitoring/index.html>.  
  
World Health Organization (2002). *Antenatal Care Randomized Trial: Manual for the Implementation of the New Model.* Geneva. Available from <http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_RHR_01.30.pdf>.  
  
World Health Organization (2003). *Antenatal Care in Developing Countries: Promises, Achievements and Missed Opportunities: An Analysis of Trends, Levels and Differentials, 1990-2001.* Geneva. Available from <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241590947.pdf>.

Top of Form

5.1 Показатель материнской смертности

**ЦЕЛЬ И ЗАДАЧА, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

Цель 5. Улучшение охраны материнства  
Задача 5.A: Снизить на три четверти за период 1990–2015 годов Показатель материнской смертности

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ**

Определение  
Показатель материнской смертности – это число *материнских смертей* за год вследствие каких-либо причин, связанных с беременностью или ее медицинским ведением или усугубляемых ею (за исключением несчастных случаев или каких-либо других непредвиденных причин), в период беременности и во время родов либо в течение 42 дней после разрешения от беременности, независимо от срока и места, где проходила беременность, в расчете на 100 000 *живорождений* в течение определенного года.  
  
Понятия

*Материнские смерти* можно разделить на две группы: случаи смерти, вызванные прямыми акушерскими причинами, и случаи смерти, вызванные косвенными акушерскими причинами. К случаям смерти, вызванным прямыми акушерскими причинами, относятся смерти, вызванные акушерскими осложнениями состояния беременности (беременность, роды и послеродовой период), а также от экстренного хирургического вмешательства, различного рода оплошностей, неправильного лечения или как следствие цепи событий, наступивших в результате вышеуказанного. К случаям смерти, вызванным косвенными акушерскими причинами, относятся смерти, произошедшие в результате ранее возникшей и обострившейся во время беременности болезни либо болезни, которая развилась во время беременности и не была вызвана непосредственными акушерскими причинами, но была отягощена за счет физиологического действия состояния беременности.  
  
*Живорождением* называется полное изгнание или извлечение продукта зачатия из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности, в случае наличия у него хотя бы одного из признаков жизни, таких как дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины или явные движения произвольной мускулатуры, независимо от того, перерезана пуповина и отделилась ли плацента. Каждый продукт такого рождения считается живорожденным.  
  
Методика расчетов  
Показатель материнской смертности рассчитывается путем деления зарегистрированного (или оценочного) числа материнских смертей на общее число зарегистрированных (или выведенных по оценкам) живорождений за один и тот же период времени с последующим умножением полученного результата на 100 000. Для данного расчета необходима информация о состоянии беременности, времени смерти (во время беременности, во время родов или в течение 42 дней после разрешения от беременности) и причине смерти.



**ОБОСНОВАНИЕ И ТОЛКОВАНИЕ**

Данный показатель используется для мониторинга смертности в связи с беременностью и родами. Он отражает способность систем здравоохранения обеспечивать эффективную медико-санитарную помощь для предотвращения и принятия мер в отношении осложнений, возникающих во время беременности и родов.   
  
Значения показателя варьируются от менее 10 случаев смерти, которые наблюдаются в большинстве развитых стран, до свыше 1 000 случаев смерти, при этом в развивающихся регионах среднее значение составляет около 290 случаев смерти на 100 000 живорождений. Однако значения свыше 1 000 случаев смерти наблюдаются в относительно небольшой группе стран, и это значение показателя считается чрезвычайно высоким. По международным оценкам в 2008 году в 14 странах мира Показатель материнской смертности составил около или свыше 1 000 случаев смерти.   
  
Оценка материнской смертности, в особенности если имеются проблемы с качеством данных, приводит к большой степени неопределенности получаемых расчетных значений. В связи с этим целесообразно толковать Показатель материнской смертности в рамках контекста другой информации о состоянии репродуктивного здоровья, включая информацию о наличии квалифицированного медицинского персонала при родах, дородовом наблюдении, а также об уровне рождаемости.

**СБОР ДАННЫХ И ИХ ИСТОЧНИКИ**

Первичные источники данных включают системы регистрации рождения и смерти, обследования домохозяйств, исследования о смертности в репродуктивном возрасте, системы санитарно-эпидемиологического надзора или выборочной регистрации, специальные исследования по материнской смертности и общегосударственные переписи населения. Полные системы регистрации данных о рождении и смерти, содержащие точные сведения о причинах смерти, являются наиболее достоверными источниками данных для расчета показателя материнской смертности и его мониторинга в динамике по времени. Однако такие системы имеются лишь в немногих развивающихся странах. Официальные данные обычно собираются на основе учетной документации органов здравоохранения, однако в сельской местности медицинские услуги доступны лишь для небольшого числа женщин. Поэтому в развивающихся странах больше принято использовать данные обследований. Чаще всего в качестве источников используют данные демографических и медико-санитарных обследований и других подобных обследований домохозяйств.   
  
Поскольку случаи материнской смертности относительно редки, необходимы достаточно крупные выборки при получении данных по результатам обследований домохозяйств. Это требует высоких издержек и все равно может привести к получению расчетных данных с широкими доверительными интервалами.   
  
Методика опроса сестер, используемая в ДМСО, снижает требования к объему выборки. При этом методе респондентов спрашивают о дожитии сестер до определенного возраста. Респондентам задают 4 простых вопроса: сколько их сестер достигли совершеннолетия, сколько из них умерло и были ли среди умерших сестер беременные. Несмотря на то, что при этом методе снижаются требования к объему выборки, получаемые на его основе результаты охватывают период около 7-12 лет до обследования, что усложняет использование данных для мониторинга прогресса или наблюдения за воздействием проводимых мероприятий. При прямом методе опроса сестер респондентов просят сообщить дату смерти, что позволяет получить более современные оценочные значения, но даже в этом случае базисный период охватывает, как правило, период от 0 до 6 лет до опроса.

**ВОПРОСЫ ДЕЗАГРЕГИРОВАНИЯ ДАННЫХ**

Вследствие высокого уровня неуверенности в отношении расчетных данных, данные по показателю материнской смертности представляются только на национальном уровне. Дезагрегирование данных не рекомендуется.

**КОММЕНТАРИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

Материнскую смертность сложно оценивать. В большинстве развивающихся странах системы регистрации рождения и смерти и системы медицинской информации в неудовлетворительном состоянии, поэтому они не могут обеспечить точную оценку материнской смертности. Даже значения, полученные на основании всеобъемлющих систем регистрации рождения и смерти, таких, которые имеются в развитых странах, страдают от неправильной классификации и занижения данных о случаях материнской смертности.  
  
Вследствие широких доверительных интервалов расчетные данные по материнской смертности не всегда подходят для оценки тенденций, складывающихся с течением времени. Поэтому в качестве дополнения к показателю материнской смертности для целей оценки прогресса в сокращении материнской смертности на страновом уровне рекомендуется использовать такие показатели по оценке процессов, как помощь квалифицированного медицинского персонала при родовспоможении и пользование услугами медицинских учреждений.   
  
Показатель материнской смертности не следует смешивать с показателем доли материнских смертей (в знаменателе формулы которого указывается число женщин репродуктивного возраста), который отражает не только риск материнской смертности на одну беременность или рождений, но и уровень рождаемости. Показатель материнской смертности (в знаменателе формулы которого указывается число живорождений) показывает риск наступления смерти женщин с момента наступления беременности и не учитывает уровень рождаемости в стране.

**ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА**

Во многих странах главным определяющим фактором материнской смертности является низкий социально-экономический статус девушек и женщин. Он ограничивает доступ девушек и женщин к образованию, нормальному питанию и планированию семьи, а также к необходимому медицинскому обслуживанию для профилактики и/или лечения осложнений во время беременности и родов.

**ДАННЫЕ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА**

Показатель материнской смертности можно рассчитать непосредственно исходя из данных, полученных из систем регистрации рождений и смерти, обследований домохозяйств или других источников. Однако эти источники могут иметь проблемы с качеством данных, в частности проблемы, связанные с занижением сведений и неправильной классификацией материнских смертей, и могут иметь ограниченную сравнимость.   
  
Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), Детским фондом Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ), Фондом народонаселения Организации Объединенных Наций (ЮНФПА) и Всемирным банком (ВБ) разработан метод внесения корректировок в имеющиеся данные для учета проблем с качеством данных и для обеспечения сравнимости разных источников данных. При этом методе оценивается полнота данных и, в случае необходимости, вносятся корректировки на занижение сведений и неправильную классификацию случаев смерти, а также готовятся оценочные данные с применением статистического моделирования для стран, по которым надежные данные на национальном уровне отсутствуют.  
  
Данные по материнской смертности и другим необходимым переменным получают из баз данных ВОЗ, Отдела народонаселения ООН, ЮНИСЕФ и ВБ. Данные по разным странам отличаются по источникам и методам. С учетом разнообразия источников данных для каждого источника используются разные методы для получения расчетных значений, поддающихся сравнению и позволяющих проводить агрегацию данных на региональном и глобальном уровне.   
  
Только треть стран имеет полные и надежные данные, для которых не требуются дополнительные расчеты. В еще одной трети стран представляемые страной оценочные данные по материнской смертности корректируются для сравнимости. И в последней трети стран, в которых отсутствуют данные по материнской смертности надлежащего качества, для прогнозирования уровня материнской смертности используется статистическая модель. Однако точечные оценочные значения, рассчитанные с применением этой методики, могут не отражать точный уровень материнской смертности. Поэтому рекомендуется рассматривать такие оценочные значения вместе с уровнями неопределенности, в пределах которых, как предполагается, находятся фактические значения.  
  
Способность готовить оценочные значения показателя на страновом, региональном и глобальном уровне с большей точностью была бы гораздо выше, если бы национальные системы регистрации рождений и смертей были далее усовершенствованы. Такое усовершенствование сократило бы необходимость проведения специальных исследований по материнской смертности (на которые требуется время, финансовые ресурсы, и которые могут мало чем помочь в мониторинге тенденций).   
  
Оценочные значения на региональном и субрегиональном уровне основываются на средневзвешенных значениях страновых данных, при этом в качестве веса используется общее количество живорождений. Агрегированные на региональном уровне значения представляются только в случае, если имеющиеся данные охватывают не менее 50% от общего количества рождений в регионе.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**ПРИМЕРЫ**

**ССЫЛКИ**

Hill, K., K. Thomas, C. Abouzahr, N. Walker, L. Say, M. Inoue and E. Suzuki, on behalf of the Maternal Mortality Working Group (2007). Estimates of maternal mortality worldwide between 1990 and 2005: an assessment of available data. Lancet, vol. 370, Issue 9595, pp. 1311–1319.  
  
Say L. and R.C. Pattinson (2008). Maternal Mortality and Morbidity. In *International Encyclopedia of Public Health,* eds. Kris Heggenhougen and Stella R. Quah, pp. 222–236. Oxford: Academic Press.   
  
United Nations Population Fund (annual). *State of World Population.* New York. Available from <http://www.unfpa.org/swp/swpmain.htm>.   
  
United Nations Population Fund (1998). Issues in measuring and monitoring maternal mortality: implications for programmes. *Technical and Policy Paper No.1.* New York.   
  
World Health Organization (2009). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision (ICD-10).* Geneva. Available from <http://www.who.int/classifications/icd>.   
  
World Health Organization and United Nations Children’s Fund (1997). *The Sisterhood Method for Estimating Maternal Mortality: Guidance Notes for Potential Users.* Geneva. Available from <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/RHT_97_28/en/index.html>.  
  
World Health Organization, United Nations Children’s Fund, United Nations Population Fund and World Bank (2010). *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008.* Geneva. Available from <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241500265/en/index.html>.

5.2 Доля деторождений при квалифицированном родовспоможении

**ЦЕЛЬ И ЗАДАЧА, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

Цель 5. Улучшение охраны материнства   
Задача 5.A: Снизить на три четверти за период 1990–2015 годов показатель материнской смертности

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ**

Определение  
Доля деторождений при квалифицированном родовспоможении, - это доля *живорождений*, проходивших при помощи *квалифицированного специалиста по родовспоможению*, обученного жизнесохраняющей акушерской помощи.  
  
Данный показатель выражается в виде процента.  
  
Понятия  
*Живорождением* называется полное изгнание или извлечение продукта зачатия из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности, в случае наличия у него хотя бы одного из признаков жизни, таких как дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины или явные движения произвольной мускулатуры, независимо от того, перерезана пуповина и отделилась ли плацента. Каждый продукт такого рождения считается живорожденным.  
  
*Квалифицированным специалистом по родовспоможению* является аккредитованный медицинский работник, такой как акушерка, врач или медицинская сестра, получивший образование и обучение, который имеет такой уровень квалификации, который необходим для ведения нормальной (неосложненной) беременности, родов и раннего послеродового периода и установления, ведения осложнений у женщин и новорожденных и их направления к врачам-специалистам. *Традиционные повитухи*, вне зависимости от прохождения ими обучения, исключаются из числа квалифицированного медицинского персонала.   
  
*Традиционными повитухами* являются традиционные, независимые (от системы здравоохранения) лица из числа местных жителей, обеспечивающие помощь во время беременности, родов и послеродового периода, не получившие официального обучения.  
  
Методика расчетов  
Данный показатель рассчитывается как количество деторождений, происходивших при помощи квалифицированного медицинского персонала (врачей, медсестер или акушерок), деленное на общее количество деторождений за тот же период и умноженное на 100.



**ОБОСНОВАНИЕ И ТОЛКОВАНИЕ**

Правильно измерить уровень материнской смертности необычайно трудно, если, конечно, это не делается в условиях обязательной регистрации всех случаев смерти и их причин. В целях мониторинга прогресса в улучшении охраны материнства, такого как наличие профессиональной медицинской помощи в период беременности и во время родов, что особенно важно при возникающих осложнениях, предлагается ряд показателей для оценки соответствующих процессов. Родовспоможение надлежащим образом обученным медицинским персоналом является чрезвычайно важным для снижения материнской смертности. Доля женщин, рожавших при квалифицированном родовспоможении, является таким наиболее часто используемым показателем процесса.   
  
Значение этого показателя близко к 100% там, где квалифицированное родовспоможение оказывается всем женщинам, как это обстоит в большинстве развитых регионов. Значения показателя менее 20% наблюдаются в условиях, когда система здравоохранения находится в неудовлетворительном состоянии и материнская смертность является серьезной проблемой здравоохранения. Необходимо тщательно следить за долей деторождений при квалифицированном родовспоможении, наряду с рядом других связанных показателей, дезагрегированных по социально-экономическим характеристикам для выявления целевого населения и соответствующего планирования мер.

**СБОР ДАННЫХ И ИХ ИСТОЧНИКИ**

Необходимые данные собирают в ходе обследований домохозяйств, в том числе обследований по многим показателям с применением гнездовой выборки (MICS) и демографических медико-санитарных обследований (ДМСО). Обычно такие обследования проводятся каждые 3-5 лет национальным статистическим органом или министерством здравоохранения.   
  
Для облегчения толкования тенденций и изменений, основанных на данных обследований, целесообразно вместе с оценочными данными указывать доверительные интервалы.  
  
При отсутствии данных обследований в некоторых странах могут иметься данные от медицинских учреждений. Однако следует отметить, что по этим данным доля деторождений при квалифицированном родовспоможении может оказаться завышенной вследствие того, что из знаменателя предположительно исключены женщины, рожавшие вне медицинских учреждений.

**ВОПРОСЫ ДЕЗАГРЕГИРОВАНИЯ ДАННЫХ**

Дезагрегирование данного показателя по месту проживания (город/село), возрасту матери и ее социально-экономическому положению может помочь в оценке причин разной степени доступа к охране репродуктивного здоровья и выработке необходимой политики и мер.

**КОММЕНТАРИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

Данный показатель является своего рода мерилом способности той или иной системы здравоохранения обеспечивать надлежащий уход во время родов, период повышенного риска смертности, как для матерей, так и новорожденных. Но этот показатель не может полноценно отразить доступ женщин к качественному уходу, особенно в случае возникновения осложнений. Для того чтобы эффективно способствовать снижению материнской смертности, квалифицированный медицинский персонал должен иметь необходимое оборудование и возможности для направления женщин для получения специализированной медицинской помощи.  
  
Кроме того, иногда затруднительно дать единообразное определение понятию «квалифицированный медицинский персонал», поскольку в разных странах профессиональная подготовка медицинских работников осуществляется неодинаково. Несмотря на предпринимаемые усилия в плане стандартизации используемых в большинстве обследований домохозяйств определений «врач», «медицинская сестра» и «акушерка», а также «помощница акушерки», вполне вероятно, что возможности квалифицированного медицинского персонала по обеспечению соответствующего ухода в чрезвычайных ситуациях зависят от условий, в которых они работают.  
  
Ошибка припоминания является еще одной потенциальной причиной необъективности данных. В ходе обследования домохозяйства респондентов просят вспомнить все случаи живорождения, произошедшие за период до пяти лет до проведения опроса. Респондент может знать или не знать, или не вспомнить информацию о квалификации лица, помогавшего при родах, имевших место в отчетный период.   
  
Как отмечалось ранее, данные медицинских учреждений, в случае их использования, не включают женщин, рожающих дома, вследствие чего фактическая доля деторождений при квалифицированном родовспоможении оказывается завышенной.

**ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА**

Низкий социальный статус женщин в некоторых странах ограничивает их доступ к экономическим ресурсам и базовому образованию, а, значит, и их возможности по принятию решений в отношении здоровья и питания. Некоторые женщины лишены возможности получать необходимую помощь либо потому, что согласно принятым в их окружении культурным обычаям они должны находиться в изоляции, либо потому, что решения за них принимают другие члены семьи. Решающим фактором, обуславливающим высокую материнскую смертность, является отсутствие основных акушерско-гинекологических услуг или доступа к ним.

**ДАННЫЕ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА**

Данные для глобального мониторинга представляются Детским фондом Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) и Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). Эти агентства получают данные из национальных источников, которые включают как данные обследований, так и систем регистрации.   
  
До того, как данные будут включены в глобальные базы данных, ЮНИСЕФ и ВОЗ проводят проверку данных, которая включает переписку с представительствами на местах для прояснения вопросов.   
  
Расхождения между международными и национальными оценочными данными возможны, если данные собираются на уровне медицинских учреждений. Такие данные будут отличаться от международных оценок, которые основываются на данных обследований, проведенных на уровне домохозяйств.   
  
Что касается ограничений данных обследований, то в некоторых отчетах по результатам обследований может быть представлена доля деторождений при родовспоможении персоналом, который включает лиц, не соответствующих приведенному выше определению (например, персонал, который не считается квалифицированным, такой как социальные медицинские работники). В этих случаях подсчитывается доля деторождений при помощи врача, медицинской сестры или акушерки, которая затем и вводится в глобальную базу данных в качестве оценочного значения этого показателя.  
  
Затем, исходя из средних значений страновых данных, взвешенных по общему количество рождений в каждой стране, рассчитываются региональные и глобальные оценочные значения. Агрегированные на региональном уровне значения представляются только в случае, если имеющиеся данные охватывают не менее 50% от общего числа рождений в регионе.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**ПРИМЕРЫ**

**ССЫЛКИ**

United Nations Children’s Fund. *Childinfo – Monitoring the Situation of Children and Women.* New York. Internet site <http://www.childinfo.org/>.  
  
United Nations Population Fund (annual). *State of World Population.* New York. Available from <http://www.unfpa.org/swp/swpmain.htm>.  
  
World Health Organization. *WHO Statistical Information System (WHOSIS)* . Internet site <http://www.who.int/whosis>.  
  
World Health Organization (2006). *Reproductive Health Indicators - Guidelines for their Generation, Interpretation and Analysis for Global Monitoring.* Geneva. Available from <http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/924156315X_eng.pdf>.  
  
World Health Organization (2008). Proportion of births attended by a skilled attendant: 2008 updates. *Department of Reproductive Health and Research Factsheet.* Geneva. Available from <http://www.searo.who.int/LinkFiles/Publications_skilled_attendant_at_birth_2008.pdf> .

5.3 Доля населения, пользующегося контрацептивами

**ЦЕЛЬ И ЗАДАЧА, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

Цель 5. Улучшение охраны материнства   
Задача 5.B: Обеспечить к 2015 году всеобщий доступ к услугам по охране репродуктивного здоровья

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ**

Определение  
*Доля населения, пользующегося контрацептивами*, представляет собой процент *женщин репродуктивного возраста*, применяющих в настоящее время или сексуальный партнер которых пользуется хотя бы одним методом контрацепции, вне зависимости от применяемого метода контрацепции. Показатель рассчитывается для женщин в возрасте от 15 до 49 лет, состоящих в официальном или гражданском браке.  
  
Понятия

К *женщинам репродуктивного возраста* относятся все женщины в возрасте от 15 до 49 лет.  
  
*Методы контрацепции* включают современные и традиционные методы. Современные методы включают женскую и мужскую стерилизацию, оральные гормональные таблетки, внутриматочную спираль (ВМС), мужские и женские презервативы, инъекции, имплант (включая норплант), вагинальные барьерные методы и спермициды. К традиционным методам относятся метод ритма (периодическое воздержание), прерванный половой акт, метод лактационной аменории (МЛА) и различные народные методы. Обратите внимание, что в некоторых обследованиях МЛА относится к числу современных методов. В целях отчетности ЦРТ по данному показателю МЛА классифицируется как традиционный метод.   
  
Методика расчетов



**ОБОСНОВАНИЕ И ТОЛКОВАНИЕ**

Показатель по доле населения, пользующегося контрацептивами, который служит в качестве мерила степени доступа к услугам по охране репродуктивного здоровья, полезен с точки зрения мониторинга прогресса в обеспечении всеобщего доступа к охране репродуктивного здоровья, особенно если этот показатель рассматривается в совокупности с информацией об осведомленности женщин в вопросах планирования семьи или их доступа к таким услугам и информацией о качестве услуг по планированию семьи. Информация о доле населения, пользующегося контрацептивами, дополняет показатель по неудовлетворенной потребности в планировании семьи (см. Показатель 5.6). Сумма распространенности контрацепции и неудовлетворенной потребности определяет совокупную потребность в контрацепции. В отличие от показателя по неудовлетворенной потребности, показатель по распространенности контрацепции учитывает такой факт, как хотят ли женщины или пары еще иметь детей. Это обуславливает большую сложность в толковании этого показателя по сравнению с показателем по неудовлетворенной потребности, поскольку в разных обществах наблюдается разный уровень применения контрацепции с учетом большой разницы в отношении предпочитаемого размера семьи. По той же причине сложно определить желаемое значение для доли населения, пользующегося контрацептивами.

**СБОР ДАННЫХ И ИХ ИСТОЧНИКИ**

Доля населения, пользующегося контрацептивами, рассчитывается на основании данных репрезентативных в общегосударственном масштабе обследований, содержащих вопросы о текущем применении контрацепции. Обследованиями, которые обычно содержат такую информацию, являются: демографические и медико-санитарные обследования (ДМСО), обследования рождаемости и семьи (ОРС), обследования репродуктивного здоровья (ОРЗ), проводимые при содействии Центров по контролю и профилактике заболеваний США, обследования по многим показателям с применением гнездовой выборки (MICS) и другие национальные обследования.   
  
При обследованиях сведения собираются посредством прямых вопросов, задаваемых женщинам, в том числе об их возрасте и о том, состоят ли они в официальном или гражданском браке. Вопросы о методах контрацепции зачастую включают две части: общий вопрос, когда женщин спрашивают о том, пользуются ли они в настоящее время каким-либо методом контрацепции, и последующий вопрос о применяемом в настоящее время методе контрацепции. Для получения точных данных о распространенности контрацепции желательно, чтобы интервьюер предоставил описание или перечень конкретных методов планирования семьи. Если это не делается, то уровень распространенности контрацепции может оказаться значительно заниженным, особенно если распространено применение традиционных методов, таких как прерванный половой акт или календарный метод, или применение контрацептивной стерилизации. В некоторых обследованиях, таких как ДМСО, методы описываются в виде «зондирующих» вопросов о методах контрацепции, о которых слышал респондент, до того, как респондента спрашивают о применении им в настоящее время контрацепции. При проведении обследования среди высокообразованного населения интервьюер может предоставить респондентам распечатанный список методов.  
  
При регистрации данных о методах контрацепции важно помнить, что некоторые респонденты могут одновременно пользоваться более чем одним методом. В таких случаях выбор делается эмпирически либо лицом, собирающим данные, исходя из эффективности применяемых методов, либо респондентами, исходя из собственной оценки метода, которым они пользуются наиболее часто. Определение только одного метода или комбинации методов на одного респондента позволяет рассчитать распространенность контрацепции в виде суммы уровня применения каждого из методов. В случае если на одного респондента регистрируется более чем один метод или комбинация методов и не применяются критерии выбора, то сумма различных используемых методов может превысить общий уровень распространенности контрацепции.  
  
Также важно отметить, что распространенность контрацепции измеряется на момент проведения интервью. Однако имеется интервал запаздывания, обычно составляющий от одного года до двух лет, между датой проведения интервью и распространением отчетам по результатам обследования. В среднем обследования проводятся каждые 3-5 лет.

**ВОПРОСЫ ДЕЗАГРЕГИРОВАНИЯ ДАННЫХ**

Применение контрацепции может существенно отличаться в разных социально-экономических группах, а также в разных географических регионах. В целях разработки политики информация о распространенности контрацепции необходимо дезагрегировать, как минимум, по возрасту и текущему семейному положению. Данная информация является важной, поскольку она позволяет отслеживать различия в доступе к методам контрацепции среди более уязвимых групп населения, таких как подростки и незамужние женщины.   
  
Применение контрацепции можно также дезагрегировать по другим социальным или экономическим характеристикам, таким как уровень образования женщин, проживание в городе или селе, и количество имеющихся детей, насколько это требуется для выработки политики в конкретной стране или регионе.

**КОММЕНТАРИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

Различия в плане и проведении обследования, а также различия в формулировках и администрировании анкет могут повлиять на сопоставимость данных с течением времени, а также между странами. К некоторым наиболее распространенным различиям относятся спектр методов, включаемых в обследования, а также включение или невключение в анкеты зондирующих вопросов. Отсутствие зондирующих вопросов может привести к заниженной оценке распространенности контрацепции.   
  
Характеристика (возраст, пол, семейное положение) лиц, в отношении которых оценивается распространенность контрацепции (базисное население), также влияет на сопоставимость данных по распространенности контрацепции. Несмотря на то, что в стандартном определении доли населения, пользующегося контрацептивами, указываются только женщины, состоящие в официальном или гражданском браке, иногда представляется альтернативное базисное население, которое включает сексуально активных женщин (вне зависимости от семейного положения), женщин, состоящих или состоявших в браке, или мужчин и женщин, состоящих в официальном или гражданском браке.   
  
Интервалы времени, которые используются для оценки распространенности контрацепции, также могут отличаться. Зачастую определение того, что подразумевается под «применяемым в настоящее время» методом контрацепции, остается за респондентом. В некоторых обследованиях респондентов спрашивают о применении контрацепции в течение последнего месяца. Иногда, когда информация о текущем применении не собирается, для оценки текущей распространенности контрацепции использовались данные о применении методов контрацепции во время последнего сексуального контакта или в течение предыдущего года. Необходимо четко указывать любые отличия представляемых данных от стандартного определения распространенности контрацепции.  
  
Изменчивость элементов выборки также может представлять проблему при сборе данных, особенно в тех случаях, когда распространенность контрацепции оценивается для конкретной подгруппы (в соответствии с методом контрацепции, возрастными характеристиками, уровнем образования, местом проживания и т.д.) или при анализе тенденций в динамике по времени.

**ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА**

Статистические сведения о применении контрацепции основываются в первую очередь на данных, относящихся к женщинам. В основном это обусловлено прагматическими причинами, поскольку большинство методов контрацепции основываются на их применении именно женщинами. Можно также утверждать, что степень контролирования женщинами воспроизводства является показателем того, как они контролируют свою жизнь в целом, поэтому доля населения, пользующегося контрацепцией, может также рассматриваться как показатель расширения прав и возможностей женщин. В некоторых последних обследованиях также опрашивались мужчины о применении методов контрацепции.

**ДАННЫЕ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА**

На глобальном уровне данные по этому показателю представляются Отделом народонаселения ООН. Данные берутся из национальных архивов данных или из опубликованных отчетов по результатам обследований. В исключительных случаях данные берутся из других опубликованных аналитических отчетов. В случае необходимости пояснений Отдел народонаселения связывается с заказчиками обследований или организацией, проводившей обследование, которые в ответ могут предоставить исправленные или скорректированные оценочные данные.   
  
Региональные оценочные значения показателя представляют собой средневзвешенные значения страновых данных, в которых в качестве весов используется число женщин в возрасте 15-49 лет, состоящих в официальном или гражданском браке, за базисный год в каждой стране. Глобальные оценочные данные представляют собой средневзвешенные значения региональных оценочных данных, в которых в качестве весов используется число женщин в возрасте 15-49 лет, состоящих в официальном или гражданском браке, за базисный год в каждом регионе. Данные не представляются в случае, если охвачено менее 50% сопоставимого контингента в регионе.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**ПРИМЕРЫ**

**ССЫЛКИ**

Rutstein, S. O. and G. Rojas (2006). *Online Guide to DHS Statistics.* Calverton, Maryland: Measure DHS. Available from <http://www.measuredhs.com/help/Datasets/index.htm>.   
  
United Nations (2004). *Levels and Trends of Contraceptive Use as Assessed in 2002.* Sales No. E.04.XIII.9. New York. Available from <http://www.un.org/esa/population/publications/wcu2002/WCU2002_Report.pdf>.   
  
United Nations (2011). *World Contraceptive Use 2010.* New York. Available from <http://www.un.org/esa/population/publications/wcu2010/Main.html>.  
  
United Nations Population Division (2010). *Multilingual Demographic Dictionary, Second Edition 1982.* Available from <http://en-ii.demopaedia.org/wiki/Main_Page>.  
  
World Health Organization (2006). *Reproductive Health Indicators: Guidelines for their Generation, Interpretation and Analysis for Global Monitoring.* Geneva. Available from <http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/924156315X_eng.pdf>.

5.4 Коэффициент рождаемости среди подростков

**ЦЕЛЬ И ЗАДАЧА, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

Цель 5. Улучшение охраны материнства  
Задача 5.B: Обеспечить к 2015 году всеобщий доступ к услугам по охране репродуктивного здоровья

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ**

Определение  
Коэффициент рождаемости среди подростков представляет собой *число живорождений в год среди женщин подросткового возраста на 1 000 женщин подросткового возраста*.   
  
Понятия  
Коэффициент рождаемости среди подростков также называется повозрастным коэффициентом рождаемости для женщин от 15 до 19 лет.   
  
*Живорождением* называется полное изгнание или извлечение продукта зачатия из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности, в случае наличия у него хотя бы одного из признаков жизни, таких как дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины или явные движения произвольной мускулатуры, независимо от того, перерезана пуповина и отделилась ли плацента. Каждый продукт такого рождения считается живорожденным.  
  
*Женщинами подросткового возраста* в целях данного показателя являются женщины в возрасте от 15 до 19 лет.  
  
Методика расчетов  
Коэффициент рождаемости среди подростков рассчитывается как число живорождений среди женщин подросткового возраста, деленное на общее число женщин подросткового возраста и умноженное на 1 000.



Данный показатель рассчитывается по-разному в зависимости от того, какие данные используются: регистрационные данные рождений и смерти, данные обследований или переписи.

1. Регистрация рождений и смерти:
   * Число живорождений среди женщин подросткового возраста – это количество зарегистрированных в течение определенного года живорождений среди женщин в возрасте 15-19 лет.
   * Число женщин подросткового возраста - это оцениваемое количество женщин в возрасте 15-19 лет на 1 июля рассматриваемого года. Для мониторинга данного показателя на национальном уровне данные по численности населения могут быть взяты из надежных национальных источников или оценочных данных по численности населения, публикуемых Отделом народонаселения ООН в *«World Population Prospects»*. В случае если числитель не охватывает абсолютную фактическую численность населения, можно при наличии использовать альтернативные оценочные данные по численности населения.
2. Данные обследований: Коэффициент рождаемости среди подростков обычно рассчитывается исходя из ретроспективных историй рождений. Во всех возможных случаях базисный год соответствует 5 годам, предшествующим обследованию. Отчетный год наблюдения соответствует середине базисного периода
   * Число живорождений среди женщин подросткового возраста - число живорождений среди женщин, которым на момент родов было от 15 до 19 лет, в течение базисного периода до проведения опроса.
   * Число женщин подросткового возраста - количество человеко-лет, прожитых опрошенными женщинами в возрасте от 15 до 19 лет в течение того же базисного периода.
3. В обследованиях, где ретроспективные истории рождений отсутствуют, число рождений может быть оценено на основании вопросов о дате последнего рождения или числе рождений в течение 12 месяцев, предшествующих обследованию.
   * Данные переписи: Коэффициент рождаемости среди подростков обычно рассчитывается исходя из даты последнего рождения или числа рождений в течение 12 месяцев, предшествующих переписи. Перепись обеспечивает данные, как для числителя, так и для знаменателя. В некоторых случаях коэффициенты, рассчитанные по данным переписи, корректируются на неполную регистрацию. В некоторых случаях, когда где нет других надежных данных, метод косвенной оценки учета собственных детей обеспечивает оценку коэффициента рождаемости среди подростков для ряда лет до переписи (см. более подробную информацию в Руководстве Х: *Indirect Techniques for Demographic Estimation,* United Nations (1983)).

**ОБОСНОВАНИЕ И ТОЛКОВАНИЕ**

Коэффициент рождаемости среди подростков является важным показателем для разработки политики, нацеленной на общее улучшение охраны материнства. Материнская смертность среди более молодых женщин подросткового возраста (до 18 лет) гораздо выше, чем среди более взрослых женщин или подростков (18-19 лет). Если общая материнская смертность среди женщин подросткового возраста высокая, снижение рождаемости среди подростков способствует улучшению охраны материнства, поскольку приводит к сокращению общей материнской смертности.   
  
Ранее материнство не только повышает риск смерти во время родов, но и ставит под угрозу благосостояние матерей и их детей. Молодые матери часто отказываются от получения образования и других социально-экономических возможностей; дети, рожденные юными матерями, имеют более высокий риск смерти в младенчестве или детстве, и в случае их выживания у них меньше возможностей для получения образования.   
  
Значения коэффициента рождаемости среди подростков варьируются от менее 2 случаев до около 230 случаев рождений на 1 000 женщин подросткового возраста. Высокими считаются значения показателя в размере от 50 и выше случаев рождений на 1 000 женщин, а низкими - значения в размере 10 или менее случаев рождений 1 000 женщин. Более высокие значения коэффициента рождаемости среди подростков могут свидетельствовать о неудовлетворенной потребности в планировании семьи среди молодых женщин, многие из которых хотели бы отложить свою беременность.

**СБОР ДАННЫХ И ИХ ИСТОЧНИКИ**

Данные по случаям рождений с указанием возраста матери обычно берутся из систем регистрации рождений и смерти, если они охватывают 90 и более процентов всех живорождений. Оценочные данные по результатам переписи или обследований могут дополнить регистрационные данные за периоды, по которым регистрационные данные отсутствуют. В странах, где нет системы регистрации рождений и смерти или где такая система охватывает менее 90 процентов живорождений, коэффициент рождаемости среди подростков может быть получен на основании данных обследований домохозяйств и данных переписи населения. В странах, где есть несколько программ обследований, приоритет отдается обследованиям больших выборок, проводимым ежегодно или один раз в два года.   
  
Обследованиями, из которых обычно могут быть получены данные, являются: демографические и медико-санитарные обследования (ДМСО), обследования репродуктивного здоровья (ОРЗ), проводимые при содействии Центров по контролю и профилактике заболеваний США, обследования по многим показателям с применением гнездовой выборки (MICS) и другие национальные обследования. В случае наличия в отчете по результатам обследования оценочных значений, их необходимо брать в том виде, в котором они приведены в таком отчете. В противном случае при наличии микроданных, оценочные значения необходимо рассчитать, используя соответствующий метод расчета. В случае использования данных переписи, оценочные значения должны быть теми же, что и указанные в отчетах по результатам переписи, включая любые корректировки, внесенные национальным статистическим органом.

**ВОПРОСЫ ДЕЗАГРЕГИРОВАНИЯ ДАННЫХ**

Дезагрегирование коэффициента рождаемости среди подростков по географическим районам, проживанию в городе или селе, уровню образования женщин, статусу бедности и другим характеристикам, актуальным в условиях конкретной страны, может помочь в выявлении категорий населения, где уровень коэффициента рождаемости среди подростков является наиболее высоким, и разработке политики по сокращению материнской смертности и улучшению охраны репродуктивного здоровья девочек-подростков, а также политики по сокращению детской смертности.

**КОММЕНТАРИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

При расчете данного показателя возникает ряд ограничений. При использовании данных о регистрации рождений и смерти коэффициенты рождаемости среди подростков подвержены ограничениям, которые зависят от полноты системы регистрации рождений; в зависимости от того, как трактуются случаи, когда новорожденный рождается живым, но умирает до регистрации или в течение первых суток жизни; от точности сообщаемого возраста матери; а также от включения случаев рождений в предыдущие периоды. Расчетное значение численности населения может быть подвержено ограничениям, связанным с неверным сообщением возраста и охватом. Другое ограничение заключается в том, что число живорождений может также включать случаи рождений среди женщин младше 15 лет (например, живорождения по возрасту матери среди женщин в возрасте 12-19 лет) или в том, что показатель рассчитывается для разных возрастных групп как по числу живорождений, так и по числу женщин (например, женщин в возрасте от 16 до 19 лет). В странах, где система регистрации рождений и смерти регистрирует рождения по месту родов, а не по месту постоянного местожительства матери, число рождений среди подростков в городской местности может быть преувеличено за счет больничной инфраструктуры, которая обслуживает женщин из близлежащих сельских районов. Это влияет на точность показателя, когда он представляется отдельно для городской и сельской местности. При использовании данных обследований и переписи, число живорождений среди женщин подросткового возраста и число подростков основывается на одной генеральной совокупности. Тем не менее, данные могут быть искажены вследствие неточного сообщения возраста, несообщения о рождениях, неточного сообщения даты рождения ребенка и изменчивости элементов выборки в случае с обследованиями. Другое ограничение заключается в том, что коэффициент рождаемости среди подростков обычно представляется в отчетности как процент рождаемости среди женщин в возрасте 15-19 лет в общей рождаемости. Однако предпочтение следует отдавать коэффициенту рождаемости среди подростков, нежели проценту рождаемости среди женщин в возрасте 15-19 лет в общей рождаемости, поскольку такой процент может существенно варьироваться в результате изменения уровня рождаемости в других возрастных группах, даже если коэффициент рождаемости среди подростков остается постоянным.

**ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА**

Женщины, становящиеся матерями в раннем возрасте, часто упускают возможность для получения образования и другие социально-экономические возможности. Таким образом, высокий коэффициент рождаемости среди подростков может привести к большому гендерному неравенству в образовании. Высокий коэффициент рождаемости среди подростков также свидетельствует о распространенности ранних браков среди женщин и часто является признаком социальной структуры, в которой ожидается, что женщины будут подтверждать свою взрослость, принимая на себя социальную роль матери как можно раньше. Снижение же коэффициента рождаемости среди подростков может свидетельствовать о повышении уровня гендерного равенства и расширении прав и возможностей женщин. Высокий коэффициент рождаемости среди подростков может также способствовать высокой материнской смертности.

**ДАННЫЕ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА**

На глобальном уровне данные для данного показателя составляются Отделом народонаселения ООН (ОНООН). Для этого по мере возможности используются данные о регистрации рождений и смерти. Для расчета коэффициентов рождаемости среди подростков используются данные, представляемые национальными статистическими органами в Отдел народонаселения ООН. В случае их отсутствия или недостаточной надежности, данные берутся из других региональных статистических подразделений или собираются непосредственно в самих странах. В качестве данных по численности подростков используются данные, публикуемые в *«World Population Prospects»*, издаваемым ОНООН. В случае отсутствия данных для числителя или знаменателя, используется оценочное значение, рассчитанное национальным статистическим органом.   
  
Если данные по регистрации рождений и смерти недоступны, изучаются результаты обследований или переписи населения. В случае использования результатов обследований, обычно в качестве таких обследований используются ДМСО, ОРЗ и MICS. Если оценочные значения представлены в самом отчете по результатам обследования, то они берутся из такого отчета. В противном случае ОНООН использует национальные микроданные для расчета показателя. В случае с данными переписи населения, предпочтительнее использовать расчетные значения, представленные в отчетах по результатам переписи, включая корректировки, производимые национальным статистическим органом. В других случаях коэффициент рождаемости среди подростков выводится с применением соответствующих методов расчета. В некоторых случаях коэффициент, рассчитанный на основании данных переписи, корректируется на неполную регистрацию, исходя из косвенных методов оценки. Для некоторых стран, где нет других надежных данных, метод косвенной оценки учета собственных детей обеспечивает оценку коэффициента рождаемости среди подростков для ряда лет до переписи.  
  
ОНООН рассчитывает региональные и глобальные значения показателя. Для базисных годов, по которым данные отсутствуют, используется ближайший элемент данных. Средние значения рассчитываются с использованием в качестве весов количества женщин в возрасте 15-19 лет. Данные по численности женщин берутся из последней редакции *«World Population Prospects»*. Среднерегиональные значения показателя представляются только в случае охвата более 50% женщин в возрасте 15-19 лет в регионе. В большинстве регионов охват составляет более 95%.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**ПРИМЕРЫ**

**ССЫЛКИ**

United Nations (2008). *World Fertility Patterns 2007.* Wallchart. New York. Available from <http://www.un.org/esa/population/publications/worldfertility2007/worldfertility2007.htm>.   
  
United Nations (2011). *World Population Prospects: The 2010 Revision.* On-line Database. New York. Available from <http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>.  
  
United Nations (2004). *Handbook on the Collection of Fertility and Mortality Data.* New York. Available from <http://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesF/SeriesF_92E.pdf>.  
  
United Nations (1983). *Manual X: Indirect Techniques for Demographic Estimation.* New York. Available from <http://www.un.org/esa/population/publications/Manual_X/Manual_X.htm>.

5.5 Охват дородовым обслуживанием (по меньшей мере, одно посещение и, по меньшей мере, четыре посещения)

**ЦЕЛЬ И ЗАДАЧА, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

Цель 5. Улучшение охраны материнства   
Задача 5.B: Обеспечить к 2015 году всеобщий доступ к услугам по охране репродуктивного здоровья

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ**

Определение  
Охват дородовым обслуживанием (по меньшей мере, одно посещение) представляет собой процент женщин в возрасте 15–49 лет, имевших *живорождение* в рассматриваемый период времени, получивших *дородовое обслуживание* со стороны *квалифицированного медицинского персонала* не менее одного раза за время беременности.  
  
Охват дородовым обслуживанием (по меньшей мере, четыре посещения) представляет собой процент женщин в возрасте 15–49 лет, имевших *живорождение* в рассматриваемый период времени, получивших *дородовое обслуживание* четыре или более раз за время беременности со стороны любого источника.   
  
Понятия  
*Живорождением* называется полное изгнание или извлечение продукта зачатия из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности, в случае наличия у него хотя бы одного из признаков жизни, таких как дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины или явные движения произвольной мускулатуры, независимо от того, перерезана пуповина и отделилась ли плацента.   
  
*Дородовое обслуживание* направлено на контроль состояния здоровья и социально-экономических условий, которые могут повысить вероятность конкретных негативных исходов беременности; обеспечение эффективных терапевтических мер; информирование беременных женщин о подготовке к безопасным родам, чрезвычайных обстоятельствах во время беременности и соответствующих мерах.  
  
*Квалифицированным медицинским специалистом* является аккредитованный медицинский работник, такой как акушерка, врач или медицинская сестра, получивший образование и обучение, который имеет такой уровень квалификации, который необходим для ведения нормальной (неосложненной) беременности, родов и раннего послеродового периода и установления, ведения осложнений у женщин и новорожденных и их направления к врачам-специалистам. *Традиционные повитухи*, вне зависимости от прохождения ими обучения, исключаются из числа квалифицированного медицинского персонала.

*Традиционными повитухами* являются традиционные, независимые (от системы здравоохранения) лица из числа местных жителей, обеспечивающие помощь во время беременности, родов и послеродового периода, не получившие официального обучения.  
  
Методика расчетов  
Процент женщин в возрасте 15–49 лет, имевших живорождение в рассматриваемый период времени, получивших дородовое обслуживание со стороны квалифицированного медицинского персонала не менее одного раза за время беременности (ANC 1+), рассчитывается путем деления числа женщин, посещенных не менее одного раза за время беременности квалифицированным медицинским персоналом по причинам, связанным с беременностью, на общее число женщин, имевших живорождение, и умножения на 100.  
  
Процент женщин в возрасте 15–49 лет, имевших живорождение в рассматриваемый период времени, получивших дородовое обслуживание четыре или более раз за время беременности (ANC 4+), рассчитывается путем деления числа женщин, посещенных четыре и более раз за время беременности любым лицом, обеспечивающим обслуживание, по причинам, связанным с беременностью, на общее число женщин, имевших живорождение, и умножения на 100.  
  
В отличие от ANC 1+, ANC 4+ включает обслуживание, обеспечиваемое любым лицом, а не только квалифицированным медицинским персоналом. Это связано с тем, что в ходе основных обследований домохозяйств на национальном уровне не собирается информация о том, кто обеспечивает обслуживание в ходе каждого посещения.

**ОБОСНОВАНИЕ И ТОЛКОВАНИЕ**

Дородовый период представляет возможности для обеспечения беременных женщин вмешательствами, которые могут быть жизненно важными для их здоровья и самочувствия, а также здоровья и самочувствия их младенцев. Исходя из анализа эффективности различных моделей дородового наблюдения Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рекомендует стандартную модель из четырех посещений. В руководствах ВОЗ указывается точное содержание посещений в течение дородового периода, которые должны включать:

* клиническое исследование;
* анализ крови, направленный на выявление сифилиса и тяжелой анемии (и других заболеваний, таких как вирус иммунодефицита человека и малярия, в зависимости от эпидемиологической обстановки);
* определение внутриутробного возраста и высоты стояния дна матки;
* измерение кровяного давления;
* замер роста и веса матери;
* проведение симптоматического анализа мочи на инфекции, передающиеся половым путем (многократное погружение индикаторной полоски);
* определение группы и резуса крови;
* прививка против столбняка;
* назначение железосодержащих добавок и фолиевой кислоты;
* предоставление рекомендаций/горячей линии на случай экстренной ситуации.

Важно отметить, что показатели по дородовому обслуживанию (по меньшей мере, одно посещение и, по меньшей мере, четыре посещения) не отражают эти составляющие обслуживания. Эти показатели основываются на стандартном вопросе о том, проводился ли медицинский осмотр женщины во время беременности. Таким образом, не следует предполагать, что женщины получили все составляющие дородового обслуживания, указанные выше. Значения показателя варьируются от 0 до 100, при этом значение показателя, равное 100, является идеальной ситуацией, когда все беременные женщины в возрасте 15- 49 лет, обращались к врачу хотя бы один или четыре раза за время своей беременности. В случае с ANC 1+, значение показателя обычно варьируется между 50 и 100 процентами. В случае с ANC 4+ значения показателя ниже, иногда значительно ниже. Данные по охвату дородовым обслуживанием необходимо рассматривать вместе с рядом других связанных показателей, таких как доля деторождений при квалифицированном родовспоможении или роды в медицинских учреждениях, и их необходимо дезагрегировать по соответствующим характеристикам для выявления целевого населения и выработки соответствующей политики.

**СБОР ДАННЫХ И ИХ ИСТОЧНИКИ**

В качестве основных источников данных для показателя по дородовому обслуживанию необходимо использовать данные обследований домохозяйств. К возможным обследованиям относятся демографические и медико-санитарные обследования (ДМСО), обследования по многим показателям с применением гнездовой выборки (MICS), обследования рождаемости и семьи (ОРС), обследования репродуктивного здоровья (ОРЗ) и другие обследования, построенные на подобной методологии. Обычно обследования проводятся каждые 3-5 лет.   
  
Для облегчения толкования тенденций и изменений, основанных на данных обследований, целесообразно вместе с оценочными данными указывать доверительные интервалы.

**ВОПРОСЫ ДЕЗАГРЕГИРОВАНИЯ ДАННЫХ**

Дезагрегирование данного показателя по месту проживания и категориям населения показывает существенные различия в доступе к услугам по охране репродуктивного здоровья в разрезе географических районов и разных социально-экономических групп населения. Для понимания причин таких отличий необходим дальнейший анализ с тем, чтобы далее планировать меры по их преодолению.

**КОММЕНТАРИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

Дородовое обслуживание во время беременности не гарантирует получение тех вмешательств, которые эффективно способствуют улучшению охраны материнства. Дородовое обслуживание с посещением не менее четырех раз, рекомендуемое ВОЗ, повышает вероятность получения эффективных вмешательств во время дородового обслуживания. Важно, что показатель по дородовому обслуживанию с посещением, по меньшей мере, один раз, относится к посещению квалифицированного медицинского персонала, в то время как показатель по посещению четыре и более раза обычно оценивает посещения любым лицом, обеспечивающим обслуживание, поскольку в ходе обследований домохозяйств не собирается информация о каждом посещении. Кроме того, иногда затруднительно дать единообразное определение понятия «квалифицированный медицинский персонал», поскольку в разных странах профессиональная подготовка медицинских работников осуществляется неодинаково.  
  
Потенциальным источником необъективности данных является ошибка припоминания. При проведении обследований домохозяйств респондентов спрашивают обо всех живорождениях за пять лет до обследования. Респонденты могут знать или не знать, или не помнить информацию о квалификации человека, обеспечивавшего дородовое обслуживание.

**ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА**

Низкий социальный статус женщин в некоторых странах ограничивает их доступ к экономическим ресурсам и базовому образованию, а, значит, и их возможности принимать решения в отношении здоровья и питания. Некоторые женщины лишены возможности получать необходимую помощь либо потому, что согласно принятым в их окружении культурным обычаям они должны находиться в изоляции, либо потому, что решения за них принимают другие члены семьи.

**ДАННЫЕ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА**

На глобальном уровне данные для данного показателя готовятся Детским фондом ООН (ЮНИСЕФ) - по ANC +1 и ANC +4 и ВОЗ - по ANC +4. Основным источником информации для глобальных показателей по дородовому обслуживанию являются национальные обследования домохозяйств, в том числе: ДМСО, MICS, ОРС, ОРЗ и национальные обследования, основанные на подобной методологии. В случае с развитыми странами (где охват беременных высокий), в качестве источников данных также используется статистика по оказываемым услугам.  
  
До включения данных в глобальные базы данных, ЮНИСЕФ и ВОЗ проводят проверку данных, которая включает переписку с представительствами на местах для прояснения вопросов касательно оценочных данных.   
  
Расхождения между международными и национальными оценочными данными возможны, если национальные данные собираются на уровне медицинских учреждений. Такие данные будут отличаться от международных оценок, которые основываются на данных обследований, собираемых на уровне домохозяйств.  
  
В некоторых отчетах может быть представлен общий процент беременных женщин, получивших дородовое обслуживание со стороны квалифицированного медицинского персонала, который не соответствует определению, приведенному выше (например, сюда включается персонал, который не считается квалифицированным, такой как социальные медицинские работники). В этих случаях суммируются проценты дородового обслуживания, обеспечиваемого врачом, медицинской сестрой или акушеркой, и результат вводится в глобальную базу данных.  
  
ЮНИСЕФ и ВОЗ также готовят региональные и глобальные оценочные данные. Они основываются на средневзвешенных значениях, взвешенных по общему числу рождений. Такие оценочные данные представляются только в случае охвата не менее 50% всех рождений в разрезе регионов или в глобальном масштабе.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**ПРИМЕРЫ**

**ССЫЛКИ**

United Nations Children’s Fund. *Childinfo – Monitoring the Situation of Children and Women.* New York. Internet site <http://www.childinfo.org/>.  
  
World Health Organization. *Sexual and Reproductive Health.* Geneva. Internet site <http://www.who.int/reproductive-health/global_monitoring/index.html>.  
  
World Health Organization (2002). *Antenatal Care Randomized Trial: Manual for the Implementation of the New Model.* Geneva. Available from <http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_RHR_01.30.pdf>.  
  
World Health Organization (2003). *Antenatal Care in Developing Countries: Promises, Achievements and Missed Opportunities: An Analysis of Trends, Levels and Differentials, 1990-2001.* Geneva. Available from <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241590947.pdf>.

5.6 Неудовлетворенная потребность в планировании семьи

**ЦЕЛЬ И ЗАДАЧА, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

Цель 5. Улучшение охраны материнства   
Задача 5.B: Обеспечить к 2015 году всеобщий доступ к услугам по охране репродуктивного здоровья

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ**

Определение

Данный показатель определяется как процентная доля *женщин репродуктивного возраста*, состоящих в официальном или гражданском браке, имеющих *неудовлетворенную потребность в планировании семьи.*

Понятия

К ж*енщинам репродуктивного возраста* относятся всеженщины в возрасте от 15 до 49 лет.  
  
*Женщины с неудовлетворенной потребностью в планировании семьи –* это способные к зачатию и сексуально активные женщины, которые не пользуются какими–либо *методами контрацепции*, и сообщают о том, что они не хотят иметь больше детей или желают отложить рождение следующего ребенка, как минимум, на два года, включая:

* всех беременных женщин (состоящих официальном или гражданском браке), чья беременность была нежеланной или несвоевременной на момент зачатия;
* всех женщин с послеродовой аменореей (состоящих в официальном или гражданском браке), не пользующихся методами планирования семьи, чьи последние роды были нежеланными или несвоевременными;
* всех способных к зачатию женщин (состоящих в официальном или гражданском браке), небеременных или не имеющих послеродовой аменореи, не желающих больше иметь детей (желающих ограничить размер семьи) или желающих отложить рождение ребенка, по меньшей мере, на два года, или не знающих, когда они пожелают иметь еще одного ребенка и пожелают ли они иметь его вообще (желающих сделать перерыв между рождениями детей), но не пользующихся каким-либо методом контрацепции.

*Бесплодные женщины* не включаются в числитель.  
  
*Бесплодные женщины –* женщины, впервые вышедшие замуж пять или более лет назад, не рожавшие в течение последних пяти лет, небеременные на данный момент и никогда не пользовавшиеся контрацепцией. В эту группу также входят женщины, заявляющие, что являются бесплодными, в состоянии менопаузы, или у них была удалена матка, никогда не имели менструации, имели послеродовую аменорею в течение 5 или более лет или (для женщин, которые не являются беременными и не имеют послеродовой аменореи) если последний менструальный цикл наступил более чем за шесть месяцев до проведения обследования.

*Женщины с послеродовой аменореей* – это женщины, не имевшие менструального цикла с момента рождения своего последнего ребенка и при этом их последний ребенок родился в период за 0-23 месяца до проведения обследования. В случае если менструальный цикл не восстановился и последний ребенок родился за 24 или более месяцев до проведения интервью, женщины считаются бесплодными, за исключением случаев, когда они попадают в одну из вышеуказанных категорий небесплодных женщин. Обратите внимание, что в предыдущих определениях по неудовлетворенной потребности в планировании семьи женщины классифицировались как имеющие послеродовую аменорею в случае, если менструальный цикл не восстанавливался в срок до 5 лет после рождения последнего ребенка.   
  
*Методы контрацепции*, рассматриваемые для расчета этого показателя, включают в себя как современные, так и традиционные методы контрацепции. Современные методывключают женскую и мужскую стерилизацию, оральные гормональные таблетки, внутриматочную спираль (ВМС), мужской и женский презерватив, инъекции, имплант (включая норплант), вагинальные барьерные методы и спермициды. К традиционным методамотносятся метод ритма (периодическое воздержание), прерванный половой акт, метод лактационной аменории (МЛА) и различные народные методы. Обратите внимание, что в некоторых обследованиях МЛА классифицируется как современный метод контрацепции. Для расчета данного показателя в целях отчетности по ЦРТ текущим применением контрацепции считается применение любого метода (как современных, так и традиционных).

Методика расчетов   
Неудовлетворенная потребность в планировании семьи рассчитывается по формуле:

Неудовлетворенная потребность в планировании семьи =

Женщины репродуктивного возраста, состоящие в официальном или гражданском браке,

имеющие неудовлетворенную потребность в планировании семьи

Женщины репродуктивного возраста, состоящие в официальном или гражданском браке

  
На представленной ниже схеме показан порядок расчета числа женщин репродуктивного возраста, состоящих в официальном или гражданском браке, имеющих неудовлетворенную потребность в планировании семьи.   
  


**ОБОСНОВАНИЕ И ТОЛКОВАНИЕ**

Неудовлетворенная потребность в планировании семьи демонстрирует разрыв между репродуктивными намерениями женщин и их поведением в части контрацепции. Показатель полезен для отслеживания прогресса в выполнении задачи по обеспечению всеобщего доступа к услугам по охране репродуктивного здоровья. Информация о распространенности контрацепции дополняет показатель неудовлетворенной потребности в планировании семьи. Сумма распространенности контрацепции и неудовлетворенной потребности определяет общую потребность в планировании семьи.

В принципе значение этого показателя может варьироваться от 0 (нет неудовлетворенной потребности) до 100% (потребность не удовлетворяется вообще). Однако значения показателя близкие к 100% для всего женского населения в реальной ситуации не случаются, поскольку всегда одни женщины желают наступления беременности, а другие не подвержены риску беременности. Показатель неудовлетворенной потребности на уровне 25% или более считается весьма высоким, а его значение на уровне 5% или ниже считается очень низким.

Если неудовлетворенная потребность в планировании семьи измеряется сравнимым образом на разные даты, тенденция показывает, был ли достигнут прогресс в отношении удовлетворения потребности женщин в планировании семьи. Необходимо отметить, что даже при росте распространенности контрацепции, неудовлетворенная потребность в планировании семьи может иногда не снижаться или даже возрастать. Это может произойти в связи с ростом спроса на планирование семьи и в связи со снижением желаемого количества детей. Изменения в желательном перерыве между рождениями детей или в изменении доли женщин, подверженных риску беременности, могут также влиять на тенденцию в спросе на планирование семьи, вне зависимости от тенденций распространенности контрацепции.

Обратите внимание на то, что прямой взаимосвязи между неудовлетворенной потребностью в планировании семьи, желаемым размером семьи и фактическим уровнем рождаемости нет. Например, возможно, что неудовлетворенная потребность будет высокой, несмотря на то, что фактический уровень рождаемости соответствует желаемому размеру семьи. Это может происходить в связи с индивидуальными расхождениями в желаемом размере семьи среди населения, разницей между желаемым размером семьи среди мужчин и женщин, которая приводит к тому, что желаемый размер семьи не отражает идеалы женщин, или в связи с большим числом несвоевременных рождений, когда количество рождений соответствует желаниям, а время рождений - нет.

**СБОР ДАННЫХ И ИХ ИСТОЧНИКИ**

Информация о неудовлетворенной потребности в планировании семьи собирается в ходе обследований домохозяйств, таких как демографические и медико-санитарные обследования (ДМСО), обследования репродуктивного здоровья (ОРЗ) и национальных обследований, основанных на схожих методологиях. Недавно был разработан альтернативный, более быстрый подход к оценке неудовлетворенной потребности и включен в программу обследования по многим показателям с применением гнездовой выборки (MICS). Такие обследования обычно проводятся каждые три-пять лет. Возможно также использование и других программ, таких как Панарабский проект здоровья семьи (PAPFAM) и европейские обследования рождаемости и семьи (FFS).

Различия в вопросах, включаемых в определенные обследования, могут иногда влиять на оценку неудовлетворенной потребности в планировании семьи и затруднять сравнимость результатов с течением времени или между странами. Например, некоторые обследования не собирают всей информации, необходимой для оценки бесплодия. Разница в вопросах об использовании контрацепции, пожеланий в отношении рождения детей и оценки послеродовой аменореи может также косвенно повлиять на измеряемый уровень неудовлетворенной потребности в планировании семьи.

В целях расчета данного показателя предполагается, что сексуально активны только женщины, состоящие в официальном или гражданском браке. Если включать в расчеты незамужних женщин, необходимо определить время недавней сексуальной активности. Незамужних женщин необходимо включать в числитель, только если у них была сексуальная связь в течение месяца до проведения обследования.

**ДЕЗАГРЕГИРОВАНИЕ ДАННЫХ**

Данный показатель можно дезагрегировать по географическим районам, возрасту, уровню образования, месту проживания (город/село), статусу бедности и другим характеристикам, актуальным в условиях национального контекста. С помощью такого анализа можно выявить подгруппы населения, имеющие наиболее высокий уровень неудовлетворенной потребности, для того, чтобы использовать эту информацию при разработке программ, нацеленных на улучшение доступа к услугам по планированию семьи и другим услугам репродуктивного здоровья.

Общий уровень неудовлетворенной потребности в планировании семьи также можно разделить на два дополнительных компонента: неудовлетворенная потребность в планировании семьи в целях ограничения размера семьи и неудовлетворенная потребность в целях увеличения перерыва между рождениями детей. Потребности в планировании семьи и другие потребности, относящиеся к репродуктивному здоровью, у женщин, желающих ограничить рождения, будут в некоторой степени отличаться от потребностей женщин, желающих увеличить перерыв между рождениями. Например, некоторые методы планирования семьи больше подходят для долгосрочного, чем для краткосрочного применения.

**КОММЕНТАРИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

Несмотря на то, что в большинстве оценок неудовлетворенной потребности в планировании семьи используются стандартные методы расчета, могут быть различия в точном определении или методах расчета данного показателя. Например, некоторые обследования не включают беременных женщин, у которых беременность нежелательна или несвоевременна, в число женщин с неудовлетворенными потребностями в планировании семьи.

Тенденции в неудовлетворенной потребности в планировании семьи в определенной совокупности должны основываться на последовательных значениях данных, рассчитанных тесно сравнимым образом. При разработке и мониторинге программ, направленных на снижение неудовлетворенных потребностей в планировании семьи, этот показатель необходимо интерпретировать в связи с другими актуальными национальными данными, включая качественную и количественную информацию о причинах неприменения методов планирования семьи женщинами, подверженными риску нежелательной или несвоевременной беременности, и оценку наличия и качества услуг по планированию семьи и других услуг по охране репродуктивного здоровья.

В соответствии со стандартным определением неудовлетворенной потребности в планировании семьи, считается, что женщины, пользующиеся традиционными методами контрацепции, не имеют неудовлетворенной потребности в планировании семьи. Поскольку традиционные методы могут считаться менее эффективными по сравнению с современными методами, можно провести дополнительный анализ для того, чтобы провести разграничение между женщинами, полагающимися на традиционные методы, и полагающимися на современные методы, для того, чтобы определить неудовлетворенную потребность в *современной контрацепции.*

**ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА**

Этот показатель демонстрирует степень соответствия личных предпочтений женщин в отношении количества и времени рождений детей и их практики планирования семьи. Дезагрегация этого показателя в соответствии с социальными и демографическими характеристиками женщин может обеспечить более глубокое понимание того, насколько неудовлетворенная потребность в планировании семьи влияет на уязвимые группы, такие как подростки и бедные женщины. Кроме того, выборочные обследования, которые обеспечивают информацию, необходимую для оценки неудовлетворенных потребностей, обычно предоставляют дополнительную информацию, которая будет полезной для понимания причин, в том числе гендерных, почему женщины имеют неудовлетворенную потребность в планировании семьи. Например, некоторые женщины могут не знать о методах контрацепции, в то время как другие могут не пользоваться контрацепцией из-за возражений со стороны партнера или других лиц.

**ДАННЫЕ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА**

На глобальном уровне этот показатель по неудовлетворенной потребности в планировании семьи готовится Отделом народонаселения ООН (ОНООН) в сотрудничестве с Фондом народонаселения ООН (ЮНФПА).

Данные обычно берутся из результатов национальных обследований домохозяйств, координируемых международными агентствами, таких как ДМСО, MICS и ОРЗ. В случае отсутствия данных таких обследований, в качестве входных данных используются результаты национальных обследований, основанных на методологии ДМСО, но проведенных национальными органами без международной технической помощи. Также могут быть рассмотрены другие национальные исследования, проведенные в рамках европейских обследования рождаемости и семьи (FFS) или панарабского проекта по охране здоровья семьи (PAPFAM).

Данные берутся из опубликованных отчетов по результатам исследований или, в исключительных случаях, из других опубликованных аналитических отчетов. В случае необходимости пояснений, связываются с заказчиками обследования или уполномоченной организацией, которая может предоставить скорректированные или обновленные расчеты. Полученные данные не корректируются соответствующими международными агентствами, такими как ОНООН и ЮНФПА.

Региональные показатели рассчитываются в виде средневзвешенных значений по странам, при этом вес определяется численностью женщин в возрасте от 15 до 49 лет, состоящих в официальном или гражданском браке, в базисный год в каждой стране. Глобальные показатели рассчитываются как средневзвешенные значения региональных показателей, при этом вес определяется численностью женщин в возрасте от 15 до 49 лет, состоящих в официальном или гражданском браке, в каждом регионе. Данные не представляются в отчетности в случае, если в рассматриваемом регионе охвачено менее 50% референтной группы населения.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**ПРИМЕРЫ**

**ССЫЛКИ**

Bradley, Sarah E.K., Trevor N. Croft, Joy D. Fishel, and Charles F. Westoff. 2012. Revising Unmet Need for Family Planning. DHS Analytical Studies No. 25. Calverton, Maryland, USA: ICF International. Available from <http://www.measuredhs.com/publications/publication-AS25-Analytical-Studies.cfm>  
  
Rutstein, S. O. and G. Rojas (2006). *Online Guide to DHS Statistics*. Calverton, Maryland: Measure DHS. Available from <http://www.measuredhs.com/help/Datasets/index.htm>.   
  
UNITED NATIONS (2011). *World Contraceptive Use 2010*. New York. Available from <http://www.un.org/esa/population/publications/wcu2010/Main.html>   
  
UNITED NATIONS CHILDREN’S FUND (2011). *Multiple Indicator Cluster Survey -- Round 4*. Available from <http://www.childinfo.org/mics4.html>  
  
WESTOFF, C. F. (2006). *New Estimates of Unmet Need and the Demand for Family Planning*. DHS Comparative Reports, No. 14. Calverton, Maryland: Macro International Inc. Available from <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/CR14/CR14.pdf>.  
  
WESTOFF, C. F. (2001). *Unmet Need at the End of the Century*. DHS Comparative Reports, No. 1. Calverton, Maryland: ORC Macro. Available from <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/CR1/C1.pdf>.   
  
WESTOFF, C.F. and BANKOLE A. (1995). *Unmet need: 1990-1994*. DHS Comparative Studies, No. 16. Calverton, Maryland: Macro International Inc. Available from <http://www.measuredhs.com/pubs/pub_details.cfm?ID=24>.  
  
WESTOFF, C.F. and L. H. OCHOA (1991). *Unmet Need and the Demand for Family Planning.*DHS Comparative Studies, No. 5. Columbia, Maryland: Institute for Resource Development/Macro International. Available from <http://www.measuredhs.com/pubs/pub_details.cfm?ID=39&srchTp=advanced>.

Top of Form



6.1 Доля ВИЧ-инфицированного населения в возрасте от 15 до 24 лет

**ЦЕЛЬ И ЗАДАЧА, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

Цель 6. Борьба с ВИЧ/СПИДом, малярией и другими заболеваниями  
Задача 6.А. Остановить к 2015 году распространение ВИЧ/СПИДа и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ**

Определение  
Распространенность *вируса иммунодефицита человека (ВИЧ)* среди населения в возрасте от 15 до 24 лет представляет собой число лиц в возрасте от 15 до 24 лет, живущих с ВИЧ, выраженное в виде процентной доли от общей численности населения в возрасте от 15 до 24 лет.  
  
Понятия  
*Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ)* – это вирус, который ослабляет иммунную систему и приводит к синдрому приобретенного иммунодефицита (СПИД). ВИЧ разрушает способность организма бороться с инфекциями и болезнями, что может в результате привести к смерти. При отсутствии надлежащего лечения средний срок жизни человека с момента инфицирования составляет около 10,5 лет у мужчин и 11,5 лет у женщин. Не везде имеются одинаковые возможности доступа к лечению, а вакцины против этого заболевания пока не существует.  
  
Методика расчетов  
Данный показатель рассчитывается путем деления числа случаев ВИЧ среди населения в возрасте от 15 до 24 лет на общую численность населения в возрасте от 15 до 24 лет и умножения полученного результата на 100.

**ОБОСНОВАНИЕ И ТОЛКОВАНИЕ**

ВИЧ и СПИД являются серьезными проблемами здравоохранения во многих странах. Показатели для мониторинга эпидемии ВИЧ и воздействия предпринимаемых мер чрезвычайно важны. Поскольку около 40% всех новых случаев ВИЧ-инфекции приходится на лиц в возрасте от 15 до 24 лет, данный показатель является особенно важным. Кроме того, изменение распространенности ВИЧ отражает изменения частоты новых случаев инфекции (заболеваемость ВИЧ). Считается, что тенденции распространенности ВИЧ-инфекции среди молодежи лучше отражают общие тенденции в стране по заболеваемости ВИЧ-инфекцией и рискованному поведению.

**СБОР ДАННЫХ И ИХ ИСТОЧНИКИ**

Для генерализованной эпидемии основными источниками данных являются женщины, посещающие женские консультации, и обследования населения. При концентрированной эпидемии или ее низком уровне (когда распространенность ВИЧ среди беременных женщин составляет менее 1%), контроль за ВИЧ-инфекцией необходимо сконцентрировать на группах высокого риска, таких как потребители инъекционных наркотиков, мужчины, практикующие секс с мужчинами, и работники секс-индустрии.   
  
Все больше стран включает вопросы о прохождении анализа на ВИЧ-инфекцию в обследования домохозяйств, такие как демографические и медико-санитарные обследования (ДМСО) и обследования для показателей по СПИДу (AIS).

**ВОПРОСЫ ДЕЗАГРЕГИРОВАНИЯ ДАННЫХ**

По мере возможности данный показатель необходимо дезагрегировать по полу, месту жительства (город/село, основные регионы/области) и социально-экономическим характеристикам, таким как уровень образования и квинтиль благосостояния.

**КОММЕНТАРИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

Распространенность ВИЧ-инфекции среди молодежи в возрасте от 15 до 24 лет является более лучшим показателем для мониторинга распространенности ВИЧ-инфекции по сравнению с показателем по распространенности ВИЧ-инфекции среди населения в возрасте от 15 до 49 лет. Тенденции распространенности ВИЧ-инфекции среди более старших возрастных групп медленны для отражения изменений в заболеваемости ВИЧ-инфекцией вследствие средней длительной продолжительности ВИЧ-инфекции. Однако сравнимые данные по молодежи все еще ограничены, даже с учетом того, что страны все чаще собирают больше данных по молодежи, в основном путем сбора данных по молодым беременным женщинам, посещающим дородовые женские консультации. Тем временем распространенность ВИЧ-инфекции среди населения в возрасте от 15 до 49 лет зачастую используется для оценки тенденций по распространенности ВИЧ-инфекции.  
  
Важным ограничением данного показателя является то, что тенденции по распространенности ВИЧ не обязательно отражают воздействие мер, предпринимаемых для снижения ВИЧ-инфицирования. Снижение распространенности ВИЧ может являться следствием насыщения инфекции среди наиболее уязвимых лиц и/или роста смертности, а не изменений в поведении. Для интерпретации тенденций по распространенности ВИЧ рекомендуется использовать параллельные данные поведенческих обследований.

**ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА**

Женщины с большей вероятностью могут заразиться ВИЧ от мужчин во время полового акта, чем мужчины от женщин. Помимо такого физиологического отличия, вследствие неравноправного положения в обществе женщины подвергаются большему риску ВИЧ-инфицирования. Женщины имеют меньший доступ к информации о профилактике ВИЧ; им сложнее, чем мужчинам, договариваться о безопасных условиях половых сношений, и у них меньше возможностей лечиться от ВИЧ/СПИДа в случае заражения. И как следствие такого неравенства, а также динамики развития данной эпидемии, доля женщин среди людей, живущих с ВИЧ/СПИД, во многих регионах растет. В странах Африки южнее Сахары женщины и девушки в большей степени подвержены ВИЧ-инфицированию; на них приходится около 60% случаев заражения ВИЧ.

**ДАННЫЕ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА**

Данные для глобального и регионального мониторинга готовятся Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) и Объединенной программой ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС). Когда разрабатывались показатели для мониторинга достижения Целей развития тысячелетия, в качестве опосредованного показателя уровня заболеваемости был выбран Показатель 6.1 «Доля ВИЧ-инфицированного населения в возрасте от 15 до 24 лет». Однако данные по более молодому населению ограничены, в то время как в большем числе стран сейчас имеются данные по уровню заболеваемости среди населения в возрасте от 15 до 49 лет.   
  
Лучше всего оценивать масштабы ВИЧ-инфекции в стране по уровню заболеваемости, в то время как распространенность инфекции среди населения в возрасте от 15 до 49 лет может рассматриваться как показатель общего бремени ВИЧ/СПИДа в стране. Однако важно помнить, что используя долю ВИЧ-инфицированного населения (распространенность) в возрасте от 15 до 49 лет, сложно отслеживать изменения с течением времени, и это станет еще более сложной задачей с учетом расширения охвата антиретровирусной терапии. Стабильный уровень распространенности среди населения в возрасте от 15 до 49 лет является положительной тенденцией в краткосрочной перспективе; люди, живущие с ВИЧ, не умирают в таком количестве, как это происходило раньше.   
  
Эпидемиологическая группа ЮНЭЙДС сотрудничает с национальными партнерами для подготовки национальных оценок по ВИЧ для женщин и мужчин. Для разных типов эпидемии используются разные методы: для генерализованной эпидемии (когда распространенность ВИЧ среди взрослых превышает 1% и передача происходит в основном гетеросексуальным путем) и для незначительной или концентрированной эпидемии (когда распространенность ВИЧ составляет менее 1% и ВИЧ-инфекция сконцентрирована в группах с поведением, представляющим высокий риск ВИЧ-инфицирования).   
  
По странам с генерализованной эпидемией данные эпиднадзора по проверенным на ВИЧ-инфекцию пробам крови беременных женщин, посещающих женские консультации, и результаты обследований населения по распространенности ВИЧ вводятся в программный пакет ЮНЭЙДС/ВОЗ для оценки и прогноза (*Estimation and Projection Package*), который выводит кривую, оценивающую изменение доли ВИЧ-инфицированного населения среди взрослых в динамике по времени. Эта кривая распространенности ВИЧ среди взрослых вместе с национальными оценками численности населения, полученными из отдела народонаселения ООН, охватом антиретровирусной терапией (АРТ) среди взрослых, беременных женщин и детей и различными эпидемиологическими допущениями (коэффициенты рождаемости, соотношение мужчин и женщин, период выживания после ВИЧ-инфицирования, половозрастное распределение ВИЧ) вносятся в программное обеспечение, которое оценивает число инфицированных взрослых и детей, новые случаи инфицирования, число смертей, число сирот и потребности в лечении.  
  
Для стран с низким уровнем эпидемии или концентрированной эпидемией данные эпиднадзора собираются для групп населения, представляющим высокий риск (таким как работники секс-индустрии, мужчины, практикующие секс с мужчинами, и потребители инъекционных наркотиков). Производится оценка размера таких групп населения и размера групп населения, подвергающихся меньшему, но, тем не менее, значительному риску (таких как партнеры работников секс-индустрии и их клиенты, партнеры потребителей инъекционных наркотиков и т.д.). Затем эта информация обрабатывается в соответствии с процедурой, описанной выше.   
  
Страновые оценки собираются и рассматриваются в совокупности с новыми выявленными фактами на страновом уровне, а также в сравнении с предыдущими динамическими данными. Страновые данные проверяются представителями стран на точность. Каждые два года проводятся региональные семинары для подготовки проектов оценочных данных по распространенности ВИЧ-инфекции. Затем они дорабатываются посредством переписки со страной. В целях международной сопоставимости корректировки не вносятся, поскольку данные уже сопоставимы, так как основываются на стандартизированной методологии. В отношении отсутствующих значений обработка не предпринимается. Если информация, необходимая для расчета показателя, отсутствует, показатель не рассчитывается.  
  
Усовершенствование методов, повышение качества данных и новые инструменты оценки помогают лучше понять степень неопределенности в оценках ВИЧ и СПИДа. Это является частью поступательного процесса по усовершенствованию оценок и разработке соответствующих областей значений, что является критичным для разработки эффективных программ по борьбе с ВИЧ/СПИДом на национальном и региональном уровне.  
  
Качество данных и диапазон неопределенности данных отличаются в разных странах. Диапазон неопределенности определяет границы, в пределах которых лежит фактическое значение распространенности ВИЧ-инфекции. Следующие три фактора определяют широту диапазона неопределенности оценок ВИЧ-инфицированности среди взрослого населения:

1. *Уровень распространенности ВИЧ-инфекции.* Диапазон относительно более узкий при более высоком уровне распространенности ВИЧ-инфекции. Например, в стране с долей ВИЧ-инфицированного населения, равной 15%, границы численности взрослого населения, живущего с ВИЧ, составляют +/- 9% от наилучшей оценки 1 млн. человек. Для сравнения, в стране с долей ВИЧ-инфицированного населения, равной 0,8%, диапазон составляет +/- 51% от наилучшей оценки 14 тыс. человек.
2. *Качество данных.* Страны, имеющие более качественные данные, имеют меньший диапазон неопределенности по сравнению со странами, где качество данных ниже. Диапазоны в Азии и странах Тихого океана сравнительно широки, что отражает тот факт, что эпиднадзор за ВИЧ среди ключевых групп населения (таких как потребители инъекционных наркотиков, работники секс-индустрии и мужчины, практикующие секс с мужчинами) неудовлетворителен в большинстве стран этого региона, что приводит к более высокой неопределенности. В целом, диапазоны неопределенности в странах Африки к югу от Сахары более узкие вследствие недавних улучшений в сборе и интерпретации данных по ВИЧ-инфекции в этом регионе (включая наличие данных национальных обследований для большинства стран).
3. *Тип эпидемии (генерализованная или концентрированная/незначительная).* Диапазоны неопределенности обычно шире в странах с незначительной или концентрированной эпидемией по сравнению со странами с генерализованной эпидемией, потому что в странах с незначительной или концентрированной эпидемией необходимо оценить как число людей в группах с более высоким риском ВИЧ-инфицирования, так и уровень распространенности ВИЧ-инфекции.

Допущения, методологии и данные, используемые для подготовки оценочных значений, постепенно меняются в результате постоянного улучшения знания эпидемии; поэтому сравнения недавних оценочных значений с оценками, опубликованными ранее, могут привести к ложным выводам.  
  
Между базисным годом и фактической подготовкой данных имеется временной сдвиг. Региональные оценочные данные публикуются в декабре, а страновые оценки публикуются в глобальном отчете в июле следующего года.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**ПРИМЕРЫ**

**ССЫЛКИ**

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. *International Reproductive Health Surveys.* Atlanta, Georgia. Internet site <http://www.cdc.gov/Reproductivehealth/surveys/>.  
  
JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (2009). *Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: Guidelines on Construction of Core Indicators. 2010 Reporting.* Geneva. Available from <http://data.unaids.org/pub/Manual/2009/JC1676_Core_Indicators_2009_en.pdf>.   
  
JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (2000). *National AIDS Programmes: A Guide to Monitoring and Evaluation.* Geneva. Available from <http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub05/JC427-Mon_Ev-Full_en.pdf>.  
  
JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (annual). *Report on the Global AIDS Epidemic.* Geneva. Available from <http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/>.  
  
JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS and WORLD HEALTH ORGANIZATION (2005). *Guidelines for measuring national HIV prevalence in population-based surveys.* Available from <http://data.unaids.org/pub/Manual/2005/20050101_GS_GuideMeasuringPopulation_en.pdf>.   
  
JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS and WORLD HEALTH ORGANIZATION (2002). *Initiating second generation HIV surveillance systems: practical guidelines.* Available from <http://www.who.int/hiv/pub/surveillance/guidelines/en/index.html>.   
  
JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS and WORLD HEALTH ORGANIZATION (2000). *Guidelines for Second Generation HIV Surveillance.* Available from <http://www.who.int/hiv/pub/surveillance/pub3/en/index.html>.   
  
JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS, UNITED NATIONS CHILDREN’S FUND, UNITED NATIONS POPULATION FUND and WORLD HEALTH ORGANIZATION (annual). *Children and AIDS: Stocktaking Report.* New York. Available from <http://www.childinfo.org/hiv_aids.html>.  
  
MEASURE DHS. *Surveys and Methodology.* Calverton, Maryland. Internet site <http://www.measuredhs.com/aboutsurveys/start.cfm>.  
  
GHYS P. and Garnett G. et al. . The 2009 HIV and AIDS estimates and projections: methods, tools and analyses STI December 2010 Vol 86 Supll. II.  
  
UNITED NATIONS CHILDREN’S FUND. *Childinfo – Monitoring the Situation of Children and Women.* New York. Internet site <http://www.childinfo.org/>.  
  
UNITED NATIONS CHILDREN’S FUND, JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS and WORLD HEALTH ORGANIZATION (2002). *Young People and HIV/AIDS: Opportunity in Crisis*. New York. Available from <http://data.unaids.org/Topics/Young-People/youngpeoplehivaids_en.pdf>.  
  
UNITED NATIONS CHILDREN’S FUND, JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS and WORLD HEALTH ORGANIZATION (2009). *AIDS Epidemic Update: December 2009*. Available from <http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/report/2009/jc1700_epi_update_2009_en.pdf>.  
  
UNITED NATIONS DEVELOPMENT FUND FOR WOMEN (2001). *Turning the Tide: CEDAW and the Gender Dimensions of the HIV/AIDS Pandemic*. New York. Available from <http://www.unifem.org/materials/item_detail.php?ProductID=13>.  
  
UNITED NATIONS DEVELOPMENT FUND FOR WOMEN (2000). *Gender, HIV and Human Rights: A Training Manual*. New York. Available from <http://www.unifem.org/resources/item_detail.php?ProductID=5>.  
  
UNITED NATIONS DEVELOPMENT FUND FOR WOMEN. *Gender and HIV/AIDS Web Portal.* New York. Internet site <http://www.genderandaids.org/>.   
  
WORLD HEALTH ORGANIZATION (2007). *National AIDS programme management: Module 9 Strategic Information*. New Delhi. Available from <http://www.searo.who.int/LinkFiles/Publications_NAP_Module9.pdf>.

Bottom of Form

Top of Form



6.2 Доля лиц, использовавших презервативы при последнем половом акте повышенного риска

**ЦЕЛЬ И ЗАДАЧА, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

Цель 6. Борьба с ВИЧ/СПИДом, малярией и другими заболеваниями  
Задача 6.А. Остановить к 2015 году распространение ВИЧ/СПИДа и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ**

Определение  
Доля лиц, использовавших презервативы при последнем *половом акте* *повышенного риска*, - это процентная доля молодых мужчин и женщин в возрасте от 15 до 24 лет, сообщивших об использовании презерватива при последнем половом акте с сексуальным партнером, не состоящим с ними в официальном или гражданском браке, среди лиц, имевших половой акт с таким партнером в последние 12 месяцев.  
  
Понятия

*Половой акт повышенного риска* определяется как половой акт с сексуальным партнером, не состоящим в официальном или гражданском браке.  
  
Методика расчетов  
Данный показатель рассчитывается путем деления числа респондентов в возрасте от 15 до 24 лет, сообщивших об использовании презерватива при последнем половом акте с сексуальным партнером, не состоявшим с ними в официальном или гражданском браке, на общее число респондентов в возрасте от 15 до 24 лет, сообщивших о том, что в течение последних 12 месяцев у них был половой акт с сексуальным партнером, не состоявшим с ними в официальном или гражданском браке, и умножением полученного результата на 100.

**ОБОСНОВАНИЕ И ТОЛКОВАНИЕ**

Регулярное пользование презервативами с непостоянными сексуальными партнерами намного сокращает опасность передачи ВИЧ-инфекции половым путем. Это особенно важно для молодых людей, среди которых наблюдается самый высокий уровень ВИЧ-инфицирования, поскольку они в наименьшей степени подвергались воздействию вирусов прежде, и у них имеется (как правило) относительно большое число непостоянных сексуальных партнеров. Регулярное пользование презервативами с непостоянными сексуальными партнерами имеет важное значение даже в странах с низким уровнем распространенности ВИЧ-инфекции, потому что таким образом можно предотвратить распространение ВИЧ-инфекции в условиях, когда широко распространены половые акты повышенного риска. Использование презерватива является одной, но не единственной мерой защиты от ВИЧ/СПИДа. Не менее существенным является и воздержание от первого сексуального контакта до определенного возраста, что способствует сокращению числа сексуальных партнеров повышенного риска и помогает сохранять верность одному партнеру.  
  
Данный показатель показывает насколько широко используются презервативы молодежью в возрасте от 15 до 24 лет, имеющей непостоянные сексуальные отношения. Однако более обширное значение данного показателя будет зависеть от того, насколько молодежь вовлечена в такие отношения. Таким образом, уровень и тенденции использования презервативов должны истолковываться с осторожностью, опираясь на полученные данные о процентном отношении молодых людей, начавших вести половую жизнь, и процентном отношении тех, кто имел нерегулярные отношения в течение последнего года.  
  
Рост данного показателя является ярким свидетельством того, что кампании по пропаганде пользования презервативами имеют желаемый эффект на тех, на кого они рассчитаны.

**СБОР ДАННЫХ И ИХ ИСТОЧНИКИ**

Данные об использовании презервативов при половых актах повышенного риска собирают каждые 3-5 лет посредством обследований домохозяйств (таких как обследования по многим показателям с применением гнездовой выборки (MICS), демографические и медико-санитарные обследования (ДМСО), обследования репродуктивного здоровья (ОРЗ) и поведенческие обследования), а также других репрезентативных в общегосударственном масштабе обследований домохозяйств. Репрезентативные в общегосударственном масштабе обследования населения, такие как ДМСО и MICS, проводятся национальными статистическими органами или другими соответствующими государственными органами, обычно в сотрудничестве с международными агентствами.

**ВОПРОСЫ ДЕЗАГРЕГИРОВАНИЯ ДАННЫХ**

Данный показатель может быть представлен отдельно для мужчин и женщин, а также дезагрегирован по возрастным группам от 15 до 19 лет и от 20 до 24 лет, по проживанию в городе или селе, квинтилю благосостояния, уровню образования и по географическим регионам. Такая разбивка помогает разработчикам политики лучше охарактеризовать группы риска ВИЧ-инфицирования.

**КОММЕНТАРИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

Максимальный защитный эффект презервативов достигается при их постоянном использовании. Текущий показатель не обеспечивает информацию о том, насколько постоянно используются презервативы. Однако альтернативный метод сбора информации, когда респондентов спрашивают о том, как часто (всегда, иногда или никогда) они использовали в указанный период презервативы при половых актах с партнерами повышенного риска, подвержен ошибкам припоминания. Кроме того, тенденции по использованию презерватива при последнем сексуальном контакте будут в целом отражать тенденции по постоянному использованию презервативов. Поэтому считается, что текущий показатель пригоден для выполнения поставленной задачи, поскольку предполагается, что если использование презервативов при последних половых актах повышенного риска увеличится, то и постоянное их применение также возрастет.

**ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА**

Женщины подвергаются большему, чем мужчины, риску ВИЧ-инфицирования при незащищенном половом акте. В еще большей степени такому риску подвергаются молодые женщины. Социальные и культурные факторы также могут усиливать уязвимость женщин в плане ВИЧ-инфицирования. Например, нормы в отношении сексуального поведения в рамках тех или иных культурных традиций нередко не позволяют девушкам принимать активные меры для своей защиты.

**ДАННЫЕ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА**

Международным агентством, ответственным за данный показатель на международном уровне, является Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ). Данные собираются посредством обследований домохозяйств, таких как обследования по многим показателям с применением гнездовой выборки (MICS), демографические и медико-санитарные обследования (ДМСО), обследования домохозяйств в сельской местности, обследования репродуктивного здоровья (ОРЗ) и поведенческие обследования. Результаты представляются в итоговых отчетах по проведенным обследованиям.   
  
В рамках стандартного процесса контроля качества данных результаты обследований проверяются на несоответствия, а также для того, чтобы гарантировать сбор данных с использованием четко определенной выборки населения, что позволяет сделать выводы для всей генеральной совокупности. ЮНИСЕФ также проводит ежегодные мероприятия, называемые *Страновыми отчетами по показателям достижения целей* *(CRING)*, в рамках которых данные по показателям, содержащиеся в глобальных базах данных в ЮНИСЕФ, направляются в страны для проверки и обновления. Обновленные данные, представляемые странами, должны сопровождаться документацией из первоисточников, например, отчетами по результатам обследований.  
  
В данные, составляемые по результатам ДМСО, MICS и других обследований, которые являются статистически обоснованными и репрезентативными в общенациональном масштабе, корректировки не вносятся.   
  
В отношении отсутствующих значений обработка не предпринимается. Если информация, необходимая для расчета показателя, отсутствует, показатель не рассчитывается.  
  
Региональные и глобальные оценочные данные основываются на средневзвешенных значениях, взвешенных по общему числу молодых мужчин и женщин в возрасте от 15 до 24 лет. Эти оценочные данные представляются только в случае, если имеющиеся данные охватывают не менее 50% от общего числа молодых мужчин и женщин в возрасте от 15 до 24 лет в региональных группах или в глобальном масштабе.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**ПРИМЕРЫ**

**ССЫЛКИ**

См. ССЫЛКИ для [Показателя 6.1](http://mdgs.un.org/unsd/mi/wiki/6-1-HIV-prevalence-among-population-aged-15-24-years.ashx).

Bottom of Form

Top of Form



6.3 Доля населения в возрасте 15-24 лет, имеющее полное и правильное представление о ВИЧ/СПИДе

**ЦЕЛЬ И ЗАДАЧА, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

Цель 6. Борьба с ВИЧ/СПИДом, малярией и другими заболеваниями  
Задача 6.А. Остановить к 2015 году распространение ВИЧ/СПИДа и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ**

Определение  
Данный показатель представляет долю населения в возрасте 15-24 лет, имеющего *полное и правильное представление о вирусе иммунодефицита человека/синдроме приобретенного иммунодефицита (ВИЧ/СПИД)*.  
  
Понятия

*Полное и правильное представление о ВИЧ/СПИДе* – это правильное представление двух основных способов профилактики передачи ВИЧ-инфекции половым путем (пользование презервативами и сексуальные контакты лишь с одним верным и неинфицированным партнером), знание того, что внешне здоровый человек может, тем не менее, быть переносчиком ВИЧ-инфекции и отрицание двух наиболее распространенных *местных заблуждений* относительно способов передачи ВИЧ-инфекции.   
  
*Местные заблуждения* о способах передачи ВИЧ-инфекции отличаются в разных странах. Примеры распространенных заблуждений включают такие заблуждения, что человек может заразиться ВИЧ-инфекцией от укуса комара, в результате совместного питания с ВИЧ-инфицированным человеком, через объятие или пожатие руки инфицированного человека или каким-либо сверхъестественным образом.   
  
*Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ)* – это вирус, который ослабляет иммунную систему и приводит к синдрому приобретенного иммунодефицита (СПИД). ВИЧ разрушает способность организма бороться с инфекциями и болезнями, что может в результате привести к смерти. При отсутствии надлежащего лечения средний срок жизни человека с момента инфицирования составляет около 10,5 лет у мужчин и 11,5 лет у женщин. Не везде имеются одинаковые возможности доступа к лечению, а вакцины против этого заболевания пока не существует.  
  
Методика расчетов  
Данный показатель рассчитывается путем деления числа лиц в возрасте 15-24 лет, имеющих полное и правильное представление о ВИЧ/СПИДе, на общее число лиц в возрасте 15-24 лет и умножением полученного результата на 100.  
  
Считается, что человек имеет полное и правильное представление о ВИЧ/СПИДе в случае, если он правильно отвечает на все указанные ниже вопросы:

1. Можно ли сократить риск передачи ВИЧ-инфекции, если иметь сексуальные контакты только с одним неинфицированным партнером, не имеющим других партнеров?
2. Может ли человек сократить риск ВИЧ-инфицирования, используя презерватив при каждом сексуальном контакте?
3. Может ли внешне здоровый человек быть ВИЧ-инфицированным?
4. Может ли человек заразиться ВИЧ-инфекцией от укуса комара?
5. Может ли человек заразиться ВИЧ-инфекцией в результате совместного питания с ВИЧ-инфицированным человеком?

Первые три вопроса применимы в условиях любой страны и не должны изменяться. Вопросы 4 и 5 направлены на выявление местных заблуждений и могут быть адаптированы в зависимости от того, какие заблуждения наиболее распространены в конкретной стране. Примерами вопросов могут быть: «Может ли человек заразиться ВИЧ-инфекцией через объятие или пожатие руки ВИЧ-инфицированного человека?» или «Может ли человек заразиться ВИЧ-инфекцией сверхъестественным образом?»   
  
Молодые люди, никогда не слышавшие о ВИЧ и СПИДе, должны быть исключены из числителя, но включены в знаменатель. Человек, отвечающий «Не знаю», не должен считаться имеющим полное и правильное представление о ВИЧ/СПИДе.

**ОБОСНОВАНИЕ И ТОЛКОВАНИЕ**

Данный показатель отражает эффективность осуществляемых на национальном уровне информационно-просветительских программ среди общественности, а также других мер, которые принимаются с целью распространения знаний о действенных методах профилактики ВИЧ-инфекции и содействия правильным представлениям об этом заболевании и, в конечном итоге, для сокращения риска передачи инфекции.   
  
Мнение, что внешне здоровый человек не может быть ВИЧ-инфицированным, является распространенным заблуждением, которое может привести к незащищенному сексуальному контакту с инфицированным партнером. Исправление неправильных представлений о возможных путях передачи ВИЧ-инфекции является таким же важным, как и предоставление правильной информации о действительных путях заражения. Например, мнение о том, что ВИЧ-инфекция может передаваться через укус комара, может ослабить мотивацию к более безопасному сексуальному поведению, в то время как мнение о том, что ВИЧ-инфекция может передаваться при совместном питании, усиливает стигму по отношению к людям, живущим со СПИДом.  
  
Данный показатель особенно полезен в странах, где представления о ВИЧ и СПИДе неадекватны, поскольку он позволяет легко оценивать улучшение ситуации с течением времени. Однако он также важен и в других странах, потому что его можно использовать для того, чтобы обеспечить поддержание высокого уровня представлений о ВИЧ/СПИДе.

**СБОР ДАННЫХ И ИХ ИСТОЧНИКИ**

Данные о знаниях и заблуждениях относительно ВИЧ/СПИДа собираются каждые 3-5 лет в ходе обследований домохозяйств, таких как обследования по многим показателям с применением гнездовой выборки (MICS), демографические и медико-санитарные обследования (ДМСО), обследования репродуктивного здоровья (ОРЗ) поведенческие обследования и другие репрезентативные в общегосударственном масштабе обследования.   
  
Репрезентативные в общегосударственном масштабе обследования населения, такие как ДМСО и MICS, проводятся национальными статистическими органами или другими соответствующими государственными органами, обычно в сотрудничестве с международными партнерами.

**ВОПРОСЫ ДЕЗАГРЕГИРОВАНИЯ ДАННЫХ**

Данный показатель должен всегда готовиться и представляться в виде удельного веса мужчин и женщин; для возрастных групп 15–19 лет и 20–24 лет; а также по проживанию в городе/селе, квинтилям благосостояния, уровню образования и географическим районам. Это позволит разработчикам политики лучше понять степень информированности разных группах по вопросам ВИЧ. Кроме того, наряду с совокупным показателем необходимо готовить балл по каждому отдельному вопросу обследования (исходя из того же знаменателя).

**КОММЕНТАРИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

Обследование населения, подвергающегося наибольшему риску, представляет определенные сложности. Вся выборка обычно недостаточно велика для того, чтобы обеспечить репрезентативную выборку групп населения, подвергающихся наибольшему риску. В случае, если имеются беспокойства, что данные не основываются на репрезентативной выборке, это следует отразить при толковании данных обследования. При наличии разных источников данных необходимо использовать наилучшую имеющуюся оценку. В отчет, представляемый по этому показателю, необходимо включать информацию об объеме выборки, качестве и надежности данных и любые другие связанные вопросы.

**ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА**

В большинстве стран молодые мужчины имеют более высокий уровень полного представления о ВИЧ по сравнению с женщинами, что обусловлено гендерными различиями, вследствие которых мужчины имеют больший, по сравнению с женщинами, доступ к СМИ и другим источникам информации, навыкам и услугам, связанным с ВИЧ.

**ДАННЫЕ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА**

Международным агентством, ответственным за данный показатель на международном уровне, является Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ). Данные собираются посредством MICS, ДМСО и других обследований на страновом уровне, являющихся статистически обоснованными и репрезентативными в общенациональном масштабе. Результаты представляются в итоговых отчетах по проведенным обследованиям.   
  
В рамках стандартного процесса контроля качества данных результаты обследований проверяются на несоответствия, а также для того, чтобы гарантировать сбор данных с использованием четко определенной выборки населения, что позволяет сделать выводы для всей генеральной совокупности. ЮНИСЕФ также проводит ежегодные мероприятия, называемые *Страновыми отчетами по показателям достижения целей* *(CRING)*, в рамках которых данные, содержащиеся в глобальных базах данных в ЮНИСЕФ, направляются в страны для проверки и обновления. Обновленные данные, представляемые странами, должны сопровождаться документацией из первоисточников, например, отчетами по результатам обследований.   
  
Данные обследований домохозяйств, используемые для подготовки показателя, взвешиваются в соответствии с планом обследования для получения национально репрезентативного показателя. В данные не вносятся дополнительные изменения.  
  
Между глобальными и национальными значениями могут быть расхождения, если национальные значения рассчитываются на основании лишь некоторых компонентов показателя или если обследования основываются только на некоторых географических районах. Если данные отсутствуют, расчетные значения не готовятся.  
  
Региональные и глобальные оценочные данные основываются на средневзвешенных значениях, взвешенных по общему числу молодых мужчин и женщин в возрасте 15-24 лет. Эти оценочные данные представляются только в случае, если имеющиеся данные охватывают не менее 50% от общего числа молодых мужчин и женщин в возрасте 15-24 лет в региональных группах или в глобальном масштабе.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**ПРИМЕРЫ**

**ССЫЛКИ**

См. ССЫЛКИ для [Показателя 6.1](http://mdgs.un.org/unsd/mi/wiki/6-1-HIV-prevalence-among-population-aged-15-24-years.ashx).

Bottom of Form

Top of Form



6.4 Соотношение показателей посещаемости школы детьми-сиротами и детьми, имеющими родителей, в возрасте от 10 до 14 лет

**ЦЕЛЬ И ЗАДАЧА, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

Цель 6. Борьба с ВИЧ/СПИДом, малярией и другими заболеваниями  
Задача 6.А. Остановить к 2015 году распространение ВИЧ/СПИДа и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ**

Определение  
Данный показатель определяется как соотношение *показателя посещаемости школы детьми-сиротами* в возрасте от 10 до 14 лет и *показателя посещаемости школы детьми, имеющими родителей*, в возрасте от 10 до 14 лет.   
  
Понятия

*Показатель посещаемости школы* определяется как удельный вес детей в заданной группе, учащихся в школе.  
  
*Сиротами* являются дети в возрасте от 10 до 14 лет, оба биологических родителя которых умерли.   
  
*Дети, имеющие родителей,* – это дети в возрасте от 10 до 14 лет, оба родителя которых живы и которые проживают совместно, по крайней мере, с одним из биологических родителей.  
  
Возраст детей оценивается по последнему дню рождения.  
  
Методика расчетов  
Для расчета данного показателя, показатель посещаемости школы детьми-сиротами в возрасте от 10 до 14 лет делится на показатель посещаемости школы детьми, имеющими родителей, в возрасте от 10 до 14 лет.  
  
Показатель посещаемости школы детьми-сиротами в возрасте от 10 до 14 лет рассчитывается путем деления числа детей, потерявших обоих родителей и учащихся в школе, на общее число детей, потерявших обоих родителей.  
  
Показатель посещаемости школы детьми, имеющими родителей, в возрасте от 10 до 14 лет рассчитывается путем деления общего числа детей, оба родителя которых живы и которые проживают совместно, по крайней мере, с одним из родителей и учатся в школе, на общее число детей, оба родителя которых живы, и которые проживают совместно, по крайней мере, с одним из родителей.

**ОБОСНОВАНИЕ И ТОЛКОВАНИЕ**

Многие взрослые умирают от ВИЧ/СПИДа именно в тот период своей жизни, когда они создают семьи и растят детей. В результате во многих странах неуклонно растет число сирот. При этом следует отметить, что чем меньше молодых взрослых родственников у осиротевшего ребенка, тем более неопределенным становится его будущее.   
  
Нередко дети, потерявшие родителей, сталкиваются со стигматизацией со стороны окружающих и бедностью, которые становятся еще большей угрозой для их благополучия. Осиротевшие дети и подростки имеют меньший доступ к надлежащему питанию, базовым медицинским услугам, жилью и одежде. Они могут избрать для себя модель поведения, нацеленную на выживание, что повышает их уязвимость в отношении ВИЧ-инфицирования. В силу испытываемого эмоционального напряжения, дискриминации, неспособности оплачивать учебу или из-за необходимости ухаживать либо за ВИЧ-инфицированными родителями или опекунами либо за младшими братьями и сестрами, повышается вероятность преждевременного ухода таких детей из школы. В связи с этим важно отслеживать, насколько программы помощи в связи со СПИДом реально способствуют обеспечению возможностей в области образования для детей-сирот.

**СБОР ДАННЫХ И ИХ ИСТОЧНИКИ**

Данные по посещаемости школы детьми-сиротами и детьми, имеющими родителей, собираются каждые 3-5 лет посредством обследований домохозяйств, таких как обследования по многим показателям с применением гнездовой выборки (MICS), демографические и медико-санитарные обследования (ДМСО), обследования репродуктивного здоровья (ОРЗ) поведенческие обследования и другие репрезентативные в общегосударственном масштабе обследования.   
  
Репрезентативные в общегосударственном масштабе обследования населения, такие как ДМСО и MICS, проводятся национальными статистическими органами или другими соответствующими государственными органами, обычно в сотрудничестве с международными партнерами.

**ВОПРОСЫ ДЕЗАГРЕГИРОВАНИЯ ДАННЫХ**

Во многих странах данные по этому показателю сложно дезагрегировать по другим характеристикам вследствие небольшого объема выборки сирот, потерявших обоих родителей, особенно в условиях незначительной или начинающейся эпидемии. Если позволяет выборка, показатель можно дезагрегировать по возрасту, полу и месту жительства (город/село).

**КОММЕНТАРИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

Данный показатель не является прямой мерой, оценивающей посещение школы детьми, ставшими сиротами в результате СПИДа. С учетом сложности определения числа детей, ставших сиротами в результате СПИДа, показатель рассчитывается на основании всех детей-сирот в возрасте от 10 до 14 лет вне зависимости от причины смерти обоих родителей. Однако считается, что большая доля смерти взрослых, имеющих детей школьного возраста в странах, где распространена эпидемия ВИЧ, может быть связана со СПИДом.   
  
Учитывая, что в разных странах возраст поступления в школу неодинаков, параметры этого показателя ограничиваются контингентом детей в возрасте от 10 до 14 лет в целях сопоставимости данных. Кроме того, используется контингент детей в возрасте от 10 до 14 лет, потому что дети-сироты младшего возраста, вероятнее всего, потеряли своих родителей недавно, поэтому неблагоприятное воздействие на их образование было непродолжительным.   
  
Определения детей-сирот и детей, имеющих родителей, используемые для данного показателя (оба родителя умерли и оба родителя еще живы), выбраны с тем, чтобы можно было выявить и отслеживать в динамике максимальный эффект неблагоприятного положения детей-сирот в результате потери обоих родителей.   
  
Вследствие ограниченного охвата данный показатель занижает относительные вызовы, с которыми сталкиваются дети-сироты при посещении школы. В ходе обследований домохозяйств, которые являются типичными источниками информации для расчета данного показателя, могут упускаться из виду дети, проживающие в неустойчивых домохозяйствах, однако именно в них сирот оказывается несопоставимо больше. Кроме того, дети, которые имеют большую вероятность сиротства, такие как дети, живущие на улице или находящиеся в специальных учреждениях, иногда не фиксируются в обследованиях домохозяйств.

**ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА**

Сиротами становятся как мальчики, так и девочки. Однако девочки, как правило, чаще мальчиков бросают школу для того, чтобы ухаживать за больными родителями и своими младшими братьями и сестрами. Другие вопросы гендерного равенства в образовании более подробно рассмотрены в показателях по Целям 2 и 3.

**ДАННЫЕ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА**

Международным агентством, ответственным за данный показатель на международном уровне, является Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ). Данные собираются посредством обследований домохозяйств, таких как обследования по многим показателям с применением гнездовой выборки (MICS), демографические и медико-санитарные обследования (ДМСО), обследования репродуктивного здоровья (ОРЗ), поведенческие обследования и другие репрезентативные в общенациональном масштабе обследования. Результаты представляются в итоговых отчетах по проведенным обследованиям.   
  
В рамках стандартного процесса контроля качества данных результаты обследований проверяются на несоответствия, а также для того, чтобы гарантировать сбор данных с использованием четко определенной выборки населения, что позволяет сделать выводы для всей генеральной совокупности. ЮНИСЕФ также проводит ежегодные мероприятия, называемые *Страновыми отчетами по показателям достижения целей (CRING)*, в рамках которых данные, содержащиеся в глобальных базах данных в ЮНИСЕФ, направляются в страны для проверки и обновления. Обновленные данные, представляемые странами, должны сопровождаться документацией из первоисточников, например, отчетами по результатам обследований.  
  
В данные, составляемые по результатам ДМСО, MICS и других обследований, которые являются статистически обоснованными и репрезентативными в общенациональном масштабе, корректировки не вносятся. Временной сдвиг между базисным годом и фактической подготовкой серии данных зависит от наличия и надежности данных обследования по каждой стране.  
  
Данные обследований домохозяйств, используемые для подготовки показателя, взвешиваются в соответствии с планом обследования для выработки национально репрезентативного показателя. В данные не вносятся дополнительные изменения.  
  
В отношении отсутствующих значений обработка не предпринимается. Если информация, необходимая для расчета показателя, отсутствует, показатель не рассчитывается.  
  
Региональные и глобальные оценочные данные основываются на средневзвешенных значениях, взвешенных по общему числу детей в возрасте от 10 до 14 лет. Эти оценочные данные представляются только в случае, если имеющиеся данные охватывают не менее 50% от общего числа детей в возрасте от 10 до 14 лет в региональных группах или в глобальном масштабе.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**ПРИМЕРЫ**

**ССЫЛКИ**

См. ССЫЛКИ для [Показателя 6.1](http://mdgs.un.org/unsd/mi/wiki/6-1-HIV-prevalence-among-population-aged-15-24-years.ashx).

Bottom of Form

Top of Form



6.5 Доля находящихся на поздней стадии инфицирования ВИЧ, имеющих доступ к антиретровирусным препаратам

**ЦЕЛЬ И ЗАДАЧА, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

Цель 6. Борьба с ВИЧ/СПИДом, малярией и другими заболеваниями   
Задача 6.B: Предоставление к 2010 году возможности пройти лечение от ВИЧ/СПИД всем, кто в нем нуждается.

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ**

Определение  
Доля взрослых и детей, живущих с ВИЧ и получающих в настоящее время антиретровирусную терапию, определяется как доля взрослых и детей, которые в настоящее время получают *антиретровирусную терапию (АРТ)*, в общем числе всех взрослых и детей, имеющих право на получение АРТ.  
  
Понятия

*Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ)* – это вирус, который ослабляет иммунную систему и приводит к *синдрому приобретенного иммунодефицита (СПИД)*. ВИЧ разрушает способность организма бороться с инфекциями и болезнями, что может в результате привести к смерти. Инфекции, ассоциируемые с тяжелым иммунодефицитом, известны как «оппортунистические инфекции», они поражают людей с ослабленной иммунной системой. При отсутствии надлежащего лечения средний срок жизни человека с момента инфицирования составляет около 10,5 лет у мужчин и 11,5 лет у женщин. Не везде имеются одинаковые возможности доступа к лечению, а вакцины против этого заболевания пока не существует.  
  
*Антиретровирусная терапия (АРТ)* заключается в применении, как минимум, трех антиретровирусных (АРТ) препаратов для максимального подавления ВИЧ и предотвращения прогрессирования заболевания.   
  
*Приобретенный синдром иммунного дефицита (СПИД)* является наиболее продвинутой стадии ВИЧ-инфекции. Клинически СПИД определяется присутствием любой из более чем 25-ти оппортунистических инфекций или рака у человека, имеющего серологическое доказательство ВИЧ-инфекции. По иммунологическим критериям СПИД может быть диагностирован в случае, если число лимфоцитов CD4 составляет менее 200 клеток на микролитр крови у ВИЧ-инфицированного взрослого (информацию о диагностировании СПИДа у детей см. по ссылке: <http://www.who.int/hiv/pub/vct/hivstaging>)  
  
*Имеющими право на АРТ* являются лица, находящиеся на поздней стадии инфицирования ВИЧ, которым необходима антиретровирусная терапия. Основанием для этого являются рекомендации ВОЗ, которые были обновлены в 2010 г. Например, исходя из новых доказательств, в 2010 г. ВОЗ рекомендовал изменить пороговое значение лимфоцитов CD4, при котором антиретровирусная терапия считается необходимой для взрослых, с 200 до 350 клеток на микролитр. Критерии для начала применения антиретровирусной терапии для младенцев и детей соответствуют руководствам ВОЗ для младенцев и детей.  
  
Методика расчетов  
Данный показатель рассчитывается путем деления количества взрослых и детей с ВИЧ, нуждающихся и получающих АРТ, на общее количество взрослых и детей с ВИЧ, имеющих право на АРТ, и умножением полученного результата на 100.

**ОБОСНОВАНИЕ И ТОЛКОВАНИЕ**

По мере развития эпидемии ВИЧ увеличивается количество людей, достигнувших продвинутых стадий ВИЧ-инфекции. Как показывает опыт, антиретровирусная терапия (АРТ) снижает смертность среди ВИЧ-инфицированных, поэтому предпринимаются усилия по повышению ее доступности для всех нуждающихся. Данный показатель оценивает прогресс в предоставлении АРТ всем лицам, имеющим право на нее.

**СБОР ДАННЫХ И ИХ ИСТОЧНИКИ**

Данные по количеству взрослых и детей, получающих антиретровирусную терапию, берутся из систем отчетности по национальным программам, агрегированных из учреждений здравоохранения и других учреждений, оказывающих услуги. В отчетах учреждений здравоохранения содержатся данные из реестров учреждений и/или отчетов систем управления поставками лекарств. При АРТ учитываются лекарственные средства, полученные в течение последнего месяца отчетного периода. Также может быть осуществлена внешняя сверка цифр с данными фармацевтических компаний, при наличии таковых. Некоторыми странами разработаны собственные методы расчета количества людей, которым необходима антиретровирусная терапия. В некоторых случаях эти расчеты основаны только на зарегистрированных случаях ВИЧ, и поэтому люди с ВИЧ, которым неизвестен их ВИЧ статус, не учитываются.   
  
На международном уровне ЮНЭЙДС и ВОЗ разработаны методы моделирования для генерирования страновых расчетов масштаба эпидемии и ключевых показателей воздействия, включая смертность. Потребность в лечении рассчитывается с учетом данных эпидемиологического надзора, частоты случаев ВИЧ у взрослых с течением времени, средней продолжительности жизни людей с ВИЧ, получающих и не получающих антиретровирусную терапию, и среднего времени между сероконверсией и необходимостью получения антиретровирусной терапии.  
  
Общее количество взрослых и детей с ВИЧ, которым необходима антиретровирусная терапия, определяется с применением стандартной методики статистического моделирования. Расчет количества взрослых с продвинутой стадией ВИЧ, которым необходимо начать лечение, основывается на предположении о том, что среднее время между сероконверсией ВИЧ и необходимостью получения антиретровирусной терапии составляет восемь лет, а без антиретровирусной терапии среднее время между необходимостью получения АРТ и смертью составляет около трех лет.   
  
Данные, составляемые странами, могут отличаться от оценок ЮНЭЙДС/ВОЗ. Содействие укреплению национального потенциала по применению методов моделирования оказывается посредством международных обучающих семинаров, проводимых один раз в два года. В ходе данных семинаров участников информируют о новейших разработках в области сбора данных, и укрепляют потенциал стран по составлению более точных расчетов. Входные данные для моделей собираются на национальном уровне, например, данные по доминирующему серотипу ВИЧ берутся из национальных плановых обследований на ВИЧ и национальных исследований по распространенности заболевания; входные данные о численности берутся из национальных данных о размерах групп повышенного риска и расчетов взрослого населения в разбивке по административным единицам; входные данные о потребности в лечении берутся из национальных данных о распределении числа лимфоцитов CD4 (показатель того, насколько сильна иммунная система) у взрослых, начавших АРТ, в годовом расчете; а входные данные об охвате лечением берутся из национальных данных о количестве взрослых и детей, получающих АРТ, в разбивке по возрастным группам, годам, схемам лечения препаратами первой и второй линии. Вышеперечисленные модели в настоящее время используются большинством стран с низким и средним уровнем доходов.

**ВОПРОСЫ ДЕЗАГРЕГИРОВАНИЯ ДАННЫХ**

В большинстве стран данные о лечении доступны в разбивке по полу. Рекомендуется дальнейшая разбивка по возрасту, а именно «младше 15 лет» и «старше 15 лет». Группа «младше 15 лет» может быть далее дезагрегирована на «до 1 года», «1-4 года», «5-15 лет». Если возможно, данные о лечении могут быть дезагрегированы по схемам лечения препаратами первой и второй линии, по предоставлению лечения частным и государственным сектором и по группам населения повышенного риска (например, работники секс-индустрии, потребители инъекционных наркотиков, мужчины, имеющие секс с мужчинами).

**КОММЕНТАРИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

Оценка количества людей, получающих антиретровирусную терапию, может быть неточной в странах, где нет системы регулярной отчетности, регистрирующей людей, начинающих лечение в первый раз; степень соблюдения режима терапии людьми, получающими лечение; количество людей, прекращающих лечение; и количество людей, умирающих в ходе получения лечения.   
  
Сообщаемое количество людей, получающих антиретровирусную терапию, также несет в себе неопределенность. Для повышения точности расчетов необходимо совершенствовать системы мониторинга программ. Например, некоторые пациенты получают антиретровирусные препараты на несколько месяцев в ходе одного посещения лечебного учреждения, и эти препараты могут быть предназначены для антиретровирусной терапии на последний месяц отчетного периода, но могут не быть занесены в карточку пациента как выданные в ходе посещения в последний месяц отчетного периода. Необходимо предпринять усилия для учета таких пациентов, т.к. их необходимо включать в расчет показателя.  
  
Несмотря на то, что данный показатель позволяет осуществлять мониторинг тенденций с течением времени, он не позволяет проводить различие между типами доступных линий лечения, и не измеряет стоимость, качество и эффективность лечения. Антиретровирусная терапия для постконтактной профилактики в него также не включена.

**ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА**

Вопрос равноправного доступа женщин, живущих с ВИЧ, к лечению вызывает обеспокоенность, учитывая социальное и экономическое неравенство между женщинами и мужчинами, а также более высокий биологический риск заражения ВИЧ-инфекцией у женщин по сравнению с мужчинами. На основании доступных данных можно предположить, что в целом доступ женщин к антиретровирусной терапии не ущемляется. Например, согласно данным по 109 странам в 2010 году 58% взрослых, получавших антиретровирусную терапию, - женщины, даже несмотря на то, что они составляют 53% населения, нуждающегося в лечении.   
  
В большинстве стран отчетность не содержит разбивку по полу для группы младше 15 лет.

**ДАННЫЕ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА**

За предоставление данных по этому показателю на международном уровне отвечают ВОЗ, ЮНЭЙДС и Детский Фонд ООН (ЮНИСЕФ), и с 2003 года они составляют данные по странам.  
  
Данные берутся из последних отчетов от министерств здравоохранения или других надежных источников в странах, таких как двусторонние партнеры, фонды и неправительственные организации, являющиеся основными поставщиками услуг по лечению. Страны отчитываются перед международной системой в рамках Глобальной отчетности по прогрессу в области борьбы со СПИДом в соответствии с Политической декларацией по ВИЧ/СПИДу 2011 года (ранее это была отчетность для Специальной сессии Генеральной ассамблеи ООН по ВИЧ /СПИДу (UNGASS)).   
  
Для генерирования диапазона неопределенности расчетов по потребности в антиретровирусной терапии используется специализированное программное обеспечение. В зависимости от качества данных по надзору, диапазоны в некоторых странах могут быть широкими. Диапазоны неопределенности уровней охвата лечением основаны на расчетах потребности в лечении.   
  
Региональные и глобальные расчеты рассчитываются как средневзвешенные страновые показатели, в которых вес соответствует доле каждой страны в общей численности людей, нуждающихся в антиретровирусной терапии. Несмотря на то, что ВОЗ и ЮНЭЙДС собирают данные по количеству людей, получающих антиретровирусную терапию, в странах с высоким доходом, данные по потребности в лечении в этих странах не определялись. Агрегированный процент охвата основывается только на данных стран с низким и средним уровнем дохода.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**ПРИМЕРЫ**

**ССЫЛКИ**

MORGAN, M. et al. (2006). *Improved Plausibility Bounds about the 2005 HIV and AIDS Estimates*. Sexually Transmitted Infections. Vol. 82. Suppl III: iii71–iii77. Available from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2576724/pdf/iii71.pdf  
  
JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (2012). *Global AIDS Response Progress Reporting: Guidelines on Construction of Core Indicators for monitoring the 2011 Political Declaration on HIV/AIDS*. Geneva. Available from http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/JC2215\_Global\_AIDS\_Response\_Progress\_Reporting\_en.pdf   
  
JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (2011). *Spectrum/EPP 2011*. Available from <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/tools/spectrumepp2011/>  
  
WORLD HEALTH ORGANIZATION (2012). *A guide on indicators for monitoring and reporting on the health sector response to HIV/AIDS*. Geneva. Available from <http://www.who.int/hiv/pub/me/ua_indicator_guide/en/index.html>  
  
WORLD HEALTH ORGANIZATION, JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS, and UNITED NATIONS CHILDREN’S FUND (2011). *Progress report 2011: Global HIV/AIDS response*. Epidemic update and health sector progress towards Universal Access. Geneva. Available from <http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502986_eng.pdf>  
  
WORLD HEALTH ORGANIZATION (2011). *Meeting Report of the 2011 Annual Meeting of the Interagency Task Team on Prevention and Treatment of HIV Infection in Pregnant Women, Mothers and their Children*. Geneva, 2-3 May 2011. Available from <http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501927_eng.pdf>  
  
WORLD HEALTH ORGANIZATION (2010). *Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents. Recommendations for a public health approach: 2010 revision*. Geneva. Available from <http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599764_eng.pdf>  
  
WORLD HEALTH ORGANIZATION (2010). *Antiretroviral therapy for HIV infection in infants and children: Towards universal access. Recommendations for a public health approach: 2010 revision*. Geneva. Available from <http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599801_eng.pdf>  
  
WORLD HEALTH ORGANIZATION (2010). *Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants: Towards universal access. Recommendations for a public health approach: 2010 revision*. Geneva. Available from <http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599818_eng.pdf>

Bottom of Form

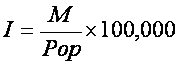
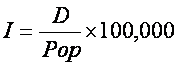
Top of Form

6.6 Уровни заболеваемости малярией и смертности от нее

**ЦЕЛЬ И ЗАДАЧА, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

Цель 6. Борьба с ВИЧ/СПИДом, малярией и другими заболеваниями  
Задача 6.C. Остановить к 2015 году распространение малярии и других основных болезней и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ**

Определение  
Уровень заболеваемости *малярией* означает число новых случаев заболевания малярией в расчете на 100 000 человек в год.  
Уровень смертности от *малярии* означает число смертей в результате малярии в расчете на 100 000 человек в год.  
  
  
Понятия  
Малярия – это инфекционное заболевание, вызываемое паразитическими рода Plasmodium и передающееся при укусе инфицированными комарами. Обычно симптомы проявляются через 10-15 дней после укуса комара и включают лихорадку, головную боль и рвоту. Рабочее определение случая заболевания *малярией* – это «лихорадка, вызванная паразитическими рода Plasmodium», которое определяет лиц, нуждающихся в противомалярийном лечении.  
  
Методика расчетов  
Уровень заболеваемости малярией (I) – это число новых случаев заболевания малярией (M), деленное на общую численность населения (Pop) и умноженное на 100 000.  
  
Уровень смертности от малярии (I) – это число смертей в результате малярии (D), деленное на общую численность населения (Pop) и умноженное 100 000.  


**ОБОСНОВАНИЕ И ТОЛКОВАНИЕ**

Информация об уровне заболеваемости малярией необходима для определения потребности в лечении малярии. Данные по уровню заболеваемости можно сравнить с уровнем доступа к лечению малярии для выявления недостаточно обеспеченной части населения и в случае ограниченности ресурсов направить меры по ее лечению на наиболее приоритетные районы. Данные по изменению уровня заболеваемости помогают судить о степени успешности реализации программ лечения и определять соответствие эффективности программ ожиданиям или необходимость корректировки масштабов или комбинации стратегии. В высокоэндемичных регионах обычно уровень заболеваемости составляет 1,5 случая на одного ребенка в возрасте до пяти лет и 1 случай на 10 взрослых в год.   
  
Информация по уровню смертности в результате малярии также помогает судить о степени успешности реализации программ и может указывать на неэффективность программ в части профилактики малярии или доступа к эффективному лечению.  
  
Малярия сама по себе является серьезным заболеванием, но помимо этого, она повышает риск смерти от других заболеваний. Кроме того, малярия ложится экономическим бременем на семьи, в особенности на те семьи, которые хотя бы могут платить за профилактику и лечение, и наибольшее влияние оказывает потеря дохода вследствие болезни. Это заболевание является финансовой нагрузкой на страны, эндемичные по малярии, которые вынуждены использовать ограниченные ресурсы для предоставления противомоскитных сеток, инсектицидов и лекарств в попытках борьбы с заболеванием.

**СБОР ДАННЫХ И ИХ ИСТОЧНИКИ**

Информация по количеству случаев заболевания малярией и полноте отчетности и коэффициенты подтверждения случаев заболеваний составляются на ежегодной основе министерствами здравоохранения (Национальные программы по борьбе с малярией) на основании данных, собираемых национальными органами, ответственными за медико-санитарное обслуживание.

**ВОПРОСЫ ДЕЗАГРЕГИРОВАНИЯ ДАННЫХ**

Существует два основных возбудителя малярии, в соответствии с которыми можно дезагрегировать показатели по уровню заболеваемости и смертности:

1. *Plasmodium falciparum*, который преобладает в Африке и других регионах с интенсивной передачей инфекции и вызывает наиболее тяжелые случаи заболевания и смерть, и
2. *Plasmodium vivax*, который имеет более обширное географическое распространение, но имеет меньшую вероятность тяжелой формы заболевания малярией. Страны, проводящие лабораторное подтверждение малярии, обычно предоставляют соотношение случаев заболевания, вызванных *Plasmodium falciparum* и *Plasmodium vivax*. В рамках некоторых программ также проводится разграничение между случаями, которые выявляются пассивно (от лиц, обращающихся в медицинские учреждения) и активно (путем проведения исследований с целью выявления случаев заболевания среди населения), а также между случаями, которые являются эндемическими, и случаями, которые, вероятно, являются завозными.

Также полезно изучать уровень заболеваемости и смертности в разбивке по возрастным группам и полу. В условиях низкого уровня передачи инфекции, где имеется слабый иммунитет к малярии, случаи заболеваний равномерно распределяются по возрастам. В условиях высокого уровня передачи инфекции, случаи заболеваний и смерти наиболее распространены среди детей в возрасте до пяти лет, поскольку частая подверженность позволяет людям более старшего возраста сформировать определенный иммунитет. Заболеваемость малярией равномерно распределена среди мальчиков и девочек, но при этом беременные женщины особенно подвержены заболеванию.   
  
Также целесообразно рассчитывать уровень заболеваемости по роду занятий, для городского и сельского населения, а также по уровню доходов. Уровень заболеваемости выше среди определенных профессиональных групп, которые подвержены более высокому риску инфицирования, например, работников лесного хозяйства, и среди сельского населения, поскольку они обычно имеют большую нагрузку по малярии по сравнению с городским населением. Вероятно, что имеются различия в уровне заболеваемости среди групп с разным уровнем благосостояния (в рамках городских/сельских слоев населения), обуславливаемые различиями в жилищных условиях и наличием и использованием превентивных мер, таких как обработанные инсектицидом противомоскитные сетки (ОИС).   
  
Административные данные по случаям заболевания малярией зачастую дезагрегируются по возрастным группам (до 5 лет или старше 5 лет) и определенным группам риска (беременные женщины). Проводить другие виды дезагрегирования данных сложно в обычных условиях, для этого необходимо проведение оперативных исследований в рамках национальных программ по борьбе с малярией.

**КОММЕНТАРИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

Оценочные данные по числу случаев заболевания малярией особенно чувствительны к полноте отчетности, предоставляемой медицинскими учреждениями. В случае если министерства здравоохранения ведут точный учет количества отчетов эпидемиологического надзора, ожидаемых и полученных от медицинских учреждений, то по недостающим отчетам можно сделать корректировки. Однако если эта информация строго не регистрируется и заявляемая полнота отчетных данных отличается от реальности, то число случаев заболевания малярией будет определено неточно. Кроме того, многие случаи заболеваний, зарегистрированные в бедных странах, не подвергаются микроскопическим исследованиям; в связи с этим значительная доля пациентов, которым был поставлен диагноз «малярия», может иметь лихорадочное состояние в связи с другими заболеваниями.  
  
Что касается регистрации случаев смерти в результате малярии, симптомы малярии могут быть сходными с симптомами других болезней, поэтому нельзя быть уверенным в том, что смерть наступила в результате малярии. Это особенно верно для детей, поскольку многие дети, которые умирают, могут одновременно страдать от ряда причин, включая респираторные инфекции, диарею и недоедание.  
  
В районах с интенсивной передачей малярии, распространенность паразитов, оцениваемая посредством проведения репрезентативных в общегосударственном масштабе обследований домохозяйств, может давать представление о риске инфицирования малярией и тенденциях по бремени болезни. Однако нужно с осторожностью подходить к этому показателю, поскольку многие инфекции могут быть бессимптомными и не отражать болезненное состояние. Кроме того, этот показатель не всегда отражает изменения с течением времени, поскольку при высокой интенсивности передачи инфекции умеренные снижения уровня заболеваемости трансмиссивными болезнями необязательно отражаются в снижении распространенности. Распространенность паразитирующих является менее актуальным показателем в районах с низкой интенсивности передачи инфекции, где распространенность паразитов составляет менее 5% и ее точная оценка представляет сложность.

**ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА**

Потенциальные различия между мужчинами и женщинами зависят от взаимодействия биологических факторов, произвольных правил, выработанных обществом в отношении полов (гендерных ролей), и взаимоотношений между полами. Мужчины и женщины имеют свои биологические особенности, которые влияют на восприимчивость к тропическим заболеваниям и иммунитет к ним. В период беременности иммунитет у женщин наиболее ослаблен, в связи с чем беременные женщины становятся более подверженными риску заражения и возможных осложнений.   
  
Во время беременности малярийная инфекция может варьироваться от бессимптомной инфекции до тяжелой формы болезни, угрожающей жизни, в зависимости от эпидемиологической обстановки. В районах стабильной передачи у большинства взрослых женщин сформировался достаточный естественный иммунитет, поэтому инфицирование обычно не приводит к симптомам, даже во время беременности. В таких районах основное влияние малярийной инфекции заключается в материнской анемии, вызванной малярией, и присутствием паразитов в плаценте, что приводит к низкой массе тела при рождении, являющейся основной причиной замедленного развития и смертности младенцев. Заболевание женщин малярией в период беременности является одной из важных причин материнской смертности. В районах нестабильной передачи малярии большинство женщин приобретает недостаточный иммунитет к малярии, и поэтому подвергается риску тяжелой формы малярии и смерти.  
  
Гендерные роли и взаимоотношения между полами могут влиять на доступ и контроль в отношении ресурсов, необходимых для защиты женщин и мужчин от инфицирования. Например, неравное соотношение сил между мужчинами и женщинами и неравный доступ к медицинской помощи и финансовым ресурсам вследствие гендерных и других социальных неравенств приводят к более высокой уязвимости женщин к малярии и другим инфекционным заболеваниям. Такие неравенства могут также повлиять на способность женщин принимать адекватные меры реагирования и иметь доступ к профилактике и лечению, в случае наличия таких услуг.   
  
В некоторых обществах деятельность мужчин и женщин во время пиковых периодов укусов комаров может также привести к различной степени риска инфицирования. В частности, мужчины часто имеют больший профессиональный риск заражения малярией, чем женщины, если они работают в лесах в пиковый период укусов комаров или мигрируют в высокоэндемичные районы в поисках работы.

**ДАННЫЕ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА**

Агентством, ответственным за подготовку этих показателей на международном уровне, является Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). ВОЗ собирает сведения, предоставляемые национальными министерствами здравоохранения, ответственными за эпидемиологический надзор за малярией в эндемичных странах. Данные по численности населения берутся из оценок, подготавливаемых отделом народонаселения ООН.  
  
Данные корректируются для обеспечения международной сопоставимости. Корректировки производятся на занижение сведений по случаям заболеваний в странах в связи с тем, что пациенты не обращаются в государственные медицинские учреждения, или в связи с упущениями систем отчетности в государственном секторе, а также на избыточную диагностику малярии в странах, не проводящих лабораторное подтверждение случаев заболевания. В случае отсутствия данных систем эпидемиологического надзора или в случае если такие данные считаются недостаточно качественными, уровень заболеваемости рассчитывается из оценочного уровня риска заболевания малярией и обычно получается из источников, отличающихся от имеющихся в национальном масштабе оценочных данных.  
  
Полное описание методов, применяемых для расчета уровня заболеваемости, приведено во *Всемирном докладе по малярии за 2010 и 2011 гг.*, где также описаны процедуры по расчету уровня неопределенности в отношении оценочных значений.  
  
Количество смертей в результате малярии получают путем применения одного из методов:

* Путем умножения оценочного числа случаев заболевания малярией *Plasmodium falciparum* в стране на фиксированный коэффициент смертности. Этот метод применяется для всех стран за пределами Африки, а также для стран Африки, где расчетные данные по уровню заболеваемости получают из стандартных систем отчетности и где на смертность в результате малярии приходится менее 5% всех смертей среди детей в возрасте до 5 лет.
* Для стран африканского региона, где смертность в результате малярии составляет 5 и более процентов от всех случаев смерти среди детей в возрасте до 5 лет, количество смертей рассчитывается из оценочного числа людей, живущих при высоком, низком или отсутствующем риске заболевания малярией. Уровень смертности в результате малярии для этих контингентов логически выводится из продольных исследований смертей в результате малярии в соответствии с описанным в обновленной редакции отчета *«Глобальное бремя болезней» за 2004 г.*

**СНОСКА**

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**ПРИМЕРЫ**

**ССЫЛКИ**

KORENROMP E. (2005). *Malaria Incidence Estimates At Country Level For The Year 2004. Proposed Estimates and Draft Report*. Geneva, World Health Organization. Available from <http://www.who.int/malaria/publications/atoz/incidence_estimations2/en/index.html>.  
  
ROWE, A.K. et al. (2006). *The Burden of Malaria Mortality Among African Children in the Year 2000*. International Journal of Epidemiology, 35:691–704. Available from <http://ije.oxfordjournals.org/cgi/content/full/35/3/691>.   
  
SNOW, R.W. et al. (2003). *The Public Health Burden of Plasmodium Falciparum Malaria in Africa: Deriving the Numbers*. Bethesda, Maryland, Fogarty International Center, National Institutes of Health. Available from <http://www.cdc.gov/malaria/pdf/snow_wp11.pdf>.  
  
UNITED NATIONS (2008). *World Population Prospects: The 2008 Revision*. New York. Available from <http://esa.un.org/unpp/>.  
  
WORLD HEALTH ORGANIZATION (2008). *Global Burden of Disease: 2004 Update*. Geneva. Available from <http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/index.html>.  
  
WORLD HEALTH ORGANIZATION (2008). *World Malaria Report 2008.* Geneva. Available from <http://www.who.int/malaria/publications/atoz/9789241563697/en/index.html>.   
  
WORLD HEALTH ORGANIZATION (2009). *World Malaria Report 2009.* Geneva. Available from <http://www.who.int/malaria/publications/atoz/9789241563901/en/index.html>.   
  
WORLD HEALTH ORGANIZATION (2010). *World Malaria Report 2010.* Geneva. Available from <http://www.who.int/malaria/publications/atoz/9789241564106/en/index.html>.  
  
WORLD HEALTH ORGANIZATION (2011). *World Malaria Report 2011.* Geneva. Available from <http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2011/en/>.  
  
WORLD HEALTH ORGANIZATION (1998). *Gender and Health: A Technical Paper.* Geneva. Available from <http://www.who.int/docstore/gender-and-health/pages/Publications.html>.   
  
WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO Fact Sheet on Malaria.* Geneva. Internet site <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs094/en/>.

Bottom of Form

Top of Form



6.7 Доля детей в возрасте до пяти лет, которые спят под сетками, обработанными инсектицидами

**ЦЕЛЬ И ЗАДАЧА, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

Цель 6. Борьба с ВИЧ/СПИДом, малярией и другими заболеваниями  
Задача 6.C. Остановить к 2015 году распространение малярии и других основных болезней и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ**

Определение  
Данный показатель определяется как доля детей в возрасте 0–59 месяцев, которые в ночь до проведения обследования спали под *противомоскитными сетками, обработанными инсектицидами*.  
  
Данный показатель выражается в виде процента.  
  
Понятия  
*Противомоскитная сетка, обработанная инсектицидами*, или противомалярийная сетка - это сетка, которая была обработана инсектицидом в течение предшествующих 12 месяцев или обрабатывалась постоянно. В условиях постоянной обработки сетки действие инсектицида сохраняется в течение срока полезного использования противомоскитной сетки, определяемой как не менее 20 стирок и не менее трех лет в условиях эксплуатации.   
  
Методика расчетов  
Показатель рассчитывается путем деления числа детей в возрасте 0–59 месяцев, которые спали под противомоскитными сетками, обработанными инсектицидами, в ночь перед обследованием, на общее число детей в возрасте 0–59 месяцев, включенных в обследование, и умножения полученного результата на 100.

**ОБОСНОВАНИЕ И ТОЛКОВАНИЕ**

В тех районах Африки к югу от Сахары, где наблюдается высокий уровень заболеваемости малярией, регулярное применение противомоскитных сеток, обработанных инсектицидными препаратами, способно снизить смертность детей в возрасте до 5 лет на 20%. Этот показатель позволит странам осуществлять мониторинг прогресса в расширении масштабов применения сеток, обработанных инсектицидными препаратами, для ограничения контактов человека с комарами. Однако важно отметить, что в рамках программ по борьбе с малярией сейчас рекомендуется осуществлять мониторинг доли всего населения (вне зависимости от возраста), спящего под ОИС.

**СБОР ДАННЫХ И ИХ ИСТОЧНИКИ**

Данный показатель рассчитывается с применением данных репрезентативных в общегосударственном масштабе обследований домохозяйств, в том числе обследований по многим показателям с применением гнездовой выборки (MICS), демографических и медико-санитарных обследований (ДМСО) и обследований по вопросам заболеваемости малярией (MIS). Кроме того, в другие проводимые обследования домохозяйств были добавлены модули по малярии.   
  
Данные из выборочных обследований подвержены ошибкам выборки и обычно проводятся лишь один раз в три-пять лет. Обследования по вопросам заболеваемости малярии проводятся в промежуточные годы между ДМСО и MICS в целях повышения периодичности сбора данных по малярии.  
  
Временной сдвиг между годом проведения обследования и фактической подготовкой серии данных отличается в разных обследованиях. В случае с обследованиями домохозяйств, таких как ДМСО и MICS, результаты обычно публикуются в течение года после сбора данных.

**ВОПРОСЫ ДЕЗАГРЕГИРОВАНИЯ ДАННЫХ**

Показатель необходимо дезагрегировать по полу, уровню образования матерей, месту проживания и квинтилям индекса благосостояния. Расчетные данные следует представлять в разбивке по городскому и сельскому населению и по субнациональным группам населения, проживающим в районах, характеризующихся передачей малярии (см. ниже).

**КОММЕНТАРИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

В некоторых странах значительная часть населения живет в районах, где малярия не передается. В связи с этим в расчетных значениях показателя по использованию противомоскитных сеток на национальном уровне может недооцениваться их использование среди групп населения, живущих в районах, где малярия передается. Однако для многих стран сложно точно определить районы высокого риска и определить домохозяйства, обследованные в этих районах, поскольку при проведении обследований не всегда проводится геокодирование домохозяйств или сельских населенных пунктов, где проводятся интервью. Кроме того, размеры выборки обследования не всегда достаточны для обеспечения содержательных результатов для субнациональных территорий.   
  
Другое ограничение заключается в том, что ошибки припоминания во время интервью могут привести к неточным данным по времени последней обработки сеток. Кроме того, обычно информация не собирается о том, был ли примененный для обработки сетки инсектицид «утвержденным» инсектицидом; равно как и не собирается информация о том, подвергалась ли сетка после обработки стирке, которая может снизить ее эффективность.  
  
Сезонность обследований может также привести к недооценке охвата, поскольку сбор данных зачастую проводится во время сухого сезона, когда использование сеток, вероятно, минимально.

**ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА**

Гендерная дискриминация может влиять на доступ ребенка к ОИС. Например, если в домохозяйстве нет достаточного количества ОИС для всех его членов, возможно, что предпочтение будет отдано мальчику, а не девочке, при решении кто будет спать под сеткой.

**ДАННЫЕ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА**

Агентством, ответственным за составление этих данных и отчетность по этому показателю ЦРТ на международном уровне, является Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ). Данные собирают в глобальные базы данных ЮНИСЕФ по малярии. Данные, включаемые в эти базы данных, получают по результатам репрезентативных в общегосударственных масштабах обследований домохозяйств, включая MICS, ДМСО и MIS. Корректировки в данные, составленные по результатам ДМСО, MICS, MIS или других обследований, не вносятся при условии, что они являются статистически обоснованными и репрезентативными в общегосударственном масштабе.   
  
Данные рассматриваются в сотрудничестве с партнерством Roll Back Malaria (RBM), запущенным в 1998 г. Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), ЮНИСЕФ, Программой развития ООН (ПРООН) и Всемирным банком (ВБ).   
  
Региональные и глобальные оценочные значения основываются на средневзвешенных значениях, взвешенных по общему числу детей в возрасте до пяти лет. Эти значения представляются только в случае, если имеющиеся данные охватывают не менее 50% общего числа детей в возрасте до пяти лет в региональных или глобальных компоновках.  
  
Поскольку репрезентативные в общегосударственном масштабе данные по использованию противомоскитных сеток, обработанных инсектицидами, собираются в ходе массовых обследований домохозяйств, и эти данные не модифицируются, обычно между глобальными и национальными значениями показателями расхождения отсутствуют. Однако могут возникнуть расхождения в случае, если национальные значения показателя рассчитываются только по географическим районам, где наблюдается передача малярии, или в случае если национальные значения не соответствуют стандартному определению показателя, применяемому в целях глобальной отчетности.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**ПРИМЕРЫ**

**ССЫЛКИ**

ROLL BACK MALARIA PARTNERSHIP (2008). *Global Malaria Action Plan*. Geneva. Available from <http://www.rollbackmalaria.org/gmap/>.   
  
UNITED NATIONS CHILDREN’S FUND and ROLL BACK MALARIA PARTNERSHIP (2007). *Malaria and Children: Progress in Intervention Coverage.* New York. Available from <http://www.childinfo.org/files/malaria_and_children.pdf>.   
  
WORLD HEALTH ORGANIZATION (2009). *World Malaria Report 2009.* Geneva. Available from <http://www.who.int/malaria/publications/atoz/9789241563901/en/index.html>.   
  
WORLD HEALTH ORGANIZATION (2010). *World Malaria Report 2010.* Geneva. Available from <http://www.who.int/malaria/publications/atoz/9789241564106/en/index.html>.  
  
WORLD HEALTH ORGANIZATION (2011). *World Malaria Report 2011.* Geneva. Available from <http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2011/en/>.  
  
WORLD HEALTH ORGANIZATION, ROLL BACK MALARIA PARTNERSHIP and UNITED NATIONS CHILDREN’S FUND (2005). *World Malaria Report 2005*. Geneva. Available from <http://www.who.int/malaria/publications/atoz/9241593199/en/index.html>.   
  
WORLD HEALTH ORGANIZATION and UNITED NATIONS CHILDREN’S FUND (2003). *Africa Malaria Report 2003*. Geneva. Available from <http://www.who.int/malaria/publications/atoz/whocdsmal20031093/en/index.html>.

Bottom of Form

Top of Form



6.8 Доля больных лихорадкой детей в возрасте до пяти лет, которых лечат противомалярийными средствами

**ЦЕЛЬ И ЗАДАЧА, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

Цель 6. Борьба с ВИЧ/СПИДом, малярией и другими заболеваниями  
Задача 6.C. Остановить к 2015 году распространение малярии и других основных болезней и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ**

Определение  
Доля больных лихорадкой детей в возрасте до пяти лет, которых лечат противомалярийными средствами, определяется как процентная доля детей в возрасте 0–59 месяцев, которые находились в лихорадочной стадии заболевания в течение двух недель до проведения обследования и получали в это время какие-либо *противомалярийные лекарственные средства*.  
  
Понятия

*Противомалярийные лекарственные средства* – это лекарственные средства, которые используются для лечения *малярии*. Противомалярийные лекарственные средства назначаются в соответствии с типом малярии, имеющимся у пациента. Для лечения подтвержденной, неосложненной малярии, вызываемой *Plasmodium falciparum*, рекомендуется комбинированная терапия на основе артемизинина. Хлорохин остается эффективным средством для лечения большинства случаев заболевания малярией *Plasmodium vivax*.  
  
*Малярия* – это инфекционное заболевание, вызываемое паразитическими рода Plasmodium и передающееся при укусе инфицированными комарами. Обычно симптомы проявляются через 10-15 дней после укуса комара и включают лихорадку, головную боль и рвоту. В случае нелечения данное заболевание может угрожать жизни человека, поскольку нарушается кровоснабжение жизненно важных органов.   
  
*Лихорадка:* В районах, характеризующихся *Plasmodium falciparum,* обычно малярия диагностировалась предположительно (на основе лихорадки), особенно у маленьких детей.Однако в 2010 г. ВОЗ рекомендовал повсеместно использовать диагностическое исследование для подтверждения заражения малярией до начала лечения.   
  
Методика расчетов  
Данный показатель рассчитывается путем деления числа детей в возрасте 0–59 месяцев, которые находились в лихорадочной стадии заболевания в течение двух недель до проведения обследования и получили какие-либо противомалярийные лекарственные средства, на общее число детей в возрасте 0–59 месяцев, которые находились в лихорадочной стадии заболевания в течение двух недель до проведения обследования.

**ОБОСНОВАНИЕ И ТОЛКОВАНИЕ**

Для предотвращения осложнений, представляющих опасность для жизни человека, необходимо оперативное диагностирование и эффективное лечение малярии в течение 24 часов с начала появления ее симптомов. Однако расчет данного показателя основывается на всех детях с лихорадкой, а не на детях, у которых подтверждена малярия. Таким образом, с учетом расширения масштабов применения диагностики, данный показатель стало сложно интерпретировать. Если имеются паразитологические исследования, подтверждающие, что некоторые случаи лихорадки вызваны не малярией, то эти дети не будут получать лечение и, таким образом, будут исключены из числителя, но при этом будут оставаться в знаменателе вследствие наличия у них немалярийной лихорадки. Это приведет к занижению оценки уровня противомалярийного лечения.

**СБОР ДАННЫХ И ИХ ИСТОЧНИКИ**

Информацию о доле случаев лихорадки, нуждающихся в лечении, получают по результатам репрезентативных в общенациональном масштабе обследований домохозяйств, которые обычно проводятся национальными статистическими органами в эндемичных по малярии странах. Наиболее распространенными источниками являются демографические и медико-санитарные обследования (ДМСО) или обследования по многим показателям с применением гнездовой выборки (MICS), которые обычно проводятся каждые 3-5 лет. Временной сдвиг между базисным годом и фактической подготовкой серии данных отличается в разных обследованиях. В случае с обследованиями домохозяйств, таких как ДМСО и MICS, их результаты обычно публикуются в течение года после сбора данных. Обследования по вопросам заболеваемости малярией (MIS) зачастую проводятся в промежуточные годы между ДМСО и MICS для повышения периодичности сбора данных по малярии. Поскольку данные по этому показателю составляются в ходе выборочных обследований, данные могут быть подвержены ошибкам выборки.

**ВОПРОСЫ ДЕЗАГРЕГИРОВАНИЯ ДАННЫХ**

Необходимо оценивать различия по полу, уровню образования матери, району проживания (город/село) и квинтилям индекса благосостояния. Оценочные данные также необходимо дезагрегировать по субнациональным группам населения, проживающим в районах, характеризующихся передачей малярии.

**КОММЕНТАРИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

Интерпретация тенденций по охвату лечением малярии среди всех детей, имеющих лихорадку, ограничена, поскольку лихорадка не всегда является результатом малярийной инфекции. В странах, где расширяются масштабы применения диагностики, оценка доли детей, получающих лечение, среди детей с лихорадкой не может применяться для мониторинга прогресса программ, направленных на лечение подтвержденных случаев заболевания малярией.   
  
Данный показатель также имеет другие ограничения. Многие дети, имеющие лихорадку, все еще подвергаются менее эффективной традиционной монотерапии, ч применением, например, хлорохина. В связи с этим доля детей, подвергающихся лечению *какими-либо противомалярийными лекарственными средствами*, будет значительно выше доли детей, подвергающихся лечению *эффективными противомалярийными лекарственными* *средствами*. Кроме того, не собирается информация в отношении того, правильно ли проводилось противомалярийное лечение.  
  
Вследствие трудности с припоминанием событий в прошлом респонденты могут не представить достоверную информацию по случаям лихорадки, имевшим место в предшествующие две недели, или названию назначенных лекарств. Данные могут также содержать ошибки в связи с сезонностью сбора данных в ходе обследований, которые в силу объяснимых причин обычно проводятся в сухой сезон.  
  
В некоторых странах значительная часть населения живет в районах, где малярия не передается. В связи с этим в расчетных значениях показателя по охвату лечением на национальном уровне может недооцениваться их использование среди групп населения, живущих в районах, где малярия передается. Однако для многих стран сложно точно определить районы высокого риска и определить домохозяйства, обследованные в этих районах, поскольку при проведении обследований не всегда геокодируются домохозяйства или сельские населенные пункты, где проводятся интервью. Кроме того, размеры выборки обследования не всегда достаточны для обеспечения содержательных результатов для субнациональных территорий.

**ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА**

Гендерные различия могут влиять на доступ к медицинской помощи по малярии. В случаях, когда медицинская помощь слишком дорогая для семей или сообществ, мальчики и мужчины могут иметь приоритетный доступ к финансовым средствам домохозяйства для получения лечения.

**ДАННЫЕ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА**

Агентством, ответственным за составление данных по данному показателю и представление отчетности по нему на международном уровне, является Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ). Данные получают по результатам национальных обследований домохозяйств, включая MICS, ДМСО и MIS. Корректировки в данные, составленные по результатам ДМСО, MICS, MIS или других обследований, не вносятся при условии, что они являются статистически обоснованными и репрезентативными в общегосударственном масштабе.   
  
Данные рассматриваются в сотрудничестве с партнерством Roll Back Malaria (RBM), запущенным в 1998 г. Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), ЮНИСЕФ, Программой развития ООН (ПРООН) и Всемирным банком (ВБ).   
  
Региональные и глобальные оценочные значения основываются на средневзвешенных значениях, взвешенных по общему числу детей в возрасте до пяти лет. Эти значения представляются только в случае, если имеющиеся данные охватывают не менее 50% общего числа детей в возрасте до пяти лет в региональных или глобальных компоновках.  
  
Поскольку репрезентативные в общегосударственном масштабе данные по применению противомалярийных препаратов собираются в ходе массовых обследований домохозяйств, и эти данные не модифицируются, обычно между глобальными и национальными значениями показателями расхождения отсутствуют. Однако могут возникнуть расхождения в случае, если национальные значения показателя рассчитываются только по географическим районам, где наблюдается передача малярии, или в случае если национальные значения не соответствуют стандартному определению показателя, применяемого в целях глобальной отчетности.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**ПРИМЕРЫ**

**ССЫЛКИ**

См. ССЫЛКИ для [Показателя 6.7](http://mdgs.un.org/unsd/mi/wiki/6-7-Proportion-of-children-under-5-sleeping-under-insecticide-treated-bednets.ashx).

Bottom of Form

Top of Form



6.9 Уровни заболеваемости туберкулезом, его распространенности и смертности от него

**ЦЕЛЬ И ЗАДАЧА, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

Цель 6. Борьба с ВИЧ/СПИДом, малярией и другими заболеваниями Задача 6.C. Остановить к 2015 году распространение малярии и других основных болезней и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ**

Определение  
Уровень заболеваемости *туберкулезом* определяется как число новых *случаев заболевания туберкулезом* в год в расчете на 100 000 человек. Уровень распространенности *туберкулеза* определяется как число *случаев заболевания туберкулезом* среди населения в конкретный период времени (иногда называемого «распространенностью в конкретный момент») в расчете на 100 000 человек. Уровень (коэффициент) смертности от *туберкулеза* определяется как оцениваемое число смертей от *туберкулеза* в год в расчете на 100 000 человек.   
  
Понятия  
*Случай заболевания туберкулезом* определяется как факт наличия у пациента туберкулеза, подтвержденного бактериологическим исследованием или диагностированного врачом.  
  
*Туберкулез* - это инфекционное заболевание, вызываемое микобактерией туберкулеза, которое в основном поражает легкие. Туберкулез передается от человека к человеку через капель из горла и легких людей, больных активной формой респираторного заболевания. У здоровых людей инфицирование микобактериями туберкулеза часто не приводит к появлению каких-либо симптомов, так как иммунная система человека «отгораживается» от бактерий. Симптомами активной формы туберкулеза легких являются кашель, иногда с мокротой или кровью, боли в груди, слабость, потеря веса, повышенная температура и ночной пот. Туберкулез можно излечить при проведении шестимесячного курса антибиотиков.  
  
Методика расчетов  
Этот показатель рассчитывается путем деления рассчитанного количества заболеваний, распространенности и смертей на общую численность населения, принимая за единицу 100 000 человек. Оценочная численность населения используется в случаях, если единственными имеющимися данными являются данные, предоставляемые администрацией служб здравоохранения. Общая численность населения в обследованиях используется при получении данных по результатам обследования домохозяйств.

**ОБОСНОВАНИЕ И ТОЛКОВАНИЕ**

Выявление и лечение туберкулеза являются ключевыми мерами, направленными на борьбу с бедностью и неравенством. Уровни распространенности и смертности от туберкулеза являются более чувствительными маркерами меняющегося бремени туберкулеза по сравнению с уровнем заболеваемости (новые случаи), но данные по заболеваемости являются более полными и дают хорошее представление о воздействии глобальных усилий по борьбе с туберкулезом.   
  
Уровень заболеваемости является важным, поскольку он свидетельствует о степени наличия туберкулеза среди населения и о масштабах задачи, стоящей перед национальной программой по борьбе с туберкулезом. Уровни заболеваемости могут использоваться для отслеживания изменений доли людей, пораженных микобактерией туберкулеза, у которых развивается туберкулез. Туберкулез может развиться у людей, инфицированных в прошлом, однако влияние усилий по борьбе с туберкулезом на уровень заболеваемости менее очевидно, чем их влияние на уровень распространенности или смертности от туберкулеза.  
  
Уровни распространенности и смертности могут использоваться для прямого мониторинга бремени туберкулеза, поскольку они указывают на количество человек, страдающих этим заболеванием в определенный момент времени, и на количество человек, умирающих каждый год. Уровни распространенности и смертности также помогают проводить мониторинг воздействия улучшений в усилиях по борьбе с туберкулезом, поскольку лечение сокращает среднюю продолжительность заболевания (снижая, таким образом, уровень распространенности) и вероятность смерти от этого заболевания.

**СБОР ДАННЫХ И ИХ ИСТОЧНИКИ**

В странах имеющиеся источники данных отличаются, но в основном такие источники включают сообщения о зарегистрированных случаях заболевания и регистрационные данные по смертности (по результатам стандартных программ эпидемиологического надзора и из данных регистрации рождений и смерти), а также уровень распространенности заболевания (по результатам обследований домохозяйств). Обследования по уровню распространенности заболевания являются дорогостоящими и сложными в организации и проведении, однако они обеспечивают прямую оценку бактериологически подтвержденных случаев заболевания туберкулезом и могут служить в качестве платформы для других исследований, например, по взаимодействию между пациентами и системой здравоохранения. Кроме того, исследования причин смертности и системы демографического надзора, которые используют вербальную аутопсию для определения причин смерти, являются потенциальными источниками более достоверных оценок смертности от туберкулеза. Обследования особенно полезны в случае, если данные стандартных исследований скудны.  
  
В мире возрастает наличие прямых данных по уровню распространенности туберкулеза с учетом проведения в 2010-2015 гг. национальных обследований примерно в 20 странах, эндемичных по туберкулезу. Прямые данные об уровне смертности от туберкулеза получают из системы регистрации рождений и смерти. Для того, чтобы получаемые цифры были достоверными, требуется, чтобы регистрация смертей проводилась практически повсеместно, в свидетельствах о смерти указывались причины наступления смерти и чтобы эти причины устанавливались квалифицированными специалистами в соответствии с последней Международной классификацией болезней. Во многих развивающихся странах такая информация отсутствует.   
  
В отсутствие непосредственных оценок в отношении уровня распространенности туберкулеза и смертности от этого заболевания для приблизительных подсчетов можно использовать ряд других способов. Административные данные рассчитываются на базе информации об оказании медицинских услуг. Эти данные можно получить и на основе материалов таких обследований домохозяйств, как обследования по многим показателям с применением гнездовой выборки (MICS) и демографические и медико-санитарные обследования (ДМСО), хотя в рамках подобных обследований обычно затрагиваются лишь вопросы, касающиеся детей в возрасте до 5 лет, и не определяется уровень смертности. Демографические данные получают прямо или опосредованно при проведении переписи населения.

**ВОПРОСЫ ДЕЗАГРЕГИРОВАНИЯ ДАННЫХ**

Сведения по случаям заболевания необходимо дезагрегировать по месту, где наблюдается заболевание (легочный/внелегочный туберкулез), типу лабораторного подтверждения (обычно мазок мокроты) и истории ранее полученного лечения.   
  
Новые случаи заболевания туберкулезом могут быть дезагрегированы по возрасту и полу. В рамках многих программ по борьбе с туберкулезом есть также возможность дезагрегировать данные по наличию лекарственной устойчивости. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рекомендует включать в программы регистрации и отчетности дезагрегацию зарегистрированных случаев по статусу ВИЧ-инфицированности.

**КОММЕНТАРИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

Данные стандартных программ исследований являются хорошей основой для оценки уровня заболеваемости в странах, где большинство новых случаев подвергается лечению и данные по ним предоставляются в ВОЗ. Но в большинстве стран с высоким бременем туберкулеза уровень заболеваемости туберкулезом можно оценить только опосредованно, обычно с большой степенью неопределенности. Тем не менее, в странах, где доля регистрируемых случаев заболевания последовательна с течением времени (даже если она низкая), тенденции в регистрируемых случаях заболевания могут помочь в оценке тенденций по уровню заболеваемости. Если с течением времени предпринимаемые усилия по борьбе с туберкулезом меняются, сложно провести разграничение между изменениями в уровне заболеваемости и изменениями в доле регистрируемых случаев заболевания.

**ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА**

Уровень распространенности среди мальчиков и девочек в раннем возрасте примерно одинаков. В более старших возрастных группах среди мужчин наблюдается более высокий уровень распространенности; в большинстве стран мира у мужчин чаще, чем у женщин, диагностируют туберкулез, и смертность от туберкулеза среди мужчин тоже выше. Тем не менее, проведенные недавно сопоставительные анализы заражаемости и заболеваемости туберкулезом дают основания полагать, что женщины репродуктивного возраста в большей степени, чем мужчины соответствующего возраста, предрасположены к развитию туберкулеза после заражения *микобактерией туберкулеза* (темпы прогрессирования заболевания). В ходе недавнего изучения социально-экономических и культурных факторов, связанных с вышеупомянутыми различиями, была выявлена необходимость в проведении дальнейших исследований с целью выявления таких различий в эпидемиологии туберкулеза.  
  
Несмотря на то, что от туберкулеза умирает больше мужчин, чем женщин, это заболевание по-прежнему остается главной причиной смертности от инфекционных заболеваний среди женщин. А поскольку туберкулез поражает женщин в основном в тот период, когда они находятся в экономически и репродуктивно активном возрасте, последствия их болезни остро ощущаются также их детьми и другими членами семьи.

**ДАННЫЕ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА**

Международным агентством, ответственным за эти показатели на международном уровне, является ВОЗ. Данные собираются на ежегодной основе путем запроса соответствующей информации у национальных программ по борьбе с туберкулезом или других соответствующих государственных органов здравоохранения. Всеми странами используется веб-сайт для стандартизированного сбора данных через Интернет. Оценки готовятся на основе этих данных, а также на основе анализа эпидемиологии туберкулеза в конкретных странах, опирающегося на опубликованную литературу и консультации с национальными и международными экспертами. Национальные программы по борьбе с туберкулезом, отвечающие на запросы ВОЗ, также просят по возможности обновить информацию за предыдущие годы. В результате пересмотра сведений, данные (по зарегистрированным случаям, результатам лечения и т.д.), представляемые за определенные год, могут отличаться от данных, опубликованных ранее.   
  
Онлайновые отчеты, заполненные странами, собираются и изучаются страновыми офисами, региональными офисами и штаб-квартирой ВОЗ. Затем в соответствующие национальные программы по борьбе с туберкулезом направляются комментарии для того, чтобы дополнить отсутствующие данные и устранить какие-либо несоответствия. Затем, используя полный перечень данных по всем странам, готовится документ, в котором сводятся все ключевые показатели, включая эпидемиологические и финансовые данные и оценочные значения, и он также возвращается на рассмотрение всем национальным программам по борьбе с туберкулезом. Только в регионе Европейского бюро ВОЗ сбор данных и проверка проводится совместно силами регионального офиса ВОЗ и Европейского центра профилактики и контроля заболеваний (ECDC). Впоследствии ECDC публикует ежегодный отчет с дополнительным анализом, используя более детальную информацию по европейскому региону.  
  
В случае если для расчета показателей по туберкулезу необходимы данные по населению, используются последние оценки Отдела ООН по народонаселению. Иногда эти оценочные значения отличаются от данных, представленных самими странами, некоторые из которых основываются на данных проведенной позднее переписи населения.   
  
Региональные и глобальные оценочные значения готовятся путем агрегирования национальных значений (т.е. для расчета глобального уровня заболеваемости туберкулезом на 100 000 человек в определенный год уровни заболеваемости в странах суммируются и полученное значение делится на сумму численности населения во всех странах, умноженную на 100 000).  
  
Все оценки по бремени туберкулеза (заболеваемость, распространенность и смертность) предоставляются с границами неопределенности.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**ПРИМЕРЫ**

**ССЫЛКИ**

GUNN, S.W.A. (1990). *Multilingual Dictionary of Disaster Medicine and International Relief*. Kluwer Academic Publishers. Dordrecht, The Netherlands.   
  
STOP TB PARTNERSHIP. *Stop Tuberculosis, the Stop TB Partnership*. Geneva. Internet site [http://www.stoptb.org](http://www.stoptb.org/).  
  
WORLD HEALTH ORGANIZATION (2011). *Global Tuberculosis Control 20119: Epidemiology, Strategy, Financing*. Geneva. Available from <http://www.who.int/tb/publications/global_report/2011>.   
  
WORLD HEALTH ORGANIZATION (2009). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision (ICD-10)* . Geneva. Available from <http://www.who.int/classifications/icd>.   
  
WORLD HEALTH ORGANIZATION (2010). *The Global Plan to Stop TB, 2011–2015*. Geneva. Available from <http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/TB_GlobalPlanToStopTB2011-2015.pdf>  
  
WORLD HEALTH ORGANIZATION (2006). *The Stop TB Strategy: Building on and Enhancing DOTS to meet the TB-related Millennium Development Goals*. Geneva. Available from <http://www.who.int/tb/publications/2006/stop_tb_strategy.pdf>.   
  
WORLD HEALTH ORGANIZATION (annual). *World Health Report*. Geneva. Available from <http://www.who.int/whr>.   
  
WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global TB Database*. Geneva. Internet site <http://www.who.int/tb/country/data/download/en/index.html>.  
  
WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO Statistical Information System (WHOSIS)* . Internet site <http://www.who.int/whosis>.

Bottom of Form

Top of Form



6.10 Число случаев заболевания туберкулезом, диагностированных и излеченных в ходе краткого курса лечения под непосредственным наблюдением врача

**ЦЕЛЬ И ЗАДАЧА, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

Цель 6. Борьба с ВИЧ/СПИДом, малярией и другими заболеваниями  
Задача 6.C. Остановить к 2015 году распространение малярии и других основных болезней и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ**

Определение  
Число *выявленных случаев заболевания туберкулезом*, также известный как *процент выявления туберкулеза*, является числом *новых случаев заболевания туберкулезом*, выявленных в определенный год с применением подхода ДОТС, выраженным в виде процента от всех *новых случаев заболевания туберкулезом*.  
  
Число *выявленных и излеченных случаев заболевания туберкулезом,* также известный как *успешность лечения туберкулеза*, является числом новых *случаев заболевания туберкулезом* в определенный год, которые были излечены или при лечении которых был проведен полный курс *ДОТС*, выраженным в виде процента от всех новых *случаев заболевания туберкулезом*.  
  
Понятия

*Туберкулез* - это инфекционное заболевание, вызываемое микобактерией туберкулеза, которое в основном поражает легкие. Туберкулез передается от человека к человеку через частички из горла и легких людей, больных активной формой респираторного заболевания. У здоровых людей инфицирование микобактериями туберкулеза часто не приводит к появлению каких-либо симптомов, так как иммунная система человека «отгораживается» от бактерий. Симптомами активной формы туберкулеза легких являются кашель, иногда с мокротой или кровью, боли в груди, слабость, потеря веса, повышенная температура и ночной пот. Туберкулез можно излечить при проведении шестимесячного курса антибиотиков.  
  
*Случай заболевания туберкулезом* определяется как факт наличия у пациента туберкулеза, подтвержденного бактериологическим исследованием или диагностированного врачом.   
  
*Выявление случая заболевания* туберкулезом означает, что у пациента диагностируется туберкулез, и информация о нем сообщается в рамках национальной системы эпидемиологического надзора.   
  
*Новый случай заболевания туберкулезом* определяется как пациент, никогда ранее не принимавший лечение от туберкулеза или принимавший противотуберкулезные средства меньше 1 месяца.  
  
*ДОТС* представляет собой проверенную систему, основанную на точной диагностике и последовательном лечении с применением полного комбинированного курса различных противотуберкулезных препаратов (изониазид, рифампицин, пиразинамид, стрептомицин и этамбутол). Он является первым компонентом и основой международно рекомендуемой стратегии «Остановить туберкулез», которая была запущена ВОЗ, заменив в 2006 г. Стратегию ДОТС.   
  
Методика расчетов  
*Число выявленных случаев заболевания туберкулезом* рассчитывается путем деления числа новых случаев заболевания туберкулезом, сообщенных во Всемирную организацию здравоохранения (ВОЗ), на оценочное число новых случаев заболевания туберкулезом в тот же год и умножения полученного результата на 100.  
  
Оценочное число новых выявленных случаев заболевания туберкулезом рассчитывается в соответствии с указанным для Показателя 6.9.  
  
*Успешность лечения туберкулеза* рассчитывается путем деления новых зарегистрированных случаев заболевания туберкулезом, которые удалось излечить или при лечении которых был проведен полный курс лечения, на общее число новых зарегистрированных случаев и умножения полученного результата на 100.  
  
Успешность лечения рассчитывается исходя из результатов лечения каждого пациента. В конце лечения каждому пациенту присваивается один из шести взаимоисключающих результатов лечения: излечен; лечение завершено; умер; не излечен; прекратил лечение и переведен с неизвестным результатом. Доли случаев, соответствующих этим результатам, плюс какие-либо дополнительные случаи, зарегистрированные на лечение, по которым результатам еще не определен, составляют в сумме 100% зарегистрированных случаев.

**ОБОСНОВАНИЕ И ТОЛКОВАНИЕ**

Поскольку туберкулез является инфекционным заболеванием, передающимся воздушно-капельным путем, борьба с его распространением ведется, прежде всего, путем выявления и лечения случаев заболевания, что сокращает риск инфицирования. В порядке первичных мер борьбы с туберкулезом рекомендуется применять стратегию «Остановить туберкулез», которая не требует больших затрат и способна предотвратить миллионы случаев заболевания туберкулезом и смерти от него в ближайшее десятилетие.   
  
Число выявленных случаев туберкулеза и успешность лечения являются показателями эффективности национальных программ по борьбе с туберкулезом в выявлении и диагностировании людей, имеющих туберкулез.

**СБОР ДАННЫХ И ИХ ИСТОЧНИКИ**

Данные для этого показателя получают из национальных программ по борьбе с туберкулезом, в рамках которых проводится мониторинг и представляется отчетность по выявленным случаям, ходу лечения и эффективности программ. Благодаря этой системе можно непосредственно и с достаточной точностью проводить когортный анализ путем проведения систематической оценки достигнутого прогресса и результата лечения.  
  
Данные по числу новых случаев заболевания туберкулезом, выявляемых в рамках национальных программ по борьбе с туберкулезом, собирают посредством стандартного эпидемиологического надзора (регистрация и отчетность), который является важной составляющей стратегии «Остановить туберкулез». Затем составляются ежеквартальные отчеты по числу зарегистрированных случаев заболевания туберкулеза и направляются (напрямую или через промежуточные уровни) в центральный орган, ответственный за национальную программу по борьбе с туберкулезом.

**ВОПРОСЫ ДЕЗАГРЕГИРОВАНИЯ ДАННЫХ**

Дезагрегированные данные эпидемиологического надзора (например, по клиникам, районам, административным единицам; возрасту, полу) являются полезными для получения максимальной информации об эпидемии и туберкулеза и воздействия, оказываемого мерами по борьбе с туберкулезом. Также целесообразно, по мере возможности, анализировать успешность лечения в разбивке по лекарственной устойчивости и ВИЧ-статусу.

**КОММЕНТАРИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

Одним из основных ограничений по выявлению случаев заболевания туберкулезом является то, что предоставляемые министерствами здравоохранения развивающихся стран сведения о случаях заболевания туберкулезом охватывают, как правило, лишь какую-то часть общего числа случаев, имевших место в той или иной стране.  
  
Еще одно важное ограничение данного показателя состоит в том, что даже в случае высокого качества лечения коэффициент успешности лечения будет высоким только в случае, если стандартная информационная система также хорошо работает. На коэффициент успешности лечения будет оказывать влияние ситуация, когда результат лечения не фиксируется для всех пациентов (включая тех, кого переводят из одного учреждения в другое).  
  
В случае если коэффициент успешности лечения низкий, причина проблемы может быть определена только путем выявления того, какие из неблагоприятных результатов лечения наиболее распространены. На вероятность успеха лечения влияет несколько факторов, включая тяжесть заболевания (зачастую связанная с задержкой между началом болезни и началом лечения), ВИЧ-инфекцию, лекарственную резистентность, недоедание и уровень поддержки, оказываемой пациентам, для того, чтобы они завершили лечение.

**ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА**

См. ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА для [Показателя 6.9](http://mdgs.un.org/unsd/mi/wiki/6-9-Incidence-prevalence-and-death-rates-associated-with-tuberculosis.ashx).

**ДАННЫЕ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА**

Агентством, ответственным за расчет этого показателя на международном уровне, является ВОЗ. Данные собираются через веб-сайт по сбору данных, которым все страны пользуются на ежегодной основе. Страны периодически предоставляют национальные данные и оценки готовятся на основе этих данных, а также на основе анализа эпидемиологии туберкулеза в конкретных странах, опирающегося на опубликованную литературу и консультации с национальными и международными экспертами.  
  
Поскольку лечение туберкулеза длится от 6 до 8 месяцев, имеется определенная задержка в оценке результатов лечения. Каждый год национальные программы по борьбе с туберкулезом сообщают в ВОЗ число случаев заболевания туберкулезом за прошедший год и результаты лечения контингента пациентов, начавших лечение в течение года до этого. Данные готовятся на ежегодной основе.  
  
При предоставлении информации о числе случаев заболевания туберкулезом и результатах его лечения страны следуют рекомендациям ВОЗ по определению, регистрации и представлению отчетности по случаям заболевания туберкулезом. В связи с этим данные являются международно сопоставимыми и не нуждаются в корректировках. В случае отсутствия данных расчетные данные не используются.   
  
Региональные и глобальные оценки готовятся путем агрегирования национальных оценок. Для расчета глобального коэффициента успешности лечения новых случаев заболевания туберкулезом число новых случаев заболевания туберкулеза, излеченных и/или прошедших полный курс лечения в отдельных странах, делится на общее число новых случаев заболевания туберкулезом, зарегистрированных к лечению в определенный год.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**ПРИМЕРЫ**

**ССЫЛКИ**

См. ССЫЛКИ для [Показателя 6.9](http://mdgs.un.org/unsd/mi/wiki/6-9-Incidence-prevalence-and-death-rates-associated-with-tuberculosis.ashx).

Bottom of Form

7.8 Доля населения, использующего улучшенные источники питьевой воды



**ЦЕЛЬ И ЗАДАЧА, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

Цель 7. Обеспечение экологической устойчивости

Задача 7.C. Сократить вдвое к 2015 году долю населения, не имеющего постоянного доступа к безопасной питьевой воде и основным санитарно-техническим средствам

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ**

Определение  
Доля населения, пользующегося *улучшенными источниками питьевой воды*, представляет собой долю населения, которое пользуется любым улучшенным источником *питьевой воды*.   
  
Данный показатель выражается в виде процента.  
  
Понятия  
*Улучшенный источник воды* - это сооружение, которое в силу своего устройства защищено от внешнего загрязнения, в частности, от загрязнения фекалиями. *Улучшенными источниками питьевой воды* являются: водопроводная вода, поступающая в жилище, на участок или во двор; водозаборный кран или колонка общего пользования, колодец или скважина, защищенный вырытый колодец, защищенный родник, сбор дождевой воды и бутылированная вода. Лица, использующие бутылированную воду, считаются имеющими доступ к улучшенным источникам воды только в случае, если имеют вторичный источник воды, который также является улучшенным. В число *улучшенных источников питьевой воды* не входят: незащищенные скважины, незащищенные родники, вода, поставляемая в небольших емкостях/бочках, вода с автоцистерны-водовоза и бутылированная вода (если дополнительный источник воды не является улучшенным источником) или вода наземных водоемов (рек, прудов, ручьев, озер, дамб или каналов орошения).   
  
*Питьевая вода* определяется как вода, используемая для питья, приготовления пищи и основных гигиенических целей.  
  
Методика расчетов  
Данный показатель рассчитывается как для городской, так и для сельской местности, путем деления числа людей, пользующихся улучшенным источником воды, на общую численность городского или сельского населения и умножения полученного результата на 100.

**ОБОСНОВАНИЕ И ТОЛКОВАНИЕ**

Использование улучшенного источника воды является опосредованной мерой для оценки доступа к безопасному источнику питьевой воды. Улучшенные источники воды, в силу определенных принятых мер или в силу своего устройства и строительства, с большей степенью вероятности защищены от внешних загрязнений по сравнению с неулучшенными источниками воды. Более широкий доступ к улучшенным источникам воды является важным, так как он способствует снижению заболеваемости в развивающихся странах. Этот показатель не определяет минимальное доступное количество воды на душу населения в день, а также не указывает расстояние до источника, выражаемое в количестве времени, необходимом для сбора воды, или в фактическом расстоянии в метрах.

**СБОР ДАННЫХ И ИХ ИСТОЧНИКИ**

Начиная с конца 1990-х годов, демографические данные по использованию источников воды собираются на постоянной основе, с использованием данных переписей населения и обследований, проводимых правительствами, а нередко и при поддержке международных институтов в области развития, на национальном и местном уровне в более чем 150 странах. В большинстве развивающихся стран обследования домохозяйств на национальном уровне обычно проводятся один раз в 3-5 лет, в то время как перепись населения обычно проводится один раз в 10 лет.  
  
К репрезентативным в национальном масштабе обследованиям домохозяйств, в рамках которых обычно собираются сведения по воде и санитарно-техническим средствам, относятся обследования по многим показателям с применением гнездовой выборки (MICS), демографические и медико-санитарные обследования (ДМСО), мировые медико-санитарные обследования (ММСО), исследования по измерению уровня жизни (ИИУЖ), анкеты по основным показателям благосостояния (ВОПБ) и Панарабский проект по обследованию состояния здоровья семьи (ППОСЗС). Вопросы обследований и категории ответов касательно доступа к питьевой воде полностью гармонизированы в MICS и ДМСО. Такие же стандартные вопросы предлагаются для включения в другие инструменты обследований, их можно найти по ссылке [www.wssinfo.org](http://mdgs.un.org/unsd/mi/wiki/www.wssinfo.org).  
  
Отраслевые министерства и предприятия водоснабжения обычно ведут учет на основании количества и типа построенных сооружений или количества эксплуатируемых водопроводных соединений для домохозяйств. Иногда эти данные составляют основу для оценочных значений охвата в национальном масштабе, иногда в качестве самостоятельного источника, а иногда – в сочетании с последними результатами обследования или переписи населения. Административные данные или сведения предприятий водоснабжения часто основываются на совокупном общем количестве построенных сооружений, умноженных на фиксированное количество пользователей на каждый тип сооружения. Такие административные данные часто не включают сооружения, построенные в рамках программ неправительственных организаций, или сооружения, построенные отдельными домохозяйствами без внешней поддержки. Кроме того, совокупная отчетность не отражает сооружения, которые пришли в непригодное состояние. Данные, предоставляемые предприятия водоснабжения, применяются только для стран в развивающихся регионах в случае отсутствия данных по доступу или использованию источников питьевой воды по результатам обследований или переписи.   
  
Выборочные обследования и перепись населения обеспечивают оценочные данные по сооружениям, фактически используемым опрашиваемым населением на момент проведения измерения, включая те, которые были построены различными лицами, и исключая те сооружения, которые пришли в непригодное состояние и более не используются. Поэтому данные обследований и переписи населения считаются более надежными и объективными, чем административные данные.  
  
Для того чтобы классифицировать источники питьевой воды как «улучшенные» или «неулучшенные» источники, как это требуется для данного показателя ЦРТ, данные необходимо собирать по типам сооружений. В обследованиях MICS и ДМСО в качестве стандартных категорий ответов используется классификация ЦРТ для улучшенных и неулучшенных источников питьевой воды. В других инструментах выборочных обследований и при переписи населения желательно также использовать схожую классификацию или, по крайней мере, обеспечить совместимость между показателями ЦРТ и категориями ответов в обследованиях. Недостаточная дезагрегация по категориям сооружений является основной проблемой для адекватной оценки прогресса с помощью данного показателя.  
  
Начиная с 2008 года, в рамках Совместной программы по мониторингу водоснабжения и санитарных условий (СПМ) Всемирной организации здравоохранения/Детского фонда ООН (ВОЗ/ЮНИСЕФ) источники питьевой воды делятся на три категории:

* Водопроводное соединение на территории (жилье, участок или двор)
* Другие улучшенные источники воды
* Неулучшенные источники воды.

В 2012 г. в рамках СПМ «вода наземных водоемов» оценивается отдельно от неулучшенных источников воды.  
  
Тенденции по использованию этих четырех категорий обеспечивают ценную информацию для руководителей программ и разработчиков политики, но анализ тенденций возможен только при адекватном уровне дезагрегирования категорий в проводимых обследованиях.  
  
Все больше людей пользуется бутылированной водой в качестве основного источника питьевой воды. Так как бутылированная вода, в основном, используется только для питья, в MICS и ДМСО был включен дополнительный вопрос для того, чтобы определить какой вторичный источник используется для других целей, таких как приготовление пищи или мытье рук. Нефиксирование этой информации может скрыть факт того, что многие из тех, кто пользуется бутылированной водой, также имеют доступ к водопроводной питьевой воде. Совместная программа по мониторингу предлагает включать подобный дополнительный вопрос в другие инструменты выборочных обследований и перепись населения. Примерный вопрос можно найти по ссылке: <http://www.childinfo.org/files/MICS4_Household_Questionnaire_v3.0.doc>.

**ВОПРОСЫ ДЕЗАГРЕГИРОВАНИЯ ДАННЫХ**

Данный показатель следует отслеживать отдельно для городской и сельской местности. С учетом национальных различий в характеристиках, отличающих города от сельских районов, нет единого определения для города и села, применимого ко всем странам.   
  
Есть также возможность дезагрегирования данных по географическим и социально-экономическим переменным. Перепись населения позволяет проводить дезагрегацию на самом высоком уровне по географическим или административным переменным. В зависимости от масштаба и цели выборочных обследований, репрезентативных в национальном масштабе, они могут также обеспечивать дезагрегацию данных по регионам или, в исключительных случаях, по областям. Перепись населения и большинство выборочных обследований позволяют проводить дезагрегацию по квинтилю благосостояния, уровню образования и полу главы домохозяйства или этнической группе.

**КОММЕНТАРИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

Вследствие недостаточности репрезентативных в национальном масштабе данных по качеству и безопасности питьевой воды, а также затратности и технической сложности сбора такой информации в больших масштабах, Межведомственная экспертная группа по показателям ЦРТ рекомендует использовать этот показатель по использованию *улучшенных источников питьевой воды* в качестве опосредованного показателя доступа к безопасной питьевой воде.   
  
Этот опосредованный показатель не отражает время, необходимое для получения воды из улучшенных источников воды, отличных от источников воды на территории. В настоящее время постоянный доступ не оценивается из-за отсутствия общего понимания о том, что означает постоянный доступ и как можно оценивать его с достаточной степенью надежности.   
  
К числу альтернативных показателей, которые могут быть рассмотрены, относятся:

* Доля домохозяйств, пользующихся улучшенным источником питьевой воды;
* Доля домохозяйств, имеющих в доме водопровод, подключенный к централизованной системе водоснабжения; и
* Доля населения, имеющего доступ к водопроводу, подключенному к централизованной системе водоснабжения.

**ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА**

Обычно женщины и мужчины играют разную роль в секторе водоснабжения и санитарии. Это особенно заметно в сельской местности. В сельских домохозяйствах женщины чаще всего являются потребителями, поставщиками и распорядителями воды, а также следят за чистотой в доме. Кроме того, бремя доставки воды с удаленных источников чаще всего лежит на женщинах и девушках, чем на мужчинах и мальчиках. При нарушении системы водоснабжения, в первую очередь, страдают женщины, поскольку именно женщинам приходится ходить за водой на более значительные расстояния или искать какой-либо другой выход, чтобы удовлетворить потребности семьи в воде и санитарии. В ходе MICS и ДМСО собирается информация о том, кто обычно ходит к источнику воды для сбора воды для домохозяйства, с разбивкой по полу и возрастным группам (младше 15 лет, 15 лет и старше).

**ДАННЫЕ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА**

Ответственность за мониторинг на международном уровне задачи ЦРТ по питьевой воде и санитарии возложена на Совместную программу ВОЗ/ЮНИСЕФ по мониторингу водоснабжения и санитарных условий. ЮНИСЕФ и ВОЗ собирают данные обследований и переписи населения посредством ежегодных консультаций, проводимых страновыми офисами ЮНИСЕФ, поиска информации в Интернете, прямого взаимодействия с национальными статистическими органами и поиска информации в хранилищах Международной сети по обследованиям домохозяйств и других организаций. Данные MICS и ДМСО берутся напрямую в службе по ДМСО (Measure DHS) и в ЮНИСЕФ.  
  
Источниками первичных данных для международного мониторинга являются репрезентативные в национальном масштабе обследования и переписи населения. При получении СПМ новых данных обследования или переписи достоверность данных оценивается на основании объективных критериев, в том числе репрезентативности в национальном масштабе, адекватности объема выборки, организации, проводившей обследование, структуры анкеты, адекватности дезагрегирования данных по городской/сельской местности и по видам источников питьевой воды. Новые данные обследований вводятся в базу данных СПМ только в случае удовлетворения этих критериев.   
  
В некоторых случаях данные корректируются в целях улучшения сопоставимости с течением времени или в случае, если национальное определение улучшенного источника питьевой воды отличается от международного определения. Когда определение отдельной категории не позволяет оценить, является ли данная категория улучшенной категорией или нет, используется дополнительная информация из других обследований, проведенных в этой стране. В случае отсутствия дополнительной информации СПМ считает, что только половина пользователей, к примеру, «колодца» или «родника» пользуется защищенным колодцем или защищенным родником, а другая половина пользуется незащищенным колодцем или родником. Данные обследований и переписи населения для городов и сельских районов накладываются на временную шкалу с 1990 года по настоящее время. По точкам рисуется линия линейной тенденции, основываясь на методе наименьших квадратов, с целью оценки охвата в городской и сельской местности для базового 1990 года и для года, за который имеются последние оценочные данные.  
  
Региональные и глобальные оценочные значения агрегируются из национальных оценочных значений с использованием средневзвешенных значений, взвешенных по численности населения. Эти оценки проводятся только в случае, если имеющиеся данные охватывают не менее 50 процентов общей численности населения в соответствующей региональной или глобальной группе. Оценочные значения по численности населения предоставляются отделом народонаселения ООН каждые два года. Для агрегации по регионам страны, по которым данные отсутствуют, взвешиваются в средних для региона показателях с целью определения населения, имеющего и не имеющего доступ к улучшенным источникам.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**ПРИМЕРЫ**

**ССЫЛКИ**

MEASURE DHS. *Guide to DHS Statistics*. Calverton, Maryland. Internet site <http://www.measuredhs.com/publications/publication-dhsg1-dhs-questionnaires-and-manuals.cfm>  
  
UNITED NATIONS (2008). *Principles and Recommendations for Population and Housing Censuses: Revision 2*. New York. Available from <http://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesM/Seriesm_67rev2e.pdf>.  
  
UNITED NATIONS CHILDREN’S FUND (2006). *Multiple Indicator Cluster Survey Manual 2005. Monitoring the Situation of Children and Women*. New York. Available from <http://www.childinfo.org/mics3_manual.html>.   
  
WORLD BANK (2007). *Briefing Notes on Gender Development - Water and Sanitation*. Washington, D.C. Available from <http://siteresources.worldbank.org/INTGENDER/Resources/Water_March07.pdf>.  
  
WORLD HEALTH ORGANIZATION AND UNITED NATIONS CHILDREN’S FUND (2012). Progress on Drinking-water and Sanitation: 2012 Update. WHO, Geneva and UNICEF, New York. Available from <http://www.wssinfo.org/fileadmin/user_upload/resources/JMP-report-2012-en.pdf>.   
  
WORLD HEALTH ORGANIZATION AND UNITED NATIONS CHILDREN’S FUND (2005). *Core Questions on Drinking-Water and Sanitation for Household Surveys*. WHO, Geneva and UNICEF, New York. Available from <http://www.wssinfo.org/pdf/WHO_2008_Core_Questions.pdf>.  
  
WORLD HEALTH ORGANIZATION AND UNITED NATIONS CHILDREN’S FUND. *Joint Monitoring Programme for Water Supply and Sanitation*. WHO, Geneva and UNICEF, New York. Internet site <http://www.wssinfo.org>.  
  
WORLD HEALTH ORGANIZATION AND UNITED NATIONS CHILDREN’S FUND (2011). *JMP 2011 Thematic Report on Drinking water: Equity, safety and sustainability*. WHO, Geneva and UNICEF, New York. Internet site <http://www.wssinfo.org/fileadmin/user_upload/resources/report_wash_low.pdf>

8.16 Число пользователей Интернета на 100 человек



**ЦЕЛЬ И ЗАДАЧА, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

Цель 8. Формирование глобального партнерства в целях развития  
Задача 8.F: В сотрудничестве с частным сектором принимать меры к тому, чтобы все могли пользоваться благами новых технологий, особенно информационно-коммуникационных технологий

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕТОДИКА РАСЧЕТОВ**

Определение

Данный показатель собой представляет *процент лиц, пользующихся Интернетом*.  
  
Понятия  
*Интернет* представляет собой всемирную компьютерную сеть. Он обеспечивает доступ к ряду услуг связи, включая Всемирную сеть, и служит носителем электронной почты, новостей, развлекательных и информационных файлов, вне зависимости от используемого устройства (доступ не только через компьютер, но также через мобильные телефоны, другие устройства беспроводной связи, игровые машины, цифровое телевидение и т.д.). Доступ может осуществляться через фиксированную или мобильную сеть.   
  
*Лица, пользующиеся Интернетом,* - это лица, пользовавшиеся Интернетом в течение последних 12 месяцев из любой точки. Данные основываются на обследованиях, как правило, проводимых национальными статистическими органами, или оцениваются исходя из числа подписок на Интернет.  
  
Методика расчетов  
Данный показатель рассчитывается путем деления общего числа рассматриваемых лиц, пользующихся Интернетом (из любой точки) в последние 12 месяцев, на общее число рассматриваемых лиц.

**ОБОСНОВАНИЕ И ТОЛКОВАНИЕ**

Помимо того, что данный показатель отражает пользование Интернетом, он помогает оценивать изменения в доступе и использовании Интернета. В странах, где многие люди имеют доступ в Интернет на работе, в школе, в Интернет-кафе или других общественных местах, увеличение общественного доступа способствует увеличению числа пользователей, несмотря на ограниченное число подписок на Интернет и домохозяйств, имеющих доступ в Интернет. В развивающихся странах складывается тенденция наличия большого числа пользователей Интернета на одну подписку на Интернет, что отражает тот факт, что доступ в Интернет из дома не является основным местом для получения такого доступа.

**СБОР ДАННЫХ И ИХ ИСТОЧНИКИ**

Растущее число стран оценивает процент лиц, пользующихся Интернетом, посредством обследований домохозяйств. Обычно по результатам обследований получают данные по проценту населения в определенном возрастном диапазоне (например, 15-74 лет). Процент лиц, пользующихся Интернетом, в этом возрастном диапазоне используется для оценки процента лиц, пользующихся Интернетом, в общей численности населения. В случае отсутствия данных обследований оценочное значение процента лиц, пользующихся Интернетом, может быть получено исходя из ряда других показателей, таких как число подписок на фиксированный (проводной) широкополосный доступ, число подписок на фиксированную телефонную связь. число активных подписок на мобильный широкополосный доступ и доходы страны.

**ВОПРОСЫ ДЕЗАГРЕГИРОВАНИЯ ДАННЫХ**

Дезагрегирование данных по этому показателю, в том числе по возрасту и полу, возможно в тех странах, где источником данных являются обследования домохозяйств. Так обстоит ситуация во все большем числе развивающихся стран.

**КОММЕНТАРИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

В странах, проводивших официальные обследования домохозяйств, данные по проценту лиц, пользующихся Интернетом, являются очень надежными, в то время как в случаях, если число пользователей Интернета оценивается на основании числа подписок на Интернет, такие данные являются гораздо менее надежными. При представлении данных всегда необходимо описывать методологию, примененную для определения процента лиц, пользующихся Интернетом.

**ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА**

Неравенства в статусе женщин и девочек в домохозяйствах, а также различия в образовании и культуре могут влиять на их доступ в Интернет.

**ДАННЫЕ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА**

Данные для глобального и регионального мониторинга данного показателя готовятся Международным союзом электросвязи (МСЭ). Данные по проценту лиц, пользующихся Интернетом, собираются посредством ежегодных анкет, направляемых МСЭ национальным статистическим органам (НСО). Если НСО представляет данные по числу лиц, пользующихся Интернетом, полученные по результатам обследований, то МСЭ использует эти данные. Если же НСО не собирал какие-либо данные по информационным и коммуникационным технологиям (ИКТ), тогда МСЭ оценивает процент лиц, пользующихся Интернетом, при помощи статистической модели, которая включает несколько показателей, такие как число подписок на фиксированный (проводной) широкополосный доступ, число подписок на фиксированную телефонную связь. число активных подписок на мобильный широкополосный доступ и доходы страны.   
  
Данные проверяются на предмет согласованности с данными за предыдущие годы. Для большинства развитых стран и все большего числа развивающихся стран данные по проценту лиц, пользующихся Интернетом, основываются на методологически обоснованных обследованиях домохозяйств, проводимых национальными статистическими органами. Для стран, где обследования домохозяйств не включают информацию по данному показателю, и стран, которые не предоставляют собственные оценочные данные, МСЭ оценивает процент лиц, пользующихся Интернетом, при помощи статистической модели, которая включает несколько показателей, такие как число подписок на фиксированный (проводной) широкополосный доступ, число подписок на фиксированную телефонную связь. число активных подписок на мобильный широкополосный доступ и доходы страны.  
  
Обычно данные не корректируются, однако расхождения в определении, базовом периоде или перерывы в сопоставимости между годами указываются в примечаниях к данным. В силу этого данные не всегда строго сопоставимы.  
  
Расхождения между глобальными и национальными данными могут возникнуть в случае применения странами определения, отличающегося от определения, применяемого МСЭ. Расхождения могут также возникнуть в случаях, когда есть отличия в возрастном охвате обследований, или в случаях, когда страной предоставляются данные только для определенной возрастной группы, а не для всего населения. Поскольку на страновом уровне имеются существенные пробелы в данных по этому показателю, во многих случаях МСЭ готовит оценочные значения.  
  
Региональные и глобальные показатели по числу пользователей Интернета рассчитываются как невзвешенные суммы страновых значений. Региональные и глобальные значения по проценту лиц, пользующихся Интернетом, являются среднестрановыми значениями, взвешенными по численности населения стран и регионов.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**ПРИМЕРЫ**

**ССЫЛКИ**

INTERNATIONAL TELECOMMUNICATION UNION (2011). *Handbook for the Collection of Administrative Data on Telecommunication/ICT*. Geneva. Available from <http://www.itu.int/pub/D-IND-ITC_IND_HBK-2011>.   
  
INTERNATIONAL TELECOMMUNICATION UNION (annual). *World Telecommunication/ICT Indicators Database*. Geneva. Available from [www.itu.int/ITU-D/ict/publications/world/world.html](http://mdgs.un.org/unsd/mi/wiki/www.itu.int/ITU-D/ict/publications/world/world.html)  
  
INTERNATIONAL TELECOMMUNICATION UNION (2009). *Manual for measuring ICT access and use by households and individuals*. Geneva. Available from [www.itu.int/publ/D-IND-ITCMEAS-2009/en](http://mdgs.un.org/unsd/mi/wiki/www.itu.int/publ/D-IND-ITCMEAS-2009/en)  
  
INTERNATIONAL TELECOMMUNICATION UNION (Website). *ICT Eye*. Geneva. Available from [www.itu.int/ITU-D/icteye/](http://mdgs.un.org/unsd/mi/wiki/www.itu.int/ITU-D/icteye/)

Top of Form