

TALLINNA TEHNIKAÜLIKOOL

Majandusteaduskond

Rahvusvaheliste suhete instituut

Euroopa-Aasia uuringute õppetool

Viktoria Prauin

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДОСТИЖЕНИЯ ДВУХ ЦРТ
(УЛУЧШЕНИЯ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И
СОКРАЩЕНИЯ ДЕТСКОЙ СМЕРТНОСТИ) В РЕГИОНЕ
АФРИКИ К ЮГУ ОТ САХАРЫ И СЕВЕРНОЙ АФРИКЕ В
ПЕРИОД С 2000 ПО 2012 ГОДЫ**

Magistritöö

Juhendaja: lektor Vladimir Sergejev PhD

Tallinn 2015

Olen koostanud töö iseseisvalt.

Töö koostamisel kasutatud kõikidele teiste autorite töödele, olulistele seisukohtadele ja andmetele on viidatud.

Viktoria Praunin.....

Üliõpilase kood: 123124

Üliõpilase e-posti aadress: alpinazz@hotmail.com

Juhendaja lektor Vladimir Sergejev PhD:

Töö vastab magistritööle esitatud nõuetele

.....

Kaitsmiskomisjoni esimees:

Lubatud kaitsmisele

.....

(ametikoht, nimi, allkiri, kuupäev)

СОДЕРЖАНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	4
АННОТАЦИЯ.....	5
ВВЕДЕНИЕ	6
1. ЦЕЛИ РАЗВИТИЯ ТЫСЯЧЕЛЕТИЯ	10
1.1. Обзор восьми Целей развития тысячелетия	11
1.2. Международные организации, помогающие в достижении ЦРТ 4 и 5	21
2. ДОСТИЖЕНИЯ И ПРОВАЛЫ В РЕГИОНЕ СЕВЕРНОЙ АФРИКИ И РЕГИОНЕ К ЮГУ ОТ САХАРЫ.....	32
2.1. Сравнительный анализ показателей детской смертности	35
2.1. Сравнительный анализ показателей защиты материнства	45
3. РЕКОМЕНДАЦИИ АВТОРА В ДОСТИЖЕНИИ ЦРТ 4 И 5	55
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	62
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	67
SUMMARY	76
ПРИЛОЖЕНИЯ	78

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

CO₂ – двуокись углерода

MDG – Millenium Development Goals

UNFPA – Фонд ООН в области народонаселения

ВНД – валовый национальный доход

ВОЗ – Всемирная Организация Здравоохранения

ГЭФ – Глобальный Экологический Фонд

МАР – Международная Ассоциация Развития

ООН – Организация Объединённых Наций

ПРООН – Программа Развития ООН

РНБ – режим наибольшего благоприятствования

ФАО – Продовольственная и Сельскохозяйственная Организация ООН

ЦРТ – Цели развития тысячелетия

ЦРТ 4 – сокращение детской смертности

ЦРТ 5 – улучшение охраны материнства

ЦУР – Цели устойчивого развития

ЭКА – Экономический Комитет ООН для Африки

ЭКОСОС – Экономический и Социальный Совет ООН

ЮНЕП – Программа ООН по окружающей среде

ЮНИСЕФ – Детский Фонд ООН

ЮНИФЕМ – Фонд ООН для развития в интересах женщин

АННОТАЦИЯ

Тема работы: Сравнительный анализ достижения двух ЦРТ (улучшения охраны материнства и сокращения детской смертности) в регионе Африки к Югу от Сахары и Северной Африке в период с 2000 по 2012 годы.

В 2000 году руководители 189 стран-членов ООН и 147 глав государств поставили перед собой амбициозную задачу изменить мир в лучшую сторону и повлиять на ситуацию в таких сферах как уровень жизни, образование, здоровье, дискриминация, экологическая ситуация и так далее. На основе Декларации Тысячелетия ООН была создана программа «Цели развития тысячелетия», в рамках которой к 2015 году мировое сообщество должно достигнуть поставленных 8 целей. В данной работе автор рассматривал достижение ЦРТ 4 (сокращение детской смертности) и ЦРТ 5 (улучшение охраны материнства) в регионах Африки к Югу от Сахары и Северной Африке.

Согласно результатам исследования Северная Африка достигла ЦРТ 4 и сократила детскую смертность на две трети. Регион Африки к Югу от Сахары сократил уровень детской смертности на 45%, что недостаточно для достижения ЦРТ 4. Достижения ЦРТ 5, а именно сокращения уровня материнской смертности на три четверти, не достиг ни один из регионов Африки. В регионе Африки к Югу от Сахары материнская смертность была сокращена на 49%, а в Северной Африке на 69%.

Мировому сообществу ещё многое предстоит сделать для сокращения материнской и детской смертности. Новая повестка дня после 2015 года уже разрабатывается и будет сформулирована в программе Цели Устойчивого Развития (ЦУР), которая поведёт мир к сотрудничеству и сплочённости до 2030 года.

Ключевые слова: Цели развития тысячелетия, детская смертность, материнская смертность, регион Африки к Югу от Сахары, регион Северной Африки, мировое сотрудничество, ООН.

ВВЕДЕНИЕ

Более тринадцати лет назад лидеры мирового сообщества согласовали цели в области развития, подписав Декларацию Тысячелетия. В Декларации указаны ключевые цели, которым мировое сообщество придаёт особо важное значение. На основании общих целей были сформулированы восемь Целей развития тысячелетия, а именно ликвидация крайней нищеты и голода, обеспечение всеобщего начального образования, поощрение равенства мужчин и женщин и расширение прав и возможностей женщин, сокращение детской смертности, улучшение охраны материнства, борьба с ВИЧ/СПИДом, малярией и другими заболеваниями, обеспечение экологической устойчивости и формирование глобального партнёрства в целях развития.. Для их достижения правительства стран, международные организации, система Организации Объединённых Наций, частный сектор и гражданское общество сплотились и сотрудничают для улучшения условий жизни миллионов людей и спасения жизней. К концу 2015 года все цели должны быть достигнуты.

В данной магистерской работе автор сделает сравнительный анализ достижения целей сокращения детской смертности и улучшения охраны материнства в регионах Африки к Югу от Сахары и Северной Африке. Поскольку изучение тематики достижения Целей развития тысячелетия очень объёмно, то в рамках одной работы рассмотреть и проанализировать достижение всех восьми целей невозможно. Именно по этой причине автор выбрал, на его взгляд, наиболее важные и актуальные цели и сделал по ним сравнительный анализ. Временные рамки взяты с 2000 года по 2012 год. За этот период можно сделать полный анализ результатов проделанной работы. Отставной точкой взят 2000 год, поскольку в этом году была подписана Декларация Тысячелетия. Конечные результаты указаны по состоянию на 2012 год, так как обработанных результатов за более поздний период пока нет.

За основу анализа были выбраны данные двух регионов Африки: Северной и к Югу от Сахары. Автор выбрал именно эти два региона, поскольку результат достижения поставленных целей у них абсолютно разный, даже несмотря на то, что эти

регионы составляют один континент. Оба региона являются одними из самых проблемных регионов, в которых ещё многое предстоит сделать для помощи людям.

Сокращение детской смертности и защита охраны материнства являются ключевыми целями Целей развития тысячелетия, так как именно женщины и дети играют важнейшую роль во всём развитии человечества. Инвестирование в здоровье женщин и детей является не только благим делом, но и способствует созданию стабильного, развивающегося и мирного общества. Здоровые женщины работают более продуктивно и могут заработать больше средств в течение своей жизни, что ведёт к улучшению условий жизни и более здоровому питанию. Здоровые женщины – здоровые дети. Инвестиции в здоровье детей имеет высокую экономическую отдачу, а также наилучшим образом обеспечивает наличие в будущем хорошей производительной рабочей силы. Путём оказания основной медицинской помощи, государство предупреждает и предотвращает многие случаи болезней, что экономит миллиарды долларов США, которые были бы выделены на лечение. Также помощь женщинам и детям помогает им реализовать себя. Все люди имеют право на наивысший достижимый уровень здоровья – основной принцип развития и прав человека.

Поскольку Цели развития тысячелетия направлены на улучшение жизни людей по всему миру, то **актуальность** выбранной автором темы очевидна. Сокращение детской смертности и улучшение охраны материнства - это основные структурные элементы человеческого развития. Многие страны сделали эти цели частью структурной и долгосрочной концепции развития своей страны. Регионы Африки уже многое сделали для своего населения, поэтому актуально рассмотреть их достижения подробнее и дать некоторые рекомендации, которые могут помочь им ещё больше развиваться.

Основной вопрос данного исследования: каких результатов достигли оба региона Африки в достижении целей сокращения детской смертности и улучшении охраны материнства в период с 2000 по 2012 годы, а также насколько различны показатели этих регионов.

Гипотезой работы является то, что уровень детской смертности и охрана материнства в двух регионах Африки имеют совершенно разные показатели,

отличающиеся в разы, несмотря на то, что выбранные автором регионы находятся рядом и создают один континент.

Предметом исследования является уровень детской смертности и улучшение охраны материнства, а **объектом** – их достижение в регионе Африки к Югу от Сахары и регионе Северной Африки.

Цель работы состоит в сравнительном анализе данных двух регионов Африки в достижении выбранных целей.

Для решения поставленной цели автор ставит перед собой следующие **задачи**:

- 1) рассмотреть в чём именно заключаются цели сокращения детской смертности и улучшение охраны материнства,
- 2) выявить основные международные организации, помогающие в достижении сокращения детской смертности и улучшении охраны материнства,
- 3) сделать сравнительный анализ результатов достижения поставленных целей в обоих регионах Африки в период с 2000 по 2012 годы,
- 4) дать рекомендации по улучшению ситуации в регионах.

Структурно работа подразделена на три основные части. В первой главе автор рассматривает все восемь Целей развития тысячелетия и приводит некоторые количественные примеры разных стран. Чаще всего в качестве примера автор приводит результаты Эстонии, поскольку данные по родной стране всегда интересны и понятны гражданину республики. Также в этой главе указываются основные международные организации, помогающие в достижении Целей Развития Тысячелетия, и их работа на конкретных примерах. Во второй части работы автор проводит сравнительный анализ достижения двух выбранных целей в регионе Африки к Югу от Сахары и в Северной Африке. В третьей главе автор даёт некоторые советы и рекомендации, которые могли бы помочь улучшить показатели сокращения детской смертности и улучшения охраны материнства.

Теоретико-методологической основой данной работы являются в основном первичные источники, составленные Организацией Объединённых Наций, Всемирной Организацией Здравоохранения, ЮНИСЕФ, фондом Save The Children и многими другими международными организациями. В качестве источников автор использовал отчёты организаций, статистические данные и многие другие источники, вызывающие

у автора доверие. Автор использовал русскоязычные, англоязычные и эстоноязычные источники.

1. ЦЕЛИ РАЗВИТИЯ ТЫСЯЧЕЛЕТИЯ

В начале нового тысячелетия руководители 189 стран-членов ООН и 147 глав государств поставили перед собой амбициозную задачу изменить мир в лучшую сторону и повлиять на ситуацию в таких сферах как уровень жизни, образование, здоровье, дискриминация, экологическая ситуация и так далее.

8 сентября 2000 года в Нью-Йорке была подписана Декларация Тысячелетия ООН, в которой согласовано видение будущего всех жителей планеты. Согласно данной Декларации лидеры стран несут коллективную ответственность за отстаивание и укрепление принципов человеческого достоинства, равенства и справедливости на глобальном уровне (глобальное партнёрство), защиту уязвимых, а так же избавление мира от крайней нищеты. Эксперты по вопросам развития изучили проблемы, которые ведут к нищете, и определили восемь целей, достижение которых поможет бедным людям выбраться из нищеты и улучшить качество жизни, получить начальное образование и доступ к улучшенным источникам воды, пригодным для питья, перестать страдать от голода и, что не маловажно - спасти жизни тысячам матерей и их детей. Так же цели помогут создать в мире такие условия, чтобы люди могли приносить максимальную пользу обществу. Вышеуказанные цели были внесены в программу «Цели развития тысячелетия», за основу которой взята Декларация Тысячелетия ООН.

К 2015 году все восемь целей развития должны быть достигнуты. Такую задачу поставило перед собой мировое сообщество. Начав процесс развития ещё в 2000 году, мировое сообщество заложило прочный фундамент для будущего прогресса. По каждой цели сформулированы задачи и указаны количественные факторы, которые должны быть достигнуты в течение пятнадцати лет с 2000 года по 2015 год.

В 2001 году Генеральный секретарь ООН Кофи Аннан представил дорожную карту, которая была разработана для реализации Декларации тысячелетия ООН и представляет собой интегрированный общий обзор ситуации, а также определяет потенциальные стратегии действия для достижения и исполнения целей.

Координирующую работу выполняет Программа Развития ООН. Данный орган обязан популяризировать Цели развития тысячелетия в странах мира, а также интегрировать эти цели в работу агентств ООН.

Отчёт о проделанной работе и исполнению дорожной карты отображается в ежегодных докладах. В них отражена глобальная оценка прогресса в достижении поставленных целей. В основе оценки лежат данные, предоставляемые большим количеством международных организаций. Совокупные данные позволяют оценить прогресс достижения целей по регионам и отдельным сферам. Координацией и публикацией докладов занимается Статистический отдел департамента ООН по экономическим и социальным вопросам (Ларионова, Перфильева и др. 2014*b*). Вдобавок ежегодно выставляют свои отчёты целевая группа, в которую входят более 20 учреждений ООН. Каждый регион тоже отчитывается за проделанную работу. Таким образом, можно получить полную картину происходящего прогресса и осуществляемой работы в режиме реального времени на основе данных проверенных источников.

Прогресс в достижении восьми целей оценивается с помощью 21 задачи и 60 официальных показателей (Официальный перечень показателей... 2008)

В подглаве 1.1. автор затронет каждую из восьми целей ЦРТ, обоснует их суть, укажет, из каких задач состоит та или иная цель, а также приведёт несколько примеров по каждой затрагиваемой цели.

1.1. Обзор восьми Целей развития тысячелетия

Программа «Цели развития тысячелетия» состоит из восьми целей.

Первой целью программы является ликвидация крайней нищеты и голода. Данную цель можно достигнуть, решая следующие задачи (Департамент общественной информации ООН 2000*a*, 1):

- 1) сократить вдвое за период 1990 – 2015 годов долю населения, имеющего доход менее 1 доллара США в день,
- 2) обеспечить полную и производительную занятость и достойную работу для всех, в том числе женщин и молодежи,
- 3) сократить вдвое за период 1990 – 2015 годов долю населения, страдающего от голода.

По данным, опубликованным на официальном сайте ООН, задача номер один была выполнена на пять лет раньше установленного срока. По сравнению с показателем 1990 года, в 2010 году в условиях крайней нищеты жило на 700 миллионов человек меньше. Однако, на глобальном уровне над этой проблемой стоит дальше работать, поскольку ещё 1,2 миллиарда человек живут менее чем на один доллар США в день (Мы можем покончить с нищетой...цель номер 1). К сожалению, выполнение первой задачи в целом не означает её успеха в каждой стране. Например, в самой большой стране Африки - Нигерии, численность людей, живущих в бедности, возросла с 49% до 77% в период с 1990 года до 2008 года (MDG Report card: measuring progress... 2010, 18).

В выполнении второй задачи произошли изменения в лучшую сторону. С 2001 года число работающих людей, живущих менее чем на один доллар США в день сократилось на 294 миллиона человек. К сожалению, гендерный разрыв в уровне занятости не уменьшается. В 2012 году разница между показателями занятости и общей численностью населения для женщин и мужчин составила 24,8 процентного пункта. Много остаётся и недоедающих детей, которые вследствие этого имеют пониженный вес, проблемы со здоровьем и развитием. Таких насчитывается более 99 миллионов детей (Мы можем покончить с нищетой...цель номер 1). У каждого четвёртого ребёнка в мире в возрасте до пяти лет отмечается задержка роста (Доклад за 2014 год, 9). Эту проблему нужно решать как можно быстрее, так как дети – это наше будущее и наиболее уязвимый источник процветания. В разных регионах показатели относительно голода разные. Например, в Гане уровень голода в период с 1990 год по 2004 год снизился на 75%, а в Республике Конго за тот же период распространённость голода наоборот увеличилась более чем в два раза до 76% (UN Millenium Campaign, 6).

На изображённом ниже рисунке 1 видно, что большой процент населения регионов Африки и Азии живут в крайней нищете.

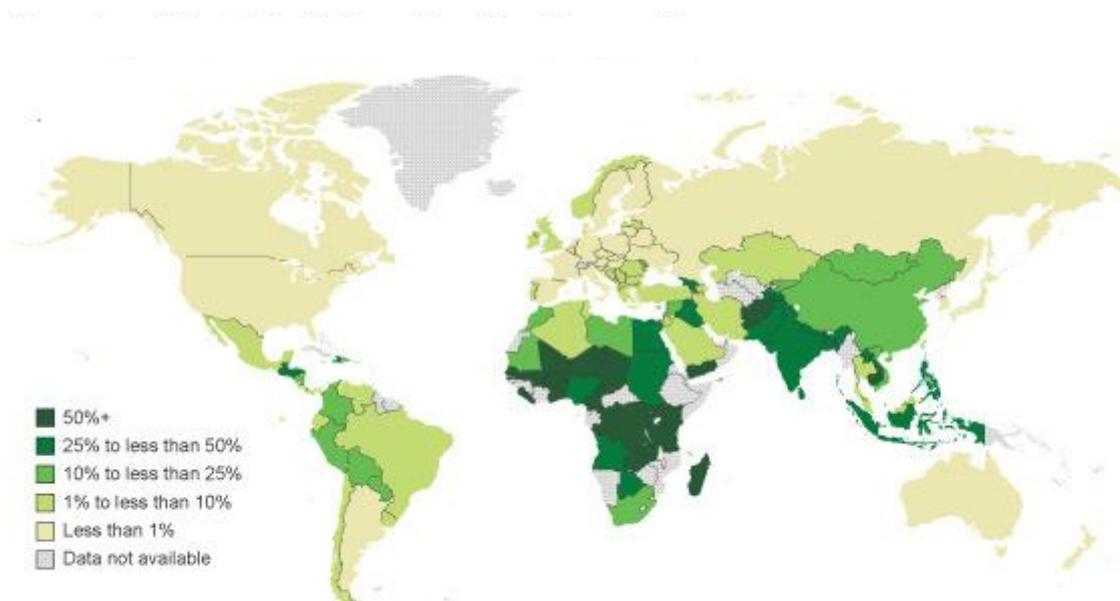


Рисунок 1. Процент населения, живущего менее чем на 1,25 долларов США в день
 Источник: (Phelps G., Crabtree S. 2013)

Вторая цель программы заключается в том, чтобы обеспечить всеобщее начальное образование. Задача мирового сообщества – достигнуть этой цели к концу 2015 года. Несмотря на впечатляющие успехи в начале тысячелетия, прогресс в достижении этой цели замедлился. В 2012 году число детей, не посещающих школу, составляло 58 миллионов детей. Каждый из этих детей при наличии школьного образования мог бы в дальнейшем получить хорошую профессию. К сожалению, имея такое количество неграмотных детей мы ставим под угрозу будущее всего мира и развитие наций. Стоит отметить, что среди взрослого населения земного шара по состоянию на 2012 год не владело базовыми навыками чтения и письма 781 миллион человек (Цели развития... 2014, 16). Автор обращает внимание, что половина из 58 миллионов неграмотных детей живёт в зонах конфликтов. Если образованная часть населения земли прекратит военные операции, а правительства стран смогут урегулировать конфликтную ситуацию у себя в стране, то миллионы детей будут иметь возможность ходить в школу и иметь хорошее будущее с перспективой стать успешным человеком.

Третья цель программы затрагивает гендерное различие между мужчиной и женщиной. Она состоит в поощрении равенства мужчин и женщин, и расширении прав

и возможностей женщин на всех уровнях образования. Основными учреждениями ООН, которые занимаются защитой женщин являются Фонд ООН для развития в интересах женщин (ЮНИФЕМ), а также Комиссия по положению женщин, которая является вспомогательным органом ЭКОСОСа.

По данным, выставленным на официальном сайте ООН, на уровне начального образования цель по гендерному неравенству была достигнута. К сожалению, остальные уровни образования и сфера трудоустройства до сих пор находятся в незавидном положении. По сравнению с мужчинами, женщина до сих пор имеет более низкую зарплату, чаще устраивается на работу с частичной занятостью и невыгодными условиями труда (Мы можем покончить с нищетой... Цель номер 3).

Например, по состоянию на 1 июля 2014 года только 21.8% состава национальных парламентов приходится на долю женщин. По сравнению с 1995 годом, когда этот процент составлял 11.3%, отмечается медленный рост. В Руанде процентное соотношение мужчин и женщин в национальном парламенте самое высокое – 63.8% всего состава занимают женщины (51 из 80 человек). Эстония в свою очередь занимает 78 место (из 145) и имеет в наличии всего 19 женщин на 82 мужчину (Riigikogu... 2014). Число министров-женщин самое высокое в Никарагуа. В этой стране 8 из 14 министров (57.1%) – женщины (Women in Politics... 2014). В Эстонии министров-женщин по состоянию на 29 декабря 2014 года 6 из 13 (46.15%) – министр культуры Урве Тиидус, министр финансов Марис Лаури, министр социальной защиты Хельмен Кютт, министр окружающей среды Кейт Пентус-Росиманнус, министр экономики и инфраструктуры Урве Пало, а также министр внешней торговли и предпринимательства Анне Суллинг (Eesti vabariigi valitsus... 2014). Данное процентное соотношение является очень хорошим показателем и результатом прогресса в эстонском обществе в вопросах гендерного равноправия.

Целью номер четыре программы ЦРТ является сокращение детской смертности. Задачей, поставленной мировым сообществом, значится сокращение на две трети за период 1990 – 2015 годов смертности среди детей в возрасте до пяти лет. К сожалению, ежегодно почти десять миллионов детей умирают не дожив до пяти лет. Ещё десятки миллионов страдают физическими или умственными недостатками из-за отсутствия нормальных условий существования, доступа к квалифицированному медицинскому

персоналу, нищеты, недоедания, насилия, дискриминации и других причин, которые приводят к смерти либо заболеваниям детей (Ларионова М., Перфильева О. 2014а).

В развивающихся странах детская смертность сократилась примерно на одну треть в период с 1990 года по 2007 год – со 103 случаев до 74 случаев на 1000 живорождений. Тем не менее, до сих пор существует огромное различие между странами. Например, в Чаде, Афганистане и Сьерра-Леоне смертность детей до пяти лет составляет более 200 детей на 1000 живорождений, в то время как в Тайланде, Чили, на Кубе и в Палау данное число составляет десять и менее смертей на 1000 живорождений.

Одним из важных аспектов противостояния детской смертности является иммунизация. За последние 15 лет (в период между 1992 и 2007 годами) три четверти стран (97 из 126) увеличили количество детей по крайней мере до 90%, которым делается прививка от кори в возрасте до одного года. 18 стран достигли почти максимального количества иммунизированных – 99% из 100% (Millenium Development Goals report card: measuring progress... 2010, 43-48).

40% детей умирают в возрасте до 27 дней (от общего числа умирающих детей). Основными причинами являются осложнения при родах недоношенных детей (14%), родовая асфиксия (9%), неонатальный сепсис (6%). Основными причинами смерти детей в возрасте от одного месяца до 59 месяцев (пяти лет) являются пневмония (14%), диарея (10%) и малярия (7%) (World Health Statistics 2013... 2013, 6). Автор хочет отметить, что указанные болезни являются излечимыми. Если предоставить доступ квалифицированных медицинских работников ко всем роддомам и новорождённым детям, то более половины детских смертей можно избежать и спасти миллионы детских жизней.

Автор хочет отметить, что, например, в Эстонии коэффициент младенческой смертности с вероятностью смерти до достижения одного года на 1000 живорождений по состоянию на 2010 год составляет 4 младенца. В 2000 году этот коэффициент составлял 8 младенцев, а в 1990 году 15 младенцев. Налицо тенденция снижения показателя младенческой смертности почти в два раза за каждые десять лет. Вероятность смерти детей до пяти лет сократилась с 1990 года по 2010 год в четыре раза – с 20 смертей до пяти (World Health Statistics... 2012, 55).

Пятой целью программы «Цели развития тысячелетия» является улучшение охраны материнства. Для решения данной цели были поставлены две задачи (Департамент общественной информации ООН 2000*b*, 1):

- 1) за период 1990 – 2015 годов снизить показатели материнской смертности на три четверти,
- 2) обеспечить к 2015 году всеобщий доступ к услугам по охране репродуктивного здоровья.

Уровень материнской смертности остаётся неприемлемо высоким. По данным Всемирного банка эта цель является наиболее отстающей в достижении, по сравнению с другими целями (The MDGs after the Crisis... 2010). Хотя в последнее время и виден значительный прогресс в достижении цели номер пять, многие страны так и не достигнут её к 2015 году.

За последние два десятилетия показатель материнской смертности существенно снизился. Падение этого показателя составило 47%, с 400 материнских смертей на 100 000 живорождений в 1990 году до 210 в 2010 году. Наибольшего прогресса добился регион Восточной Азии – 69%. Северной Африки – 66% и Южной Азии – 64% (Цели развития тысячелетия: доклад за 2013 год, 29). Для того, чтобы достичь цели в 2015 году, необходимо более быстрыми темпами улучшить доступ к неотложной акушерской помощи, расширение помощи квалифицированного персонала при родах, а также обеспечение антиретровирусной терапией беременных женщин, которые в ней нуждаются. Большинство случаев материнской смертности можно избежать, если вышеперечисленные требования будут исполняться в каждой стране мира.

В Эстонии за последние 25 лет были достигнуты определённые успехи. Материнская смертность сократилась на 96%. Если в 1990 году на 100 000 живорождений умирало 48 матерей, то в 2010 году этот показатель составляет 4 женщины. Например, в Эфиопии материнская смертность снизилась за данный период тоже на много – на 64%. Но в количественном соотношении цифры составляют 950 смертей на 100 000 живорождений в 1990 году и 350 смертей в 2010 году (World Health Statistics 2012, 72).

Нельзя забывать и о детях, которые остаются без матерей. Дети, которые растут без матери в 10 раз чаще гибнут в младенческом возрасте, чем те, у кого есть мама. Мировое сообщество должно беречь и заботиться о матерях, поскольку это

способствует стабильному и продуктивному обществу, а также способствует здоровому развитию малышей.

Шестой целью программы является борьба с ВИЧ/СПИДом, малярией и другими заболеваниями. Данная цель будет достигнута только путём решения следующих задач (Департамент общественной информации ООН 2000с, 1):

- 1) остановить к 2015 году распространение ВИЧ/СПИДа и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости,
- 2) предоставить к 2010 году возможность пройти лечение от СПИДа всем, кто в этом нуждается,
- 3) остановить к 2015 году распространение малярии и других основных болезней и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости.

К сожалению, ВИЧ остаётся основной болезнью, которая является причиной смерти женщин детородного возраста. Каждый день в мире появляется 7400 новых ВИЧ-инфицированных, а 5500 человек умирают от болезней, вызванных СПИДом. Начиная с 1981 года, года регистрации первых случаев смерти от СПИДа, умерло более 25 миллионов человек. По состоянию на 2012 год в мире жило 33.4 миллиона человек с ВИЧ/СПИДом – эти данные не могут не вызывать озабоченности. 97% всех болеющих живут в странах с низким или средним уровнем доходов, особенно в регионе к Югу от Сахары (The Global HIV/AIDS Crisis Today 2012). Всемирная Организация Здравоохранения сделала прогноз, что в 2015 году от ВИЧ/СПИДа умрёт 1 666 646 человек, а в 2030 эта цифра составит 1 793 500 человек (Global Health Observatory...).

В Эстонии один из самых высоких показателей распространённости ВИЧ среди людей в возрасте от 15 до 49 лет – 1.3%. Средний показатель по региону составляет 0.5% (World Health Statistics 2010, 33). По данным Эстонского департамента здоровья, в Эстонии всего было зарегистрировано 8 959 человек с ВИЧ, среди них 430 человек болели СПИДом. По состоянию на 3 ноября 2014 года в 2014 году заболеванием ВИЧ было заражено 257 человек, из них 122 проживают в Таллинне (2014.aastal Eestis diagnoositud... 2014).

На 2010 год правительство Эстонии тратило 6% от ВВП страны на нужды здравоохранения. В сравнении с Кубой это очень маленький показатель, поскольку кубинское правительство тратило на здравоохранение населения 91.5% от всех затрат. Меньше всего на здравоохранение своего населения тратит Катар (1.8% от ВВП) и

Пакистан (2.2% от ВВП). Количество врачей в Эстонии составляет 33.34 на 10 000 человек, на Кубе же эта цифра более чем в два раза больше – 67.23 (Rogers S. 2012).

Для достижения шестой цели нужно больше рассказывать о СПИДе и ВИЧ заболеваниях, распространить контрацептивы, а также антиретровирусную терапию среди уже заболевших. Уже в 2012 году антиретровирусные лекарства получили 9.5 миллионов человек.

Смертность от малярии существенно сократилась. В период с 2000 по 2012 года количество смертей от малярии уменьшилось на 42%. Начиная с 2000 года, удалось предотвратить более 1.1 миллиона смертей от этой болезни. К сожалению, до сих пор каждые 30 секунд от малярии погибает один ребёнок. Ежегодно заражается 350 - 500 миллионов человек, а один миллион человек умирает (MDG Monitor 2007b).

Для того, чтобы ускорить процесс достижения цели номер шесть нужно больше уделять внимания репродуктивному здоровью путём комплексной профилактики ВИЧ заболеваний, а также снижения уровня передачи ВИЧ от матери к ребёнку. Наиболее эффективным средством для предотвращения малярии у детей является использование во время сна надкроватных противомоскитных сеток, обработанных инсектицидами.

Целью номер семь ЦРТ является обеспечение экологической устойчивости в мире. Для достижения этой цели страны-члены ООН поставили перед собой четыре задачи (Цели развития тысячелетия... 2013, 42-50) :

- 1) включить принципы устойчивого развития в страновые стратегии и программы и обратить вспять процесс утраты природных ресурсов,
- 2) снизить масштабы сокращения биологического разнообразия путём значительного уменьшения темпов его утраты к 2010 году,
- 3) сократить вдвое к 2015 году долю населения, не имеющего постоянного доступа к безопасной питьевой воде и основным санитарно-техническим средствам,
- 4) к 2020 году обеспечить существенное улучшение жизни как минимум 100 миллионов жителей трущоб.

Многие экологические проблемы, с которыми мир сталкивается сегодня - от изменения климата до истощения озонового слоя, носят глобальный характер. Благодаря финансированию со стороны Глобального экологического фонда (ГЭФ), ПРООН поддерживает международное сотрудничество в целях содействия

устойчивому развитию. ГЭФ является крупнейшим фондом для защиты окружающей среды наряду с Всемирным банком и ЮНЕП. Программа малых грантов ПРООН-ГЭФ профинансировала более 8 400 проектов неправительственных и общественных организаций по всему миру (MDG Monitor 2007a).

16 сентября 1987 года был принят Монреальский протокол по веществам, разрушающим озоновый слой. Стороны протокола обязуются принимать соответствующие меры для охраны здоровья людей и окружающей среды от временных последствий, которые возникают в результате человеческой деятельности, изменяющей озоновый слой. Стороны обеспечивают охрану озонового слоя путём принятия превентивных мер по регулированию выбросов веществ, разрушающих озоновый слой (Монреальский протокол... 1987). Благодаря осуществлению этого протокола за период с 1987 года потребление озоноразрушающих веществ сократилось на 98% (Мы можем покончить с нищетой...Цель номер 7).

Что касается цели сократить долю населения, у которого нет постоянного доступа к питьевой воде, то она была достигнута на пять лет раньше указанного срока. В период с 1990 год по 2012 год 2.3 миллиарда людей получили постоянный доступ к улучшенным источникам питьевой воды. Самого большого прогресса в достижении этой цели достигла Малайзия. В 1995 году 92% жителей имели доступ к питьевой воде, в 2008 году процент составил 100%. Во Вьетнаме эти цифры составляют 68% и 94% соответственно (Millenium Development Goals Report Card: measuring progress...2010, 72).

К сожалению, такие положительные результаты касаются не всех отраслей. С 1990 года мировой объём выбросов двуокси углерода (CO_2) возрос более чем на 50% (Цели развития тысячелетия... 2014, 40). Крупнейшая в мире нефтегазовая компания ExxonMobil сделала прогноз объёмов выбросов CO_2 по регионам. Объём выбросов в США и Европейском Союзе предположительно будет сокращаться на 0.6% в год. Снижение обусловлено использованием видов топлива с более низким содержанием углерода, а также распространением возобновляемой энергии. К 2030 году выбросы в целом сократятся на 15% по сравнению с 2005 годом. В Китае же наоборот объём выбросов CO_2 к 2030 году возрастет на 70%. Этот рост обусловлен ростом спроса на энергию для производства электричества и для нужд транспортной и промышленной отраслей. Также увеличится использование угля (Прогноз объёмов выбросов...2009).

Несмотря на то, что большинство задач всё-таки выполнено, до сих пор миллионы людей не имеют доступа к безопасной питьевой воде, живут в трущобах, а окружающая среда терпит невосполнимые потери. Мировое сообщество должно увеличивать количество природоохранных зон, создавать новые лесопосадки, сокращать выбросы вредных веществ в атмосферу, а также создавать доступ к питьевой воде, санитарно-техническим средствам и более просторному жилью всё большему количеству людей.

Восьмая цель программы представляет собой формирование глобального партнёрства в целях развития. Для достижения цели были поставлены следующие задачи (Мы можем покончить с...Цель номер 8):

- 1) продолжить создание открытой, регулируемой, предсказуемой и недискриминационной торговой и финансовой системы,
- 2) удовлетворять особые потребности наименее развитых стран,
- 3) удовлетворять особые потребности развивающихся стран, не имеющих выхода к морю, и малых островных развивающихся государств,
- 4) в комплексе решать проблемы задолженности развивающихся стран,
- 5) в сотрудничестве с частным сектором принимать меры к тому, чтобы все могли пользоваться благами новых технологий, особенно информационно-коммуникационных технологий.

В 2013 году сумма официальной помощи в целях развития была максимально крупной - 134.5 миллиардов долларов США. Также развитые страны предоставляют беспопшлинный доступ к своим рынкам для 80% товаров, экспортируемых из наименее развитых стран. Тем самым развитые страны пытаются помочь развивающимся странам путём снижения налоговых сборов. Увеличение доли беспопшлинного импорта произошло в результате многостороннего отказа от таможенных пошлин в рамках режима наибольшего благоприятствования (РНБ). К сожалению, общее количество помощи беднейшим странам сокращается. Например, объём помощи странам Африки сократился в 2013 году на 5.6%. В денежном эквиваленте это огромная сумма – 28.9 миллиардов долларов США. Также сократилась помощь странам, не имеющим доступ к морю (Цели развития тысячелетия...2014, 49).

По состоянию на 31 декабря 2013 года Интернетом пользовались почти 3 миллиарда человек. В процентном соотношении лидирующее положение занимает

регион Азии – 45.1% (один миллиард 265 миллионов человек). В 2000 году это число составляло 114 миллионов человек. Рост за 13 лет составил более 1000%. В странах Африки произошёл ещё больший рост количества пользователей Интернета. В 2000 году количество пользователей составляло 4 514 400 человек. В 2013 году этот показатель составил более 240 миллионов человек, что соответствует росту на 5 220% (Internet World Stats 2013).

В целом во многих регионах уровень пользователей Интернета высокий. Этому способствует падение цен на Интернет и телефонные услуги, расширение доступности сетей, развитие технологий, а также рост доступного контента и прикладных программ.

1.2. Международные организации, помогающие в достижении ЦРТ 4 и 5

До конца 2015 года международному сообществу предстоит ещё многое сделать. Для достижения поставленных целей, а именно для сокращения детской смертности и улучшения охраны материнства, все страны совместно с международными организациями, организациями гражданского общества, фондами и частными лицами должны проделать большую работу. Развитые страны оказывают значительную поддержку развивающимся странам, что ведёт к улучшению уровня жизни всего человечества. Поддержка развитых стран является основным источником внешнего финансирования для бедных стран.

Основными партнёрами стран в помощи достижения ЦРТ 4 и 5 являются международные организации. Они проводят свои анализы, проекты и вносят свой ощутимый вклад в развитие стран. Поскольку в рамках данной работы автор сосредоточил своё внимание на достижении ЦРТ 4 и 5, то в этой главе будут упомянуты международные организации, которые являются основными работающими структурами для достижения этих целей.

Основной международной организацией, помогающей в достижении вышеуказанных целей является ЮНИСЕФ. Детский фонд, который действует под эгидой ООН, был создан 11 декабря 1946 года в качестве чрезвычайной организации для помощи детям, пострадавшим во время Второй мировой войны. Предполагалось,

что фонд будет временным, но в 1953 году ООН продлил действие фонда на неопределённый срок. ЮНИСЕФ пытается построить такой мир, где права каждого ребёнка будут защищены. Основной мыслью организации является уверенность в том, что воспитание и уход за детьми является краеугольным камнем человеческого прогресса (About UNICEF: who we are 2012). Чем больше сейчас будет вкладываться в детей, тем более успешное будущее ждёт всё человечество. ЮНИСЕФ пытается дать хороший старт детям, потому что заложенные с детства знания и воспитание формируют прочную основу личности взрослого человека.

ЮНИСЕФ работает более чем в 190 странах мира, поэтому он является ведущим в мире защитником детей. Общее руководство и администрирование организации происходит в штаб-квартире в Нью-Йорке, где и формируется глобальная политика в отношении детей. Организация финансируется исключительно за счёт добровольных пожертвований от разных стран (две трети всех поступлений), частных групп и шести миллионов индивидуальных лиц (About UNICEF: Structure and... 2012). Важную работу выполняют послы доброй воли, то есть знаменитости, которые используют свою известность для привлечения внимания к проблемам детей. Например, послами доброй воли Эстонии являются Эрки Ноол, Эри Клаас и Марья-Лиз Илус. Международным послом доброй воли России является Алексей Воробьёв, региональным послом Анатолий Карпов, а национальными послами являются Олег Газманов и Оксана Фёдорова (UNICEF people 2012).

Существует также восемь региональных отделений, которые ставят перед собой цели и задачи в соответствии со спецификой конкретного региона. Ими являются региональное отделение ЮНИСЕФ для стран Центральной и Восточной Европы, и СНГ, для стран Восточной Азии и Тихого океана, для Восточной и Южной части Африки, для промышленно-развитых стран, для Латинской Америки и Карибского бассейна, для Ближнего Востока и Северной Африки, для Южной Азии, для Западной и Центральной Африки.

Для достижения целей сокращения детской смертности и охраны материнства ЮНИСЕФ работает в следующих сферах деятельности: выживание и развитие детей, ВИЧ/СПИД и дети, анализ политики, пропаганда и партнёрские отношения по правам ребёнка, защита детей (Millenium Development Goals. Matrix: UNICEF... 2014). ЮНИСЕФ оказывает финансовую и техническую поддержку национальным лечебным

программам по здравоохранению и питанию. Приоритетными направлениями являются иммунизация, профилактика и борьба с малярией, контроль и лечение респираторных и диарейных заболеваний, искоренение дракункулёза (ришты) и предотвращение анемии. Программы здоровья включают в себя дородовую помощь беременным женщинам и новорождённым в первые четыре недели после рождения, в том числе практику грудного вскармливания. Фонд ЮНИСЕФ предоставляет, а также сам доставляет вакцины в развивающиеся страны. Миллионам детей были сделаны прививки от кори, полиомиелита, дифтерии и туберкулёза. Также ЮНИСЕФ привозит медикаменты и запасы питьевой воды на территории чрезвычайного положения. Для борьбы с ВИЧ/СПИДОМ ЮНИСЕФ работает с населением, некоммерческими организациями, религиозными группами, молодёжными организациями и другими партнёрами, чтобы проводить кампании по профилактике и квалификации болезней, учитывая гендерные аспекты подростков. Также фонд ведёт пропаганду и работу с населением для поддержания детей, осиротевших в результате ВИЧ/СПИДа; поддерживает программы распространения антиретровирусных препаратов для предотвращения передачи ВИЧ/СПИДа от матери к ребёнку; распространяет информацию о правах по защите детей и содействует в принятии законов, предусматривающих наказание для лиц, использующих детский труд, и насильников детей (Millenium Development Goals. UNICEF's role 2014).

ЮНИСЕФ является крупнейшим в мире покупателем вакцин, используемых в развивающихся странах. Его доля составляет около 40%. Несмотря на то, что показатели иммунизации возросли с менее чем 20% в 1970-е годы до 84% в 2013 году, многие дети ещё нуждаются в вакцинации. При доставке вакцин в развивающиеся страны ЮНИСЕФ добавляет туда микроэлементы, чтобы хоть как-то компенсировать недоедание, которое является негативным фактором в выживании детей. Например, если каждые четыре-шесть месяцев принимать добавки витамина А, то детскую смертность от всех причин можно снизить на 23%, смертность от кори на 50%, а смертность от диареи на 33%. ЮНИСЕФ пропагандирует грудное вскармливание младенцев. Грудное молоко защищает младенцев от острых респираторных инфекций и диареи, стимулирует иммунную систему и улучшает реакцию на вакцинацию, а также содержит сотни полезных молекул, ферментов, белков и гормонов (Millenium Development Goals. Goal: Reduce Child... 2014).

ЮНИСЕФ также много работает с политиками и правительствами, чтобы убедить их в необходимости уделять больше времени и средств для финансирования неотложной акушерской помощи, обучения медицинского персонала, вакцинации, предоставления информации семьям об обследовании во время беременности, о правильном питании и ограничениях во время беременности, а также многому тому, что помогает в выживании матери и ребёнка. Правильная диагностика и надлежащее лечение, а также хорошее питание могут уменьшить количество материнских смертей, а ведь осложнения после родов могут сказываться на здоровье женщины всю жизнь. Важно заниматься женским здоровьем с момента рождения девочки, в детском и подростковом возрасте, в период зрелости и в течение всего фертильного периода. Здоровая мать – это здоровый ребёнок, а, следовательно, и здоровая нация.

Не менее важной международной организацией, которая занимается достижением ЦРТ 4 и 5 является Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ). Данная организация имеет ведущую роль в решении проблем глобального здравоохранения, составляет повестку дня научных исследований, устанавливает нормы и стандарты, содействует в их соблюдении и контроле, разрабатывает политику здравоохранения, увязывает концепции технических вопросов с концепцией разработки политики на основе фактических данных, обеспечивает техническую поддержку разным странам, а так же контролирует ситуацию в области здравоохранения и даёт оценку динамике её изменения. Организация была основана в 1948 году, как специальное учреждение ООН, которое направляет и координирует действия в области здравоохранения.

В сферы деятельности ВОЗ входит (Трифорова Т. 2010):

- 1) укрепление и совершенствование национальных служб здравоохранения,
- 2) предупреждение неинфекционных и инфекционных заболеваний и борьба с ними,
- 3) охрана и оздоровление окружающей среды,
- 4) охрана здоровья матери и ребёнка,
- 5) подготовка медицинских кадров,
- 6) развитие медико-биологических исследований,
- 7) санитарная статистика.

Ежегодно ВОЗ публикует отчёты о всемирной статистике здоровья. Эти отчёты включают в себя краткую информацию о прогрессе в достижении ЦРТ, связанных со здоровьем. Отчёты составляются на основании публикаций, баз данных, поддерживаемых ВОЗ, и информации из региональных отделений. После прочтения отчёта можно иметь представление о состоянии здравоохранения в той или иной стране в девяти областях: ожидаемая продолжительность жизни и смертность, причины смертности, инфекционные заболевания, охват медицинского обслуживания, факторы риска, системы здравоохранения, расходы на здравоохранение, неравенство в отношении здоровья, демографические и социально-экономические статистические данные (World Health Statistics 2014, 8).

Последние исследования ВОЗ объясняют основные причины смерти матерей: более 25% смертей вызваны уже имеющимся у женщины медицинским состоянием, таким как ВИЧ, малярия, диабет, ожирение и так далее. (Здоровье матерей, новорождённых... 2014)

Для того чтобы достичь ЦРТ 4 и 5, ВОЗ создало Партнёрство по охране здоровья матерей, новорождённых и детей. Оно присоединяется к сообществам по охране репродуктивного здоровья, а также здоровья матерей, детей и новорождённых. Данный альянс насчитывает более 500 членов, которые рука об руку пытаются достичь ЦРТ 4 и 5 (Партнёрство по охране здоровья... 2014). Вместе партнёры пытаются достичь большего путём передачи стратегий, координации задач и выработки общей стратегии мероприятий.

Для достижения целей по снижению детской смертности и улучшению охраны материнства ВОЗ видит своё предназначение в следующем (Деятельность ВОЗ 2014):

- 1) собирать и синтезировать фактические данные, а также определять нормы и стандарты в отношении здоровья матерей, новорождённых, детей и подростков,
- 2) поддерживать принятие политики и стратегий, основанных на фактических данных и соответствующих международным стандартам в области прав человека, включая всеобщий доступ к медико-санитарной помощи,

- 3) создавать потенциал для высококачественных комплексных служб здравоохранения для беременных женщин, новорожденных, детей и подростков
- 4) отслеживать и измерять прогресс в области осуществления и воздействия этих стратегий на выживание, здоровье, рост и развитие.

ВОЗ регулярно проводит научные исследования, разработки и внедряет в жизнь разные методики для того, чтобы устранить основные причины детской смертности и заболеваемости. Организация собирает данные об успешных программах и эффективных стратегиях, разрабатывает принципы и методики для сокращения детской смертности, внедряет в жизнь новые методики, а также делает выводы из уже сделанных программ для более результативного партнёрства.

Не менее важной организацией, которая занимается достижением ЦРТ 4 и 5 является фонд Save The Children. Это международная организация, которая занимается защитой прав детей по всему миру. Фонд Save The Children был основан в Англии в 1919 году сёстрами Эглантиной Джебб и Дороти Бакстон, чтобы помочь детям в разорённой войной Центральной Европе. Уже в 1970-е годы организация была преобразована в агентство по развитию и улучшению положения детей в развивающихся странах. Основными целями организации являются улучшение системы образования, здравоохранения, экономических возможностей, защита детей от насилия и стихийных бедствий, и другая деятельность по охране и защите прав детей.

Например, в 2010 году после землетрясения на Гаити, организация снабдила 1.6 миллионов гаитян (в том числе 700 000 детей) строительными материалами, продуктами питания, медикаментами и питьевой водой. В том же году в августе произошло крупное наводнение в Пакистане. Более 21 миллиона человек были вынуждены покинуть свои дома. Фонд Save the Children помог более чем 2.6 миллиону человек в организации неотложной медицинской помощи, продуктами питания, строительными материалами и другими предметами первой необходимости. Во время засухи 2011 года в странах Африканского Рога, организация помогла 942 тысячам детей, предоставляя удобные для детей помещения, образование и консультационные услуги. В том же году образовательные программы организации помогли более 15 миллионам детей в 26 стране улучшить свои навыки и участвовать в процессе

обучения. Это лишь малая часть достижений и программ организации (Save The Children. History 2014).

Из финансового отчёта организации за 2013 год видно, что на все программы было потрачено более 569 миллионов долларов США. Например, на программу здоровья и питания организация потратила более 140 миллионов долларов США, а на помощь в чрезвычайных ситуациях более 211 миллионов долларов США. (Full Audited Financial... 2013)

Данной организации помогают и известные люди по всему миру. Например, футболист Кристиану Роналду борется против детского недоедания и ожирения, а также способствует пропаганде физической активности и здоровому питанию. Он участвует в программах Save The Children, а также самостоятельно пытается привлечь внимание людей к проблеме недоедания и ожирения детей. Например, он был одним из активных распространителей информации о детском марафоне в Мазамбике – «Будь в форме, занимаясь спортом» (Teaming up against Child...2014).

Начиная с 2010 года, Save The Children обучило около 400 000 медицинских работников, а в 2013 число матерей и детей, прошедших через учреждения здравоохранения и разные программы организации достигло 50 миллионов человек. (Health and Nutrition 2014)

Ежегодно организация публикует отчёт о том, в какой стране лучше жить матери и ребёнку. Рейтинг составляется по нескольким показателям: насколько хороша охрана материнства (риск смерти матери), уровень смертности детей до 5 лет, статус образования, экономический статус, политический статус (процент женщин в национальном парламенте). В 2014 году лучшей страной для матери и ребёнка признана второй год подряд Финляндия. В первую тройку попали и другие скандинавские страны: Норвегия и Швеция. Эстония в данном списке занимает 23 место. Всего же анализ проводится по 178 странам мира (2014 Mother's Index Ranking 2014).

Save The Children заключил соглашение с благотворительным фондом Unilever о создании глобальной кампании EVERY ONE. Она направлена на улучшение жизни двух миллионов детей и их матерей к 2016 году путём повышения доступа к работникам здравоохранения, к здоровой пище и вакцинированию. Благотворительный фонд Unilever уже пожертвовал 15 миллионов долларов США в рамках данной

кампании (Save The Children... 2014). Следует сделать ещё очень многое для достижения ЦРТ 4, поэтому любой вклад приближает человечество к сокращению детской смертности.

Такая крупная организация как Всемирный банк, является одним из важнейших источников финансирования и технической помощи развивающимся странам.

Всемирный банк был организован в 1944 году. Сейчас банк состоит из 120 представительств со штатом сотрудников более 10 000 человек (О нас. Что мы делаем...2014). Этот банк предоставляет займы развивающимся странам на льготных условиях или вообще без процентов, а также гранты. Некоторые проекты могут софинансироваться с правительствами стран, другими организациями, коммерческими банками, экспортно-кредитными агентствами и частными инвесторами. Займы и гранты Всемирный банк предоставляет для финансирования таких областей, как образование, здравоохранение, инфраструктура, государственное управление, развитие финансового и частного секторов, охрана окружающей среды, сельское хозяйство и управление природными ресурсами

Например, одним из последних финансирований Всемирного банка стало предоставление Молдавии займа в размере 40.5 миллионов долларов на усовершенствование инфраструктуры отопительной системы Кишинёва и повышение её надёжности. С момента вступления Молдавии во Всемирный Банк было реализовано 49 проектов на сумму более 1 миллиарда долларов США. (Кирсанов Д. 22.11.2014)

Чтобы помочь мировому сообществу сократить детскую смертность, Всемирный банк направляет свои усилия на повышение эффективности национальных систем здравоохранения, расширение программ иммунизации, совершенствование мониторинга роста детей, обеспечение выживания и укрепление здоровья матерей. Также банк содействует в улучшении питания детей и матерей, вкладывает денежные средства в улучшение репродуктивного здоровья, а также финансирует проекты по модернизации инфраструктуры. За счёт фонда Всемирного банка – Международной Ассоциации Развития (МАР), иммунизацию прошли 310 миллионов детей по всему миру. За 12 лет (с 1995 год по 2007 год), во время которых МАР финансировал проекты беднейших стран для достижения ЦРТ 4, смертность детей младше пяти лет сократилась в этих странах с 134 на 1000 детей до 105 на 1000 детей. Например, в Боливии показатели младенческой смертности снизились почти на 20% - с 67 на 1000

живорождений в 1998 году до 54 на 1000 живорождений в 2003 году (Сокращение детской... 2014).

Улучшение охраны материнства является приоритетной целью для Всемирного банка. Инвестиции в охрану здоровья матерей не только улучшают здоровье самих матерей, но и увеличивают число работающих женщин, рожаящих женщин, что в свою очередь ведёт к благосостоянию всей страны и нации. К сожалению, ежедневно от осложнений во время беременности или родов в мире умирает 800 женщин. В достижении ЦРТ 5 виден наименьший прогресс. Всемирный банк помогает достигнуть поставленной цели за счёт инвестирования в женское здоровье, улучшение репродуктивного здоровья, в программы по планированию семьи, улучшение питания, профилактику заболеваний, присутствие квалифицированного медицинского персонала на родах, внедрение новых методов лечения и многих других программ. За период с 2002 года по 2012 год за счёт поддержки Всемирного банка свыше 65 миллионов человек получили доступ к медицинской помощи, 188 миллионов беременных женщин получили дородовую помощь. Например, в Гвинее в 2012 году 95% беременных женщин получили дородовой уход. В 2011 году этот показатель составлял 83% (Улучшение охраны здоровья...2014).

Ещё одной международной организацией, которой принадлежит немалый вклад в достижение ЦРТ 4 и 5 является Продовольственная и Сельскохозяйственная Организация Объединённых Наций (ФАО). Несмотря на то, что в мире есть много возможностей прокормить всё население планеты, до сих пор 805 миллионов человек голодают, а 161 миллион детей живёт с пониженной массой тела (отставание в росте). ФАО помогает людям получить доступ к высококачественным продуктам питания, способствует продовольственной безопасности, обеспечивает развитие сельского хозяйства и так далее. Программы ФАО помогают бедным семьям получить доступ к полноценному питанию, а также сокращают уровень недоедания среди детей. В возрасте до шести месяцев младенцу важно получать грудное молоко. Для этого ФАО распространяет информацию о полезности и необходимости грудного вскармливания (Цель 4. Сокращение...2014). В период от 6 месяцев до 24 месяцев в малоразвитых странах у младенцев наблюдаются большие проблемы со здоровьем, поскольку вдобавок к грудному молоку ребёнку нужно и дополнительное питание.

Почти всех случаев материнской смертности можно было бы избежать, если бы матери имели бы полноценное питание, доступ к безопасной воде и санитарно-технической инфраструктуре, а также медицинскому обслуживанию во время беременности и родов. ФАО проводит программы для получения матерями доступа к продуктовым ресурсам и средствам получения дохода, к здоровому питанию и квалифицированному медицинскому персоналу. ФАО содействует включению уроков о правильном и здоровом питании в школьную программу многих стран, чтобы девочки со школьных лет знали и умели каким образом можно правильно питаться. Также ФАО способствует развитию домашнего огородничества и садоводства в качестве дополнительного источника полезных продуктов. Например, в Бурунди ФАО распространила среди матерей семена и инструменты, а также провела соответствующие курсы для того, чтобы женщина могла обеспечить свою семью хорошими продуктами питания (ФАО и восемь целей... 2014).

Ключевой задачей Фонда Организации Объединённых Наций в области народонаселения (UNFPA) является содействие равным возможностям прав женщин, мужчин и детей. Данная организация помогает правительствам в создании программ и формулировании политики в таких областях как уменьшение бедности, увеличение популярности беременности, безопасные роды, распространение информации среди молодёжи об опасности ВИЧ/СПИДа и так далее (About us 2014).

В 2013 году UNFPA получил в качестве пожертвований 976.8 миллионов долларов США. Основным спонсором была Великобритания, которая пожертвовала организации более 142 миллионов долларов США. Больше всего средств, а именно 26.2% от всей суммы пошло на программы, связанные со здоровьем матери и ребёнка. 24.6% всех денег было потрачено на планирование семьи (Funds and... 2014). По этим данным видно, что фонд расходует больше половины пожертвований на помощь матерям, детям и семьям в целом. Такие программы во многом способствуют достижению ЦРТ 4 и 5.

В качестве примера автор привёл малую часть международных организаций, помогающих в сокращении детской смертности и улучшении охраны материнства. По всему миру можно найти ещё много равнодушных организаций, фондов, а также частных инвесторов, которые помогают матерям и детям выжить. В качестве примера можно привести Международную Организацию Труда, занимающуюся вопросами

организации труда; Женский Фонд развития ООН, занимающийся обеспечением равенства полов; Объединённую программу ООН по ВИЧ и СПИДу, занимающуюся борьбой с эпидемией ВИЧ и СПИДа; Всемирную Продовольственную Программу, обеспечивающую многие страны продуктами питания и многие другие большие и малые организации.

Вдобавок к международным организациям проблемами материнства и детской смертности занимаются организации гражданского общества, такие как фонд Билла и Мелинды Гейтс, World Vision International, White Ribbon Alliance и другие. На свободной основе, в качестве вклада частного сектора, можно присоединиться к «Глобальному договору» или в частном порядке помогать мировому сообществу.

2. ДОСТИЖЕНИЯ И ПРОВАЛЫ В РЕГИОНЕ СЕВЕРНОЙ АФРИКИ И РЕГИОНЕ АФРИКИ К ЮГУ ОТ САХАРЫ

Несмотря на значительные изменения и продвижения в достижении ЦРТ 4 и 5, Африка остаётся проблемным регионом, в котором ещё очень многое предстоит сделать. В данной главе автор сделает сравнительный анализ результатов проделанной работы в двух регионах Африки: Северной Африки и Африки к югу от Сахары. В качестве временного периода автор использует статистические данные за 2000 – 2012 годы. В качестве исходного уровня автор берёт показатели 1990 года, поскольку члены Межучредительской группы экспертов Организация Объединённых Наций оценивают прогресс регионов по сравнению с 1990 годом.

Состав выбранных автором регионов был определён на основе принятой в ООН классификации географических регионов. В состав региона Северной Африки входят шесть стран: Алжир, Египет, Марокко, Тунис, Западная Сахара и Ливия. В регион Африки к Югу от Сахары входит 51 страна: Ангола, Бенин, Ботсвана, Буркина-Фасо, Бурунди, Камерун, Кабо-Верде, Центральноафриканская Республика, Чад, Коморские острова, Республика Конго, Кот-д'Ивуар, Демократическая Республика Конго, Джибути, Экваториальная Гвинея, Эфиопия, Габон, Эритрея, Гамбия, Гана, Гвинея, Гвинея-Бисау, Кения, Либерия, Лесото, Мадагаскар, Малави, Мали, Мавритания, Маврикий, Майотта, Мозамбик, Намибия, Нигерия, Нигер, Руанда, Сан-Томе и Принсипи, Сенегал, Реюньон, Сейшельские острова, Сьерра-Леоне, Сомали, Южно-Африканская Республика, Судан, Южный Судан, Свазиленд, Того, Уганда, Объединённая Республика Танзания, Замбия и Зимбабве (Millenium Development Indicators: World and regional...2014). Регион Африки к Югу от Сахары в свою очередь подразделяется на субрегионы, сформированные на основе классификации, принятой Экономической Комиссией ООН для Африки (ЭКА). Субрегионов всего четыре: Западная Африка, Центральная Африка, Восточная Африка и Западная Африка. На

рисунок 2 видно, какие страны входят в тот или иной субрегион, а также где он располагается.

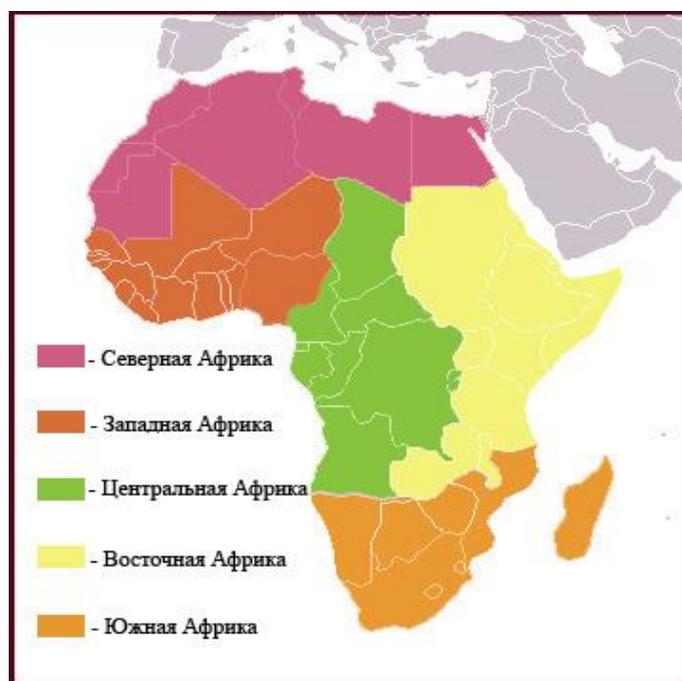


Рисунок 2. Субрегионы Африки

Источник: (Мир Африки 2013)

Регионы Северной Африки и Африки к Югу от Сахары отличаются своими показателями детской смертности и уровнем охраны материнства. По данным на декабрь 2013 года в регионе Северной Африки в пяти странах из шести наблюдалась низкая детская смертность до пяти лет. По одной стране данные отсутствуют. Низкой смертностью считается показатель ниже 40 на 1000 живорождений. В регионе Африки к Югу от Сахары показатели не такие оптимистичные. В 20 странах этого региона наблюдается высокая детская смертность (от 80 до 150 смертей на 1000 живорождений), в 8 странах зафиксирован очень высокий уровень детской смертности (более 150 смертей на 1000 живорождений), в 14 странах наблюдается умеренная смертность (от 40 до 80 смертей на 1000 живорождений) и только в 4 странах детская смертность находится на низком уровне (менее 40 смертей на 1000 живорождений). По пяти странам информация отсутствует (MDG Regional Progress Chart...2013, Technical Note...2013).

Данные по защите материнства тоже значительно отличаются. В регионе Северной Африки в четырёх странах из шести наблюдается низкая материнская смертность (менее 100 на 100 000 живорождений). В одной стране умеренная смертность (от 100 до 200 смертей на 100 000 живорождений), а по одной стране информации нет. Доступ к услугам в области репродуктивного здоровья в целом в этом регионе средний. В одной стране он находится на высоком уровне – более 65% населения имеют к нему доступ; в двух странах доступ к вышеуказанным услугам умеренный – от 40% до 65%; по трём странам информация отсутствует. В регионе Африки к Югу от Сахары необходимо больше уделять внимание на предотвращение материнской смертности и предоставление доступа к услугам в области репродуктивного здоровья. Только в трёх странах из 51 наблюдается низкая материнская смертность (менее 100 на 100 000 живорождений), а в одной стране она умеренная (от 100 до 200 смертей на 100 000 живорождений). В 25 странах этот показатель высокий – от 200 до 500 смертей на 100 000 живорождений, а в 18 странах на 100 000 живорождений умирает более 500 женщин. По трём странам данные отсутствуют. Доступ к услугам в области репродуктивного здоровья также в большинстве стран этого региона низкий. В 22 странах из 51 менее 40% женщин имеют к ним доступ. В 9 странах доступ к услугам в области репродуктивного здоровья имеют от 40% до 65% (умеренный уровень), и только одна страна достигла высокого уровня – более 65%. По 19 странам данные отсутствуют (MDG Regional Progress Chart...2013, Technical Note...2013).

Вышеуказанные данные показывают, что низкий или средний уровень детской смертности имеют только 35% стран региона Африки к Югу от Сахары и 83% стран Северной Африки. Это означает, что страны Северной Африки имеют показатель в 2.35 раза лучше соседнего региона. Только 8% стран Африки к Югу от Сахары имеют низкий или средний уровень материнской смертности. Результат Северной Африки по данному индикатору 83%. Это на 90% больше результата региона Африки к Югу от Сахары. Уровень доступа к услугам в области репродуктивного здоровья в регионе Северной Африки в 2.5 раза выше, чем в Африке к Югу от Сахары. По сделанным расчётам можно сказать, что регион Северной Африки по всем показателям имеет лучшие результаты, чем показатели Африки к Югу от Сахары. Несмотря на то, что в регионе Северной Африки меньше стран, чем в Африке к Югу от Сахары, в

процентном соотношении Северная Африка больше продвинулась в достижении ЦРТ 4 и 5, чем регион Африки к Югу от Сахары. Уровень материнской и детской смертности в регионе Северной Африки находится на низком уровне, а процент женщин, имеющих доступ к услугам в области репродуктивного здоровья высокий почти по всем странам.

По данным таблицы достигнутого прогресса по состоянию на 2014 год, составленной Статистическим отделом Департамента по экономическим и социальным вопросам Организации Объединённых Наций, весь регион Северной Африки имеет низкую детскую смертность, низкую материнскую смертность и средний доступ к услугам репродуктивного здоровья. Достижения ЦРТ 4 этот регион уже добился. Регион Африки к югу от Сахары имеет высокий уровень детской смертности, очень высокий уровень материнской смертности и низкий уровень доступа к услугам в области репродуктивного здоровья (Цели развития тысячелетия: таблица... 2014). По данным из таблиц достигнутого прогресса за период с 2005 года по 2014 год, низкий уровень смертности среди детей в регионе Северной Африки был достигнут в 2007 году, а низкий уровень смертности матерей в 2011 году. До 2011 года уровень детской смертности в регионе Африки к Югу от Сахары был очень высоким. К сожалению, уровень материнской смертности пока так и остаётся высоким.

В главе 2.1. автор более подробно рассмотрит положение детского здоровья и смертности, а также сделает сравнительный анализ двух регионов. В главе 2.2. автор рассмотрит уровень охраны материнства и сравнит показатели двух регионов Африки.

2.1. Анализ показателей детской смертности

В глобальном смысле смертность детей до пяти лет упала на 49% - с 90 смертей на 1000 живорождений в 1990 году до 46 смертей в 2013 году. Все регионы, кроме региона Африки к Югу от Сахары и Океании, уменьшили количество смертей не менее чем на 52%. Динамика падения уровня детской смертности за последние десять лет очень высока. Ежегодный глобальный показатель снижения уровня смертности в период с 1990 по 1995 год в 3 раза меньше, чем в период с 2005 по 2013 год – с 1.2% до 4% в год соответственно. Несмотря на то, что в регионе Африки к Югу от Сахары темпы снижения уровня детской смертности увеличиваются (с 0.8% в год в период

1990 – 1995 год до 4.2% в период 2005 – 2013 год), регион по прежнему имеет самый высокий уровень детской смертности – 98 смертей на 1000 живорождений. Этот показатель более чем в 15 раз больше, чем в среднем по развитым странам. Уровень детской смертности в развитых странах – 6 смертей на 1000 живорождений (Levels and Trends in Child Mortality 2014).

На основании данных из Докладов ООН по Целям развития тысячелетия за период с 2005 по 2014 годы автор составил график коэффициента детской смертности (рисунок 3). На графике видно, что почти каждый год (кроме 2000 года) регион Африки к Югу от Сахары делал прогресс в достижении ЦРТ 4. За 22 года регион снизил количество детских смертей с 177 на 1000 живорождений до 98. Уровень детской смертности заметно сократился, но он по прежнему остаётся самым высоким во всём мире. Снижение уровня детской смертности в Северной Африке тоже достаточно быстрый. Регион добился уровня 22 смертей на 1000 живорождений в 2012 году по сравнению с 73 смертями в 1990 году. По сравнению с регионом Африки к Югу от Сахары, который снизил уровень смертности на 45%, Северная Африка снизила уровень смертности на 70% и уже добилась ЦРТ 4. В качестве примера автор выделил на графике и данные по развитым странам – тот уровень, к которому нужно стремиться всем регионам мира. К сожалению, в развитых странах за последние семь лет почти никакого прогресса в уменьшении уровня детской смертности не наблюдается. В 2006 году уровень смертности составлял 6 смертей на 1000 живорождений, в 2012 году этот уровень составил 5 смертей. Так как в развитых странах уже многое сделано для сохранения детских жизней, соответственно сократить уже и так маленький процент смертей сложно.

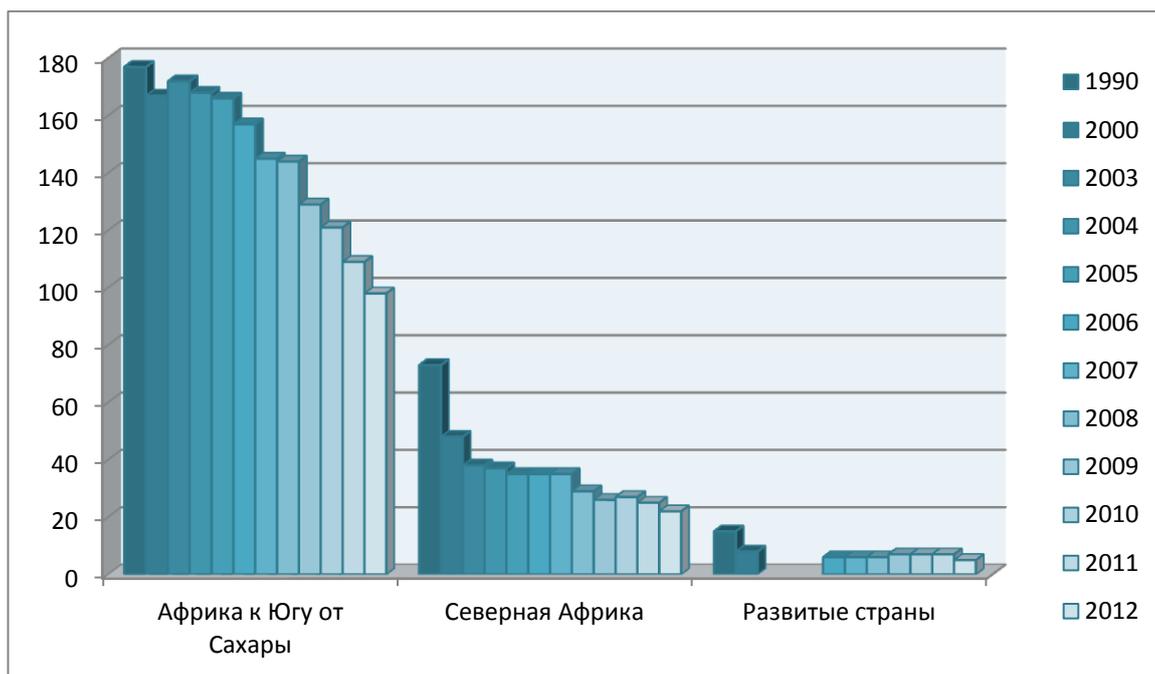


Рисунок 3. Коэффициент смертности среди детей в возрасте до пяти лет за 1990, 2000, 2003 – 2012 годы (количество смертей на 1000 живорождений)

Источник: данные из докладов ООН по Целям развития тысячелетия за 2005 – 2014 годы

Автор отмечает, что внутри одного региона страны имеют разный уровень детской смертности и разные показатели прогресса достижения ЦРТ 4. Так, например, в Нигерии, в 1990 году уровень детской смертности составлял 327 смертей на 1000 живорождений, что составляет 32% от всех родившихся детей страны. В 2013 году этот показатель намного лучше, но всё-же не достаточен для достижения ЦРТ 4 – 104 смерти на 1000 живорождений. В 1990 году в регионе Африки к Югу от Сахары самый маленький уровень детской смертности был на Сейшельских островах – 16 смертей на 1000 живорождений. Этот показатель сравним с показателем развитых стран этого же года. По состоянию на 2013 год больше всего детей в регионе Африки к Югу от Сахары умирало в Анголе – 167 детей на 1000 живорождений. Стоит отметить, что шесть стран региона Африки к Югу от Сахары достигли ЦРТ 4 и снизили уровень детской смертности на две трети. Этими странами являются Малави – 72%, Либерия – 71%, Танзания – 69%, Эфиопия – 69%, Нигерия – 68%, Эритрея – 67%. Это доказывает, что высоких темпов снижения детской смертности можно добиться и в странах с низким или средним уровнем доходов.

В регионе Северной Африки тоже имеются различия среди стран. Например, в 1990 году в Египте наблюдался самый высокий уровень детской смертности в этом регионе – 85 смертей на 1000 живорождений. В то же время за 23 года Египет снизил уровень детской смертности на 76%, что является рекордом в этом регионе. В 1990 году в Ливии уровень детской смертности был почти в 2 раза ниже, чем в Египте – 42 смерти на 1000 живорождений. По данным на 2013 год Ливия остаётся страной с самым низким уровнем детской смертности в регионе – 14 смертей на 1000 живорождений. Наибольшее количество детей в 2013 году в регионе Северной Африки умирает в Марокко – 30 смертей на 1000 живорождений (Millenium Development Indicators: Country Level Data 2014).

В количественном эквиваленте в 2012 году в регионе к Югу от Сахары умерло 3 245 000 детей в возрасте до пяти лет, что составляет 49.5% от смертей детей по всему миру. В регионе Северной Африки эта цифра меньше – 88 000 детей (Цели развития тысячелетия: доклад...2014, 25). В количественном соотношении разница большая, но если посмотреть, что за каждой цифрой стоит реальный ребёнок со своей судьбой, чувствами и родителями, то обе вышеуказанные цифры нужно довести до нуля вне зависимости от региона, первоначальных данных и политики государства.

В 2012 году из 6.6 миллионов детей 2.9 миллиона умерло в первый месяц своей жизни – до 27 дней во время неонатального периода (Цели развития тысячелетия: доклад...2014, 25). В первой главе автор указывает, от каких болезней в основном умирают дети в возрасте до 27 дней и от одного месяца до пяти лет.

Уровень доходов страны также влияет на коэффициент смертности среди детей до пяти лет. В странах, где уровень доходов населения высокий, уровень детской смертности самый низкий, поскольку в таких странах есть должная медицинская помощь при родах, наблюдение за беременными женщинами до родов, вакцинация ребёнка после рождения, то есть предоставление услуг здравоохранения на высоком уровне.

К сожалению, в странах с низким уровнем доходов прослеживается высокий уровень смертности детей до пяти лет. Автор хочет отметить, что уровень доходов населения не должен служить препятствием для снижения уровня смертности детей. Это наоборот должно проявлять желание у людей улучшать свой уровень жизни, развивать здравоохранение и создавать программы по борьбе с детской смертностью.

Так, начиная с 1990 года, а особенно с 2000 года, в таких странах региона Африки к Югу от Сахары с низким уровнем доходов как Гвинея, Либерия, Мадагаскар, Малави, Мозамбик, Нигер, Объединённая Республика Танзания, Руанда, Уганда, Эритрея и Эфиопия, наблюдалось значительное снижение уровня детской смертности.

На рисунке 4 видно, что все страны, вне зависимости от уровня доходов, снизили коэффициент детской смертности в возрасте до пяти лет почти в два раза. Для ещё более эффективного снижения уровня детской смертности необходимо более последовательное проявление политической воли правительства в области охраны матери и ребёнка через соответствующие программы, согласованные действия, стратегии и, конечно, ресурсы.

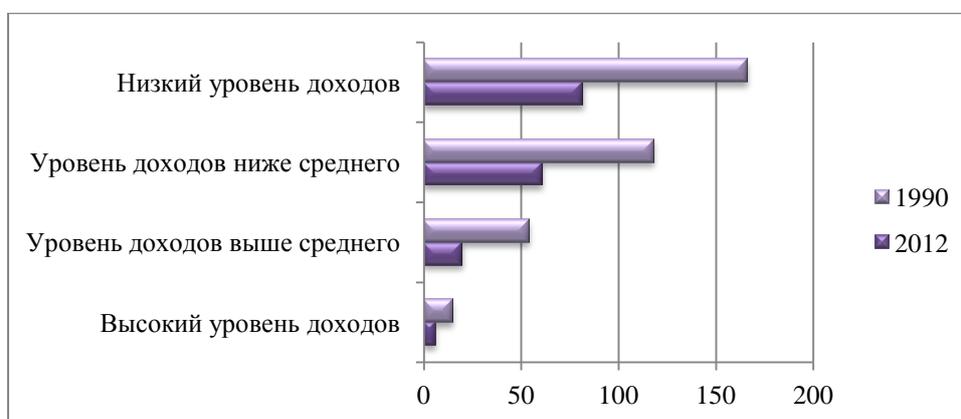


Рисунок 4. Коэффициент смертности среди детей в возрасте до пяти лет по уровню доходов страны в 1990 году и 2012 году

Источник: (Цели развития тысячелетия: доклад за 2014 год, 26)

Уровень доходов страны определяет Всемирный банк. Уровень определяется по оценочному уровню валового национального дохода (ВНД) на душу населения за прошедший год. Категории доходов по уровню ВНД автор указал в таблице 1.

Таблица 1. Установленные Всемирным банком категории доходов по уровню ВНД на душу населения за 2013 год (долларов США)

Уровень доходов	Доход
Страны с низким уровнем доходов	1 035 и ниже
Страны с уровнем доходов ниже среднего	1 036 – 4 085
Страны с уровнем доходов выше среднего	4 086 – 12 615
Страны с высоким уровнем доходов	12 616 и выше

Источник: (Новая классификация стран 2013)

В регионе Африки к Югу от Сахары более половины стран, а именно 26 стран из 51, имеют низкий уровень доходов. Всего в мире стран с низким уровнем доходов 34. В регионе Северной Африки стран с таким уровнем доходов нет. В этом регионе преобладают страны с уровнем доходов ниже среднего и уровнем доходов выше среднего. По три страны в каждой категории. Египет, Марокко и Западная Сахара имеют уровень доходов ниже среднего, а Алжир, Тунис и Ливия имеют уровень доходов выше среднего. В регионе к Югу от Сахары стран с уровнем доходов ниже среднего всего 15 (то есть 29%), а стран с уровнем доходов выше среднего ещё меньше – 7 (то есть 13% от всех стран данного региона). К сожалению, ни в одном регионе Африки нет страны с высоким уровнем доходов (Country and Lending Groups 2014).

Многих детских смертей можно было бы избежать, если бы бедные семьи имели такой же доход, как и богатые семьи той же страны. Если бы у детей из бедных семей Демократической Республики Конго был бы такой же показатель смертности, как у детей из богатых семей этой же страны, то можно было бы спасти около 45 000 детских жизней ежегодно, то есть сократить смертность на 33% (Surviving The First Day... 2013, 8).

Одной из основных причин смерти детей в возрасте до пяти лет является заболевание корью. За 12 лет с 2000 года по 2012 год детская смертность от кори сократилась более чем на три четверти – с 562 000 смертей в 2000 году до 122 000 смертей в 2012 году. На смертность от кори в странах Африки к Югу от Сахары приходилось 56 000 смертей, что составляет 46% от всех случаев (Цели развития тысячелетия: доклад...2014, 27).

В указанный период по всему миру проводились программы по вакцинации детей от кори. Благодаря этим программам удалось предотвратить 13.8 миллионов

смертей детей. К сожалению, в регионе Африки к Югу от Сахары продолжают вспыхивать заболевания корью из-за слабых систем плановой иммунизации детей, а также из-за недостаточно оперативного принятия мер по борьбе с болезнью. Именно поэтому темпы сокращения распространения кори в регионе Африки к Югу от Сахары замедлились.

В 2012 году максимальное число заболевших корью было зарегистрировано в Демократической Республике Конго – 72 029 случаев. Например, в регионе Северной Африки самое большое количество случаев заболевания корью было зарегистрировано в Ливии, что составило 320 человек (в Египте это число составляло 245 случаев, в Алжире 18, в Тунисе 48) (World Health Statistics 2014). Вышеуказанные цифры показывают, насколько по-разному в регионах активизируется заболевание корью, а также насколько эффективно правительства стран региона Северной Африки борются с заболеванием, которое можно предотвратить с помощью всего двух прививок безопасной, недорогой и эффективной вакцины.

Сокращение детской смертности в возрасте до пяти лет было достигнуто во многом за счёт того, что увеличился охват плановой вакцинации детей соответствующего возраста. В период с 2000 по 2009 годы доля детей, вакцинированных от кори, возросла с 72% до 84%. В 2000 году в регионе к Югу от Сахары доля детей, получивших хотя бы одну дозу противокоревой вакцинации составляла 52%. В 2012 году этот показатель составил 72%. В Северной Африке количество вакцинированных детей выше. В 2000 году процент составил 93%, а в 2012 году доля составляла уже 95%. Этот показатель выше на 1%, чем в развитых регионах. Самый большой процент вакцинации против кори наблюдается в Эритрее, Маврикии, на Сейшельских островах и в Анголе. Самый маленький процент охваченных вакцинацией наблюдается в Нигерии, Центральноафриканской Республике, Экваториальной Гвинее, Гвинее и Мали (World Health Statistics 2014). Ослабление финансовых, политических и бюрократических обязательств способствовало бы дальнейшему достижению ЦРТ 4.

Согласно исследованиям, место жительства влияет на риск смерти детей. В городской местности у детей есть больше шансов прожить больше пяти лет, чем в сельской. Наибольший разрыв по данному показателю наблюдается в Северной Африке. В этом регионе у ребёнка, живущего в сельском районе в 2.1 раза меньше

шансов прожить более пяти лет, чем у ребёнка в этом же регионе, живущего в городе. В регионе Африки к Югу от Сахары разница меньше, но тоже ощутима. В сельской местности вероятность смерти ребёнка в 1.4 раза больше, чем в городе (Цели развития тысячелетия: доклад...2012, 28).

Ежегодно фонд Save The Children публикует отчёт о том, в какой стране мира матери и ребёнку лучше всего жить. К сожалению, последние 10 стран списка 2014 года занимают страны региона Африки к Югу от Сахары – на последнем 178 месте находится Сомали, выше идут Демократическая Республика Конго, Нигер, Мали, Гвинея-Биссау, Центральноафриканская Республика, Сьерра-Леоне, Нигерия, Чад и Кот-д’Ивуар (2014 Mother’s Index Ranking 2014). Эти страны имеют и самый высокий уровень детской смертности.

Матери в странах Африки к Югу от Сахары теряют своих детей в 30 раз чаще, чем матери в развитых регионах. В Африке одна мать из шести, скорее всего, потеряет своего ребёнка. К сожалению, это угрожающая цифра, но она реальна и невозможно оценить горе матерей, потерявших своего ребёнка. Особенно высокий уровень детской смертности наблюдается в тех странах, где недавно происходили или происходят гражданские войны, конфликты или беспорядки – например, в Анголе, Центральноафриканской Республике, Кот-д’Ивуаре, Демократической Республике Конго, Мали, Сьерра-Леоне и Сомали.

На рисунке 5 автор указывает, по каким причинам в основном умирают новорождённые. Преждевременные роды являются самой распространённой причиной смерти новорождённых детей. Преждевременные роды, тяжёлые инфекции и осложнения во время родов в совокупности приходятся более чем на 80% смертей новорождённых.

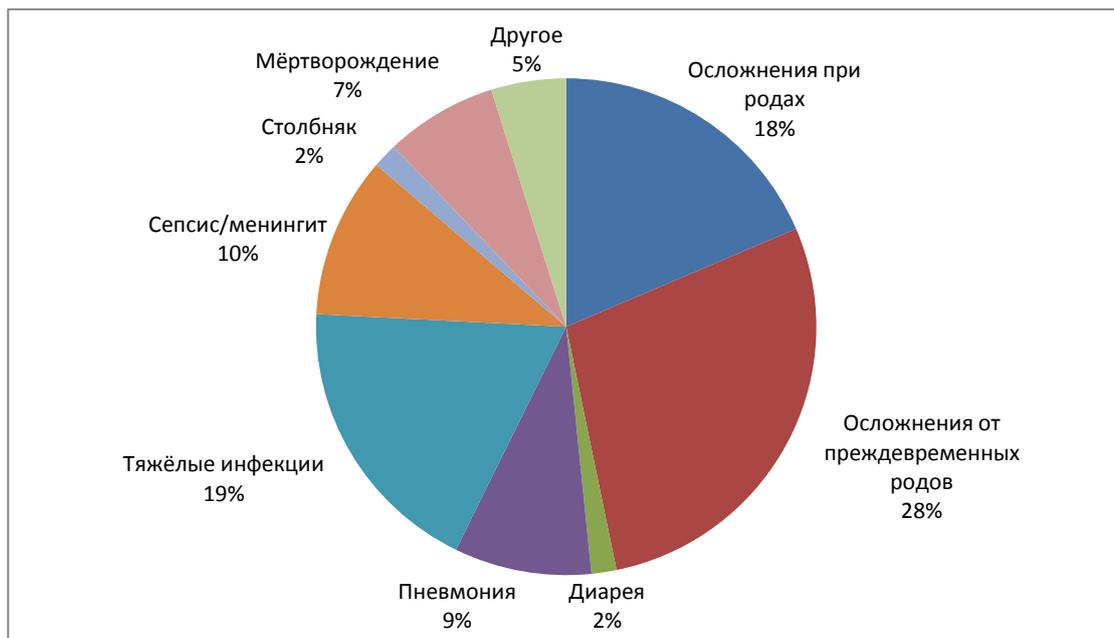


Рисунок 5. Причины смертей новорождённых по состоянию на 2010 год (в процентах)
 Источник: (Liu L., Johnson H... 2012)

Фонд Save The Children публикует рейтинг стран, по которому оценивается риск смерти младенца в первый день своей жизни (Birth Day Risk Index). Согласно данному рейтингу Сомали является самой неблагоприятной страной для рождения детей, поскольку в ней умирает 18 детей на 1000 живорождений. Уровень смерти в первый день также высок в Демократической Республике Конго, Мали и Сьерра-Леоне – 17 смертей на 1000 живорождений. Как автор указывал выше, в Сомали и Сьерра-Леоне матери также подвержены наибольшему риску смерти. В Сомали одна женщина из 16, скорее всего, умрёт во время беременности или во время родов. В Сьерра-Леоне одна женщина из 23 имеет риск умереть. Наименьшая вероятность смерти младенца в первый день жизни в Эстонии, Исландии, Люксембурге, Сингапуре, Швеции и на Кипре (Surviving The First Day 2010, 27).

Исходя из вышеуказанных данных, можно сказать, что регион Африки к Югу от Сахары является наиболее рискованным местом для рождения ребёнка. 14 стран с наивысшим показателем смерти младенца в первый день находятся именно в этом регионе. Дети, которые родились в данном регионе, подвержены риску смерти в 7 раз выше, чем дети, родившиеся в развитом регионе.

Многие страны в этом регионе имеют большой процент недоношенных детей. Например, в Малави 18% детей рождаются недоношенными. В Ботсване, Мавритании, Мозамбике и Зимбабве этот показатель составляет более 15%. Во всех странах Северной Африки данный показатель ниже 10% (Born too soon... 2012, 3). Также многие дети в регионе Африки к Югу от Сахары рождаются слишком маленькими. Например, в Мавритании 34% детей рождаются с низким весом (менее 2 500 грамм). В Нигере этот процент составляет 27% (Improving Child Nutrition... 2013, 117).

Ежегодно фонд Save The Children публикует Индекс Риска первого дня, в котором рассматривается уровень смерти детей в первый день, в первый месяц, и в первые пять лет. Учитывается количество смертей на 1000 живорождений, а также общее количество смертей детей.

В 2013 году был опубликован новый рейтинг стран. В число первых пятидесяти неблагоприятных стран, где умирает больше всего детей, вошли 40 стран региона Африки к Югу от Сахары. В регионе Северной Африки самое низкое место занимает Марокко – 59 строчку. В Приложении 1 автор вынес страны регионов Северной Африки и Африки к Югу от Сахары и указал их количественные показатели в области детской смертности.

Автор хочет отметить, что в целом с 2000 года мировое сообщество сделало многое для достижения ЦРТ 4, но в обоих регионах Африки необходимо проделать ещё много работы. Из сделанного выше анализа видно, что регион Африки к Югу от Сахары остаётся самым неблагоприятным регионом для рождения детей. В этом регионе самый высокий коэффициент детской смертности. Регион Северной Африки имеет показатель более чем в 4 раза лучше. Тем более этот регион Северной Африки единственный достиг ЦРТ 4 и сократил детскую смертность на две трети. Количественные показатели также несравнимы. Если в регионе Африки к Югу от Сахары ежегодно умирает более трёх миллионов детей (почти половина от смертей детей во всём мире), то в регионе Северной Африки это число составляет менее ста тысяч человек.

За последние 12 лет во всех регионах заметно увеличилось число детей, получивших хотя бы одну дозу противокоревой вакцины. К сожалению, в странах к Югу от Сахары на 23% меньше детей получают такую вакцину, нежели в регионе

Северной Африки. В Северной Африке эта цифра приближается к 100%, то есть составляет 95%.

Как автор отмечает выше, детская смертность напрямую зависит и от уровня доходов страны. Поскольку ни одна из стран обоих регионов не имеет высокого уровня доходов, то правительствам необходимо больше сил и средств уделять на развитие экономики, здравоохранения, экспорта и других отраслей, которые непосредственно влияют на достаток страны.

Поскольку почти три четверти случаев смерти детей происходит по шести причинам (неонатальные причины, пневмония, диарея, малярия, корь и ВИЧ/СПИД), то правительствам стран необходимо улучшить уровень здравоохранения, обеспечить доступ матерей и детей к квалифицированному медицинскому персоналу, обеспечить им своевременное лечение осложнений. Также следует распространить вакцинацию, иммунизацию и комплексное обследование детей. Немаловажным будет и пропаганда грудного вскармливания среди матерей для укрепления иммунной системы ребёнка с самого рождения.

2.2. Анализ показателей защиты материнства

В 2013 году во всём мире во время беременности, родов или в течение 42 дней после окончания беременности скончалось около 289 000 женщин. Это на 45% меньше, чем в 1990 году, но цифра всё равно угрожающая. Большинство женщин умирает по причине отсутствия доступа к квалифицированной регулярной и экстренной медицинской помощи (Цель тысячелетия...2014).

На 100 000 живорождений в 2013 году в регионе Африки к Югу от Сахары умерло 510 женщин. Это на 39% меньше, чем в 2000 году и на 49% меньше, чем в 1990 году. Тем не менее, риск смерти во время беременности или родов в данном регионе составляет 1 на 39. Например, в развитых странах этот риск составляет 1 на 3800. В Северной Африке падение уровня материнской смертности более заметно. В 1990 году на 100 000 живорождений умирало 160 женщин, в 2000 году 110, а в 2013 году эта цифра составила 69 (Цели развития тысячелетия: доклад...2014, 28). Тем самым, падение составило 67%, что более показательно, чем в странах Африки к Югу от

Сахары. Хочется отметить, что в регионе Африки к Югу от Сахары умирает 62% женщин от общего количества материнских смертей. К сожалению, ни один из регионов не достигнет к 2015 году ЦРТ 5, а именно не сократит материнскую смертность на три четверти.

Огромные различия существуют и в уровне материнской смертности в разных странах. Например, в Сьерра-Леоне самый высокий показатель смертности – 1 100 материнских смертей на 100 000 живорождений. На втором месте стоит Чад с 980 смертями, следующим показателем является 880 смертей в Центральноафриканской Республике. 14% от всех материнских смертей в мире приходится на Нигерию (40 000 женщин). Наименьший показатель материнской смертности наблюдается в Кабо-Верде – 53 материнские смерти на 100 000 живорождений, следующими стоят остров Маврикий и Алжир с 73 и 89 смертями соответственно. В 2000 году на первых двух местах по количеству материнских смертей также были Сьерра-Леоне и Чад. В Сьерра-Леоне умирало 2 200 матерей на 100 000 живорождений, в Чаде 1 500 матерей. Тем самым, за 13 лет Сьерра-Леоне уменьшил показатель материнской смертности на 50%, а Чад на 45%. Две страны, которые находились в 2013 году на последних трёх строчках, также улучшили показатель смертности матерей. И в Кабо-Верде, и в Алжире, по сравнению с 2000 годом, в 2013 году умерло на 31 женщину меньше. К сожалению, несмотря на то, что Маврикий в 2013 году имел наименьшее количество материнских смертей, в 2000 году уровень был ещё ниже – 28. За 13 лет на острове Маврикий уровень материнской смертности вырос на 62% (Maternal Health...2013).

В основном все женщины умирают во время беременности или родов в результате развития осложнений. Некоторые осложнения наблюдаются у женщины и до беременности, но во время беременности они усугубляются. Самыми распространёнными причинами, по которым умирает женщина в развивающейся стране это большая потеря крови во время родов и повышенное давление. В совокупности эти причины составляют половину всех летальных исходов у матерей. В 18% случаях смерть наступает по косвенным причинам, таким как ВИЧ/СПИД, малярия или заболевания сердца. В 11% случаев причиной становятся механическое препятствие прохождению плода, осложнения при анестезии или кесаревом сечении или внематочная беременность (Say L. 2014). Остальные причины, по которым чаще всего умирает женщина, указаны на рисунке 6.

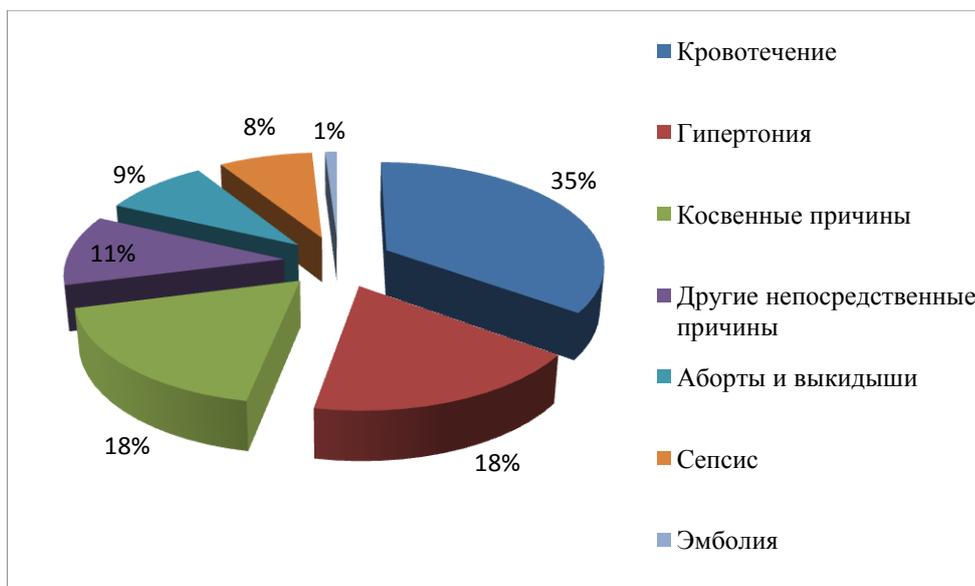


Рисунок 6. Причины материнской смертности в развивающихся странах (в процентах)
 Источник: (Say L. 2014)

Как видно на рисунке 6, основной причиной смерти женщин является сильное кровотечение (в основном во время или после родов). Большинство этих смертей можно было бы избежать при наличии квалифицированного медицинского персонала, медицинского оборудования и препаратов.

На рисунке 7 автор указывает, какая доля родов в период с 1990 по 2012 год прошла под наблюдением квалифицированного медицинского персонала в регионе Африки к Югу от Сахары и Северной Африке. Этот показатель очень важен, так как участие квалифицированного медицинского персонала при родах значительно увеличивает шанс женщины на выживание, так как способствует своевременной помощи при осложнениях.

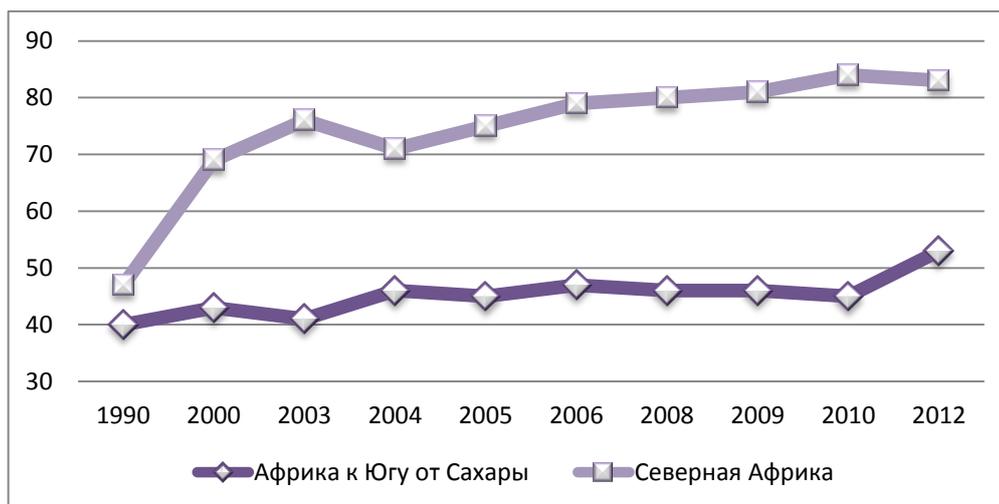


Рисунок 7. Доля родов, прошедших под наблюдением квалифицированного медицинского персонала в период с 1990 по 2012 годы (в процентах)

Источник: Доклады ООН об осуществлении целей в области развития, сформулированных в декларации Тысячелетия, за 2005, 2006, 2007, 2008, 2010, 2011, 2012, 2014 годы

На рисунке 7 видно, что доля родов, прошедших под наблюдением квалифицированного медицинского персонала в регионе Африки к Югу от Сахары только в 2012 году стала заметно больше. В период с 2004 года доля родов в этом регионе почти не менялась и от года к году то увеличивалась на 1%, то уменьшалась на 1%. Почти половине женщин этого региона не гарантирована помощь во время родов. Отличным от этого показателя является регион Северной Африки. С каждым годом хоть на небольшой процент, но этот регион увеличивал долю родов, которые прошли под наблюдением квалифицированного медицинского персонала. Начиная с 1990 года, регион сделал большой скачок, улучшив показатель на 74%.

Автор хочет отметить, что в Эфиопии 90% женщин рожают дома без квалифицированной помощи, а в Нигерии одна женщина из пяти не только не имеет помощи во время родов от квалифицированного персонала, но и от члена семьи (The State of the World's Children 2012).

Самый высокий риск материнской смертности наблюдается у молодых беременных девушек в возрасте от 15 до 19 лет. Беременность в таком возрасте влечёт за собой не только риск смерти для матери и ребёнка, но также приводит к нищете, так как из-за беременности девушка перестаёт ходить в школу, тем самым упуская

возможность получить хорошую высокооплачиваемую работу. Поэтому наблюдать за показателем беременности девушек до 19 лет особенно важно, так как снижение этого показателя приводит к достижению других целей тысячелетия, относящимся к проблемам детской смертности, нищеты, образования и гендерного неравенства.

На рисунке 8 автор показывает тенденцию снижения количества родов у молодых девушек в возрасте до 19 лет в обоих регионах Африки в период с 1990 по 2011 годы.

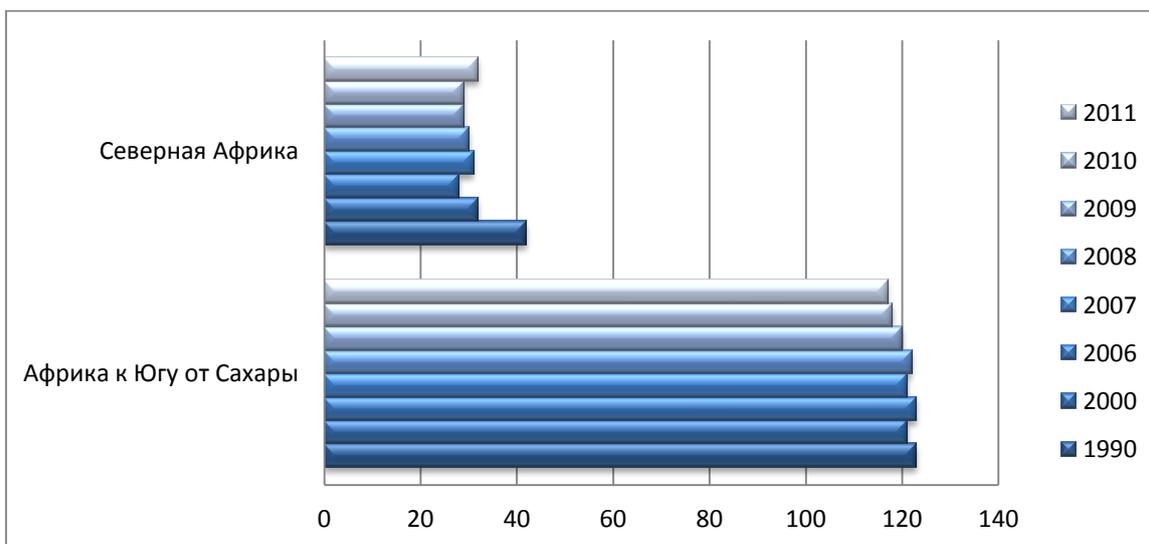


Рисунок 8. Количество родов у женщин в возрасте от 15 до 19 лет, данные за 1990, 2000, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010 и 2011 года (на 1000 женщин)

Источник: Доклады ООН об осуществлении целей в области развития, сформулированных в декларации Тысячелетия, за 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014 годы

Как видно на рисунке 8, в регионе Африки к Югу от Сахары очень незначительно уменьшилось число девушек, рожавших в возрасте от 15 до 19 лет. За 21 год удалось снизить показатель всего на 6 пунктов, что показывает о недостаточном внимании правительств и международных организаций к данной проблеме в указанном регионе. Следует больше внимания уделять программам и консультациям девушек о вреде ранней беременности, а также обеспечить подростков контрацептивами.

Такой высокий показатель беременности среди молодых девушек обусловлен традициями вступления в брак в раннем возрасте в этом регионе, что соответственно

приводит к беременности. В раннем возрасте девушка ещё не готова в полной мере вынашивать плод, поскольку её организм сам не сформировался до конца.

В некоторых странах Африки к Югу от Сахары две трети женщин выходят замуж до совершеннолетия. Например, в регионе Амхара Эфиопии 50% девочек выходят замуж, не достигнув 15 лет (Creating Partnerships to Prevent... 2006). Всего в регионе Африки к Югу от Сахары около 14.5 миллионов девочек выходят замуж детьми (Child Protection from Violence... 2011). Именно поэтому в некоторых странах данного региона такое количество беременных женщин, не достигших 18 лет.

В регионе Северной Африки показатель намного лучше. В 2011 году он составил 32 беременных подростков на 1000 женщину. За период с 1990 года уровень ранних беременностей сократился на 24%, что является хорошим показателем.

Во время беременности крайне важно обращаться к квалифицированному медицинскому персоналу для обеспечения здорового развития плода и нормального самочувствия матери, а также для предотвращения или прогнозирования возможных осложнений во время беременности или родов.

В период с 1990 года по 2010 год возросла доля женщин, обратившихся к квалифицированному медицинскому персоналу хотя бы раз за беременность. В регионе Африки к Югу от Сахары рост составил 11%, то есть с 69% до 77%. В странах Северной Африки скачок был более значимым – с 54% до 79%, то есть рост составил 25% (Цели развития тысячелетия: доклад...2012, 32).

Для того чтобы беременность и роды прошли хорошо, ВОЗ рекомендует каждой беременной женщине обратиться к квалифицированному медицинскому персоналу хотя бы 4 раза за беременность. В течение этих приёмов женщина должна получить минимальный пакет медицинских услуг, а также пройти осмотр, чтобы выявить возможные осложнения или заболевания.

В регионе Африки к Югу от Сахары число женщин, получивших хотя бы 4 консультации во время беременности, до 2008 года сокращалась. Только в 2010 году количество таких женщин начало увеличиваться. В 1990 году доля составила 50% от всех беременных женщин, а в 2008 году процент упал до 42%. Только в 2012 году регион Африки к Югу от Сахары достиг опять уровня 1990 года, тем самым за 22 года никакого улучшения в данной области в этом регионе не произошло. Только половина женщин получает консультации врачей и имеет меньшие риски во время беременности

и родов. В регионе Северной Африки картина выглядит более оптимистично. Если в 1990 году процент женщин, получивших хотя бы четыре медицинские консультации во время беременности, составлял 23%, то в 2011 году доля составила уже 66%. В 1990 году регион Северной Африки имел хуже результат, чем регион Африки к Югу от Сахары, но по показателям 2011 года страны Северной Африки намного впереди (Доклады ООН по достижению Целей развития тысячелетия за 2010 – 2014 годы).

На высокую смертность детей и матерей также влияет распространённость использования контрацептивов. В обоих регионах Африки доля женщин, использующих противозачаточные средства, состоящих в браке или живущих с постоянным партнёром, достаточно низкая. На рисунке 9 видно, что в регионе Африки к Югу от Сахары процент таких женщин составляет всего одну четверть. Начиная с 2000 года, этот показатель изменился всего на 6%, а в течение пяти лет с 2005 по 2010 годы процент вовсе не менялся. В регионе Северной Африки в два раза больше женщин используют контрацептивы. По состоянию на 2012 год эта цифра составила 63%, однако она недостаточна для предотвращения нежелательной беременности и передачи опасных заболеваний. Тенденция роста также недостаточна, поскольку в период с 2005 год по 2012 годы доля женщин, используемых контрацептивы, увеличилась всего на 3%.

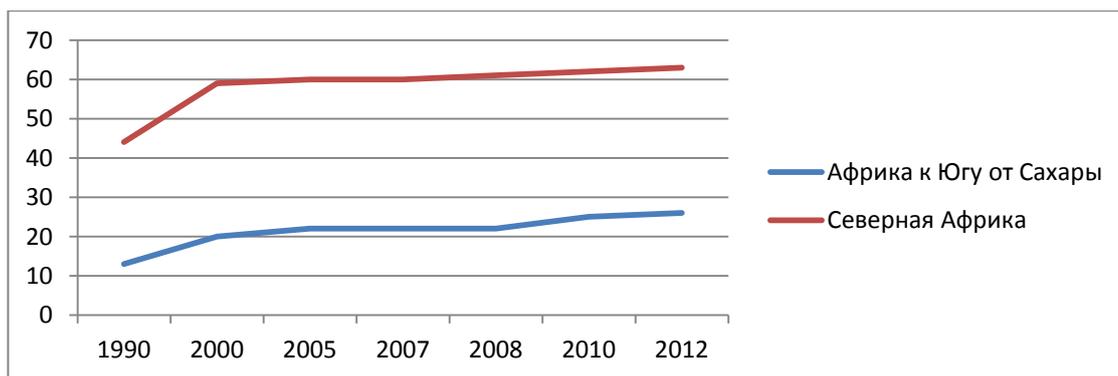


Рисунок 9. Доля женщин в возрасте от 15 до 49 лет, состоящих в браке или живущих с постоянным партнёром, которые используют какой-либо метод контрацепции, данные за 1990, 2000, 2005, 2007, 2008, 2010, 2012 годы (в процентах)

Источник: Доклады ООН об осуществлении целей в области развития, сформулированных в декларации Тысячелетия, за 2009, 2010, 2011, 2012, 2014 годы

Уровень использования контрацептивов самый низкий в Сомали и Чаде – 1% и 2% соответственно. Ниже 5% показатели в Анголе и Гвинеи (World Contraceptive Use 2012). Показатель использования контрацептивов влияет и на количество детей в семье. В среднем по региону Африки к Югу от Сахары каждая женщина имеет пять детей. Например, в Малави, Сомали, Мали и Эфиопии в каждой семье имеется шесть детей, а в Нигерии, где самая высокая рождаемость, на каждую женщину приходится семь детей (State of World Population... 2012). Автор обращает внимание, что в этих странах также один из самых высоких показателей материнской смертности.

Хочется отметить, что использование контрацептивов напрямую зависит от образования, места жительства и дохода женщины. По данным исследования, которое было проведено в период с 1998 по 2008 годы, в 22 странах Африки к Югу от Сахары только 17% женщин, живущих в сельской местности, используют контрацептивы, тогда как в городах этот процент составляет в 2 раза больше – 34%. Женщины без образования в 10% случаях пользуются контрацептивами, а женщины, имеющие начальное образование, пользуются ими в 24% случаях. В то же время женщины со средним или высшим образованием используют контрацептивы в 42% случаях. Это в 4 раза выше, чем женщины без образования. Разница использования контрацептивов в бедных и богатых семьях ещё более различна. Например, только 10% женщин из самых бедных семей пользуются контрацептивами, в то время как в самых богатых семьях этот показатель 38%. Присутствует почти четырёхкратный разрыв (Доклад об осуществлении целей...2010, 37). Автор хочет отметить, что образованные, живущие в достатке в городе женщины, чаще могут предотвратить нежелательную беременность и передачу опасных заболеваний, путём использования контрацептивов. Женщины из сельской местности без образования имеют в 4 раза больше риска заболевания или нежелательной беременности, что в свою очередь может привести и к летальному исходу.

Немаловажной причиной возникновения вышеуказанных проблем – нехватка медицинского персонала. Количество врачей, медсестёр и акушерского персонала во многих странах очень мало. Например, в Гвинее, Нигере, Сьерра-Леоне и Сомали имеется всего 2 квалифицированных медицинских работника на 10 000 человек. Считается, что 23 медицинских работника на 10 000 человек является минимальным

пределом, чтобы предоставлять медицинские услуги населению. Этого показателя достигли только 8 из 49 стран региона Африки к Югу от Сахары (World Health Statistics 2009). В регионе Северной Африки картина выглядит по-другому. Например, в Египте имеется 63 медицинских работника на 10 000 жителей (всего 506 126 докторов, медсестёр и акушерок), в Марокко 14 медицинских работников на 10 000 жителей (всего 50 371). Самый большой процент в Ливии – 87 медицинских работников на 10 000 жителей (всего 54 991) (Rogers S. 2012).

Финансирование отрасли здравоохранения является ключевой для уменьшения материнской смертности, следовательно, и детской смертности. На рисунке 10 автор указывает объём финансирования отрасли здравоохранения в период с 2000 года по 2010 год, а также долю, которая выделяется на охрану репродуктивного здоровья и на планирование семьи. К сожалению, после 2006 года доля финансирования, идущая на охрану репродуктивного здоровья, падает, что не может не сказаться на общих показателях женского здоровья и смертности. Доля помощи, выделенная на планирование семьи, с 2006 года возрастает, но она всё равно очень мала.



Рисунок 10. Объём официальной помощи, выделенной на здравоохранение, охрану репродуктивного здоровья и планирование семьи за период 2000 – 2010 годы (миллионов долларов США)

Источник: (Цели развития тысячелетия: доклад...2012, 37)

Как видно на рисунке 10, доля средств, выделяемых на охрану репродуктивного здоровья и планирование семьи, каждый год составляет не более 10% от общего объёма помощи. Поскольку с каждым годом растёт количество женщин репродуктивного возраста и число женщин, желающих использовать контрацептивы, то правительствам стран стоит более детально рассмотреть распределение денежных средств и в большем объёме финансировать вышеуказанные отрасли.

К сожалению, к 2015 году ЦРТ 5 не будет достигнута ни в одном регионе Африки. В Северной Африке материнская смертность снизилась на две трети, но этого всё равно не достаточно для достижения ЦРТ 5. Несмотря на это, многое уже сделано. Количество родов, проходящих при участии квалифицированного персонала в обоих регионах увеличилось – в Северной Африке на 74%, в Африке к Югу от Сахары на 25%.

Уровень родов среди женщин в возрасте от 15 до 19 лет остаётся очень высоким, что должно насторожить правительства стран. Необходимо сделать соответствующие законодательные изменения и изменить отношение населения на ранние браки. Развитым странам стоит больше помогать региону Африки путём финансирования, распространения своих программ, знаний и стратегий в области здравоохранения. Только совместными усилиями мир сможет достигнуть поставленных целей и сохранить жизни матерям и их детям.

ГЛАВА 3. РЕКОМЕНДАЦИИ АВТОРА В ДОСТИЖЕНИИ ЦРТ 4 И 5

Несмотря на то, что в большинстве областей деятельности достигнут прогресс и правительства стран Африки сделали колоссальную работу, тем не менее темпы прогресса не достаточны для достижения поставленных целей.

Автор обращает внимание, что регион Северной Африки достиг ЦРТ 4 и сократил детскую смертность в своём регионе на две трети до наступления 2015 года. В регионе Африки к Югу от Сахары цель достигнута не будет. ЦРТ 5, к сожалению, не достигнута ни в одном из регионов Африки.

Чтобы существовали условия для безопасного материнства и деторождения, необходимо обеспечить матерям и детям высокий уровень ухода и заботы со стороны местного правительства и семей. Нужно обеспечить всех беременных и рожаящих женщин профессиональным медицинским персоналом, предоставить им доступ к медицинским учреждениям, в которых есть надлежащее оборудование, к лекарственным средствам и услугам экстренной медицинской помощи, а также обеспечить женщин антиретровирусной терапией.

Многие женщины в развивающихся странах и большинство женщин в малоразвитых странах рожают детей дома без помощи квалифицированного медицинского персонала. Это связано с большими рисками, как для матери, так и для ребёнка. В таких случаях необходимо предоставлять доступ рожаящей матери в медицинское учреждение для дальнейшего качественного и безопасного наблюдения и ухода со стороны медицинского персонала. Если женщина будет иметь доступ к квалифицированному медицинскому персоналу, то большинство случаев смерти можно будет избежать, ведь связанные с родами травмы, инфекции и заболевания можно предотвратить.

Расширение доступа к информации, консультационным услугам и широкому спектру методов контрацепции имеет важное значение. Обеспечение доступа к услугам

по охране репродуктивного здоровья – важная задача для правительств стран. Важной задачей является и создание правительством программ по предоставлению образования для женщин и пропаганда более позднего вступления в брак (после 18 лет).

Как было доказано автором в главе 2.2, образованные, имеющие стабильное социальное положение и достаточный уровень доходов женщины, имеют больше шансов на выживание. Когда матери имеют стабильность в финансовом, социальном и физическом плане, то и их дети имеют больше шансов на выживание и дальнейшее развитие. Образованные девушки, как правило, позднее выходят замуж, рожают детей в более позднем возрасте – когда они физически готовы к этому, а организм полностью сформировался. Такие женщины делают правильный выбор в пользу здорового питания, тем самым вынашивается здоровый ребёнок и беременность протекает без осложнений. Такие женщины имеют меньше рисков, связанных с беременностью, например преждевременных родов.

Планирование семьи помогает женщинам сделать правильный выбор: не беременеть слишком рано или слишком поздно, пользоваться контрацептивами. В планировании семьи также участвует и мужчина, который заинтересован в здоровом ребёнке и всячески поддерживает женщину. Моральная поддержка спутника жизни особенно нужна женщинам и приводит к семейному спокойствию и гармонии в семье, что приводит в конечном итоге к здоровому моральному, психологическому и физическому состоянию детей.

Особо важно инвестировать в медицинских работников, в их обучение и повышение квалификации, а также социальную мотивацию. В обоих регионах Африки не хватает квалифицированных медицинских работников, работающих с женщинами и детьми – гинекологов, педиатров, акушеров, а также других врачей и медсестёр. Необходимо предоставлять обучение новым медицинским работникам, а имеющимся врачам обеспечить доступ к повышению квалификации и совершенствованию своего профессионализма. Медицинские работники являются частью функционирования всей системы здравоохранения и работают на благо здоровой нации.

Во многих случаях спасти жизнь матери и ребёнка могут недорогие препараты и обеспечение их жизненно-важными средствами. Например, лечение инфекций у беременных женщин, доступ младенцев к аппаратам искусственного дыхания, которые являются низкотехнологичными аппаратами и могут иметься в любой больнице,

своевременное лечение инфекций у новорождённых, а также предоставление лекций для матери о важности гигиены, здорового питания, тепла и грудного вскармливания для новорождённого. Если в каждой стране будет увеличено использование вышеуказанных услуг, то большинство смертей и случаев тяжёлых заболеваний можно избежать.

Общее укрепление системы здравоохранения и борьба с барьерами, препятствующими доступу к медицинскому персоналу – является одной из важных задач для правительств. Ещё в апреле 2014 года Генеральный Секретарь ООН Пан Ги Мун говорил о необходимости всеобщего медицинского страхования. Он высказался за то, чтобы запустить программу всеобщего страхования, тем самым обеспечить всем доступ к квалифицированному медицинскому обслуживанию (Глава ООН – за всеобщее...2014). Из-за расходов на здравоохранение миллионы людей оказываются в нищете. Всеобщий доступ к медицинскому персоналу поможет защитить самых уязвимых. Цель такого страхования – обеспечить всем доступ к медицине и защитить людей от финансовых рисков, связанных с тратами на лечение. Страны Африки нуждаются в поддержке в создании сильной, полностью функционирующей системе здравоохранения, а также удалении финансовых и других барьеров, которые препятствуют матерям и младенцам доступу к медицинскому обслуживанию. Успех будет оцениваться путём улучшения здоровья всего населения страны, и в частности уменьшении материнской и детской смертности. Смерти матерей и младенцев являются косвенной причиной недостаточного финансирования системы здравоохранения, а также отсутствия медицинского персонала, оборудования и медикаментов.

В дополнительном финансировании нуждается также система логистики. Эта система обеспечивает медикаментами и оборудованием медицинские учреждения, которые в них нуждаются. Для этого на национальном и местном уровне производятся мониторинги, позволяющие определить эффективность проделанной работы, а также необходимость в дополнительном обеспечении того или иного региона медицинскими средствами.

К сожалению, во многих странах отсутствуют полноценные записи актов гражданского состояния, являющиеся наилучшим источником данных для мониторинга. Странам нужно налаживать систему и прилагать усилия в целях

укрепления статистического потенциала, а также устранять нехватку данных путём проведения большего количества исследований домашних хозяйств.

В целом финансирование программ сокращения детской и материнской смертности является ключевым моментом в достижении ЦРТ 4 и 5. Во многих странах финансирование этих программ происходит из внутренних источников, но многие программы финансируются и за счёт инвестиций других государств. В то же время регионы Африки к Югу от Сахары и Северной Африки должны разработать собственные накопительные дорожные карты для определения и реализации решений, которые лучше всего сработают в рамках существующей системы здравоохранения конкретной страны. Правительствам необходимо усилить политическую волю и проявить готовность предоставлять финансовую помощь в те проекты и программы, которые будут способствовать достижению ЦРТ 4 и 5.

Нужно разработать концепцию и стратегию более тесного взаимодействия государственного и частного сектора, а так же правительственных и неправительственных структур, поскольку только при организованной работе на всех уровнях можно достичь результата. Работа должна происходить максимально прозрачно и честно по отношению друг к другу. Развитые страны, у которых есть опыт такого сотрудничества, могут поделиться опытом взаимодействия.

Необходимо финансировать разного рода исследования, помогающие определить причину смерти матери и/или ребёнка, разработать новую концепцию борьбы с той или иной болезнью в местных условиях. Такие исследования помогут в дальнейшем избежать похожих ошибок и мобилизовать, при необходимости, донорские ресурсы.

Поскольку немаловажным следствием здоровой беременности является здоровое питание и уход, то в странах Африки необходимо увеличить социальные выплаты по беременности и родам, увеличить размер и срок выплаты материнской зарплаты, а также пособие матерям-одиночкам. Социальная поддержка и защита государства будет внушать женщинам доверие и защищённость. У женщин появятся дополнительные средства на здоровое питание, средства гигиены, прохождение занятий для беременных, что способствует уменьшению рисков во время беременности и родов, следственно и достижению ЦРТ 5. После родов матерям не нужно будет сразу

выходить на работу, тем самым они больше будут уделять времени ребёнку и в большинстве случаев смогут предоставить ребёнку грудное вскармливание.

Ожидается, что в 2015 году будут приняты решения, которые приведут к выработке новых целей в области устойчивого развития и новые стратегии их реализации. Будут сделаны определённые шаги в сторону достойного и стабильного будущего. Целью станет трансформация: преобразование экономики, окружающей среды и общества. Первостепенное внимание будет уделяться грамотным и хорошим международным отношениям через призму национальных интересов отдельного государства. К 2030 году мировое сообщество может покончить с нищетой и изменить жизнь людей к лучшему, при этом, не навредив планете.

После 2015 года останется ещё много работы. Оставшиеся недостатки в таких областях, как голод, бедность, гендерное неравенство, водоснабжение, здравоохранение, санитария, детская и материнская смертность, потребуют большого внимания и после 2015 года. Повестка дня ООН в области развития будет основываться на прогрессе, достигнутом в контексте ЦРТ, с упором на вопросы неравенства и новые проблемы (После 2015 года...2014). Главными вопросами так и останутся социально-экономическая стабильность, защита окружающей среды, равенство, мир и безопасность, а также права человека.

Повестка дня будет готова к 2015 году, когда будут достигнуты/частично достигнуты ЦРТ, тем самым произойдёт плавный процесс перехода. В создание программы развития после 2015 года внесли свой вклад доклады, отчёты и события, произошедшие за последние несколько лет. Работа по разработке программы ведётся с участием правительств, частного сектора, групп гражданского общества и учёных.

Итоговый документ Конференции Рио+20 (Резолюция, принятая Генеральной Ассамблеей 27 июля 2012 года) помог определить и сформулировать цели устойчивого развития. Согласно этому документу работа должна вестись скоординированно и сообща. В документе также описываются уроки, извлечённые из двухдесятилетнего опыта в области развития, а также представлена обширная оценка прогресса и пробелов в осуществлении ЦРТ.

Новая повестка дня будет опираться на результаты крупных международных конференций, включая Саммит Тысячелетия, Саммит на высшем уровне 2005 года, Саммит по ЦРТ 2010 года, Конференцию Рио+20, а также на результаты массовых

опросов в Интернете. Повестка дня должна соответствовать текущим политическим обязательствам, а также существующим обязательствам по международному праву. Она должна содержать те цели, которые поддаются достижению. Многие вопросы будут обсуждены в Аддис-Абебе (Эфиопия) в июле 2015 года (например, план реформ мировой финансовой системы), а также в Париже в декабре 2015 года. В сентябре 2015 года будут одобрены Цели устойчивого развития, которые станут руководством для реализации в рамках национальной и глобальной политики до 2030 года (The Road to Dignity by 2030... 2014).

Ключевые элементы формирующегося видения повестки дня в области развития на период после 2015 года включают в себя (Достойная жизнь для всех... 2013):

- 1) универсальность, дабы мобилизовать всё развитие и развивающиеся страны, не оставив никого позади,
- 2) устойчивое развитие, чтобы решать взаимосвязанные проблемы, стоящие перед миром, включая чёткую ориентацию на искоренение крайней нищеты во всех её формах,
- 3) всеохватные экономические преобразования, обеспечивающие достойную работу и поддерживаемые устойчивыми технологиями, чтобы перейти к рациональным моделям потребления и производства,
- 4) мир и правление в качестве главных итогов развития и условий, стимулирующих развитие,
- 5) новое глобальное партнёрство, признающее общие интересы, различные нужды и взаимную ответственность, для обеспечения того, чтобы у нас была приверженность осуществлению этого нового видения и средства для его осуществления,
- 6) «соответствие назначению» для обеспечения того, чтобы международное сообщество имело надлежащие учреждения и инструменты для решения проблем, связанных с осуществлением повестки дня в области устойчивого развития на национальном уровне.

Несмотря на видимые достижения ЦРТ, мировое сообщество и после 2015 года будет добиваться лучшей жизни, будет бороться с гендерным неравенством, голодом, материнской и детской смертностью, загрязнением окружающей среды, недостатком питьевой воды и так далее. Цели устойчивого развития (ЦУР) будут вести мир к

сотрудничеству и сплочённости до 2030 года. Но это также не предел. Стремиться к лучшему и работать совместно будет всегда актуально и необходимо для всеобщего благополучия.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Цели Развития Тысячелетия стали ориентиром для мирового сообщества, направленным ещё в 2000 году на развитие на глобальном и национальных уровнях до конца 2015 года. Скоро наступит финальный рубеж, когда нужно будет подводить окончательные итоги результатов проделанной работы.

В достижении всех восьми целей произошли большие перемены. Некоторые ЦРТ уже решены: например, масштабы крайней нищеты сократились вдвое, доступ к улучшенным источникам воды получили ещё 2.3 миллиарда человек. Но многое ещё предстоит сделать для сокращения детской и материнской смертности, для уменьшения количества недоедающих детей, расширения масштабов использования антиретровирусной терапии и многих других проблем, остающихся нерешёнными.

Мировое сообщество уже проводит полномасштабное обсуждение вопроса об определении Целей устойчивого развития (ЦУР), которые станут основой программы развития на период после 2015 года. Даже в тех областях, в которых был достигнут прогресс и цель была достигнута, будет продолжаться работа и сотрудничество для достижения ещё больших результатов.

Согласно результатам исследования, регион Северной Африки добился достижения ЦРТ 4 и снизил уровень детской смертности на две трети. К сожалению, регион Африки к Югу от Сахары не достигнет таких показателей и цель не будет достигнута до конца 2015 года. Несмотря на это в данном регионе произошёл большой прогресс – за 22 года (в период с 1990 года по 2012 год) детская смертность упала с 177 смертей на 1000 живорождений до 98 смертей. Уровень смертности снизился на 45%. В регионе Северной Африки уровень детской смертности снизился на 70%, что позволило этому региону достичь ЦРТ 4 до 2015 года. В 2012 году на 1000 живорождений насчитывалось 22 смерти. В количественном эквиваленте в 2012 году в регионе к Югу от Сахары умерло 3 245 000 детей, что составляет 49.5% от детских смертей по всему миру. В регионе Северной Африки показатель составил 88 000 детей. Несмотря на то, что в регионе Северной Африки показатель заметно меньше (в 36 раз),

обоим регионам Африки, как и всему миру, следует довести уровень детской смертности до 0, поскольку за каждой цифрой стоит конкретный ребёнок со своей судьбой, чувствами и родными.

Автор хочет отметить, что уровень детской смертности также зависит от уровня доходов страны и места жительства ребёнка. Например, в странах с низким уровнем доходов уровень детской смертности в 13 раз выше, чем в странах с высоким уровнем доходов, а у детей, живущих в городах больше шансов прожить более 5 лет, чем у детей из сельской местности. В регионе Африки к Югу от Сахары разница составляет 1.4 раза, а в Северной Африке в городе у ребёнка есть шанс прожить более 5 лет в 2.1 раз больше, чем у ребёнка из сельской местности.

Сокращение детской смертности было достигнуто во многом за счёт увеличения охвата плановой вакцинации детей от кори. За 12 лет (с 2000 года по 2012 год) количество детских смертей от кори сократилось более чем на три четверти. Благодаря вакцинациям удалось предотвратить 13.8 миллионов смертей детей.

Исходя из рейтинга стран, по которому оценивается риск смерти младенца в первый день своей жизни, публикуемым фондом Save The Children, регион Африки к Югу от Сахары является наиболее рискованным местом для рождения ребёнка. 14 стран, с наивысшим показателем смерти младенца в первый день, находятся именно в этом регионе. Дети, родившиеся в регионе Африки к Югу от Сахары подвержены риску смерти в первый день в 7 раз выше, чем дети, родившиеся в развитом регионе.

Многие страны в регионе Африки к Югу от Сахары имеют большое количество недоношенных детей (а это является самой распространённой причиной смерти новорождённых). Во многих странах этот показатель равен 10-18%. В регионе Северной Африки этот показатель ниже 10% во всех странах.

Автор хочет отметить, что поскольку три четверти детских смертей происходят по шести причинам (неонатальные причины, пневмония, диарея, малярия, корь и ВИЧ/СПИД), то правительствам стран нужно улучшить уровень здравоохранения, обеспечить матерям и детям доступ к квалифицированному персоналу, обеспечить своевременное лечение осложнений, а также распространить иммунизацию и вакцинацию детей.

Снизить уровень материнской смертности на три четверти не удалось ни одному региону Африки. В 2013 году в регионе Африки к Югу от Сахары умирало 510 женщин

на 100 000 живорождений. Риск смерти матери во время родов или беременности в этом регионе составляет 1 на 39. Например, в развитых странах этот риск составляет 1 на 3800. Снижение уровня материнской смертности, конечно, произошло – на 49% меньше чем в 1990 году и на 39% меньше чем в 2000 году, но оно недостаточно. В регионе Северной Африки на 100 000 живорождений умирает 69 женщин. Падение, по сравнению с 1990 годом, составило 69%.

В основном женщины умирают во время беременности или родов в результате развития осложнений. Основные причины – это кровотечение во время родов и повышенное давление. В совокупности эти причины дают половину всех летальных исходов.

Большинство материнских и детских смертей можно было бы избежать при наличии квалифицированного медицинского персонала. Почти половине женщин региона Африки к Югу от Сахары не гарантирована квалифицированная медицинская помощь во время родов. Многие женщины этого региона рожают дома без посторонней помощи, отчего при осложнениях им некому помочь. В регионе Северной Африки доля родов, прошедших под наблюдением медицинского персонала, составила 83%, что на 30% выше, чем в странах Африки к Югу от Сахары.

Самый высокий риск смерти женщины при родах или во время беременности наблюдается у девушек в возрасте от 15 до 19 лет. В регионе Северной Африки в 2011 году таких девушек было 32 на 1000 беременных, в регионе Африки к Югу от Сахары таких девушек в 3.5 раза больше – 117 на 1000 беременных. Очень важно сокращать данный показатель, поскольку организм молодой девушки ещё не сформирован и не готов к вынашиванию плода и родам. Также это ведёт к нищете, поскольку девушка перестаёт ходить в школу, тем самым теряя шанс получить хорошую высокооплачиваемую работу.

Уровень использования контрацептивов женщинами состоящими в браке или имеющими постоянного партнёра, напрямую влияет на уровень смертности детей и матерей. В обоих регионах Африки этот показатель очень низок. В Северной Африке контрацептивами пользуются 63% женщин, а в регионе Африки к Югу от Сахары только 26%. Использование контрацептивов напрямую зависит от образования, места жительства и дохода женщины. Так, образованная женщина, живущая в городе и имеющая высокооплачиваемую работу, в больших случаях может предотвратить

нежелательную беременность и сократить вероятность передачи инфекционных заболеваний. Женщины из сельской местности без образования имеют в 4 раза больше риска нежелательной беременности (соответственно аборта) и получения инфекционного заболевания, что нередко ведёт к летальному исходу.

В данной работе автор также указывает, что объём помощи, выделяемой на охрану репродуктивного здоровья и планирование семьи составляет не более 10% от общего объёма финансирования здравоохранения. В 2010 году этот показатель составлял 6.2% в регионе Северной Африки и 3.2% в регионе Африки к Югу от Сахары. Правительствам стран стоит более детально рассмотреть распределение денежных средств в разные отрасли здравоохранения для более продуктивного развития нации и повышения уровня здоровья людей.

После тщательного сравнительного анализа нескольких показателей, связанных с детской и материнской смертностью, автор дал несколько рекомендаций, которые помогли бы мировому сообществу достичь ЦРТ 4 и 5. Следует обеспечить высокий уровень заботы и ухода за матерью и ребёнком со стороны правительства и семей. Обязательно следует предоставить доступ к квалифицированному медицинскому персоналу, к медицинским учреждениям, в которых есть оборудование и медикаменты, обеспечить антиретровирусной терапией каждую беременную и рожаящую женщину. Стабильность в финансовом и социальном плане поможет женщине не сделать многих ошибок. Женщина с образованием и достаточным уровнем доходов позднее выходит замуж и рождает детей, тем самым уменьшая риски осложнений, поскольку её организм уже полностью сформировался и готов к естественному процессу вынашивания ребёнка и родам. Также особо важно инвестировать в медицинский персонал, в их обучение и социальную мотивацию. Сейчас катастрофически не хватает врачей, медсестёр, акушеров, которые могли бы помочь роженицам и беременным. Общее укрепление системы здравоохранения и всеобщее страхование помогут людям получать медицинскую помощь и защитит их от финансовых рисков, связанных с лечением.

Путём решения поставленных в работе задач, автор достиг цели и сделал сравнительный анализ данных двух регионов Африки за период с 2000 года по 2012 год. В ходе работы гипотеза автора была доказана – уровень детской смертности и

охраны материнства в регионе Северной Африки и Африки к Югу от Сахары имеют совершенно разные показатели и отличаются друг от друга в разы.

После 2015 года мировому сообществу предстоит проделать ещё очень большую и трудную работу для достижения уменьшения детской смертности и охраны материнства. Всем регионам и странам следует сплотиться и совместно выработать стратегию дальнейших действий и проектов. В детей следует инвестировать всегда, поскольку инвестиции в детей, это инвестиции в будущее. Сохраняя жизни детям и их матерям, мировое сообщество заботится не только о них, не только о благополучии нации и населении планеты, а самое главное – заботится и думает о будущих поколениях, которые будут учиться на ошибках и перенимать опыт совместной работы и сотрудничества.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

2014. aastal Eestis diagnoositud HIV-positiivsed. (2014). Terviseamet.
<http://www.terviseamet.ee/nakkushaigused/nakkushaigustesse-haigestumine/hiv-ja-aids.html> (03.11.2014)
- 2014 Mother's Index Ranking. (2014). Save The Children.
http://www.savethechildren.org/atf/cf/%7B9def2ebe-10ae-432c-9bd0-df91d2eba74a%7D/SOWM_2014_MOTHERS_INDEX.PDF (23.11.2014)
- About UNICEF: Who we are. (2012). UNICEF.
http://www.unicef.org/about/who/index_introduction.html (21.11.2014)
- About UNICEF: Structure and contact information. (2012). UNICEF.
<http://www.unicef.org/about/structure/> (21.11.2014)
- About us. (2014). UNFPA.
<http://unfpa.org/about-us> (25.11.2014)
- Born Too Soon. The Global Action Report on Preterm Birth. (2012). World Health Organization.
http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf
(05.12.2014)
- Child Protection from Violence, Exploitation and Abuse. A statistical snapshot. (2011). Statistics and Monitoring section, Division of Policy and Practice, UNICEF.
http://www.childinfo.org/files/ChildProtection_from_violence_exploitation_abuse.pdf
(08.12.2014)
- Country and Lending Groups. (2014). The World Bank Group. Washington DC, USA.
http://data.worldbank.org/about/country-and-lending-groups#Sub_Saharan_Africa
(04.12.2014)
- Creating Partnerships to Prevent Early Marriage in the Amhara Region. (2006). *Pathfinder International*.
<http://www.pathfinder.org/publications-tools/Creating-Partnerships-to-Prevent-Early-Marriage-in-the-Amhara-Region.html> (08.12.2014)
- Eesti vabariigi valitsus. Peaminister, ministrid.
<https://valitsus.ee/et> (29.12.2014)

Full Audited Financial Statements for Fiscal Year 2013. Save The Children Federation, INC. and Related Entity. Consolidated Financial Statements (2013). KPMG LLP. New-York.
<http://www.savethechildren.org/atf/cf/%7B9def2ebe-10ae-432c-9bd0-df91d2eba74a%7D/SAVE-THE-CHILDREN-AUDITED-FINANCIALS-2013.PDF>
(23.11.2014)

Funds and Funding. (2014). UNFPA.
<http://unfpa.org/funds-and-funding> (25.11.2014)

Global Health Observatory Data Repository. Causes of Death. Projections for 2015-2030.
<http://apps.who.int/gho/data/node.main.PROJNUMWORLD?lang=en> (03.11.2014)

Health and Nutrition. (2014). Save The Children.
http://www.savethechildren.org/site/c.8rKLIXMGIpI4E/b.6153021/k.51E5/Health_and_Nutrition.htm (23.11.2014)

History. (2014). Save The Children.
<http://www.savethechildren.org/site/c.8rKLIXMGIpI4E/b.6229507/k.C571/History.htm> (23.11.2014)

Improving Child Nutrition. The achievable imperative for global progress. (2013). United Nations Children's Fund (UNICEF). New York, USA.
http://www.data.unicef.org/corecode/uploads/document6/uploaded_pdfs/corecode/NutritionReport_April2013_Final_29.pdf (06.12.2014)

Internet World Stats. (2013). Internet Users in the World Distribution by World Regions – 2013 Q4. Miniwatts Marketing Group.
<http://www.internetworldstats.com/stats.htm> (15.11.2014)

Levels and Trends in Child Mortality. Report 2014. (2014). United Nations Children's Fund.
http://childmortality.org/files_v17/download/unicef-2013-child-mortality-report-LR-10_31_14_195.pdf (30.11.2014)

Liu L., Jahson H., Cousens S. and others. (2012). Global, regional, and national causes of child mortality: an updated systematic analysis for 2010 with time trends since 2000. *Lancet* 2012. 379: 2151-61.
<http://download.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140673612605601.pdf?id=iaaLqxCIT2KCLdlsaNvOu> (04.12.2014)

Maternal Health. Maternal mortality ratio (per 100 000 live births): 2013. (2013). World Health Organization.
http://gamapserv.who.int/gho/interactive_charts/mdg5_mm/atlas.html (07.12.2014)

MDG Monitor (2007a). Ensure Environmental Sustainability. Success Stories.
<http://www.mdgmonitor.org/story.cfm?goal=7> (15.11.2014)

MDG Monitor (2007b). Combat HIV/AIDS, Malaria and other Diseases.
<http://www.mdgmonitor.org/goal6.cfm> (03.11.2014)

- MDG Regional Progress Chart: Northern Africa. (2013). MDGS.
<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2013/Snapshots/Northern%20Africa.pdf> (30.11.2014)
- MDG Regional Progress Chart: Sub-Saharan Africa. (2013). MDGS.
<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2013/Snapshots/Sub-Saharan%20Africa.pdf> (30.11.2014)
- Millennium Development Goals Report Card. Learning from progress. Overseas Development Institute, UK.
<http://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/6014.pdf>
(28.10.2014)
- Millennium Development Goals Report Card: measuring progress across countries. (2010) Overseas Development Institute, UK.
<http://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/6172.pdf>
(03.11.2014)
- Millennium Development Goals. Matrix: UNICEF Focus Areas and the Millennium Agenda. (2014). UNICEF/HQ92-1430/Lemoyne.
http://www.unicef.org/mdg/index_whatunicefisdoing.htm (21.11.2014)
- Millennium Development Goals. Goal: Reduce Child mortality. UNICEF/HQ99-0611/Pirozzi.
http://www.unicef.org/mdg/index_childmortality.htm (21.11.2014)
- Millennium Development Goals. UNICEF's role. (2014). UNICEF/HQ05-0312/Estey.
http://www.unicef.org/mdg/index_unicefsrole.htm (21.11.2014)
- Millennium Development Indicators: Country Level Data. (2014). The official United Nations site for the MDG Indicators.
<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Host.aspx?Content=Data/snapshots.htm> (30.11.2014)
- Millennium Development Indicators: World and regional grouping. (2014). The official United Nations site for the MDG Indicators.
<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Host.aspx?Content=Data/RegionalGroupings.htm>
(29.11.2014)
- Phelps G., Crabtree S. (2013). More than one in five worldwide living in extreme poverty. – *Gallup*, December 23, 2013.
<http://www.gallup.com/poll/166565/one-five-worldwide-living-extreme-poverty.aspx>
(28.10.2014)
- Riigikogu. Riigikogu liikmete nimekiri.
<http://www.riigikogu.ee/index.php?id=31555> (30.10.2014)

Rogers S. (30.06.2012). Healthcare spending around the world, country by country. – *The Guardian*.

<http://www.theguardian.com/news/datablog/2012/jun/30/healthcare-spending-world-country> (03.11.2014)

Save The Children: Кампания Every One. (2014). Univelер.

<http://www.unilever.ru/aboutus/foundation/savethechildren/> (23.11.2014)

Say L. (2014). Global Causes of maternal Death: a WHO systematic analysis. *The Lancet Global Health, Volume 2, Issue 6, June 2014*.

[http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(14\)70227-X/fulltext?eventId=login](http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(14)70227-X/fulltext?eventId=login) (07.12.2014)

State of World Population. By Choice, not by Chance: Family Planning, Human Rights and Development. (2012). United Nations Population Fund.

http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/EN_SWOP2012_Report.pdf (08.12.2014)

Surviving the First Day. State of the World's Mothers 2013. (2013). Save The Children. London.

http://www.savethechildren.org/atf/cf/%7B9def2ebe-10ae-432c-9bd0-df91d2eba74a%7D/SOWM-FULL-REPORT_2013.PDF (04.12.2014)

Teaming up against Child Hunger and Obesity. (2014). Save The Children.

<http://www.savethechildren.org/site/c.8rKLIXMGIpI4E/b.8485323/> (23.11.2014)

Technical Note on Progress Level. (2013). MDGS.

<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2012/Snapshots/technicalnote.pdf> (30.11.2014)

The Global HIV/AIDS Crisis today. Global Statistics. (2012). U.S. Department of Health & Human Services.

<http://www.aids.gov/hiv-aids-basics/hiv-aids-101/global-statistics/index.html> (03.11.2014)

The MDGs after the Crisis. Global Monitoring report 2010. (2010). Washington DC: World Bank.

<https://www.imf.org/external/pubs/ft/gmr/2010/eng/gmr.pdf> (03.11.2014)

The Millenium Development Goals Report 2006. (2006). United Nations.

<http://www.un.org/zh/millenniumgoals/pdf/MDGReport2006.pdf> (07.12.2014)

The Millenium Development Goals Report 2007. (2007). United Nations.

<http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/mdg2007.pdf> (07.12.2014)

The Road to Dignity by 2030: Ending Poverty, Transforming all Lives and Protecting the Planet. Synthesis Report of the Secretary-General on The Post-2015 Agenda. (2014). United Nations, New-York.

http://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/5527SR_advance%20unedited_final.pdf (13.12.2014)

The State of The World's Children 2012. Children in an Urban World. (2012). United Nations Children's Fund.

http://www.unicef.org/sowc2012/pdfs/SOWC%202012-Main%20Report_EN_13Mar2012.pdf (08.12.2014)

UNICEF People. Goodwill ambassadors and Advocates. (2012). UNICEF.

http://www.unicef.org/people/people_ambassadors.html (21.11.2014)

UNICEF People. Goodwill ambassadors and Advocates. (2012). UNICEF.

http://www.unicef.org/people/people_ambassadors.html (21.11.2014)

Women in politics: 2014. Situation on 1 January 2014. (02.2014). United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women.

http://ipu.org/pdf/publications/wmmmap14_en.pdf (30.10.2014)

World Contraceptive Use 2012. (2012). Fertility and Family Planning Section, Department of Economic and Social Affairs Population Division, United Nations. (*POP/DB/CP/Rev2012*).

<http://www.un.org/esa/population/publications/WCU2012/MainFrame.html> (08.12.2014)

World Health Statistics 2009. Health workforces, infrastructure and essential medicines. (2009). World Health Organisation. Geneva.

http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS09_Table6.pdf?ua=1 (08.12.2014)

World Health Statistics 2010. (2010). World Health Organisation. Geneva.

http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS10_Full.pdf?ua=1 (03.11.2014)

World Health Statistics 2012. (2012). World Health Organisation. Geneva.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44844/1/9789241564441_eng.pdf?ua=1 (03.11.2014)

World Health Statistics 2013. A wealth of information on global public health. (2013). World Health Organisation. Geneva.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82058/1/WHO_HIS_HSI_13.1_eng.pdf?ua=1 (03.11.2014)

World Health Statistics 2014. (2014). World Health Organisation. Geneva.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671_eng.pdf?ua=1 (22.11.2014)

Глава ООН – за всеобщее медицинское страхование. (2014). *Центр новостей ООН*. 11.04.2014.

<http://www.un.org/russian/news/story.asp?NewsID=21461#.VIqp2jGsXj1>
(12.12.2014)

Департамент общественной информации ООН. (2010a). Цель развития тысячелетия номер 1. ДООИ/2650 А.

http://www.un.org/ru/mdg/pdf/fact_sheet_goal_1.pdf (28.10.2014)

Департамент общественной информации ООН. (2010b). Цель развития тысячелетия номер 5. ДООИ/2517 Е.

http://www.un.org/ru/mdg/pdf/fact_sheet_goal_5.pdf (03.11.2014)

Департамент общественной информации ООН. (2010c). Цель развития тысячелетия номер 6. ДООИ/2517 F/Rev. 1.

http://www.un.org/ru/mdg/pdf/fact_sheet_goal_6.pdf (03.11.2014)

Деятельность ВОЗ. (2014). Всемирная Организация Здравоохранения.

http://apps.who.int/maternal_child_adolescent/about/ru/ (23.11.2014)

Доклад об осуществлении целей в области развития, сформулированных в Декларации Тысячелетия, за 2005 год. (2005). ООН, New-York.

<http://www.un.org/ru/millenniumgoals/pdf/mdgreport2005.pdf> (07.12.2014)

Доклад об осуществлении целей в области развития, сформулированных в Декларации Тысячелетия. 2008. (2008). ООН, New-York.

<http://www.un.org/ru/millenniumgoals/pdf/mdg2008.pdf> (07.12.2014)

Доклад об осуществлении целей в области развития, сформулированных в Декларации Тысячелетия. 2009. (2009). ООН, New-York.

http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2009/MDG_Report_2009_Ru.pdf (07.12.2014)

Доклад об осуществлении целей в области развития, сформулированных в Декларации Тысячелетия. 2010. (2010). ООН, New-York.

<http://www.un.org/ru/millenniumgoals/mdgreport2010.pdf> (07.12.2014)

Достойная жизнь для всех: ускорение достижения целей в области развития, сформулированных в Декларации Тысячелетия, и принятие дальнейших мер по осуществлению повестки дня ООН в области развития после 2015 года. Доклад Генерального Секретаря. (2013). ООН, New-York. A/68/202.

Здоровье матерей, новорождённых, детей и подростков. (2014). Всемирная Организация Здравоохранения.

http://apps.who.int/maternal_child_adolescent/ru/ (23.11.2014)

Кирсанов Д. (2014). Всемирный банк предоставил Молдавии заём в размере 40.5 миллионов долларов. – *ТАСС*, 22. ноября 2014.

<http://itar-tass.com/ekonomika/1590107> (25.11.2014)

Ларионова М., Перфильева О. (2014a). Сокращение детской смертности. Научно-исследовательский центр содействия международному развитию.

<http://www.rcid.org/millennium-de-velopment-goals/child-health/> (30.10.2014)

Ларионова М., Перфильева О., Швец А. (2014b). Цели развития тысячелетия. Научно-исследовательский центр содействия международному развитию.

<http://www.rcid.org/millennium-de-velopment-goals/> (30.10.2014)

Мир Африки. (2013). Субрегионы Африки.

<http://afrika-raj.ru/strany-afriki/subregiony-afriki.html> (30.11.2014)

Монреальский протокол по веществам, разрушающим озоновый слой. (1987). ООН: Конвенции и соглашения.

http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/montreal_prot.shtml

(15.11.2014)

Мы можем покончить с нищетой. Цели в области развития после 2015 года. Цель номер 1. Ликвидация крайней нищеты и голода. Официальный сайт ООН.

<http://www.un.org/ru/millenniumgoals/poverty.shtml> (28.10.2014)

Мы можем покончить с нищетой. Цели в области развития после 2015 года. Цель номер 3. Поощрение равенства мужчин и женщин и расширение прав и возможностей женщин. Официальный сайт ООН.

<http://www.un.org/ru/millenniumgoals/gender.shtml> (30.10.2014)

Мы можем покончить с нищетой. Цели в области развития после 2015 года. Цель номер 7. Обеспечение экологической устойчивости. Официальный сайт ООН.

<http://www.un.org/ru/millenniumgoals/envIRON.shtml> (15.11.2014)

Новая классификация стран. (2013). Пресс-релиз. Группа Всемирного Банка.

<http://www.worldbank.org/ru/news/press-release/2013/07/02/new-country-classification> (02.12.2014)

О нас. Что мы делаем. (2014). Всемирный банк.

<http://www.worldbank.org/ru/about/what-we-do> (23.11.2014)

Официальный перечень показателей целей в области развития, сформулированных в Декларации Тысячелетия. (2008). Статистический отдел ООН.

<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Attach/Indicators/OfficialList2008.ru.pdf>

(28.10.2014)

Партнёрство по охране здоровья матерей, новорождённых и детей. (2014). ВОЗ

<http://apps.who.int/pmnch/ru/> (23.11.2014)

После 2015 года. Повестка дня в области устойчивого развития на период после 2015 года (2014). ООН.

<http://www.un.org/ru/millenniumgoals/beyond2015-faqs.shtml> (13.12.2014)

Прогноз объемов выбросов CO₂ по регионам. (2009). Официальный сайт ExxonMobil.

http://www.exxonmobil.com/Russia-Russian/PA/energy_o_co2_outlook.aspx
(15.11.2014)

Резолюция, принятая Генеральной Ассамблеей 18 сентября 2000 года. Декларация тысячелетия ООН. (2000). ООН – A/RES/55/2.

<http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N00/559/53/PDF/N0055953.pdf?OpenElement>
(12.12.2014)

Резолюция, принятая Генеральной Ассамблеей 27 июля 2012 года. Будущее, которого мы хотим. (2012). ООН – A/RES/66/288.

<http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N11/476/12/PDF/N1147612.pdf?OpenElement>
(13.12.2014)

Сокращение детской смертности к 2015 году. Цель 4. (2014). Всемирный банк.

http://www.worldbank.org/eca/russian/mdg/child_mortality.html (25.11.2014)

Трифонов Т. (2010). Всемирная Организация Здравоохранения. Фонд знаний «Ломоносов».

<http://www.lomonosov-fund.ru/enc/ru/encyclopedia:0132901> (22.11.2014)

Улучшение охраны здоровья матери к 2015 году. Цель 5. (2014). Всемирный банк.

http://www.worldbank.org/eca/russian/mdg/maternal_health.html (25.11.2014)

ФАО и восемь целей развития, сформулированных в Декларации Тысячелетия. Цель 5. Улучшение охраны материнства. (2014). ФАО. Rome, Italy.

http://www.fao.org/fileadmin/user_upload/mdg/doc/mdg5_ru.pdf (25.11.2014)

Цели развития тысячелетия: доклад за 2011 год. (2011). ООН, New-York.

<http://www.un.org/ru/millenniumgoals/pdf/mdg2011.pdf> (07.12.2014)

Цели развития тысячелетия: доклад за 2012 год. (2012). ООН, New-York.

http://www.un.org/ru/publications/pdfs/mdg_report%202012.pdf (08.12.2014)

Цели развития тысячелетия: доклад за 2013 год. (2013). ООН, New-York.

<http://www.un.org/ru/millenniumgoals/pdf/Russian2013.pdf> (08.12.2014)

Цели развития тысячелетия: доклад за 2014 год. (2014). ООН, New-York.

<http://www.un.org/ru/millenniumgoals/pdf/Russian2014.pdf> (28.10.2014)

Цели развития тысячелетия: таблица достигнутого прогресса по состоянию на 2014 год. (2014). Статистический Отдел Департамента по экономическим и социальным вопросам Организации Объединённых Наций.

http://www.un.org/ru/millenniumgoals/pdf/2014_Progress.pdf (30.11.2014)

Цель 4. Сокращение детской смертности. Повестка дня в области развития на период после 2015 года и цели в области развития, сформулированные в Декларации Тысячелетия. (2014). Продовольственная и сельскохозяйственная организация Объединённых Наций.

<http://www.fao.org/post-2015-mdg/mdg/goal-4/ru/> (25.11.2014)

Цель тысячелетия в области развития 5: улучшение охраны материнства. (2014). Всемирная Организация Здравоохранения.

http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/maternal_health/ru/
(06.12.2014)

SUMMARY

Comparative Analysis of Progress of the two selected MDG (improving maternal health and reducing of child mortality) in the regions of Sub-Saharan Africa and North Africa: the period from 2000 to 2012

Viktorija Praunin

In September 2000, leaders from 189 nations and 147 heads of states set up an ambitious goal for the future: a world with less poverty, hunger and disease, greater survival prospects for mothers and children, better educated children, equal opportunities for women and so on. On the basis of United Nations Millennium Declaration the “Millennium Development Goals” program was created. World community needs to achieve 8 goals till the end of 2015. In this research author considers the achievement of MDG 4 (reducing of child mortality) and MDG 5 (improving maternal health) in the regions Sub-Saharan Africa and North Africa.

The main questions of the analysis: what results have been reached by both African regions in achieving the goals of reducing the child mortality and improving maternal health in period from 2000 till 2012; and how much does both indicators differ. As a hypothesis the following is accepted: despite the fact that both African regions are adjacent and designate one continent, the child mortality rate and maternal health improvement have completely different achievements and differ significantly.

Subject of research is a child mortality rate and improvement of maternal health. Object of research is an achievement of points mentioned above in Sub-Saharan Africa and North Africa.

The goal of research is to make a comparative analysis of two African regions in achieving the MDG 4 and MDG 5.

Structurally the research is divided into three chapters. First chapter gives reader a brief description of all 8 Millennium Development Goals and some quantitative examples from different countries. Also in this chapter author identifies the main international organizations which help achieving the Millennium Development Goals. In second chapter author conducts a comparative analysis of achievement of two selected goals in both African regions. The last chapter contains advices and recommendations that can help to reduce the child mortality and improve maternal health.

Following the results of research it is possible to conclude that North Africa achieved MDG 4 – reducing the child mortality by two-thirds. Sub-Saharan Africa region reduced child mortality by 45%, which is insufficient to achieve MDG 4. None of the African regions have not reduced the maternal mortality by three quarters. In Sub-Saharan Africa region maternal mortality decreased by 49%, and in North Africa by 69%. Thus, the hypothesis has been approved by following the results of research.

There is much to be done for the world community to reduce child and maternal mortality. The new agenda after 2015 is being formulated. It will be stated in Sustainable Development Goals (SDG), which will lead the world to cooperation and solidarity till 2030.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1. Индекс риска первого дня по состоянию на 2013 год

№	Страна	Первый день		Первый месяц		Первые пять лет	
		Уровень смертности в первый день (на 1000 живорождений)	Количество смертей в первый день	Уровень смертности младенцев (на 1000 живорождений)	Количество смертей младенцев	Уровень смертности детей до пяти лет (на 1000 живорождений)	Количество смертей детей до пяти лет
1	Сомали	18	7400	50	20800	180	71100
2	Демок-кая Республика Конго	17	48400	47	137100	168	465100
3	Мали	17	12600	49	35800	176	121500
4	Сьерра-Леоне	17	4000	49	11200	185	42100
5	Центрально-африканская Республика	16	2500	46	7200	164	24600
6	Ангола	15	12300	43	34800	158	119900
7	Кот Д'Ивуар	15	9900	41	28000	115	75500
8	Чад	15	7600	42	21600	169	79300
9	Бурунди	15	4400	43	12400	139	38600
10	Гвинея-Бисау	15	910	44	2600	161	9000
11	Нигерия	14	89700	39	254100	124	755700
12	Гвинея	14	5500	39	15500	126	47500
13	Мавритания	14	1700	40	4800	112	12900
14	Лесото	14	820	39	2300	86	5100
15	Южный Судан	13	4400	38	12600	121	43400
16	Того	13	2500	36	7000	110	20900
17	Экваториал. Гвинея	13	350	37	980	118	2900
18	Мозамбик	12	10600	34	29900	103	86000
19	Буркина-Фасо	12	8900	34	25100	146	101300

Приложение 1 продолжение

№	Страна	Первый день		Первый месяц		Первые пять лет	
		Уровень смертности в первый день (на 1000 живорождений)	Количество смертей в первый день	Уровень смертности младенцев (на 1000 живорождений)	Количество смертей младенцев	Уровень смертности детей до пяти лет (на 1000 живорождений)	Количество смертей детей до пяти лет
20	Камерун	12	8400	33	23900	127	87500
21	Гамбия	12	810	34	2300	101	6400
22	Свазиленд	12	430	35	1200	104	3600
23	Джибути	12	300	33	860	90	2200
24	Эфиопия	11	28800	31	81700	77	193900
25	Судан	11	12200	31	34700	86	94700
26	Нигер	11	8700	32	24700	125	89000
27	Зимбабве	11	4000	30	11300	67	24300
28	Бенин	11	3900	31	11000	106	36300
29	Республика Конго	11	1600	32	4600	99	13800
30	Коморские острова	11	310	32	880	79	2100
31	Уганда	10	15100	28	42700	90	130900
32	Гана	10	8100	29	22900	78	59700
33	Замбия	10	6000	27	17100	83	46300
34	Либерия	10	1500	27	4300	78	11900
35	Сан-Томе и Принсипи	10	50	29	150	89	450
36	Объединён. Республика Танзания	9	17000	25	48100	68	121700
37	Кения	9	14700	27	41700	73	106800
38	Малави	9	6500	27	18400	83	51800
39	Сенегал	9	4300	26	12200	65	29600
40	Габон	9	360	24	1000	66	2600
41	Мадагаскар	8	6100	23	17200	62	44700
42	Эритрея	8	1500	21	4100	68	12700
43	Южно-Африканс. Республика	7	7500	19	20200	47	47400
44	Марокко	7	4100	19	11600	33	20800
45	Руанда	7	3400	21	9500	54	22800
46	Алжир	6	4200	17	11800	30	21100
47	Намибия	6	390	18	1100	42	2500
48	Ботсвана	4	190	11	540	26	2600
49	Египет	3	4900	7	13900	21	39600

Приложение 1 продолжение

№	Страна	Первый день		Первый месяц		Первые пять лет	
		Уровень смертности в первый день (на 1000 живорождений)	Количество смертей в первый день	Уровень смертности младенцев (на 1000 живорождений)	Количество смертей младенцев	Уровень смертности детей до пяти лет (на 1000 живорождений)	Количество смертей детей до пяти лет
50	Тунис	3	600	9	1700	16	3000
51	Ливия	3	490	10	1400	16	2300
52	Кабо-Верде	3	35	10	100	21	220
53	Сейшель. острова	3	≤ 5	9	10	14	20
54	Маврикий	2	40	9	150	15	230

Источник: (Surviving The First Day 2013)