

БОГАТАЯ МАТЬ, БЕДНАЯ МАТЬ:

# СОЦИАЛЬНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ И ИНВАЛИДНОСТИ

*Обновлено на основе полученных технических материалов в декабре 2012 года*

## Введение

Шансы женщины умереть или стать инвалидом в ходе беременности и родов тесно связаны с ее социально-экономическим статусом, нормами и ценностями ее культуры и географической удаленностью ее дома. Если говорить в общем, то чем беднее и более маргинализирована женщина, тем больше для нее опасность умереть. Действительно, показатели материнской смертности больше чем какие-либо другие показатели здоровья отражают неравенство между богатыми и бедными странами<sup>1</sup>. В странах Африки к югу от Сахары шанс женщины умереть в результате беременности или родов в течение всей ее жизни составляет 1 к 39, тогда как в промышленно развитых странах — 1 к 4700<sup>2</sup>.



Число случаев материнской смертности наиболее высоко в странах, где вероятность получения женщинами квалифицированного родовспоможения от, например, акушеров, врачей или других квалифицированных медицинских работников ниже всего. Точно так же в рамках одной страны наиболее уязвимыми для материнской смертности и инвалидности оказываются самые неимущие и наименее образованные женщины<sup>3</sup>.

Высокие показатели материнской смертности свидетельствуют не только о плохой работе систем здравоохранения, но и о глубоко укоренившемся гендерном неравенстве, которое ограничивает возможности женщин влиять на принимаемые решения и сужает их доступ к социальной помощи, экономическим возможностям и услугам здравоохранения<sup>4</sup>. Это гендерное неравенство проявляется уже в первые годы жизни: девочки, родившиеся в нищете, более уязвимы для детских браков и эксплуатации, оказываясь, например, жертвами торговли людьми или принудительного труда для удовлетворения сексуальных нужд. Девочки-подростки зачастую не в состоянии решать, следует ли применять противозачаточные средства во время половых контактов и вступать ли вообще в половые связи. В результате они подвергаются повышенному риску ранней беременности и связанных с нею осложнений.

Во многих развивающихся странах правовая система не предлагает женщинам и девочкам практически никакой помощи в защите их репродуктивных прав. В некоторых случаях законодательство сознательно лишает их таких прав, как, например, в случае действия законов, запрещающих девочкам-подросткам приобретать противозачаточные средства или требующих получения разрешения у родителей или мужей<sup>5</sup>. Кроме того, даже в тех случаях, когда в стране существуют законы, запрещающие дискриминацию, они не везде соблюдаются. Такое отсутствие правовой поддержки лишь увековечивает гендерное неравенство, ставящее под угрозу жизнь женщин.

## Существующее положение

**Целых 36 процентов женщин в возрасте от 20 до 24 лет, проживающих в развивающемся мире, вышли замуж до достижения 18-летнего возраста<sup>6</sup>.** Среди девочек-подростков из беднейших семей доля состоящих в детских браках в три раза превышает соответствующий показатель для девочек из наиболее обеспеченных семей. В результате ранних браков девочки подвергаются повышенному риску преждевременной беременности, инвалидности и смерти<sup>7</sup>.

**В странах с низким и средним уровнем дохода каждая десятая девочка к 16 годам становится матерью,** причем наиболее высокие показатели отмечаются в странах Африки к югу от Сахары и в Южной, Центральной и Юго-Восточной Азии. Для сравнения: показатели подростковой беременности в странах с высоким уровнем дохода, таких как Канада и Швеция, составляют около 3 процентов<sup>8</sup>. Девочки младше 15 лет подвергаются наибольшему риску материнской смертности. Подростковая беременность заставляет многих девочек бросать школу, что имеет долгосрочные последствия для их будущего — и будущего их семей и общин<sup>9</sup>.

**КАЖДАЯ  
ДЕСЯТАЯ  
ДЕВОЧКА**

**К 16 ГОДАМ  
СТАНОВИТСЯ  
МАТЕРЬЮ**

**Вероятность получения надлежащей помощи по охране материнского здоровья меньше всего у неимущих необразованных женщин, проживающих в удаленных районах.** Это особенно справедливо в отношении регионов, где мало квалифицированных медицинских работников, таких как страны Африки к югу от Сахары и Южная Азия. В странах с высоким уровнем дохода практически все женщины не менее четырех раз посещают врача в дородовой период, рожают в присутствии квалифицированных медицинских работников и получают послеродовой уход. В странах с низким и средним уровнем дохода такой непрерывный уход получают менее половины беременных женщин<sup>10</sup>.

**В некоторых общинах здоровье женщин ценится меньше, чем здоровье мужчин.** Родители могут считать жизнь и здоровье своих сыновей более важным, чем жизнь и здоровье дочерей. Девочки и женщины зачастую не могут распоряжаться финансовыми средствами или пользоваться транспортными средствами, и поэтому их мобильность и доступ к медицинским услугам зависят от родственников мужского пола или свекровей<sup>11</sup>.

**Повсеместно в развивающихся странах здоровье девочек определяется в большей степени социальными факторами, чем биологическими.** В результате нищеты и гендерного неравенства девочки подвергаются опасности стать жертвой эксплуатации, физических домогательств, ранней беременности и сопутствующим рискам, заразиться болезнями, передаваемыми половым путем, включая ВИЧ<sup>12</sup>.

**Одним из важнейших детерминантов здоровья женщин является образование.** Образование позволяет женщинам принимать осознанные решения и обращаться за надлежащей медицинской помощью. Как явствует из доклада Всемирной организации здравоохранения о положении в Азиатско-Тихоокеанском регионе, прослеживается прямая зависимость между показателями грамотности женщин и показателями материнской смертности: чем выше грамотность женщин, тем ниже показатель материнской смертности<sup>13</sup>.

**Неудовлетворенная потребность в противозачаточных средствах наиболее велика у неимущих, менее образованных, женщин молодых возрастов и женщин, проживающих в сельских районах.** Во многих развивающихся странах женщины, относящиеся к группе с наибольшими доходами, вдвое чаще пользуются современными противозачаточными средствами, чем женщины, относящиеся к группе с наименьшими доходами<sup>14</sup>. В общей сложности неудовлетворенные потребности в противозачаточных средствах имеются у 215 млн. женщин в развивающихся странах<sup>15</sup>.

**Каждый день от предотвратимых причин, связанных с беременностью и родами, погибает почти 800 женщин — 99 процентов из которых проживают в развивающихся странах.** Из этих ежедневно погибающих женщин около 440 проживают в странах Африки к югу от Сахары, 228 — в странах Южной Азии и 6 — в богатых странах<sup>16</sup>.

ПРОСЛЕЖИВАЕТСЯ  
ПРЯМАЯ СВЯЗЬ МЕЖДУ  
ПОКАЗАТЕЛЯМИ  
ГРАМОТНОСТИ ЖЕНЩИН  
И ПОКАЗАТЕЛЯМИ  
МАТЕРИНСКОЙ  
СМЕРТНОСТИ: ЧЕМ ВЫШЕ  
ГРАМОТНОСТЬ ЖЕНЩИН,  
ТЕМ НИЖЕ ПОКАЗАТЕЛЬ  
МАТЕРИНСКОЙ  
СМЕРТНОСТИ



**Большинства случаев материнской смертности можно было бы избежать, поскольку медицинские методы, позволяющие предотвращать или лечить от осложнения, хорошо разработаны.** Чтобы спасти жизнь женщины, необходимо обеспечить ей доступ к дородовому уходу во время беременности, квалифицированной помощи при родах и поддержке в течение нескольких недель после родов<sup>17</sup>.

## Что необходимо сделать?

Снижение уровня материнской смертности и инвалидности — это не просто вопрос глобального здравоохранения: это вопрос прав человека. Методы, позволяющие спасти женщинам жизнь во время беременности и родов, вполне доступны, однако сотни тысяч женщин по-прежнему погибают каждый год из-за нищеты, неэффективности систем здравоохранения и глубоко укоренившегося гендерного неравенства, которое лишает девочек и женщин возможности принимать самостоятельные информированные решения по охране своего здоровья. Для решения этих проблем требуются действия на многих уровнях.

Международное сообщество должно уделять приоритетное внимание инвестициям в стратегии и программы охраны материнского здоровья и планирования семьи, особенно для неимущих женщин. Глобальная стратегия охраны здоровья матери и ребенка, выдвинутая Генеральным секретарем ООН Пан Ги Муном в 2010 году, является свидетельством обнадеживающего прогресса в этой области, привлекая дополнительные финансовые ресурсы на охрану здоровья женщин и детей. Развивающиеся страны также должны признать, что материнское здоровье является одним из ключевых слагаемых развития, и обязаться повысить качество и доступность услуг по охране репродуктивного здоровья. Это требует расширения и совершенствования систем здравоохранения, а также просвещения женщин по вопросам охраны здоровья, а также устранения социальных и культурных факторов, которые могут побудить некоторых из наиболее уязвимых женщин отказаться от получения помощи.

Одним из ключевых компонентов этой работы является изучение отношения и поведения поставщиков медицинских услуг, зачастую определяемых доминирующими в обществе культурными нормами и гендерными установками, некоторые из которых могут быть дискриминационными по отношению к девочкам и женщинам. Для спасения жизни женщин необходимо бороться с пагубными социальными предубеждениями, которые сильно ограничивают имеющуюся у женщин свободу выбора и удерживают мужей, отцов, медицинских работников и национальных руководителей от инвестиций в девочек и женщин. Для изменения такого отношения и поведения необходимо работать не только с женщинами, но и с мужчинами и мальчиками, чтобы продемонстрировать выгоды, которые гендерное равенство приносит семьям и общинам.

МАТЕРИНСКОЕ ЗДОРОВЬЕ  
НЕРАЗРЫВНО СВЯЗАНО  
С СОЦИАЛЬНО-ЭКОНО-  
МИЧЕСКИМ СТАТУСОМ  
ЖЕНЩИН



В то же время важнейшее значения для предотвращения материнской смертности имеют инвестиции в образование и расширение прав и возможностей девочек и женщин, поскольку материнское здоровье неразрывно связано с социально-экономическим статусом женщин. Таким образом, решающее значение для улучшения здоровья девочек, женщин и их семей во всем мире имеют глобальные усилия по достижению целей 2 и 3 из Целей развития тысячелетия: обеспечение всеобщего начального образования и поощрение гендерного равенства и расширение прав и возможностей женщин.

## Позитивные результаты действий

**Обеспечение неудовлетворенных потребностей в современных средствах планирования семьи и охране здоровья матери и новорожденного привело бы к снижению показателя материнской смертности на две трети: с 287 000 до 105 000<sup>18</sup>.** Инвестиции в планирование семьи и повышение качества охраны материнского здоровья приносят и дополнительные плоды: изменение в лучшую сторону сроков наступления беременности и интервалов между беременностями, снижение риска осложнений и улучшение состояния здоровья женщин и новорожденных<sup>19</sup>.

**Образование девочек и женщин исключительно благотворно сказывается на улучшении состояния их здоровья.** На основе данных Глобального обследования материнского и перинатального здоровья Всемирной организации здравоохранения, исследователи обнаружили, что женщины, не имеющие образования, подвергаются почти в три раза большему риску смерти в ходе беременности и родов, чем женщины, закончившие среднюю школу<sup>20</sup>. Образование матери не только позволяет ей выжить, но и оказывает заметное влияние на выживание ее ребенка до достижения пятилетнего возраста. Результаты исследования показывают, что у более образованных матерей дети, как правило, здоровее<sup>21</sup>.

**Уменьшение числа нежелательных беременностей, особенно среди подростков, позволило бы улучшить возможности получения женщинами образования и их трудоустройства,** что, в свою очередь, помогло бы повысить статус женщин, увеличить семейные сбережения, уменьшить масштабы нищеты и стимулировать экономический рост<sup>22</sup>.

**Прогресс в области охраны материнского здоровья приносит социальные и экономические выгоды, помогая разорвать порочный круг нищеты, передаваемой из поколения в поколение.** Когда беременность у женщины и супружеских пар носит запланированный характер и протекает без осложнений, это благотворно сказывается на развитии их самих, их детей, общин и страны в целом<sup>23</sup>.

ЖЕНЩИНЫ, НЕ ИМЕЮЩИЕ ОБРАЗОВАНИЯ, ПОДВЕРГАЮТСЯ ПОЧТИ В ТРИ РАЗА БОЛЬШЕМУ РИСКУ СМЕРТИ В ХОДЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ, ЧЕМ ЖЕНЩИНЫ, ЗАКОНЧИВШИЕ СРЕДНЮЮ ШКОЛУ

## Что делает ЮНФПА?

ЮНФПА занимается защитой репродуктивных прав девочек и женщин, влияя на политику и законодательство; оказывая правительствам помощь в укреплении их систем здравоохранения; мобилизуя общинных лидеров и организации на изменение поведения и отношения; привлекая мужчин в качестве партнеров к охране репродуктивного здоровья; расширяя права и возможности молодых людей благодаря половому воспитанию и предоставлению доступа к медицинскому обслуживанию на условиях равенства; и поощряя участие девочек и женщин в принятии решений на всех уровнях. Фонд также является одним из наиболее активных защитников интересов женщин, отстаивая их права на получение образования и медицинского обслуживания и свободу от эксплуатации и насилия<sup>24</sup>.

Безопасное материнство является одним из важнейших компонентов благополучия и расширения прав и возможностей женщин. Осуществляемые ЮНФПА программы охраны здоровья женщин охватывают более 90 стран и предусматривают уделение повышенного внимания долгосрочному совершенствованию систем здравоохранения для предотвращения материнской смертности и инвалидности, включая акушерские свищи. В 2008 году ЮНФПА учредил Тематический фонд для охраны материнского здоровья, с тем чтобы повысить способность национальных систем здравоохранения оказывать широкий круг качественных услуг по охране материнского здоровья, уменьшить неравенство в сфере здравоохранения и расширить права и возможности женщин по осуществлению своего права на охрану материнского здоровья. Кроме того, в партнерстве с ЮНЭЙДС, ЮНИСЕФ, Всемирным банком и Всемирной организацией здравоохранения ЮНФПА также добивается ускорения прогресса в спасении жизни женщин и матерей в странах с наиболее высокими показателями материнской смертности<sup>25</sup>.

ОСУЩЕСТВЛЯЕМЫЕ  
ЮНФПА ПРОГРАММЫ  
ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ  
ЖЕНЩИН ОХВАТЫВАЮТ  
БОЛЕЕ 90 СТРАН



## ПРИМЕЧАНИЯ

- 1 World Health Organization, "Health in Asia and the Pacific," 2008.
- 2 World Health Organization, UNICEF, UNFPA and The World Bank, "Trends in Maternal Mortality: 1990-2010," 2012.
- 3 Организация Объединенных Наций, «Цели развития тысячелетия: доклад за 2011 год».
- 4 World Health Organization, "Health in Asia and the Pacific," 2008.
- 5 Center for Global Development, "Start with a Girl: A New Agenda for Global Health," 2009.
- 6 Ibid.
- 7 ЮНИСЕФ, «Положение детей в мире, 2011 год».
- 8 Guttmacher Institute, "Facts on American Teens' Sexual and Reproductive Health," Accessed March 25, 2012.
- 9 Всемирная организация здравоохранения, «Беременность в подростковом возрасте». Документ размещен на веб-сайте ВОЗ: [www.who.int/publications/ru/](http://www.who.int/publications/ru/).
- 10 Ibid.
- 11 World Health Organization, "Health in Asia and the Pacific," 2008.
- 12 Center for Global Development, "Start with a Girl: A New Agenda for Global Health," 2009.
- 13 World Health Organization, "Health in Asia and the Pacific," 2008.
- 14 UNFPA and Guttmacher Institute, "Adding it Up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health," 2009.
- 15 Guttmacher Institute, "Facts on Satisfying the Need for Contraceptive Use in Developing Countries," June 2010.
- 16 World Health Organization, UNICEF, UNFPA and The World Bank, "Trends in Maternal Mortality: 1990-2010," 2012.
- 17 Всемирная организация здравоохранения, информационный бюллетень «Материнская смертность», ноябрь 2010 года.
- 18 World Health Organization, UNICEF, UNFPA and The World Bank, "Trends in Maternal Mortality: 1990-2010," 2012.
- 19 UNFPA and Guttmacher Institute, "Adding it Up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health," 2009.
- 20 Karlsen, Saffron et al., "The relationship between maternal education and mortality among women giving birth in health care institutions: Analysis of the cross sectional WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health," BMC Public Health 2011, 11: 606.
- 21 Организация Объединенных Наций, «Цели развития тысячелетия: доклад за 2011 год».
- 22 UNFPA and Guttmacher Institute, "Adding it Up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health," 2009.
- 23 Ibid.
- 24 "Advancing Human Rights". См. веб-сайт ЮНФПА по адресу: [www.unfpa.org/rights/principles.htm](http://www.unfpa.org/rights/principles.htm).
- 25 "Safe Motherhood: Overview". См. веб-сайт ЮНФПА по адресу [unfpa.org/public/mothers](http://unfpa.org/public/mothers).



**Дополнительную  
информацию о работе  
ЮНФПА можно получить  
по адресу: [www.unfpa.org](http://www.unfpa.org).**

*Информацию о кампании  
Организации Объединенных Наций  
«Каждая женщина, каждый ребенок»  
можно получить по адресу  
[www.everywomaneverychild.org](http://www.everywomaneverychild.org).*