

Инструкции по адаптации типового предварительного отчета

Главными целями предварительного отчета являются оперативное сообщение основных результатов обследования и стимулирование интереса к текущей ситуации со стороны правительственных учреждений, неправительственных организаций, других многосторонних доноров, прессы и широкой публики. Более подробная информация об использовании и содержании предварительного отчета приведена в главе 8 (Анализ данных, представление отчетов и распространение) Руководства по МИКСЗ.

Если говорить более конкретно, то предварительный отчет следует использовать для *оповещения о некоторых основных результатах*, полученных в ходе проведения обследований МИКСЗ, сразу же после завершения сбора данных; он должен получить как можно более широкое распространение, чтобы *возбудить интерес* к охватываемым в нем темам и *стимулировать ответную реакцию* всех заинтересованных сторон. Однако результаты, содержащиеся в предварительном отчете, не следует представлять как окончательные результаты обследования; необходимо четко дать понять, что окончательные результаты будут готовы лишь после составления полного технического отчета, и продолжать работу по оценке результатов и подготовке полного технического отчета.

Цель типового предварительного отчета – облегчить составление предварительных отчетов странами, участвующими в МИКСЗ, и обеспечить подготовку сопоставимых отчетов, которые можно было бы легко использовать для сравнения показателей разных стран. Предполагается, что типовой отчет будет использоваться в странах в качестве отправной точки для подготовки национальных предварительных отчетов и будет адаптирован с учетом содержания обследований.

ЮНИСЕФ рекомендует руководствоваться при адаптации предварительных отчетов следующими основными принципами:

- Составлением предварительного отчета должно заниматься учреждение-исполнитель/правительственный орган, помощь которому, в случае необходимости, должны оказывать страновые и региональные отделения ЮНИСЕФ, а также штаб-квартира ЮНИСЕФ.
- На титульном листе отчета должны быть четко указаны названия и логотипы учреждения-исполнителя и других национальных учреждений/правительственных организаций, участвующих в проведении обследования. Можно также поместить название и логотип ЮНИСЕФ, но это совсем не обязательно. Однако настоятельно рекомендуется поместить на титульном листе логотип МИКСЗ.
- Странам предлагается как можно точнее следовать образцу оформления титульного листа отчетов. Это имеет как символическое, так и практическое значение: предполагается, что наличие одинакового оформления у отчетов, представленных разными странами мира, привлечет больше внимания к МИКСЗ и подчеркнет то обстоятельство, что МИКСЗ – международное обследование.
- Страны должны адаптировать типовой предварительный отчет с учетом содержания проведенных ими обследований, добавляя или исключая из него, по необходимости, соответствующие таблицы или разделы. Странам рекомендуется избегать включения в свои отчеты большого числа дополнительных тем и таблиц. Желательно, чтобы объем предварительного отчета не превышал 15–20 страниц; анализ остальных тем и таблиц МИКСЗ следует оставить до полного технического отчета.
- Номера таблиц соответствуют номерам, указанным в общем плане табулирования, охватывающем все таблицы МИКСЗ (см. Дополнение 7 "Руководящие принципы табулирования" Руководства по МИКСЗ). В зависимости от того, какие таблицы будут включены, страны должны будут изменить нумерацию таблиц от 1 до X.

- Для пропорции или процентов, рекомендуемый минимальный размер знаменателя 25 не взвешенных случаев. Процент с не взвешенным знаменателем меньше чем 25 случаев не должен быть показан в таблице. Процент основанный на меньше чем 50 случаев должен быть представлен в скобках. В последнем случае вы можете сохранить в таблице линию для знаменателя и использовать '*' для любой пропорции или процента основанном на знаменателе. В качестве альтернативы вы можете исключить всю линию из таблицы но вставить примечание относящееся к переменной которое указывает что имелось X количество случаев (которые должны были быть меньше чем 25) в категории Y которая не показана в таблице. Если ваша выборка требует применение весов тогда вам понадобится произвести взвешенную и не взвешенную табуляцию для того чтобы выявить не взвешенные знаменатели величиной меньше чем 50 случаев.
- Отсутствующие случаи и ответы 'не знаю' не показываются в таблицах за исключением таблиц которые включают распределение процентов относящихся к категории вопроса где ответы 'не знаю' были определенно разрешены в вопроснике. Отсутствующие случаи и ответы 'не знаю' должны быть включены в реальную табуляцию как отдельные категории. Если общая доля отсутствующих случаев и 'не знаю' не превышает пяти процентов, тогда эти две категории объединяются в одну категорию которая обозначается как 'не знаю/отсутствующий'. В случаях когда комбинация этих двух категории превышает пять процентов они должны быть показаны в отдельных колонках и интерпретация результатов должна происходить с осторожностью.

*Мониторинг положения
детей и женщин*

Результаты кластерного
обследования
по многим показателям,
проведенного
в [название страны]
в 2006 году

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ОТЧЕТ

[Месяц] 2006 года

[ПОМЕСТИТЕ ЗДЕСЬ НАЗВАНИЕ И ЛОГОТИП
УЧРЕЖДЕНИЯ-ИСПОЛНИТЕЛЯ]

[ПОМЕСТИТЕ ЗДЕСЬ НАЗВАНИЕ И ЛОГОТИП
УЧРЕЖДЕНИЯ-ИСПОЛНИТЕЛЯ]



Сводная Таблица Данных
Индикаторы МИКС И ЦРДТ (Страна), (Год)

ТЕМА	НОМЕР ПОКАЗАТЕЛЯ МИКС3	НОМЕР ПОКАЗАТЕЛЯ ЦРДТ	ПОКАЗАТЕЛЬ	ЗНАЧЕНИЕ ЕДИНИЦА ИЗМЕРЕНИЯ
Детская смертность	1	13	Коэффициент смертности детей в возрасте до пяти лет	
	2	14	Коэффициент младенческой смертности	
Питание	6	4	Распространенность пониженного веса	
	7		Распространенность отставания в росте	
	8		Распространенность истощения	
	15		Коэффициент исключительно грудного вскармливания	
	16		Коэффициент продолжения грудного вскармливания	
	17		Коэффициент своевременного прикармливания	
Здоровье детей	25		Охват прививками от туберкулеза	
	26		Охват прививками от полиомиелита	
	27		Охват прививками КДС	
	28	15	Охват прививками от кори	
	31		Дети, прошедшие полную иммунизацию	
	22		Лечение антибиотиками больных с подозрением на пневмонию	
	24	29	Твердые виды топлива	
	37	22	Доля детей в возрасте до пяти лет, которые спят под обработанными инсектицидами сетками	
	38		Доля детей в возрасте до пяти лет, которые спят под противомоскитными сетками	
	39	22	Лечение от малярии (детей в возрасте до пяти лет)	
Окружающая среда	11	30	Использование усовершенствованных источников питьевой воды	
	12	31	Использование усовершенствованных санитарно-гигиенических устройств	
Репродуктивное здоровье	21	19с	Распространенность контрацепции	
	4	17	Роды при квалифицированном родовспоможении	
	5		Роды в медицинских учреждениях	

Образование	55	6	Чистый коэффициент посещаемости начальных учебных заведений
	61	9	Показатель представительства полов
Защита детей	62		Регистрация рождения
	67		Вступление в брак до 15 или 18 лет
	68		Доля молодых женщин в возрасте 15–19 лет, которые в настоящее время состоят в браке/ сожительствуют с мужчиной
	70		Многоженство
ВИЧ/СПИД, сексуальное поведение и осиротевшие и уязвимые дети	82	19b	Наличие у молодых людей всесторонних знаний о профилактике ВИЧ/СПИДа
	83	19a	Использование презервативов с нерегулярными партнерами
	85		Сексуальные контакты с повышенным риском за последний год
	77	20	Соотношение посещающих школу сирот и детей, имеющих родителей

Содержание

ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ	
I. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ.....	
ВВЕДЕНИЕ.....	
ЦЕЛИ ОБСЛЕДОВАНИЯ	
II. МЕТОДОЛОГИЯ СОСТАВЛЕНИЯ ВЫБОРКИ И ПРОВЕДЕНИЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ	
СХЕМА ВЫБОРКИ.....	
ВОПРОСНИКИ	
РАБОТА НА МЕСТАХ И ОБРАБОТКА ДАННЫХ.....	
ОХВАТ ВЫБОРКИ	
III. РЕЗУЛЬТАТЫ	
ДЕТСКАЯ СМЕРТНОСТЬ	
СОСТОЯНИЕ ПИТАНИЯ	
ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ.....	
ИММУНИЗАЦИЯ.....	
ЛЕЧЕНИЕ АНТИБИОТИКАМИ ДЕТЕЙ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ПНЕВМОНИЮ	
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТВЕРДЫХ ВИДОВ ТОПЛИВА	
МАЛЯРИЯ.....	
ВОДОСНАБЖЕНИЕ И САНИТАРИЯ	
КОНТРАЦЕПЦИЯ	
РОДОВСПОМОЖЕНИЕ	
ПОСЕЩАЕМОСТЬ НАЧАЛЬНЫХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ	
РЕГИСТРАЦИЯ РОЖДЕНИЯ.....	
РАННИЕ БРАКИ И МНОГОЖЕНСТВО	
НАЛИЧИЕ ЗНАНИЙ О ПЕРЕДАЧЕ ВИЧ/СПИДА И ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПРЕЗЕРВАТИВОВ	
ПОСЕЩАЕМОСТЬ ШКОЛЫ ОСИРОТЕВШИМИ И УЯЗВИМЫМИ ДЕТЬМИ.....	

СПИСОК ТАБЛИЦ

Таблица НН.1: Результаты опросов домохозяйств и отдельных людей	
Таблица СМ.1: Детская смертность	
Таблица NU.1: Недостаточное питание детей	
Таблица NU.3: Грудное вскармливание	
Таблица СН.1: Прививки в течение первого года жизни	
Таблица СН.7: Лечение антибиотиками больных с пневмонией	
Таблица СН.8: Использование твердых видов топлива	
Таблица СН.11: Доля детей, которые спят под противомоскитными сетками	
Таблица СН.12: Лечение детей противомалярийными препаратами	
Таблица EN.1: Использование усовершенствованных источников питьевой воды	
Таблица EN.5: Использование санитарно-гигиенических устройств для удаления экскретов	
Таблица RH.1: Использование контрацептических средств	
Таблица RH.5: Помощь при родах	
Таблица ED.3: Чистый коэффициент посещаемости начальных учебных заведений	
Таблица ED.7: Равноправие полов в образовании	
Таблица СР.1: Регистрация рождения	
Таблица СР.5: Ранний брак и многоженство	
Таблица НА.3: Наличие всесторонних знаний о передаче ВИЧ/СПИДа	
Таблица НА.9: Использование презервативов при последнем по времени сексуальном контакте с повышенным риском	
Таблица НА.12: Посещаемость школы осиротевшими и уязвимыми детьми	

ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

[Приведите перечень организаций, участвующих в проведении обследования. Включите информацию об источниках финансирования и отдельных лицах/организациях, сыгравших важную роль в завершении обследования].

I. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ И ЦЕЛИ ОБСЛЕДОВАНИЯ

ВВЕДЕНИЕ

В основе настоящего предварительного отчета лежит кластерное обследование по многим показателям, проведенное в [название страны] в [2006 году] силами [перечислите национальные учреждения, участвующие в проведении обследования]. Обследование проводилось в значительной мере исходя из необходимости мониторинга прогресса в достижении целей и задач, вытекающих из недавно принятых международных документов: Декларации тысячелетия, принятой всеми 191 государством – членом Организации Объединенных Наций в сентябре 2000 года, и Плана действий "Мир, пригодный для жизни детей", принятого 189 государствами-членами на специальной сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по положению детей в мае 2002 года. Оба этих документа основываются на обязательствах, принятых международным сообществом на Всемирной встрече на высшем уровне в интересах детей в 1990 году.

Подписывая эти международные документы, правительства взяли на себя обязательства улучшать условия жизни детей в своих странах и следить за прогрессом в достижении этой цели. В выполнении этой задачи ЮНИСЕФ отведена обеспечивающая функция (см. таблицу 1.1).

Таблица 1.1
Обязательство действовать: обязанность представлять отчеты
на национальном и международном уровнях

Правительства, подписавшие Декларацию тысячелетия и Декларацию и План действий "Мир, пригодный для жизни детей", также взяли на себя обязательство следить за прогрессом в достижении содержащихся в них целей и задач:

"На национальном и, в соответствующих случаях, на региональном уровнях мы будем регулярно следить за ходом осуществления целей и задач, установленных в настоящем Плане действий, на национальном, региональном и глобальном уровнях и оценивать прогресс в деле их реализации. Для этого мы укрепим наш национальный статистический потенциал по сбору данных, их анализу и разбивке, в том числе по признаку пола, возраста и другим соответствующим факторам, которые могут приводить к различиям, и будем поддерживать проведение широкого круга исследований, посвященных детям. Мы активизируем международное сотрудничество в поддержку усилий по наращиванию статистического потенциала и создадим общественный потенциал для контроля, оценки и планирования" ("**Мир, пригодный для жизни детей**", пункт 60).

"...Мы будем проводить периодические обзоры прогресса на национальном и субнациональном уровнях для более эффективного устранения препятствий и ускорения деятельности..." ("**Мир, пригодный для жизни детей**", пункт 61).

В Плане действий (пункт 61) конкретно предусматривается вовлечение ЮНИСЕФ в процессе подготовки периодических докладов о положении дел:

"...к Детскому фонду Организации Объединенных Наций как ведущему в мире учреждению, отстаивающему интересы детей, обращена просьба продолжать готовить и распространять в тесном сотрудничестве с правительствами, соответствующими фондами, программами и специализированными учреждениями системы Организации Объединенных Наций, а также всеми другими соответствующими действующими лицами, когда это целесообразно, информацию о ходе осуществления настоящей Декларации и Плана действий".

Аналогичным образом, в **Декларации тысячелетия** (пункт 31) предусматривается предоставление периодических докладов о достигнутом прогрессе:

"...Мы просим Генеральную Ассамблею регулярно рассматривать ход осуществления положений настоящей Декларации и просим Генерального секретаря публиковать периодические доклады для рассмотрения Генеральной Ассамблеей и в качестве основы для принятия дальнейших мер".

[Кратко перечислите предпринимаемые на национальном уровне усилия, направленные на осуществление вышеуказанных целей, включая информацию о том, каким образом результаты МИКС3 вписываются в общий план оценки ситуации в стране. В данном контексте вы можете считать необходимым упомянуть стратегии национального развития, стратегии в области сокращения масштабов нищеты, национальные планы действий в интересах детей, Цели в области развития Декларации тысячелетия, цели, сформулированные в Декларации и Плана действий "Мир, пригодный для жизни детей", страновые программы ЮНИСЕФ, Рамочную программу Организации Объединенных Наций по оказанию помощи в целях развития и представление докладов об осуществлении Конвенции о правах ребенка и Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин]

В настоящем предварительном отчете представлены выборочные результаты по некоторым основным темам, охватываемым обследованием, а также по поднабору показателей¹. Результаты, представленные в настоящем отчете, являются предварительными, и в них могут быть внесены изменения, хотя значительные изменения не предполагаются. Опубликование всеобъемлющего полного отчета запланировано на *[укажите дату опубликования полного отчета о результатах обследования]*.

ЦЕЛИ ОБСЛЕДОВАНИЯ

Главные цели кластерного обследования по многим показателям, проведенного в *[название страны]* в *[2006 году]*, состоят в следующем:

- предоставить обновленную информацию для оценки положения детей и женщин в *[название страны]*;
- получить данные, необходимые для мониторинга прогресса в достижении целей в области развития Декларации тысячелетия и целей, сформулированных в Декларации и Плана действий "Мир, пригодный для жизни детей" (МПЖД), как базы для осуществления будущих действий;
- способствовать совершенствованию систем сбора данных и мониторинга в *[название страны]*, а также повысить техническую квалификацию специалистов в области проектирования, реализации и анализа таких систем.

II. МЕТОДОЛОГИЯ СОСТАВЛЕНИЯ ВЫБОРКИ И ПРОВЕДЕНИЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ

СХЕМА ВЫБОРКИ

Выборка для проводимого в *[название страны]* кластерного обследования по многим показателям (МИКС) была спланирована таким образом, чтобы получить оценки по большому числу показателей, касающихся положения детей и женщин на национальном уровне, для городских и сельских районов, а также для *[укажите число регионов]* регионов: *[перечислите типические регионы]*. В качестве основных областей выборки были определены регионы, а сама выборка была реализована в два этапа. Внутри каждого региона было отобрано по *[вставьте число кластеров]* счетных участков с вероятностями, пропорциональными численности населения. После составления списков домохозяйств по каждому из отобранных счетных участков была составлена

¹ Для подробной информации о дефиниции, знаменателях, числителях и алгоритмах показателей МИКС и ЦРДТ входящих в обследование: смотрите Главу 1, Дополнение 1 и Дополнение 7 руководства МИКС – Кластерное Обследование по Многим Показателям 2005: *Мониторинг Состояния Женщин и Детей*, www.childinfo.org

систематическая выборка из [укажите число домохозяйств] домохозяйств. В [укажите число счетных участков, добраться до которых не удалось] отобранных счетных участках побывать не удалось, поскольку в период осуществления работы на местах добраться до них не представлялось возможным. Выборка была стратифицирована по регионам и не являлась самовзвешенной. Для представления результатов, полученных на национальном уровне, были использованы веса выборок.

ВОПРОСНИКИ

При проведении обследования использовались три вопросника. В дополнение к вопроснику домохозяйства, использовавшемуся для сбора информации обо всех членах домохозяйства, самом домохозяйстве и жилище, в каждом домохозяйстве заполнялись вопросники для женщин в возрасте 15–49 лет, а также выявлялись матери или воспитатели детей в возрасте до пяти лет, и этим женщинам задавались вопросы, касающиеся детей такого возраста. Вопросники состояли из следующих модулей:

[Исключите вопросники/модули, которые не использовались в ходе вашего обследования, или добавьте любые новые модули/вопросники, которые вы, возможно, использовали. Ниже приводится перечень только основных модулей типовых вопросников МИКСЗ]

- Вопросник домохозяйства
 - Описание домохозяйства
 - Образование
 - Водоснабжение и санитария
 - Характеристики домохозяйства
 - Детский труд
 - Употребление йодированной соли
- Индивидуальный вопросник для женщин
 - Детская смертность
 - Противостолбнячная прививка
 - Здоровье матерей и новорожденных
 - Семейное положение/союз
 - Использование контрацептивов
 - ВИЧ/СПИД
- Вопросник о детях до пяти лет
 - Регистрация рождения и раннее обучение
 - Витамин А
 - Грудное вскармливание
 - Лечение болезней и уход
 - Иммунизация
 - Антропометрия

Вопросники составлены на основе типового вопросника для МИКСЗ. Английская версия вопросников была переведена на [вставьте названия языков] языки; вопросники прошли предварительные испытания в [укажите соответствующий месяц/год]. На основе результатов этих предварительных испытаний были внесены изменения в формулировки и переводы вопросников.

РАБОТА НА МЕСТАХ И ОБРАБОТКА ДАННЫХ

Персонал для работы на местах прошел 12-дневную подготовку в начале [укажите месяц/год обучения]. Сбор данных осуществляли [укажите число групп] групп, в каждую из которых

входили [укажите число интервьюеров] интервьюеров, один водитель, один редактор/лицо, производящее измерения, и руководитель. Работа на местах была начата в [укажите месяц/год начала работы на местах] и завершена в [укажите месяц/год завершения работы на местах].

С помощью программы CSPro данные были введены в четыре микрокомпьютера. Для обеспечения контроля качества все вопросники были введены повторно и проверены на предмет их непротиворечивости друг другу. В течение всего обследования использовались процедуры и стандартные программы, разработанные в рамках глобального проекта МИКС3 и адаптированные применительно к вопроснику для [название страны]. Обработка данных началась одновременно с их сбором в [укажите месяц/год начала обработки данных] и завершилась в [укажите месяц/год завершения обработки данных]. Анализ данных проводился с использованием программы SPSS, а также типового синтаксиса и планов табулирования, разработанных для этой цели.

ОХВАТ ВЫБОРКИ

Из [укажите число отобранных для выборки домохозяйств] отобранных для выборки домохозяйств [вставьте число заселенных домохозяйств – должно быть меньше числа отобранных] оказались заселенными. Из них в [вставьте число успешно опрошенных домохозяйств] домохозяйствах был успешно проведен опрос, в результате чего коэффициент ответов домохозяйств составил [укажите процент ответов]. В опрошенных домохозяйствах было выявлено [вставьте число отвечающих критериям обследования женщин в возрасте 15–49 лет] женщин (в возрасте 15–49 лет). Из них [укажите число успешно опрошенных женщин] женщин были успешно опрошены, что дает коэффициент ответов, равный [укажите процент опрошенных]. Кроме того, в вопроснике домохозяйства упоминалось о [укажите число детей в возрасте до 5 лет] детях в возрасте до пяти лет. По ним было заполнено [укажите число заполненных вопросников о детях до пяти лет] вопросников, что соответствует коэффициенту ответов, равному [укажите процент ответов]. Общие коэффициенты ответов, составляющие [укажите общий коэффициент ответов на вопросники для женщин] и [укажите общий коэффициент ответов на вопросники о детях в возрасте до пяти лет], рассчитываются, соответственно, для опросов женщин и опросов в отношении детей до пяти лет (Таблица НН.1).

III. РЕЗУЛЬТАТЫ

ДЕТСКАЯ СМЕРТНОСТЬ

Одна из всеобъемлющих целей ЦРДТ и Декларации и Плана действий "Мир, пригодный для жизни детей" состоит в снижении младенческой смертности и смертности детей в возрасте до пяти лет. Мониторинг прогресса в достижении этой цели представляет собой важную, но трудную задачу. Может показаться, что измерять детскую смертность легко, но попытки использовать прямые вопросы, такие как "Умер ли кто-либо в этом домохозяйстве в прошлом году?", дают неточные результаты. В то же время использование прямых методов измерения детской смертности на основе данных, занесенных в истории рождений, отнимает много времени и является сложным по исполнению. Поэтому демографам пришлось разработать косвенные методы измерения детской смертности. Эти "косвенные методы" позволяют свести к минимуму ошибки, связанные с несовершенством памяти, неточными или неправильно понятыми определениями, а также со слабым владением специальными методами проведения опроса.

Коэффициент младенческой смертности – это вероятность смерти ребенка до того, как ему исполнится один год. *Коэффициент смертности детей в возрасте до пяти лет* – это вероятность смерти ребенка до того, как ему исполнится пять лет. При проведении МИКС3 коэффициенты младенческой смертности и коэффициенты смертности детей в возрасте до пяти лет рассчитываются с помощью косвенного метода оценки, так называемого метода Брасса. Для такой оценки используются следующие данные: среднее число детей, когда-либо рожденных женщинами в возрасте 15–49 лет (с разбивкой женщин на пятилетние возрастные группы), и доля умерших их детей (также с разбивкой женщин на пятилетние возрастные группы). С помощью этого метода вышеуказанные данные преобразуются в коэффициенты вероятности смерти, при этом учитываются как риск смертности, которому подвергаются дети, так и время, в течение которого они такому риску подвергаются.

В Таблице СМ.1 приводятся оценки детской смертности с разбивкой по различным основным характеристикам [дайте описание положения со смертностью на основе Таблицы СМ.1]. Коэффициент младенческой смертности оценивается как 43 случая на тысячу, а коэффициент вероятности смерти детей в возрасте до пяти лет – примерно как 52 случая на тысячу. Коэффициенты вероятности смерти детей мужского и женского пола практически не отличаются. На Западе коэффициенты младенческой смертности и смертности детей в возрасте до пяти лет самые низкие, а соответствующие цифры по Востоку почти вдвое превышают показатели для Запады. Кроме того, имеются значительные различия в уровнях смертности в зависимости от уровня образования, благосостояния и этнической принадлежности групп населения. В частности, в наиболее богатых домохозяйствах коэффициенты вероятности смерти младенцев и детей в возрасте до пяти лет обычно почти втрое ниже, чем в среднем по стране.

СОСТОЯНИЕ ПИТАНИЯ

Состояние питания детей отражает состояние их здоровья в целом. Когда дети получают адекватное питание, не подвержены частым заболеваниям и имеют хороший уход, они реализуют свою способность к росту и считаются имеющими полноценное питание.

Для населения, имеющего полноценное питание, установлено стандартное соотношение роста и веса для детей в возрасте до пяти лет. Недоедание населения можно определить путем сопоставления данных о детях с контрольным соотношением. Используемая здесь референтная группа населения, – это референтная группа, установленная ВОЗ/ЦКПЗ/НЦСЗ и рекомендованная для использования в ЮНИСЕФ и Международной организации здравоохранения. Каждый из трех

показателей состояния питания может быть выражен в единицах стандартного отклонения (z-scores) от медианной величины для данной референтной группы.

Отношение веса к возрасту является одним из показателей как острого, так и хронического недоедания. Дети, у которых отношение веса к возрасту более чем на два стандартных отклонения меньше медианного значения этого показателя для референтной группы, считаются *имеющими умеренно или критически недостаточный вес*, а дети, отношение веса к возрасту которых более чем на три стандартных отклонения меньше медианного значения этого показателя, классифицируются как *имеющие критически недостаточный вес*.

Отношение роста к возрасту является показателем линейного роста. Дети, у которых отношение роста к возрасту более чем на два стандартных отклонения меньше медианного значения этого показателя для референтной группы, считаются низкими для своего возраста и классифицируются как *имеющие умеренно или критически недостаточный рост*. А дети, у которых отношение роста к возрасту более чем на три стандартных отклонения меньше медианного значения, классифицируются как *имеющие критически недостаточный рост*. Отставание в росте является одним из признаков хронического недоедания вследствие неполучения в течение длительного времени достаточного питания и частых или хронических заболеваний.

Наконец, дети, у которых отношение веса к росту более чем на два стандартных отклонения меньше медианного значения этого отношения для референтной группы, классифицируются как *имеющие умеренную или крайнюю степень истощения*, а дети, у которых такое отношение более чем на три стандартных отклонения меньше медианного значения этого показателя, считаются *имеющими крайнюю степень истощения*. Истощение обычно является следствием испытываемого в последнее время недостатка питания. Этот показатель может быть подвержен значительным сезонным колебаниям, связанным с изменениями в доступности еды или распространенности тех или иных заболеваний.

В Таблице NU.1 показаны процентные доли детей по каждой из этих категорий; разбивка на категории основана на антропометрических измерениях, проведенных во время работы на местах. Кроме того, в таблицу включена процентная доля детей, страдающих избыточным весом; в ней учитываются дети, у которых отношение веса к росту более чем на два стандартных отклонения больше медианного значения этого показателя для референтной группы.

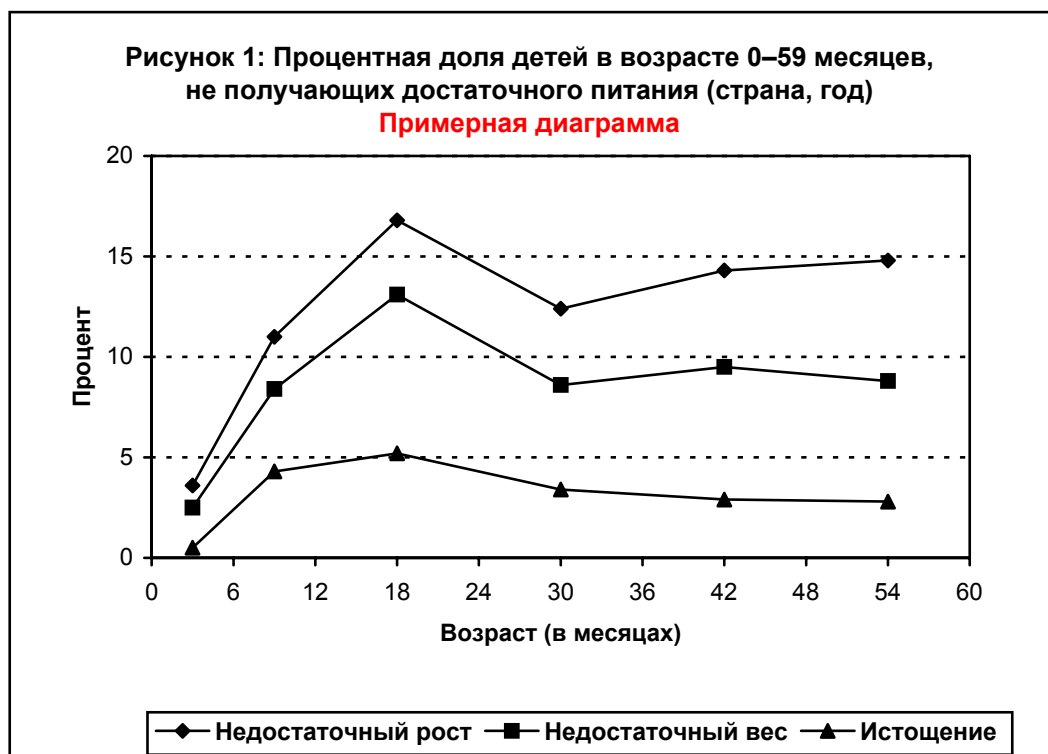
В Таблице NU.1 не учтены дети, вес и рост которых не был измерен (примерно [укажите процент детей, не прошедших измерения, как показано в рабочей таблице, связанной с Таблицей NU.1] процентов детей), и дети, результаты измерения которых выходят за допустимый диапазон. Кроме того, в эту таблицу не включены данные о небольшом числе детей, даты рождения которых неизвестны [при проведении МИКСЗ такого обычно происходить не должно].

[Ниже приводится пример того, как можно описать Таблицу NU.1.]

Почти каждый десятый ребенок в возрасте до пяти лет, проживающий в [укажите страну], имеет умеренно недостаточный вес (9%), а два процента классифицируются как имеющие критически недостаточный вес (Таблица NU.1). 13 процентов детей имеют недостаточный для своего возраста рост или являются слишком низкими, а 3 процента истощены или являются слишком худыми для своего роста.

Дети, проживающие на юге, более чем другие подвержены отставанию в весе и росте. Зато процент истощенных детей выше всего в центральном регионе. По сравнению с детьми, матери которых не имеют никакого образования, дети, у которых матери имеют среднее или высшее образование, наименее подвержены отставанию в весе или росте. Мальчики, как представляется, чуть чаще, чем девочки, имеют недостаточный вес и рост, а также страдают истощением. По всем

трем показателям в возрастной группе детей от 12 до 23 месяцев наблюдается более высокий, чем в группах более младшего или более старшего возраста, процент не получающих достаточного питания (рисунок 2). Такой вариант вполне предсказуем и связан с тем, что к этому возрасту многих детей перестают кормить грудью и они оказываются уязвимыми перед микробами, находящимися в воде, еде и окружающей среде.



ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ

Грудное вскармливание в течение нескольких первых лет жизни защищает детей от инфекций, является идеальным источником питательных веществ, а кроме того, экономично и безопасно для здоровья. Однако многие матери слишком рано прекращают кормить детей грудью, и в связи с этим часто возникает необходимость в переходе на детские питательные смеси, что может привести к замедлению роста и развития ребенка и к возникновению дефицита микроэлементов, а также является небезопасным для здоровья при отсутствии чистой воды. Согласно одной из целей, сформулированных в Декларации и Плана действий "Мир, пригодный для жизни детей", детей необходимо вскармливать исключительно грудным молоком в течение 6 месяцев с момента рождения и продолжать кормить грудью в сочетании с безопасным, надлежащим и адекватным прикармливанием до достижения ими двух лет и выше.

Данные о статусе грудного вскармливания, приведенные в Таблице NU.3, основаны на сообщениях матерей/воспитателей детей о продуктах питания и жидкостях, потребленных детьми в течение 24 часов, предшествовавших проведению опроса. К числу детей, *вскармливаемых исключительно грудным молоком*, отнесены лишь те из них, которые получали только грудное молоко и витамины, минеральные добавки или лекарства. В этой таблице представлены данные, касающиеся исключительно грудного вскармливания младенцев в первые шесть месяцев их жизни (отдельно по возрастным группам 0–3 месяца и 0–5 месяцев), а также прикармливания детей в возрасте 6–9 месяцев и продолжения грудного вскармливания детей, принадлежащих к возрастным группам 12–15 и 20–23 месяцев.

[Пример сопроводительного текста к Таблице NU.3]

Исключительно грудным молоком вскармливаются примерно 12 процентов детей, которым меньше шести месяцев, что гораздо ниже рекомендуемого уровня. 25 процентов детей в возрасте 6–9 месяцев получают грудное молоко и твердую или полутвердую пищу. Все еще вскармливаются грудным молоком 38 процентов детей, достигших возраста 12–15 месяцев, и 12 процентов детей в возрасте 20–23 месяцев. Исключительно грудным молоком мальчиков вскармливали чаще, чем девочек, а девочки чаще получали своевременное прикармливание.

ИММУНИЗАЦИЯ

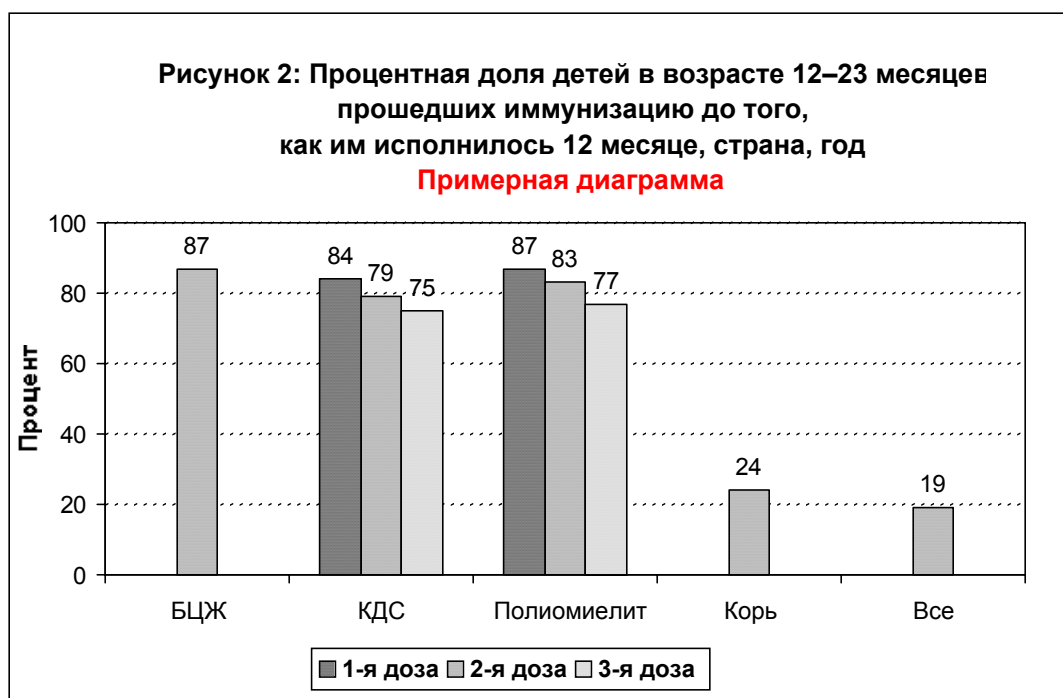
[Примечание: пожалуйста, укажите, какие прививки должны быть сделаны детям в вашей стране ко времени, когда им исполнится 12 месяцев. В разных странах они могут быть разными. Ниже приводится лишь один из возможных примеров.]

Согласно руководящим принципам ЮНИСЕФ и ВОЗ, к 12-месячному возрасту ребенку должна быть сделана прививка БЦЖ для предохранения от туберкулеза, он должен получить три дозы вакцины КДС для предохранения от дифтерии, коклюша и столбняка и три дозы вакцины от полиомиелита, а также пройти вакцинацию от кори. Матерей просили показать карты вакцинации по детям в возрасте до пяти лет. Интервьюеры перенесли информацию о вакцинации из этих карт в вопросник МИКС3.

[Примерный текст по описанию Таблицы СН.1]

Медицинские карты имелись в общей сложности у 86 процентов детей (Таблица СН.1). Если у какого-либо ребенка не было такой карты, его мать просили вспомнить, сделаны ли были ее ребенку все прививки, и если да, то в случае прививок КДС и от полиомиелита – сколько раз. В таблице СН.1 показана процентная доля детей в возрасте 12–23 месяцев, которым были сделаны все прививки. Для данной таблицы знаменатель включает число детей в возрасте 12–23 месяцев, чтобы были учтены только дети, которым достаточно лет, чтобы они могли пройти полную вакцинацию. В верхней части панели числитель включает число всех детей, которым, согласно карте вакцинации или по сообщению матери, были сделаны прививки в какое-либо время до проведения обследования. В нижней части панели числитель включает данные лишь о тех детях, которым прививки были сделаны до того, как им исполнился один год. В отношении детей, не имеющих карт вакцинации, доля детей, которым были сделаны прививки в течение первого года жизни, считается такой же, как и среди детей, имеющих карты вакцинации.

Прививка БЦЖ была сделана к 12-месячному возрасту примерно 87 процентам детей в возрасте 12–23 месяцев, а первую дозу КДС получили 84 процента таких детей. Доля получивших последующие дозы КДС снизилась до 79 процентов для второй дозы и до 75 процентов – для третьей (рисунок 3). Аналогичным образом, первую дозу вакцины от полиомиелита в течение первых 12 месяцев получили 87 процентов детей, а к третьей дозе доля охваченных детей сократилась до 77 процентов. Охват детей прививками от кори к 12-месячному возрасту ниже охвата другими прививками на 24 процента. Это объясняется главным образом тем, что хотя эта прививка была сделана 61 проценту детей, в течение первого года своей жизни ее получили лишь примерно 40 процентов. В результате доля детей, которым к моменту достижения ими одного года были сделаны все восемь рекомендованных прививок, составляет всего лишь 19 процентов.



ЛЕЧЕНИЕ АНТИБИОТИКАМИ ДЕТЕЙ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ПНЕВМОНИЮ

Пневмония – главная причина смертности среди детей, и применение антибиотиков в отношении детей в возрасте до пяти лет с подозрением на пневмонию является одним из основных способов борьбы с ней. К числу детей с подозрением на пневмонию относят больных детей, у которых помимо кашля наблюдается ускоренное или затрудненное дыхание и симптомы такой болезни связаны с проблемами в грудной клетке или с заложенностью носа. Этот вопрос был ограничен детьми с подозрением на пневмонию в пределах двух недель, предшествовавших обследованию, и тем, получали они или нет антибиотики в указанный период.

[Примерный текст по описанию Таблицы СН.7]

В Таблице СН.7 показано применение антибиотиков для лечения детей в возрасте до пяти лет с подозрением на пневмонию с разбивкой данных по полу, возрасту, регионам, месту жительства и другим социально-экономическим показателям. В [название страны] 41 процент детей в возрасте до пяти лет с подозрением на пневмонию получали антибиотики в течение двух недель, предшествовавших обследованию. Процентная доля таких детей значительно выше в столице, а на юге страны она составляет лишь 15 процентов. Из данной таблицы также видно, что показатель лечения антибиотиками детей с подозрением на пневмонию является весьма низким в беднейших домохозяйствах, а также в семьях, матери/воспитатели детей в которых имеют не более чем среднее образование. Применение антибиотиков возрастает с увеличением возраста ребенка.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТВЕРДЫХ ВИДОВ ТОПЛИВА

Использование для приготовления пищи твердых видов топлива (биомасса и уголь) приводит к высоким уровням загрязнения в помещениях и является одной из основных причин заболеваемости в мире, особенно среди детей в возрасте до пяти лет, острыми респираторными заболеваниями.

[Примерный текст по описанию Таблицы СН.8]

В [*название страны*] твердые виды топлива для приготовления пищи используют в общей сложности более трети (35 процентов) всех домохозяйств. В городских районах использование твердых видов топлива весьма невелико (6 процентов домохозяйств), но широко распространено в сельских районах, где оно используется почти в половине домохозяйств (48 процентов). Различия в этом показателе в зависимости от уровня благосостояния домохозяйств и уровня образования главы домохозяйства также значительны. Из данной таблицы абсолютно ясно, что высокий процент обусловлен широким использованием дров для приготовления пищи.

МАЛЯРИЯ

Малярия – одна из основных причин смертности детей в возрасте до пяти лет в [*название страны*]. Она также способствует появлению у детей анемии и является одной из наиболее распространенных причин непосещения детьми школы. Осуществление профилактических мер, особенно использование противомоскитных сеток, обработанных инсектицидами, может способствовать резкому снижению коэффициента смертности от малярии среди детей. Согласно международным рекомендациям, в районах, где распространена малярия, предлагается лечить каждого ребенка, у которого появился жар, как от малярии и сразу же начать давать ему по полному курсу рекомендуемые противомаларийные таблетки. Детей с острыми симптомами малярии, такими как лихорадка или судороги, следует доставлять в медицинские учреждения. Кроме того, детям, выздоравливающим после малярии, следует давать больше жидкости и пищи и продолжать кормить их грудью.

[*Ниже приводится пример описания.*]

В вопросник МИКС3 включены вопросы, касающиеся использования противомоскитных сеток как в домохозяйствах в целом, так и над кроватями детей в возрасте до пяти лет, а также лечения от малярии и периодической профилактической противомаларийной терапии. Результаты проведенного в [*название страны*] МИКС3 свидетельствуют о том, что обеспеченность домохозяйств обработанными инсектицидами сетками составляет 12 процентов. Большая часть (9 процентов) противомоскитных сеток, используемых на уровне домохозяйств, обработана инсектицидами, а три процента сеток – сетки длительного действия.

Согласно полученным результатам, в ночь, предшествовавшую обследованию, под какими-либо противомоскитными сетками спали 27 процентов детей в возрасте до пяти лет, а 20 процентов спали под сетками, обработанными инсектицидами (Таблица СН.11). Использование противомоскитных сеток, обработанных инсектицидами, среди детей в возрасте до пяти лет неуклонно снижается с увеличением возраста, но каких-либо значительных гендерных различий в том, что касается использования таких сеток, среди детей этой возрастной группы не наблюдается.

В отношении всех детей в возрасте до пяти лет задавались вопросы, касавшиеся наличия лихорадки и ее лечения. В последние две недели до проведения МИКС3 чуть более чем у трети (36 процентов) детей в возрасте до пяти лет была лихорадка (Таблица СН.12). С возрастом число случаев лихорадки снижается, но своего пика (39 процентов) этот показатель достигает в период между 11 и 23 месяцами жизни детей. Среди детей, матери которых имеют среднее или высшее образование, лихорадка менее распространена, чем среди детей менее образованных матерей. Разница в распространенности лихорадки по регионам невелика и варьируется от 34 до 38 процентов во всех пяти регионах.

Матерей просили сообщить обо всех лекарствах, которые они давали детям для лечения лихорадки, включая как лекарства, которые они давали дома, так и лекарства, которые давались или были прописаны медицинским учреждением. В целом 66 процентов детей, у которых была лихорадка в последние две недели, лечили каким-либо "подходящим" противомаларийным

препаратом, а 42 процента получали противомалярийные лекарства в течение 24 часов с момента появления симптомов лихорадки.

К числу "подходящих" противомалярийных лекарств относятся хлорохин, СП, комбинированные препараты на основе артемизинина и т. п. В [название страны] 42 процентам детей, у которых была лихорадка, давали хлорохин и 18 процентам – СП. Терапевтическое лечение комбинированными препаратами на основе артемизинина прошли лишь 2 процента детей. Большая доля детей (32 процента) получала другие виды лекарств, не являющихся противомалярийными препаратами, в том числе такие жаропонижающие средства, как парацетамол, аспирин или ибупрофен.

В целом можно предположить, что дети с повышенной температурой, проживающие на юге страны, где малярия, вероятно, наиболее распространена, получали какой-либо подходящий противомалярийный препарат, а те, кто живет в центральном регионе, скорее всего таких препаратов не получали. Городских детей, так же как и детей, матери которых имеют среднее или высшее образование, с большей вероятностью, чем сельских детей, лечили с применением подходящих препаратов. Между числом мальчиков и девочек, получающих подходящие противомалярийные препараты, различий практически не отмечено.

ВОДОСНАБЖЕНИЕ И САНИТАРИЯ

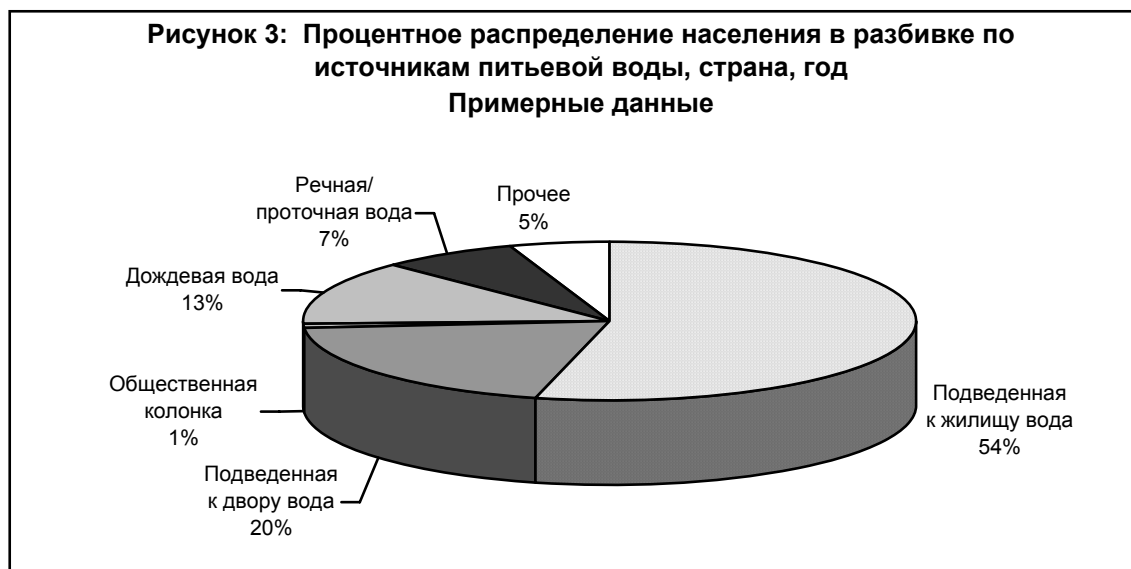
Доброкачественная питьевая вода – залог хорошего здоровья. Небезопасная для питья вода может являться одним из главных переносчиков таких болезней, как трахома, холера, брюшной тиф и шистосоматоз. В питьевой воде могут также находиться химические, физические и радиологические загрязнители, опасные для здоровья человека. Помимо того, что питьевая вода может являться переносчиком болезней, доступ к ней может иметь особо важное значение для женщин и детей, в частности для тех из них, кто проживает в сельских районах и на кого возложена такая серьезная обязанность, как доставка воды, причем часто из далеко находящихся источников.

[Ниже приводится пример описания.]

В Таблице EN.1 показано распределение населения в разбивке по источникам питьевой воды. К населению, использующему *усовершенствованные источники питьевой воды*, относятся те, кто пользуется одним из следующих источников: водопроводная вода, общественная колонка, трубчатый колодец/скважина, огражденный колодец, огражденный родник или сбор дождевой воды. Доступ к усовершенствованным источникам питьевой воды имеют в общей сложности 70 процентов населения: 93 процента в городских районах и 61 процент – в сельских районах. На юге положение значительно хуже, чем в других регионах страны; в этом регионе питьевую воду из усовершенствованных источников получают лишь 47 процентов населения.

Источники питьевой воды для населения значительно различаются в зависимости от региона (Таблица EN.1). В центральном регионе 94 процента населения используют питьевую воду, которая поступает по водопроводу в их жилище либо подведена к их двору или земельному участку. На юге центрального региона и в западном регионе, соответственно, 69 и 82 процента населения пользуются водопроводной водой. В отличие от них, водопроводную воду получают лишь около 54 процентов жителей восточного региона и менее 10 процентов тех, кто живет на юге страны. В восточном регионе вторым по важности источником питьевой воды является сбор дождевой воды, тогда как на юге страны более двух третей жителей используют речную воду или проточную воду (небезопасный источник), а большая часть остального населения потребляет собранную дождевую воду.

Вспышки целого ряда заболеваний, включая диарею и полиомиелит, часто связывают с ненадлежащим удалением человеческих экскрементов и несоблюдением личной гигиены. В число *усовершенствованных санитарно-гигиенических устройств* входят туалеты со смывом, соединенные с системой канализации, с отстойниками или с выгребной ямой, выгребная яма благоустроенная с вентиляцией и выгребная яма с настилом и туалет с компостом. 92 процента населения [*название страны*] проживает в домохозяйствах, где используются усовершенствованные санитарно-гигиенические устройства (Таблица EN.5). Доля такого населения достигает 96 процентов в городских районах и 90 процентов – в сельских. Жители юга страны с меньшей вероятностью, чем жители других регионов, используют усовершенствованные устройства. Большая часть населения этого региона использует реки, кустарник, поля или не имеет туалетов. Зато в других районах страны широко используют туалеты со смывом, соединенные с системой канализации или отстойником.



КОНТРАЦЕПЦИЯ

[Ниже приводится пример описания.]

45 процентов женщин, состоящих в браке или союзе, сообщили о том, что пользуются в настоящее время тем или иным методом контрацепции (Таблица RH.1). Наиболее популярным методом является применение противозачаточных таблеток, которые в [*название страны*] принимает каждая четвертая замужняя женщина. Вторым по популярности методом является стерилизация женщин: ей подверглись 10 процентов замужних женщин. От 2 до 3 процентов женщин сообщили, что пользуются ВМС, инъекруемыми контрацептическими средствами и презервативами. Менее одного процента применяют такие методы, как периодическое воздержание, прерывание полового акта, мужская стерилизация, вагинальные методы или метод лактационной аменореи (МЛА).

Использование контрацептических средств получило наиболее широкое распространение в центральном регионе, где к контрацепции прибегают 53 процента женщин, и в западном регионе, где этот показатель составляет 51 процент. Тот или иной метод контрацепции применяют 44 процента замужних женщин, проживающих на юге центрального региона, и 39 процентов жительниц восточного региона. На юге страны контрацептивами пользуются редко: о том, что они применяли какой-либо метод контрацепции, сообщили всего лишь 6 процентов проживающих там замужних женщин. Подростки меньше, чем женщины более старшего возраста, прибегают к контрацепции. Лишь 26 процентов состоящих в браке или имеющих постоянного партнера

женщин в возрасте 15–19 лет в настоящее время пользуются каким-либо методом контрацепции по сравнению с 43 процентами женщин в возрасте 20–24 лет и 47 процентами женщин более старшего возраста.

Распространенность контрацепции в значительной мере связана с уровнем образования женщин. Доля женщин, использующих какой-либо метод контрацепции, возрастает с 11 процентов среди не имеющих образования до 35 процентов среди имеющих начальное образование и далее до 53 процентов среди женщин, которые получили среднее или высшее образование. От уровня образования зависят не только распространенность контрацепции, но и ее методы. Около половины не имеющих никакого либо имеющих только начальное образование женщин, которые пользуются методами контрацепции, принимают таблетки, а 31–39 процентов подверглись стерилизации. В отличие от них, среди использующих методы контрацепции женщин, которые имеют среднее или выше образование, таблетки принимают 63 процента, а стерилизации подверглись 20 процентов.

РОДОВСПОМОЖЕНИЕ

Оказание родовспоможения квалифицированным персоналом может значительно улучшить состояние матерей и младенцев за счет применения правильных в техническом отношении процедур, быстрой и точной постановки диагноза и назначения лечения в случае возникновения каких-либо осложнений. *Квалифицированная помощь при родах* определяется как помощь, оказываемая врачом, медицинской сестрой, акушеркой или помощницей акушерки.

[Ниже приводится пример описания.]

Около 77 процентов родов в предшествовавшем проведению обследования МИКС году было принято квалифицированным персоналом (Таблица RH.5). Этот показатель является самым высоким в южной части центрального региона, где он составляет 99 процентов, и самым низким – на юге страны, где он равен 21 проценту. Чем выше уровень образования женщины, тем больше вероятность того, что при родах ей помогал квалифицированный специалист.

Более трети родов (34 процента) в предшествовавшем обследованию МИКС году было принято акушерками. При 27 процентах родов родовспоможение осуществляли врачи, а при 13 процентах родов – медицинские сестры. В целом около 10 процентов родов было принято медицинскими помощниками, но это касается только родов женщин, проживающих на юге страны, где тип персонала значительно отличается от персонала других регионов. На юге около 47 процентов родов принимают медицинские помощники, а 27 процентов – традиционные повитухи. В других же регионах 42–49 процентов родов принимают акушерки, а 29–33 процента – врачи.

ПОСЕЩАЕМОСТЬ НАЧАЛЬНЫХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ

Обеспечение всеобщего доступа к базовому образованию и охвата начальным образованием всех детей мира – одна из важнейших целей, сформулированных в Декларации тысячелетия и Декларации и Плана действий "Мир, пригодный для жизни детей". Образование является одним из жизненно важных условий для борьбы с бедностью, расширения прав и возможностей женщин, защиты детей от опасных для их здоровья и эксплуататорских форм труда, а также от сексуальной эксплуатации, содействия уважению прав человека и демократии, охраны окружающей среды и влияния на рост численности населения.

[Ниже приводится пример описания.]

Начальные или средние учебные заведения в [название страны] посещают в общей сложности 89 процентов детей возраста начальной школы (Таблица ED.3). В городских районах школу

посещают 96 процентов детей, а в сельских – 82 процента. Посещаемость учебных заведений на юге страны значительно ниже, чем на остальной ее территории, и составляет 52 процента. На общенациональном уровне различия между посещаемостью начальных учебных заведений мальчиками и девочками практически не существует.

Соотношение учащихся мужского и женского пола в системах начального и среднего образования показано в Таблице ED.7. Из этой таблицы видно, что индекс равноправия полов для начальной школы близок к 1, что свидетельствует об отсутствии различий в уровне посещаемости начальной школы мальчиками и девочками. Однако для средней школы этот показатель падает до 0,83. Неблагоприятное положение девочек особенно заметно в южном регионе, а также среди детей, живущих в беднейших домохозяйствах и сельских районах.

РЕГИСТРАЦИЯ РОЖДЕНИЯ

В Международной конвенции о правах ребенка говорится, что каждый ребенок имеет право на имя и на приобретение гражданства, а также право на защиту от попыток лишить его своей индивидуальности. Одним из основных средств обеспечения этих прав детей служит регистрация рождения.

[Ниже приводится пример описания.]

94 процента детей в возрасте до пяти лет, рожденных в [название страны], зарегистрированы (Таблица СР.1). Значительных различий в регистрации рождения ни по полу, ни по возрасту, ни по уровню образования соответствующих групп населения не наблюдается. Несколько реже, чем в других районах страны, рождение детей регистрируется в ее западной части, но это, видимо, связано главным образом с тем, что сравнительно большая часть матерей не знает, было ли рождение их ребенка зарегистрировано. В случаях, когда акт рождения остается незарегистрированным, основными причинами этого оказываются не расходы на регистрацию, расстояния, которые необходимо преодолеть, или же незнание соответствующих правил.

РАННИЕ БРАКИ И МНОГОЖЕНСТВО

Вступление в брак детей представляет собой нарушение прав человека, поскольку это препятствует развитию девочек и нередко приводит к их ранней беременности и изоляции от общества, в результате чего они остаются малообразованными и не получают надлежащей профессиональной подготовки, что еще более усугубляет гендерный характер бедности. Женщины, вышедшие замуж в раннем возрасте, чаще других перестают посещать школу, рожают больше детей, чем другие, становятся жертвами домашнего насилия и повышают коэффициент материнской смертности.

Процентная доля женщин, вступивших в брак в разном возрасте, указана в Таблице СР.5.

[Продолжите описание этой таблицы.]

НАЛИЧИЕ ЗНАНИЙ О ПЕРЕДАЧЕ ВИЧ/СПИДА И ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПРЕЗЕРВАТИВОВ

Одно из важнейших условий снижения темпов распространения ВИЧ-инфекции – это наличие точных знаний о том, как передается ВИЧ и как предотвратить его передачу. Правильное информирование молодых людей – это первый шаг к повышению уровня их осведомленности и вооружению их инструментами защиты от этой инфекции. Неверные представления о ВИЧ широко распространены и могут вводить в заблуждение молодых людей и препятствовать осуществлению профилактических мер. В разных регионах эти неверные представления

различаются, хотя некоторые из них носят общий характер (например, о передаче ВИЧ-инфекции через совместное потребление пищи или комариные укусы).

[Ниже приводится пример описания.]

В Таблице НА.3 показана процентная доля женщин в возрасте 15–49 лет, которым известны два способа предупреждения передачи ВИЧ. Знаниями о способах профилактики ВИЧ пока еще располагают не очень многие, хотя это зависит от места жительства. В целом по стране 58 процентов женщин сообщили о том, что они знают два способа предупреждения передачи ВИЧ, а в городских районах о знании этих способов сообщили 66 процентов. Как и предполагалось, доля женщин, знающих два способа профилактики ВИЧ, растет пропорционально уровню их образования.

Одним из основных показателей, используемых для оценки принимаемых в странах ответных мер на эпидемию ВИЧ, является доля молодых людей в возрасте 15–24 лет, которым известны два способа профилактики ВИЧ, которые не разделяют двух заблуждений в отношении ВИЧ и которые знают, что человек, внешне выглядящий здоровым, может быть заражен ВИЧ. Правильные и всесторонние знания о ВИЧ имеют менее 50 процентов женщин. Знания о ВИЧ в значительной мере зависят от уровня образования и места проживания.

Для того чтобы снизить степень распространенности ВИЧ, остро необходимо пропагандировать более безопасные модели сексуального поведения. Наиболее важно для снижения распространения ВИЧ использование презервативов при сексуальных контактах, особенно с нерегулярными партнерами. Более половины новых случаев ВИЧ-инфицирования приходится на долю молодых людей в возрасте 15–24 лет; следовательно, для сокращения числа новых случаев заражения особенно важно изменить поведенческие стереотипы данной возрастной группы.

Была проведена оценка использования презервативов при сексуальных контактах женщин в возрасте 15–24 лет с мужчинами, не являющимися их мужьями или постоянными партнерами (с которыми они не состоят в браке и не сожительствают), в предыдущем году (Таблица НА.9). Более 30 процентов женщин в возрасте 15–24 лет сообщили о том, что в течение 12 месяцев, предшествовавших проведению МИКС, они имели сексуальные контакты с нерегулярными партнерами. Но лишь четверть из них, по их словам, пользовались презервативами во время сексуальных контактов с повышенным риском. В предшествовавшем обследовании МИКС году презервативами во время сексуальных контактов с повышенным риском пользовались 19 процентов женщин с незаконченным начальным образованием, тогда как доля женщин, имеющих среднее или более высокий уровень образования, которые использовали презервативы при таких контактах, составила 37 процентов.

ПОСЕЩАЕМОСТЬ ШКОЛЫ ОСИРОТЕВШИМИ И УЯЗВИМЫМИ ДЕТЬМИ

По мере распространения эпидемии ВИЧ все больше детей становятся сиротами и уязвимыми вследствие ВИЧ и СПИДа. Дети, ставшие сиротами или проживающие отдельно от своих родителей, могут подвергаться повышенному риску безнадзорности или эксплуатации, если рядом нет родителей, которые могут им помочь. Одним из способов обеспечения соблюдения прав детей даже в том случае, когда их родители умерли или более не могут заботиться о них, является мониторинг различий в учебных показателях детей, потерявших обоих родителей (полных сирот), и детей, родители которых живы (и которые проживают по крайней мере с одним из родителей).

[Ниже приводится пример описания.]

В [название страны] насчитывается три процента детей в возрасте 10–14 лет, которые потеряли обоих родителей (Таблица НА.12). Из них лишь 88 процентов в настоящее время посещают школу. Среди детей в возрасте 10–14 лет, оба родителя которых живы и которые проживают по

крайней мере с одним из родителей, школу посещают 92 процента. Из этого можно сделать вывод, что полные сироты находятся в менее благоприятном положении, чем дети, не являющиеся сиротами.

Таблица НН.1: Результаты опросов домохозяйств и отдельных людей

Число домохозяйств, женщин и детей в возрасте до пяти лет по результатам опросов домохозяйств, женщин и детей в возрасте до пяти лет, а также коэффициенты ответов домохозяйств, женщин и детей в возрасте до пяти лет, страна, год

	Место жительства		Регион			Всего
	Городской район	Сельский район	Регион 1	Регион 2	Регион 3	
Число домохозяйств						
Отобранные						
Заселенные						
Опрошенные						
Коэффициент ответов						
Число женщин						
Отвечающие критериям						
Опрошенные						
Коэффициент ответов						
Общий коэффициент ответов						
Число детей в возрасте до пяти лет						
Отвечающие критериям						
Опрошенные матери/воспитатели						
Коэффициент ответов						
Общий коэффициент ответов						

Таблица СМ.1: Детская смертность

Коэффициенты младенческой смертности и смертности детей в возрасте до пяти лет, страна, год

	Коэффициент младенческой смертности*	Коэффициент смертности детей в возрасте до пяти лет**
Пол		
Мужской		
Женский		
Регион		
Регион 1		
Регион 2		
Регион 3		
Место жительства		
Городской район		
Сельский район		
Образование матери		
Нет образования		
Начальное		
Среднее или более высокого уровня		
Квинтили по индексу благосостояния		
Беднейший		
Второй		
Средний		
Четвертый		
Богатейший		
Этническая принадлежность/ язык/религия		
Группа 1		
Группа 2		
Группа 3		
Всего		

* Показатель МИКС 2; показатель ЦРДТ 14

** Показатель МИКС 1; показатель ЦРДТ 13

Таблица NU.1: Недостаточное питание детей

Процентная доля детей в возрасте 0–59 месяцев, в критической или умеренной степени страдающих от недостаточного питания, страна, год

	Отношение веса к возрасту		Отношение роста к возрасту		Отношение веса к росту			Число детей в возрасте 0–59 месяцев
	Процент ниже – 2 SD*	Процент ниже – 3 SD*	Процент ниже – 2 SD**	Процент ниже – 3 SD**	Процент ниже – 2 SD***	Процент ниже – 3 SD***	Процент выше + 2 SD	
Пол								
Мужской								
Женский								
Регион								
Регион 1								
Регион 2								
Регион 3								
Место жительства								
Городской район								
Сельский район								
Возраст								
До 6 месяцев								
6–11 месяцев								
12–23 месяца								
24–35 месяцев								
36–47 месяцев								
48–59 месяцев								
Образование матери								
Нет образования								
Начальное								
Среднее или более высокого уровня								
Квинтили по индексу благосостояния								
Беднейший								
Второй								
Средний								
Четвертый								
Богатейший								
Этническая принадлежность/язык/религия								
Группа 1								
Группа 2								
Группа 3								
Всего								

* Показатель МИКС 6; показатель ЦРДТ 4

** Показатель МИКС 7

*** Показатель МИКС 8

Таблица NU.3: Грудное вскармливание

Процентная доля живущих детей, соответствующих статусу грудного вскармливания, для каждой возрастной группы, страна, год

Дети в возрасте 0–3 месяцев		Дети в возрасте 0–5 месяцев		Дети в возрасте 6–9 месяцев		Дети в возрасте 12–15 месяцев		Дети в возрасте 20–23 месяцев	
Доля детей, вскармливаемых исключительно грудным молоком		Доля детей, вскармливаемых исключительно грудным молоком*		Доля детей, получающих грудное молоко и твердую/полутвердую пищу**		Доля детей, вскармливаемых грудным молоком***		Доля детей, вскармливаемых грудным молоком***	
Число детей	Число детей	Число детей	Число детей	Число детей	Число детей	Число детей	Число детей	Число детей	Число детей
Пол									
Мужской									
Женский									
Регион									
Регион 1									
Регион 2									
Регион 3									
Место жительства									
Городской район									
Сельский район									
Образование матери									
Нет образования									
Начальное									
Среднее или более высокого уровня									
Квинтили по индексу благосостояния									
Беднейший									
Второй									
Средний									
Четвертый									
Богатейший									
Этническая принадлежность/язык/религия									
Группа 1									
Группа 2									
Группа 3									
Всего									

* Показатель МИКС 15

** Показатель МИКС 17

*** Показатель МИКС 16

Таблица СН.1: Прививки в течение первого года жизни

Процентная доля детей в возрасте 12–23 месяцев, которым были сделаны прививки от детских болезней в какое-либо время до даты проведения обследования и до первого дня рождения, страна, год

	Доля детей, которым были сделаны прививки							От ко- ри****	От всех болез- ней*****	Привив- ки не дела- лись	Число детей в возрасте 12–23 месяцев
	БЦЖ*	КДС1	КДС2	КДС3**	ППВ0	ППВ1	ППВ2				
Дети, которым были сделаны прививки в какое- либо время до обследования											
<i>Согласно:</i>											
Карте вакцинации											
Словам матери											
Другим данным											
Дети, которым были сделаны прививки в течение первых 12 месяцев											

* Показатель МИКС 25

** Показатель МИКС 27

*** Показатель МИКС 26

**** Показатель МИКС 28; показатель ЦРДТ 15

***** Показатель МИКС 31

Таблица СН.7: Лечение антибиотиками больных с пневмонией

Процентная доля детей в возрасте 0–59 месяцев с подозрениями на пневмонию, которые получали лечение антибиотиками, страна, год

	Процентная доля детей в возрасте 0–59 месяцев с подозрениями на пневмонию, которые в течение последних двух недель получали антибиотики*	Число детей в возрасте 0–59 месяцев с подозрениями на пневмонию в течение последних двух недель до обследования
Пол		
Мужской		
Женский		
Регион		
Регион 1		
Регион 2		
Регион 3		
Место жительства		
Городской район		
Сельский район		
Возраст		
0–11 месяцев		
12–23 месяца		
24–35 месяцев		
36–47 месяцев		
48–59 месяцев		
Образование матери		
Нет образования		
Начальное		
Среднее или более высокого уровня		
Квинтили по индексу благосостояния		
Беднейший		
Второй		
Средний		
Четвертый		
Богатейший		
Этническая принадлежность/язык/религия		
Группа 1		
Группа 2		
Группа 3		
Всего		

* Показатель МИКС 22

Таблица СН.8: Использование твердых видов топлива

Процентное распределение домохозяйств согласно видам топлива, используемым для приготовления пищи, и процентная доля домохозяйств, использующих твердые виды топлива для приготовления пищи, страна, год

Процентная доля домохозяйств, использующих:															
	Электричество	Сжиженный нефтяной газ (СНГ)	Природный газ	Биогаз	Керосин	Уголь, бурый уголь	Древесный уголь	Дрова	Солома, кустарник, трава	Навоз	Поживные остатки сельскохозяйственных культур	Другие виды топлива	Всего	Твердые виды топлива для приготовления пищи*	Число домохозяйств
Регион															
Регион 1													100,0		
Регион 2													100,0		
Регион 3													100,0		
Место жительства															
Городской район													100,0		
Сельский район													100,0		
Образование главы домохозяйства															
Нет образования													100,0		
Начальное													100,0		
Среднее или более высокого уровня													100,0		
Квинтили по индексу благосостояния															
Беднейший													100,0		
Второй													100,0		
Средний													100,0		
Четвертый													100,0		
Богатейший													100,0		
Этническая принадлежность/язык/религия															
Группа 1													100,0		
Группа 2													100,0		
Группа 3													100,0		
Всего													100,0		

* Показатель МИКС 24; показатель ЦРДТ 29

Таблица СН.11: Доля детей, которые спят под противомоскитными сетками

Процентная доля детей в возрасте 0–59 месяцев, которые предыдущей ночью спали под сеткой, обработанной инсектицидами, страна, год

Доля детей, которые:							
	Спали под противомоскитной сеткой*	Спали под сеткой, обработанной инсектицидами**	Спали под необработанной противомоскитной сеткой	Спали под противомоскитной сеткой, но неизвестно, была ли она обработана	Неизвестно, спали ли они под противомоскитной сеткой	Не спали под противомоскитной сеткой	Число детей в возрасте 0–59 месяцев
Пол							
Мужской							
Женский							
Регион							
Регион 1							
Регион 2							
Регион 3							
Место жительства							
Городской район							
Сельский район							
Возраст							
0–11 месяцев							
12–23 месяца							
24–35 месяцев							
36–47 месяцев							
48–59 месяцев							
Квинтили по индексу благосостояния							
Беднейший							
Второй							
Средний							
Четвертый							
Богатейший							
Этническая принадлежность/язык/религия							
Группа 1							
Группа 2							
Группа 3							
Всего							

* Показатель МИКС 38

** Показатель МИКС 37; показатель ЦРДТ 22

Таблица СН.12: Лечение детей противомаларийными препаратами

Процентная доля детей в возрасте 0–59 месяцев, у которых в течение последних двух недель была лихорадка и которые получали противомаларийные препараты, страна, год

Дети, у которых в течение последних двух недель была лихорадка		Дети, у которых в течение последних двух недель была лихорадка и которые получали:											Любой подходящий противо-маларийный препарат в течение 24 часов после появления симптомов*	Число детей, у которых в течение последних двух недель была лихорадка
		Противомаларийные препараты:					Другие лекарства:							
Число детей в возрасте 0–59 месяцев	СП/фанзидар	Хлорохин	Амо-диахин	Хинин	Комбинированные препараты на основе артеми-зинина	Другие противо-маларийные препараты	Любой подходящий противо-маларийный препарат	Парацетамол/панадол/ацетаминофен	Аспирин	Ибу-профен	Другие знаю	Не знаю		
Пол														
Мужской														
Женский														
Регион														
Регион 1														
Регион 2														
Регион 3														
Место жительства														
Городской район														
Сельский район														
Возраст														
0–11 месяцев														
12–23 месяца														
24–35 месяцев														
36–47 месяцев														
48–59 месяцев														
Образование матери														
Нет образования														
Начальное														
Среднее или более высокого уровня														
Квинтили по индексу благосостояния														
Беднейший														
Второй														
Средний														
Четвертый														
Богатейший														
Этническая принадлежность/язык/религия														
Группа 1														
Группа 2														
Группа 3														
Всего														

* Показатель МИКС 39; показатель ЦРДТ 22

Таблица EN.1: Использование усовершенствованных источников питьевой воды

Распределение (в процентах) населения (общего числа членов) домохозяйств в разбивке по основным источникам питьевой воды и процентная доля населения домохозяйств, использующего усовершенствованные источники питьевой воды, страна, год

	Основной источник питьевой воды														Усовершенствованный источник питьевой воды*	Число членов домохозяйства	
	Усовершенствованные источники							Неусовершенствованные источники									
	Подведение воды к жилищу	Подведение воды к двору/к земельному участку	Общественный отвод воды/ водозаборная колонка	Трубчатый колодец/ скважина	Огражденный колодец	Огражденный родник	Дождевая вода	Бутилированная вода ¹	Неогражденный колодец	Неогражденный родник	Автоцистерна	Емкость для воды	Поверхностная вода	Бутилированная вода ¹			Другие
Регион																	
Регион 1																	100,0
Регион 2																	100,0
Регион 3																	100,0
Место жительства																	
Городской район																	100,0
Сельский район																	100,0
Образование главы домохозяйства																	
Нет образования																	100,0
Начальное																	100,0
Среднее или более высокого уровня																	100,0
Квинтили по индексу благосостояния																	
Беднейший																	100,0
Второй																	100,0
Средний																	100,0
Четвертый																	100,0
Богатейший																	100,0
Этническая принадлежность/язык/религия																	
Группа 1																	100,0
Группа 2																	100,0
Группа 3																	100,0
Всего																	100,0

* Показатель МИКС 11; показатель ЦРДТ 30

Таблица EN.5: Использование санитарно-гигиенических устройств для удаления экскретов

Распределение (в процентах) населения домохозяйств в разбивке по типам туалетов, используемых домохозяйством, и процентная доля населения домохозяйств, использующего санитарно-гигиенические устройства для удаления экскретов, страна, год

	Тип туалета, используемого домохозяйством												Доля населения, использующего санитарно-гигиенические устройства для удаления экскретов*	Число членов домохозяйства
	Усовершенствованные санитарно-гигиенические устройства						Неусовершенствованные санитарно-гигиенические устройства							
	Туалет со смывом, соединенный с:		Выгребная яма благоустроенная с вентиляцией	Выгребная яма с настилом	Туалет с компостом	Туалет со смывом, соединенный с чем-либо другим	Туалет со смывом, соединенный неизвестно с чем/не уверен(а)/не знаю	Выгребная яма без настила/открытая выгребная яма	Туалет-навес/уборная-ведро	Нет туалетов/кусты/поле	Всего			
Системной канализации	Отстойником													
Регион														
Регион 1												100,0		
Регион 2												100,0		
Регион 3												100,0		
Место жительства														
Городской район												100,0		
Сельский район												100,0		
Образование главы домохозяйства														
Нет образования												100,0		
Начальное												100,0		
Среднее или более высокого уровня												100,0		
Квинтили по индексу благосостояния														
Беднейший												100,0		
Второй												100,0		
Средний												100,0		
Четвертый												100,0		
Богатейший												100,0		
Этническая принадлежность/язык/религия														
Группа 1												100,0		
Группа 2												100,0		
Группа 3												100,0		
Всего												100,0		

* Показатель МИКС 12; показатель ЦРДТ 31

Таблица RH.1: Использование контрацептивных средств

Процентная доля женщин в возрасте 15–49 лет, которые в настоящее время замужем или состоят в союзе с мужчиной и которые пользуются (или партнер которых пользуется) тем или иным методом контрацепции, страна, год

	Доля женщин (которые в настоящее время замужем или имеют постоянного партнера), использующих тот или иной метод контрацепции:													Число женщин, которые в настоящее время замужем или состоят в союзе с мужчиной		
	Не пользуются никаким методом	Женская стерилизация	Мужская стерилизация	Таблетки	ВМС	Иньекции	Имплантанты	Презерватив	Женский презерватив	Диафрагма/пена/гель	МЛА	Периодическое воздержание	Прерывание полового акта		Любой современный метод	Любой традиционный метод
Регион																
Регион 1																
Регион 2																
Регион 3																
Место жительства																
Городской район																
Сельский район																
Возраст																
15–19 лет																
20–24 года																
25–29 лет																
30–34 года																
35–39 лет																
40–44 года																
45–49 лет																
Число живых детей**																
0																
1																
2																
3																
4 и более																
Образование																
Нет образования																
Начальное																
Среднее или более высокого уровня																
Квинтили по индексу благосостояния																
Беднейший																
Второй																
Средний																
Четвертый																
Богатейший																
Этническая принадлежность/ язык/религия																
Группа 1																
Группа 2																
Группа 3																
Всего																

* Показатель МИКС 21; показатель ЦРДТ 19С

Таблица RH.5: Помощь при родах

Процентное распределение женщин в возрасте 15–49 лет, которые родили ребенка в течение двух лет до даты проведения обследования, в разбивке по типу персонала, оказывающего помощь при родах, страна, год

	<u>Лицо, оказывающее родовспоможение</u>					Всего	Любой квалифицированный персонал*	Роды в медицинском учреждении**	Число женщин, которые родили ребенка в предыдущие два года
	Медицинская сестра/врач	Помощник акушерки	Лицо, традиционно оказывающее помощь при родах	Другое	Нет помощи				
Регион									
Регион 1						100,0			
Регион 2						100,0			
Регион 3						100,0			
Место жительства									
Городской район						100,0			
Сельский район						100,0			
Возраст									
15–19 лет						100,0			
20–24 года						100,0			
25–29 лет						100,0			
30–34 года						100,0			
35–39 лет						100,0			
40–44 года						100,0			
45–49 лет						100,0			
Образование									
Нет образования						100,0			
Начальное						100,0			
Среднее или более высокого уровня						100,0			
Квинтили по индексу благосостояния									
Беднейший						100,0			
Второй						100,0			
Средний						100,0			
Четвертый						100,0			
Богатейший						100,0			
Этническая принадлежность/ язык/религия									
Группа 1						100,0			
Группа 2						100,0			
Группа 3						100,0			
Всего						100,0			

* Показатель МИКС 4; показатель ЦРДТ 17

** Показатель МИКС 5

Таблица ED.3: Чистый коэффициент посещаемости начальных учебных заведений

Процентная доля детей возраста начальной школы**, которые в настоящее время посещают начальную или среднюю школу (NAR), страна, год

	Мальчики		Девочки		Всего	
	Чистый коэффициент посещаемости	Число детей	Чистый коэффициент посещаемости	Число детей	Чистый коэффициент посещаемости*	Число детей
Регион						
Регион 1						
Регион 2						
Регион 3						
Место жительства						
Городской район						
Сельский район						
Возраст**						
5 лет						
6 лет						
7 лет						
8 лет						
9 лет						
10 лет						
11 лет						
12 лет						
Старше 12 лет						
Образование матери						
Нет образования						
Начальное						
Среднее или более высокого уровня						
Квинтили по индексу благосостояния						
Беднейший						
Второй						
Средний						
Четвертый						
Богатейший						
Этническая принадлежность/язык/религия						
Группа 1						
Группа 2						
Группа 3						
Всего						

* Показатель МИКС 55; показатель ЦРДТ 6

Таблица ED.7: Равноправие полов в образовании

Соотношение учащихся женского и мужского пола в системах начального и среднего образования, страна, год

	Чистый коэффициент посещаемости (NAR) начальной школы, девочки	Чистый коэффициент посещаемости (NAR) начальной школы, мальчики	Индекс равноправия полов (GPI) для NAR начальной школы*	Чистый коэффициент посещаемости (NAR) средней школы, девочки	Чистый коэффициент посещаемости (NAR) средней школы, мальчики	Индекс равноправия полов (GPI) для NAR средней школы*
Пол						
Мужской	нет данных		нет данных	нет данных		нет данных
Женский		нет данных	нет данных		нет данных	нет данных
Регион						
Регион 1						
Регион 2						
Регион 3						
Место жительства						
Городской район						
Сельский район						
Образование матери						
Нет образования						
Начальное						
Среднее или более высокого уровня						
Квинтили по индексу благосостояния						
Беднейший						
Второй						
Средний						
Четвертый						
Богатейший						
Этническая принадлежность/язык/религия						
Группа 1						
Группа 2						
Группа 3						
Всего						

* Показатель МИКС 61; показатель ЦРДТ 9

Таблица СР.1: Регистрация рождения

Процентное распределение детей в возрасте 0–59 месяцев в разбивке по регистрации их рождения и причинам его нерегистрации, страна, год

Рождение не зарегистрировано потому, что:										Число детей в возрасте 0–59 месяцев, акт рождения которых не зарегистрирован
Акт рождения зарегистрирован*	Число детей в возрасте 0–59 месяцев	Стоимость слишком высока	Слишком далеко добираться	Не знали, что ребенка надо регистрировать	Опоздали с регистрацией, не хочется платить штраф	Не знают, где регистрировать	Прочее	Не знаю	Всего	
Пол										
Мужской										100,0
Женский										100,0
Регион										
Регион 1										100,0
Регион 2										100,0
Регион 3										100,0
Место жительства										
Городской район										100,0
Сельский район										100,0
Возраст										
0–11 месяцев										100,0
12–23 месяца										100,0
24–35 месяцев										100,0
36–47 месяцев										100,0
48–59 месяцев										100,0
Образование матери										
Нет образования										100,0
Начальное										100,0
Среднее или более высокого уровня										100,0
Квинтили по индексу благосостояния										
Беднейший										100,0
Второй										100,0
Средней										100,0
Четвертый										100,0
Богатейший										100,0
Этническое происхождение/язык/религия										
Группа 1										100,0
Группа 2										100,0
Группа 3										100,0
Всего										100,0

* Показатель МИКС 62

Таблица СР.5: Ранний брак и многоженство

Процентная доля женщин в возрасте 15–49 лет, которые состояли в браке или сожительствовали с мужчиной до наступления полных 15 лет, процентная доля женщин в возрасте 20–49 лет, которые состояли в браке или сожительствовали с мужчиной до наступления полных 18 лет, процентная доля женщин в возрасте 15–19 лет, которые в настоящее время состоят в браке или сожительствуют с мужчиной, и процентная доля состоящих в браке или сожительствующих с мужчиной женщин, которые состоят в полигинном браке или союзе, страна, год

	Доля женщин, вступивших в брак до наступления полных 15 лет*		Доля женщин, вступивших в брак до наступления полных 18 лет*		Доля женщин в возрасте 15–19 лет, состоящих в браке/сожительствующих с мужчиной**		Доля женщин в возрасте 15–49 лет, состоящих в полигинном браке/союзе***		Число женщин в возрасте 15–49 лет, которые в настоящее время состоят в браке/сожительствуют с мужчиной
	Число женщин в возрасте 15–49 лет	Доля в браке/сожительствующих с мужчиной	Число женщин в возрасте 15–49 лет	Доля в браке/сожительствующих с мужчиной	Число женщин в возрасте 15–19 лет	Доля в браке/сожительствующих с мужчиной	Число женщин в возрасте 15–49 лет	Доля в браке/сожительствующих с мужчиной	
Регион									
Регион 1									
Регион 2									
Регион 3									
Место жительства									
Городской район									
Сельский район									
Возраст									
15–19 лет			нет данных	нет данных					
20–24 года					нет данных	нет данных			
25–29 лет					нет данных	нет данных			
30–34 года					нет данных	нет данных			
35–39 лет					нет данных	нет данных			
40–44 года					нет данных	нет данных			
45–49 лет					нет данных	нет данных			
Образование									
Нет образования									
Начальное									
Среднее или более высокого уровня									
Квинтили по индексу благосостояния									
Беднейший									
Второй									
Средний									
Четвертый									
Богатейший									
Этническое происхождение/язык/религия									
Группа 1									
Группа 2									
Группа 3									
Всего									

* Показатель МИКС 67

** Показатель МИКС 68

*** Показатель МИКС 70

Таблица НА.3: Наличие всесторонних знаний о передаче ВИЧ/СПИДа

Процентная доля женщин в возрасте 15–49 лет, которые имеют всесторонние знания о передаче ВИЧ/СПИДа, страна, год

	Знают 2 способа предупредить передачу ВИЧ	Могут правильно назвать 3 заблуждения в отношении передачи ВИЧ	Имеют всесторонние знания (могут назвать 2 метода предупреждения и 3 заблуждения)*	Число женщин
Регион				
Регион 1				
Регион 2				
Регион 3				
Место жительства				
Городской район				
Сельский район				
Возраст				
15–19 лет				
20–24 года				
15–24 года				
25–29 лет				
30–34 года				
35–39 лет				
40–44 года				
45–49 лет				
Образование				
Нет образования				
Начальное				
Среднее или более высокого уровня				
Квинтили по индексу благосостояния				
Беднейший				
Второй				
Средний				
Четвертый				
Богатейший				
Этническая принадлежность/ язык/религия				
Группа 1				
Группа 2				
Группа 3				
Всего				

* Показатель МИКС 82; показатель ЦРДТ 19b

Таблица НА.9: Использование презервативов при последнем по времени сексуальном контакте с повышенным риском

Процентная доля молодых женщин в возрасте 15–24 лет, которые имели сексуальные контакты с повышенным риском в предыдущем году и пользовались презервативами при последнем по времени сексуальном контакте с повышенным риском, страна, год

	Когда-либо имели сексуальные контакты	Имели сексуальные контакты в последние 12 месяцев	Имели сексуальные контакты более чем с одним партнером в последние 12 месяцев	Число женщин в возрасте 15–24 лет	Доля женщин, которые имели сексуальные контакты с партнером, с которым они не состоят в браке и не сожительствуют*	Число женщин в возрасте 15–24 лет, которые имели сексуальные контакты в последние 12 месяцев	Доля женщин, которые пользовались презервативом во время последнего сексуального контакта со своим партнером, с которым они не состоят в браке и не сожительствуют**	Число женщин в возрасте 15–24 лет, которые имели сексуальные контакты с партнером, с которым они не состоят в браке и не сожительствуют, в последние 12 месяцев
Регион								
Регион 1								
Регион 2								
Регион 3								
Место жительства								
Городской район								
Сельский район								
Возраст								
15–19 лет								
20–24 года								
Образование								
Нет образования								
Начальное								
Среднее или более высокого уровня								
Квинтили по индексу благосостояния								
Беднейший								
Второй								
Средний								
Четвертый								
Богатейший								
Этническая принадлежность/ язык/религия								
Группа 1								
Группа 2								
Группа 3								
Всего								

* Показатель МИКС 85

** Показатель МИКС 83; показатель ЦРДТ 19а

Таблица НА.12: Посещаемость школы осиротевшими и уязвимыми детьми

Посещаемость школы детьми в возрасте 10–14 лет, которые осиротели или стали уязвимыми вследствие СПИДа, страна, год

Доля детей, мать и отец которых умерли	Коэффициент школьной посещаемости для детей, мать и отец которых умерли	Доля детей, которых оба родителя живы и которые проживают по крайней мере с одним из родителей	Коэффициент школьной посещаемости для детей, которых оба родителя живы и которые проживают по крайней мере с одним из родителей	Соотношение посещающих школу полных сирот и детей, имеющих родителей*	Доля детей, которые осиротели или стали уязвимыми	Посещаемость школы детьми, которые осиротели или стали уязвимыми	Доля детей, которые являются сиротами или уязвимыми	Посещаемость школы детьми, которые являются сиротами или уязвимыми	Коэффициент школьной посещаемости для осиротевших и уязвимых детей по сравнению с детьми, имеющими родителей и не являющимися уязвимыми	Общее число детей в возрасте 10–14 лет
Пол										
Мужской										
Женский										
Регион										
Регион 1										
Регион 2										
Регион 3										
Место жительства										
Городской район										
Сельский район										
Квинтили по индексу благосостояния										
Беднейший										
Второй										
Средний										
Четвертый										
Богатейший										
Всего										

* Показатель МИКС 77; показатель ЦРДТ 20