



население мира в 2015 году

УБЕЖИЩЕ ОТ БУРИ

Программа преобразований
в интересах женщин
и девочек в мире,
подверженном кризисам

Народонаселение мира в 2015 году

ВЕДУЩИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬ

Тереза Макгинн

*Факультет народонаселения и семейного здоровья
им. Хейлбрун, Школа общественного здравоохранения
Мейлмана, Колумбийский университет*

ИССЛЕДОВАТЕЛИ И АВТОРЫ

Жаклин Бхабха

*Гарвардская школа общественного здравоохранения им. Т.Х. Чана;
Центр здравоохранения и прав человека Франсуа-Ксавье Баню,
Гарвардский университет; Гарвардская школа права*

Ричард Гарфилд

*Служба реагирования на чрезвычайные ситуации и ликвидации
их последствий, Центры США по борьбе с болезнями и их
профилактике; Колумбийский университет и Университет Эмори*

Кирстен Джонсон, доктор медицины

*Факультет семейной медицины, Университет Макгилла,
Монреаль, Канада; Humanitarian U*

Гретхен Люкзингер

Лиза Одди

Humanitarian U

Моника Адьямбо Оньянго

*Школа общественного здравоохранения Бостонского
университета, факультет мирового здравоохранения*

Сара Штейр и Луиза Сиэрл

Консультативная группа по гуманитарным вопросам

ПОМОЩЬ В ПРОВЕДЕНИИ ИССЛЕДОВАНИЙ

Амия Бхатиа

Гарвардская школа общественного здравоохранения им. Т.Х. Чана

Шантильи Виджаясинха

*Школа общественного здравоохранения Бостонского
университета, факультет мирового здравоохранения*

Мелани Куту

*Инициатива по проведению гуманитарных исследований,
Университет Макгилла*

ГРУППА КОНСУЛЬТАТОВ ЮНФПА

Пруденс Чайбэн

Говард Фридман

Хения Даккак

Анн Леонкавалло

Угочи Дэниэлс

Жаклин Махон

Абубакар Дангас

Рэчел Сноу

Даниэль Энгел

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Редактор: Ричард Коллодж

Помощник редактора и ответственный за версию в цифровом

виде: Кэтли Руис

Разработчик цифровой версии: Ханно Ранк

Публикация, а также дизайн и выпуск интерактивной веб-версии:

«Прографикс, Инк.»

ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

Мэнцзя Лян, Эдильберто Лоаиза и Рэчел Сноу из Сектора по вопросам народонаселения и развития ЮНФПА провели анализ и подготовили сводные данные в разделе доклада со статистическими показателями, а также предоставили сведения об оценочной численности беременных женщин в странах, затронутых конфликтом или стихийным бедствием.

Исходные данные для раздела доклада со статистическими показателями были предоставлены Отделом народонаселения Департамента Организации Объединенных Наций по экономическим и социальным вопросам, Организацией Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры и Всемирной организацией здравоохранения.

Рамиз Алакбаров, Бьорн Андерссон и Артур Эркен из ЮНФПА изучили предварительные варианты и помогли подготовить доклад в его окончательном виде.

Коллеги из офисов ЮНФПА в Аммане, Бангкоке, Боготе, Дакаре, Йоханнесбурге, Каире, Катманду, Монровии, Панаме, Скопье и Стамбуле оказали помощь при подготовке тематических статей и фотографий, включенных в доклад, или руководили этой работой: Гифар Аль Алем, Тамара Алрифай, Дэниел Бейкер, Миле Босняковски, Сантош Чхетри, Йенс-Хаген Эшенбэхер, Адебайо Файоин, Гема Гранадос, Хабибату М. Голобо, Калиште Хессу, Руба Хикмат, Хорхе Парра, Элина Ривера, Шибле Сахбани, Альваро Серрано, Соня Таневска, Джулия Валлезе и Рой Вадиа.

Анна Молтби написала статью о кризисе в связи с лихорадкой Эбола в Либерии.

Специально привлеченные фотографы и видеооператоры:

Наке Батев (бывшая югославская Республика Македония);

Даниэль Бальдотто (Колумбия)

Аббас Даллех, «Эй-Пи Имиджиз» (Либерия)

Салах Малкави (Иордания)

КАРТЫ И ОБОЗНАЧЕНИЯ

Употребляемые обозначения и представление материалов на картах в настоящем докладе не подразумевают выражения со стороны ЮНФПА какого бы то ни было мнения относительно правового статуса страны, территории, города или района или их властей или относительно делимитации их границ или пределов. Пунктирная линия приблизительно соответствует контрольно-разграничительной линии в Джамму и Кашмире, согласованной между Индией и Пакистаном. Окончательный статус Джамму и Кашмира сторонами не согласован.

Фото на обложке: © ЮНФПА/Наке Батев

ЮНФПА

Создание во всем мире условий,
при которых каждая беременность
стала бы желанной, каждые роды
– безопасными, и все юноши и
девушки могли бы полностью
реализовать свой потенциал



УБЕЖИЩЕ ОТ БУРИ

Программа преобразований в интересах женщин и девочек в мире, подверженном кризисам

Предисловие	стр. 2
Общий обзор	стр. 4
1 Нестабильный мир	стр. 14
2 Несоразмерные страдания женщин и девочек-подростков	стр. 40
3 Поступательное развитие мер реагирования: от базовых к комплексным	стр. 62
4 Потенциал противодействия и устранение разрыва между гуманитарной помощью и содействием развитию	стр. 84
5 Новые направления финансирования деятельности по охране сексуального и репродуктивного здоровья в условиях гуманитарного кризиса	стр. 102
6 Революционная концепция снижения риска, усиления мер реагирования и создания потенциала противодействия	стр. 116
Показатели	стр. 132
Библиография	стр. 144

Предисловие

На сегодняшний день в гуманитарной помощи нуждаются более 100 миллионов человек – больше, чем когда бы то ни было с момента окончания Второй мировой войны. Среди лиц, перемещенных в результате конфликтов или лишенных крова по причине стихийных бедствий, насчитываются миллионы женщин и девочек-подростков. Этот доклад призывает к действиям во имя удовлетворения их потребностей и осуществления их прав.

Несмотря на заметный прогресс, достигнутый за прошедшее десятилетие в деле охраны здоровья и защиты прав женщин и девочек-подростков, оказавшихся в условиях гуманитарного кризиса, рост потребностей опередил нарастание объемов финансирования и предоставляемых услуг. Вместе с тем, эти услуги являются крайне важными, особенно для девочек-подростков младшего возраста – наиболее уязвимых и в наименьшей степени способных противостоять тому множеству проблем, с которыми они сталкиваются, даже в периоды стабильности.

При обычных обстоятельствах в некоторых из развивающихся стран 10-летняя девочка, например, может быть выдана замуж против ее воли, стать объектом торговли людьми, быть разлучена со своей семьей и лишена любой социальной поддержки, а также располагать ограниченным доступом к образованию и охране ее здоровья или ограниченными возможностями для улучшения своей жизни. Когда разражается кризис, эти риски преумножаются, равно как и проявления уязвимости такой девочки. Ее перспективы становятся все хуже и хуже. Она может стать целью сексуального насилия, заразиться ВИЧ-инфекцией или забеременеть сразу же по достижении половой зрелости. Ее будущее устремляется под откос.

Каждая 10-летняя девочка, независимо от того, где она находится, имеет право на здоровье, уважение ее достоинства и безопасность, и в 1994 году в ходе Международной конференции

по вопросам народонаселения и развития 179 правительств взяли на себя торжественное обязательство соблюдать это право – всегда и при любых обстоятельствах. Тем не менее, на протяжении многих лет организаторы гуманитарной помощи оставляли эту 10-летнюю девочку на обочине жизни, в уязвимости перед лицом небезопасного деторождения и насилия, несущими с собой опустошающие последствия. Охрана сексуального и репродуктивного здоровья и доступ к информации являются крайне важным элементом безопасного перехода любой девочки из подросткового возраста во взрослую жизнь. Представьте себе такую 10-летнюю девочку 15 годами позднее, когда ее права и здоровье полностью сохранены, а затем представьте себе ее же, но в мире, где вооруженный конфликт, царящее вокруг опустошение и перемещение лишают ее каждого из прав человека, каждой из открывавшихся перед ней возможностей и какого бы то ни было чувства собственного достоинства. Оставить ее, или ее общину, или ее страну на произвол судьбы – этот вариант не приемлем. Мы все, в конечном итоге, живем в одном мире, а правительства несут ответственность по защите прав человека и соблюдению международного права. Будучи гражданами мира, мы обязаны оказывать поддержку и проявлять солидарность.

Сегодня около трех пятых всех случаев материнской смертности происходят в условиях гуманитарных кризисов и нестабильности. Ежедневно 507 женщин и девочек-подростков умирают от осложнений

беременности и родов в чрезвычайных ситуациях и в нестабильных государствах. А гендерное насилие продолжает собирать свою кровавую жатву, разрушая жизни и надежды на мир и восстановление.

Действуя сообща, мы должны преобразовать гуманитарную деятельность, поставив здоровье и права женщин и молодежи в центр наших первоочередных задач. При этом мы должны вложить много средств в общественные институты и действия, наращивающие человеческий капитал и влияние девочек и женщин, а также в укрепление потенциала противодействия общин и стран в долгосрочной перспективе, с тем чтобы при наступлении нового кризиса можно было свести к минимуму дестабилизацию и перемещение людей и ускорить восстановление. Со своей стороны, ЮНФПА по-прежнему остается приверженным делу полной реализации задач в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья и обеспечения прав всех женщин и девочек, где бы они ни жили и при любых обстоятельствах, будь то в условиях кризиса или иных случаях, во все времена. Избыток конфликтов и бедствий, окружающих нас сегодня, означает, что ЮНФПА увеличивает долю своих услуг, предоставляемых в кризисных ситуациях.

Когда женщины и девочки могут получать услуги в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья наряду с различными гуманитарными программами, конкретно нацеленными на ликвидацию проявлений неравенства, польза от таких мероприятий возрастает в геометрической прогрессии и продолжает оказывать свое воздействие не только в острой фазе кризиса, но и в отдаленном будущем по мере того, как страны и общины восстанавливаются, а люди возрождаются к нормальной жизни.

Действуя вместе, мы должны стремиться создавать такой мир, в котором женщины и девочки перестают быть социально незащищенными во множестве проявлений, но наделяются равными правами и возможностями, чтобы в полной мере реализовать свой потенциал и внести вклад в развитие и стабильность своих общин и стран – до, в период и после кризиса.

Д-р Бабагунде Осотимехин
Заместитель Генерального секретаря ООН и



ФОТО © UNFPA/Nezih Tavlas

Общий обзор

На сегодняшний день кризис перевернул жизнь более чем миллиарда людей. Война, нестабильность, эпидемии и бедствия оставляют за собой длинный след потрясений и разрухи.

На данный момент, число перемещенных в результате кризиса лиц больше, чем когда-либо со времен катаклизма Второй мировой войны, и составляет, согласно оценкам, 59,5 миллиона человек. В настоящее время стихийные бедствия ежегодно затрагивают 200 миллионов человек.

Для некоторых людей возникающие трудности носят временный характер. У других они могут длиться всю жизнь. В наши дни беженцы проводят вдали от дома, в среднем, 20 лет.

В условиях конфликтов и кризисных ситуаций беременность и роды являются дополнительными факторами уязвимости женщин и девочек. Шестьдесят процентов предотвратимых случаев материнской смертности происходят

среди женщин, борющихся за свое выживание в условиях конфликтов, стихийных бедствий и перемещения населения.

Мировое сообщество подтвердило права женщин и девочек, включая право на охрану сексуального и репродуктивного здоровья, в целом ряде международных соглашений. Данная обязанность охватывает поддержку и реализацию этих прав во всех случаях и при любых обстоятельствах, а гуманитарные кризисы не преуменьшают эту ответственность. Исполнение такого обязательства означает, что женщинам и девочкам должен быть гарантирован доступ к комплексным услугам до, во время и после кризисной ситуации.



РИСК

ФОТО © UNFPA/Sawiche Wamunza

Что необходимо во многих странах, затронутых кризисом, так это масштабное наращивание приверженности и действий.

В нестабильном мире женщины и девочки платят несоизмерную цену

По многим меркам, в настоящее время нестабильными считаются больше стран, чем пять-шесть лет тому назад, что делает их более уязвимыми перед лицом конфликтов или последствий бедствий. Уязвимость людей и стран определяется множеством факторов. Одним из них является бедность – свыше 1 миллиарда человек по-прежнему живут в условиях крайней нищеты. Эта ловушка удерживает отдельно взятых людей и даже целые страны на столь низких ступенях лестницы развития, что какое бы то ни было восхождение по ней остается самой далекой мечтой. Это означает, что достойная работа недоступна, а качество услуг непредсказуемо.

Еще одним фактором является географическое местоположение. Некоторые страны расположены прямо на путях распространения стихийных бедствий, масштабы которых резко увеличиваются по причине изменения климата. Исторически сложившиеся уровни урбанизации повысили степень риска для обитателей городов, особенно

Когда разражается кризис, женщины и девочки оказываются несоизмерно ущемленными и менее подготовленными либо располагающими меньшими правами и возможностями для того, чтобы выжить или восстановиться.

НЕСОРАЗМЕРНО НЕБЛАГОПРИЯТНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ЖЕНЩИН И ДЕВОЧЕК



ИЗ БОЛЕЕ ЧЕМ
100 МИЛЛИОНОВ ЛЮДЕЙ,
НУЖДАЮЩИХСЯ В
ГУМАНИТАРНОЙ ПОМОЩИ,
ОДНУ ЧЕТВЕРТЬ
СОСТАВЛЯЮТ
ЖЕНЩИНЫ И ДЕВОЧКИ
В ВОЗРАСТЕ
15-49 ЛЕТ.

Подвергаются повышенному риску

- инфекции, передаваемые половым путем, в том числе ВИЧ
- незапланированная, нежелательная беременность
- смерть и заболевание матери
- сексуальное и гендерное насилие

малоимущих, многие из которых проживают в ветхих строениях неформальных поселений, расположенных в нестабильных районах, например, на склонах холмов, подверженных грязевым оползням.

Что касается женщин и девочек, то перечисленные и иные факторы усугубляются дискриминацией и гендерным неравенством. Прежде всего, женщины и девочки обладают меньшей долей практически во всем, будь то доходы, земельные угодья и другое имущество, доступ к услугам здравоохранения, образованию и социальным сетям, право на выражение своего мнения в политической жизни, равная защита по закону и осуществление основных прав человека.

Вследствие этого, когда разражается кризис, они оказываются несоразмерно ущемленными и менее подготовленными либо располагающими меньшими правами и возможностями для того, чтобы выжить или восстановиться. Во время и по завершении кризисной ситуации любого рода, уровень гендерного насилия может стремительно повышаться, включая его использование в качестве средства ведения войны.

Чрезвычайные финансовые трудности, порожденные стихийным бедствием или конфликтом, могут побудить женщин к оказанию платных сексуальных услуг или сделать их уязвимым объектом торговли людьми. В отсутствие самых базовых услуг в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья деторождение в условиях кризисной ситуации становится потенциально смертельной проблемой, особенно для девочек-подростков.

У всех этих опасностей есть одна общая причина: отсутствие уважения к правам человека, дарованным каждому из людей независимо от их пола, возраста или любого иного отличительного признака. Эти права включают репродуктивные права, согласованные 179 правительствами в ходе Международной конференции по народонаселению и развитию 1994 года, увенчанной принятием революционной Программы действий, которая служит руководством в работе ЮНФПА – Фонда Организации Объединенных Наций в области народонаселения.



МЕРЫ РЕАГИРОВАНИЯ

ФОТО © Pános Pictures/Chris de Bode



До, во время и после кризисных ситуаций женщины и девочки сталкиваются с препятствиями в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья

Согласно оценкам, из более чем 100 миллионов людей, нуждавшихся в гуманитарной помощи в 2015 году, одну четвертую часть составляли женщины и девочки-подростки репродуктивного возраста («Спасать детей», 2014). Помощь, неспособная удовлетворить все их нужды, включая те из них, которые определяются признаками пола и возраста, едва ли может считаться эффективной.

На данный момент предоставление помощи, нацеленной на удовлетворение потребностей женщин и девочек в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья, не соответствует темпам роста спроса на нее. За последнее десятилетие в деле ориентирования гуманитарных услуг на нужды женщин и девочек был достигнут значительный прогресс. И тем не менее, в отношении принимаемых мер и объемов финансирования сохраняются крупные пробелы.

За последнее десятилетие в деле ориентирования гуманитарных услуг на нужды женщин и девочек был достигнут значительный прогресс. И тем не менее, в отношении принимаемых мер и объемов финансирования сохраняются крупные пробелы.

Гендерное неравенство и дискриминация – по признаку пола, возрасту или иным факторам – входят в число объяснений и проявляются даже в рамках мер гуманитарного реагирования, предпринимаемых из лучших побуждений. Мероприятия, неспособные учесть то, каким различным образом стихийные бедствия и конфликты могут затрагивать разные группы населения, могут закончиться увековечиванием

ОСНОВНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ И УСЛУГИ С САМОГО НАЧАЛА КРИЗИСА

ПЕРВООЧЕРЕДНЫЕ УСЛУГИ

- Неотложная акушерская и неонатологическая помощь
- Система направления к специалистам в случае акушерских неотложных состояний
- Предметы снабжения для обеспечения родоразрешения в стерильных и безопасных условиях
- Контрацепция
- Презервативы
- Антиретровирусные препараты
- Клиническая помощь жертвам изнасилования

ЦЕЛИ



Предотвращение случаев материнской и младенческой смертности



Сокращение масштабов передачи ВИЧ



Предотвращение и устранение последствий сексуального насилия

проявлений неравенства, как например, когда в условиях кризиса предоставляются лишь общие услуги здравоохранения, но не услуги, связанные с беременностью, деторождением или предупреждением зачатия, что ставит и без того социально незащищенных женщин и девочек в еще более неблагоприятное положение.

На раннем бурном этапе развития кризисной ситуации, продукты питания, убежище и неотложная медицинская помощь в случае физических повреждений зачастую выглядят как самые настоятельные нужды, а гендерная или любая иная дискриминация – как нечто, что можно отложить до более безопасного времени. Такой образ мышления, однако, может привести к тому, что меры реагирования будут осуществляться без учета реальных условий на местах, в том числе тех, которые изолируют женщин и девочек от оказания помощи или оставляют их уязвимыми перед лицом насилия.

Недостаток скоординированного внимания проистекает, отчасти, из чрезвычайно ограниченного объема данных в разбивке по

Необходим фундаментальный сдвиг – переход от реагирования на бедствия и конфликты по мере их нарастания и, в ряде случаев, затягивания на десятилетия к их предупреждению, обеспечению готовности к чрезвычайным ситуациям и расширению прав и возможностей отдельных лиц и общин, позволяющих выдерживать их последствия и восстанавливаться.



ПОТЕНЦИАЛ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ

ФОТО © UNFPA/Ben Manser



признаку пола или иным параметрам, а также из отсутствия специалистов по гендерным вопросам в составе многих групп экстренного реагирования.

Принимая во внимание масштабы кризиса, охватившего мир сегодня, а также то, кто именно составляет большинство его жертв, настало время преобразовать традиционные методы в такой подход, который учитывает разнообразие групп населения, затрагиваемых кризисом, и использует это разнообразие в интересах снижения степени риска, более быстрого восстановления и повышения потенциала противодействия.

Перемещение вопросов охраны сексуального и репродуктивного здоровья в центр гуманитарной деятельности

Еще каких-то 20 лет тому назад вопросы охраны сексуального и репродуктивного здоровья находились на задворках мер гуманитарного реагирования по сравнению с такими первоочередными задачами, как обеспечение водой, продуктами питания и убежищем. Однако с начала 1990-х годов множество научных исследований и

фактических данных помогли выдвинуть состояние здоровья женщин и девочек на первый план. Сегодня многие мероприятия гуманитарного характера направлены на удовлетворение потребностей, связанных с беременностью и деторождением, и призваны предупреждать и решать проблемы, обусловленные уязвимостью людей перед лицом сексуального или гендерного насилия и инфекций, передаваемых половым путем, включая ВИЧ.

В настоящее время не только все более широко признается, что удовлетворение этих нужд является гуманитарным императивом и одной из граней задачи соблюдения и уважения прав человека, но и становится ясно, что обеспечение доступа к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья открывает путь к восстановлению, снижению рисков и повышению потенциала противодействия. Польза от этого распространяется на женщин и девочек, но не только. Когда они могут получить услуги в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья наряду с многообразными программами

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ, ГОТОВНОСТЬ И РАСШИРЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ



Улучшение управления рисками



Устранение гендерного неравенства



Укрепление потенциала противодействия отдельных лиц посредством образования и охраны здоровья



Наращивание потенциала учреждений до начала бедствия



Обеспечение реализации сексуального и репродуктивного здоровья и соответствующих прав



Стремление к долгосрочному, всеобъемлющему и справедливому развитию

До тех пор, пока неравенство и неравноправный доступ остаются накоротко замкнутыми с их правами, способностями и возможностями, женщины и девочки продолжают оставаться в числе наиболее нуждающихся в гуманитарной помощи и наименее приспособленных к внесению своего вклада в восстановление или обеспечение потенциала противодействия.

гуманитарной помощи, конкретно нацеленными на борьбу с проявлениями неравенства, это положительно сказывается на всех аспектах гуманитарной деятельности.

Неустойчивость финансирования требует преобразования гуманитарной деятельности

Львиная доля гуманитарной деятельности координируется и управляется основными международными игроками, включая Организацию Объединенных Наций, и традиционно финансируется странами-донорами, входящими в состав Организации экономического сотрудничества и развития, но другие страны и частные пожертвования также начинают играть важную роль. С 2011 года потребности в гуманитарной помощи возрастают с каждым годом, но объемы финансирования сопоставимыми темпами не увеличиваются, что создает беспрецедентные пробелы, выражающиеся в неадекватности или недостаточности мер реагирования по отношению к миллионам нуждающихся людей.

Все более расширяющиеся пробелы дают основания полагать, что текущие механизмы финансирования могут оказаться неустойчивыми. Следовательно, таким же может стать инерционный подход к гуманитарной деятельности.



ДАЛЬНЕЙШИЕ ШАГИ

ФОТО © Panos Pictures/Sven Torfinn



Кризисные ситуации продолжают возникать, а острые потребности всегда будут нуждаться в удовлетворении. Но необходим фундаментальный сдвиг – переход от реагирования на бедствия и конфликты по мере их нарастания и, в ряде случаев, затягивания на десятилетия к их предупреждению, обеспечению готовности к чрезвычайным ситуациям и расширению прав и возможностей отдельных лиц и общин, позволяющих выдерживать их последствия и восстанавливаться.

Смещение баланса с ответных действий и мер реагирования в пользу обеспечения готовности к чрезвычайным ситуациям, их предупреждения и повышения потенциала противодействия

Мы должны ставить своей целью создание более жизнестойкого и менее уязвимого мира. Такой мир подразумевает, что процессы развития внутри стран и между ними являются в полной мере всеохватывающими и справедливыми при соблюдении всех прав каждого человека. В таком мире

женщины и девочки перестают быть социально незащищенными во множестве проявлений, но наделяются равными правами и возможностями, чтобы в полной мере реализовать свой потенциал и внести вклад в развитие и стабильность своих общин и стран.

Это был бы мир, в котором каждая страна может управлять своей экономикой и определять свое государственное устройство, чтобы гарантировать доступ каждого человека к достойной работе и высококачественным основным услугам, в том числе в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья. Среди тех, кто определяет курс государственной политики, сложилось бы глубокое понимание того, что инвестиции в справедливое и всеохватывающее развитие являются практически наилучшими и, наверняка, самыми добросовестными и человечными из всех возможных капиталовложений. Далеко идущая польза от этого включает снижение рисков и смягчение последствий кризисной ситуации.

КОНЦЕПЦИЯ ГУМАНИТАРНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ



В основе взаимосвязанных элементов гуманитарной деятельности, от мер реагирования до создания потенциала противодействия и развития, лежат сексуальное и репродуктивное здоровье и соответствующие права

Преобразования, ведущие к созданию более жизнестойкого и менее уязвимого мира, зависят также от улучшения управления рисками и наличия общественных институтов, располагающих достаточным потенциалом задолго до удара кризиса. Прежде всего существующие риски необходимо всесторонне осознать, ибо только после этого могут быть произведены эффективные инвестиции в меры по их снижению.

В том, что касается рисков, которых невозможно избежать в полной мере, крайне важно провести упреждающую подготовку, чтобы ограничить наихудшие последствия. Одна из главнейших стратегий снижения рисков во всех странах состоит в обеспечении жизнестойкости людей, им подверженных. Здоровые, образованные, получающие адекватные доходы и пользующиеся всеми правами человека люди располагают куда лучшими перспективами в условиях, когда риски превращаются в реальность.

Разрыв порочного круга дискриминации и неравенства

В настоящее время одним из слабейших звеньев обеспечения потенциала противодействия являются женщины и девочки, а также общественные институты, призванные служить им. До тех пор, пока неравенство и неравноправный доступ остаются накоротко замкнутыми с их правами, способностями и возможностями, женщины и девочки продолжают оставаться в числе наиболее нуждающихся в гуманитарной помощи и наименее приспособленных к внесению своего вклада в восстановление или обеспечение потенциала противодействия.

Преобразования могут начаться, отчасти, в период после кризиса, но это в значительной степени зависит от мер реагирования. Если эти меры будут, в основном, воспроизводить существующие дискриминационные модели поведения, такие как неспособность

предоставить качественные услуги в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья с самого начала, то они не станут преобразующими. Они также окончатся неудачей по всем показателям эффективности и соблюдения прав человека. Все проблемные вопросы гуманитарного характера заключают в себе необходимость того или иного учета гендерных факторов, поскольку мужчины и женщины, девочки и мальчики воспринимают окружающий их мир совершенно по-разному. По этой причине, все виды гуманитарной деятельности необходимо основывать на признании этих различий, реагировании на них и активном устранении любых проявлений неравенства.

Там, где это практически осуществимо, гуманитарная помощь может быть нацелена на ликвидацию существующих форм дискриминации, например, путем предоставления комплексных услуг жертвам гендерного насилия. В ее рамках можно заручаться поддержкой мужчин и мальчиков в расширении принятия новых социальных норм, охватывающих, в частности, неотъемлемые права женщин и мирное урегулирование разногласий.

Ликвидация искусственного разделения гуманитарной деятельности и развития

Избыток кризисных проявлений и глубоких потрясений по всему миру требует в наши дни, чтобы мы действовали значительно лучше. Нам необходимо совершенствовать процессы развития, оказания гуманитарной помощи и управления рисками, уделять больше внимания мерам предупреждения, обеспечению готовности и созданию потенциала противодействия, а также укреплять взаимосвязи между всем вышеперечисленным. При этом красной нитью проходит следующая идея: гендерное и все иные формы равенства, достигаемые, в частности, путем полной реализации мер по охране сексуального и репродуктивного здоровья

и связанных с ним прав, ведут к значительному уменьшению уязвимости и укреплению потенциала противодействия отдельно взятых людей и общественных укладов в целом.

Проведение различия между мерами гуманитарного реагирования и развитием сегодня ошибочно. Гуманитарная деятельность может закладывать фундамент долгосрочного развития. Развитие, приносящее пользу всем и создающее для каждого возможность пользоваться своими правами, включая репродуктивные права, может помочь отдельно взятым людям, общественным институтам и общинам устоять перед натиском кризиса. Оно также может помочь восстановлению.

Во многих случаях развитие, осуществляемое на справедливой и всеохватывающей основе при соблюдении прав человека, а также потенциал противодействия, укреплению которого оно способствует, могут устранить необходимость оказания гуманитарной помощи. Принимая во внимание начало выполнения всемирно согласованной Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 года и приближающееся проведение Всемирного саммита по гуманитарным вопросам в 2016 году, настало время действовать на основе этого взаимопонимания и пересмотреть концепцию гуманитарной деятельности, поставив здоровье и права женщин и девочек в ее центр.

Нестабильный мир

Стихийные бедствия, особенно наводнения и ураганы, происходят в наше время в два раза чаще, чем 25 лет назад. Конфликты, особенно происходящие в пределах национальных границ, вынуждают миллионы людей покидать свои дома.

Конфликты, насилие, нестабильность, крайняя нищета и уязвимость перед бедствиями являются глубоко взаимосвязанными условиями, из-за которых в настоящее время более 1 миллиарда человек не могут пользоваться огромными социальными и экономическими выгодами, достигнутыми с момента окончания Второй мировой войны.

Когда время не ждет: удовлетворение основных потребностей беременных женщин, находящихся в дороге, в медицинской помощи



Ашур и ее семья, Гевгелия.

ФОТО © UNFPA/Nake Batev

«Я была на третьем месяце беременности и беспокоилась, как эта поездка скажется на моем ребенке, но у меня не было выбора. Мы должны были уезжать», – говорит Лейла Ашур, одна из нескольких сотен сирийцев, получивших разрешение на въезд в бывшую югославскую Республику Македония из Греции в один из августовских дней.

35-летняя Ашур говорит, что в 2012 году она, ее муж и их четыре сына из-за военных действий покинули свой родной город Дайр-эз-Заур, Сирия, и около года прожили в Ираке. Однако страх перед насилием со стороны самопровозглашенного «Исламского государства Ирака и Леванта» (ИГИЛ) вынудил их пересечь еще одну границу – с Турцией, – где они оставались в течение трех лет, пока даже там ситуация не стала невыносимой. Она говорит, что они не только боялись эскалации насилия на границе, но и ощущали себя жертвами

эксплуатации и незваными гостями в принимающей общине.

«Если они видели, что мы сирийцы, нам приходилось платить втрое большую арендную плату по сравнению со всеми остальными, – говорит она. – И все твердили нам: «Уезжайте отсюда, уезжайте».

И вот семья из шести человек уехала, захватив лишь свои пожитки, сложенные в рюкзаки. Пересечь Турцию удалось за 10 дней, находясь в течение всего пути почти без отдыха и еды. «Мы ни от кого не получали помощи», – говорит Ашур.

Когда она и члены ее семьи достигли турецкого прибрежного города Бодрум, они вместе с еще примерно 20 беженцами заплатили 10 000 евро контрабандисту за то, чтобы тот переправил эту группу на надвумном плоту через Эгейское море к греческому



Лейла Ашур со своей семьей.
ФОТО © UNFPA/Nake Batev

острову Иос. Оттуда они добрались до бывшей югославской Республики Македония.

От южного города Гевгелия Ашур и ее семья начали следующий этап своего путешествия на север, намереваясь пересечь Сербию и Венгрию, а затем направиться в Бельгию, где живет сестра ее мужа.

«Мы доберемся до места назначения или умрем по пути».

В то время как сотни людей пытались влезть в переполненные поезда и автобусы или просто шли пешком 178 километров до северного приграничного города Куманово, Ашур и ее семья нашли такси, договорившись, что их отвезут за 100 евро. Два ее младших сына помахали рукой на прощание через заднее стекло.

Сирийцы, такие как Ашур и члены ее семьи, составляют примерно 80 процентов людей,

пересекающих страну транзитом. Афганцы и иракцы составляют примерно по 5 процентов. Остальные являются выходцами из Пакистана, Сомали, Палестины и пяти стран Африки к югу от Сахары.

В период с июня по август 2015 года по одному и тому же пути через бывшую югославскую Республику Македония в северную часть Европы ежедневно проходили в среднем по 700 беженцев и мигрантов. Из их числа каждая четвертая была женщиной, при этом в среднем 6 процентов этих женщин были беременными.

Многие из этих беременных женщин испытывают проблемы со здоровьем, вызванные длительными пешими переходами в жару, плохим питанием, обезвоживанием и отсутствием санитарных условий, а все эти факторы могут привести к осложнениям беременности и даже выкидышу. При этом

многие из них перенесли психологическую травму, говорит Сузана Пауновска из «Красного Креста» в столице страны Скопье. «Это сразу же видно по их лицам».

В июне правительство объявило, что беженцы и мигранты могут бесплатно получать медицинскую помощь, включая акушерские и гинекологические услуги, в государственных медицинских центрах и больницах, включая больницу в Гевгелии.

Однако, поскольку беженцы и мигранты торопятся добраться до границы с Сербией в течение 72 часов, отводимых правительством для транзитного перемещения по территории страны, большинство из них предпочитают не пользоваться бесплатными услугами, чтобы не подвергнуться риску пропустить один из небольшого числа поездов или автобусов, идущих на север.

Наш мир переживает пароксизм насилия, нестабильности и беспорядков, невиданных со времени окончания Второй мировой войны. За последние два десятилетия стихийные бедствия, в том числе связанные с экстремальными погодными явлениями, затронули миллиарды людей. Сегодня все заметнее такие кризисные явления, как массовые перемещения людей в связи с крайней нищетой и нестабильностью общества. Кажется, что целые регионы мира переживают период смуты, при этом в условиях более взаимосвязанного мира даже люди в стабильных районах чувствуют себя в меньшей безопасности по сравнению с прежними временами.

Многие кризисы длятся десятилетиями, и реальных решений в ближайшее время не предвидится. Беженцы живут вдали от дома в среднем 20 лет, не имея возможности долгосрочного решения своих проблем и устойчивого доступа к средствам существования. В некоторых случаях кризисы сохраняются на протяжении жизни нескольких поколений (Milner and Loescher, 2011).

Каждый кризис, будь то война, смертоносная эпидемия, землетрясение или наводнение, несет с собой уникальные проблемы, затрагивающие здоровье, безопасность, средства к существованию и права отдельных лиц, семей и общин.

Современные конфликты, опустошительные катастрофы, нестабильность и экологическая и экономическая уязвимость вызвали беспрецедентный спрос на гуманитарную деятельность правительств, гражданского общества и международных организаций.

Наводнения и ураганы: наиболее частые стихийные бедствия

Количество стихийных бедствий утроилось в период 1980–2000 годов, после чего слегка снизилось, но все же вдвое превышает показатель, зарегистрированный 25 тому назад, согласно данным Исследовательского центра по эпидемиологии стихийных бедствий.

Чаще всего в год происходит от одного до трех крупных бедствий, вызывающих гораздо больше смертей, чем другие события. В течение

По словам Бояна Йовановски, возглавляющего Ассоциацию просвещения и научных исследований в области здравоохранения (АПНИЗ) в столице страны Скопье, беременные женщины будут пользоваться только теми услугами, которые оказываются быстро и недалеко от транзитных узлов, расположенных рядом с пунктами перехода границы.

Раз в неделю АПНИЗ выдвигает свою единственную мобильную клинику к границе с Грецией в нескольких сотнях метров от Гевгелии, чтобы быстро оказывать бесплатные основные гинекологические услуги беженцам и мигрантам. ЮНФПА (Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения) помогает покрывать оперативные расходы клиники.

Лидия Йовцевска – акушер-гинеколог, работающая в Куманово. Один день в неделю она на добровольной основе работает в мобильной клинике. Пять или шесть женщин, которых она принимает за день, главным образом хотят знать состояние здоровья своего плода. С помощью ультразвукового прибора она успокаивает большинство будущих мам, но также сообщает им о любых осложнениях, которые могут возникнуть. Некоторые женщины, которые находились в пути много дней, а иногда и месяцев, также просят дать им вита-

минные добавки, чтобы повысить шансы на рождение здоровых младенцев. Часто встречаются вагинальные инфекции и инфекции мочевыводящих путей. Йовцевска выписывает антибиотики и другие медикаменты.

Время от времени встречаются серьезные проблемы, требующие обращения в больницу. Йовцевска направляет таких пациенток в ближайшую больницу, в которой могут оказать неотложную помощь, а также принять роды.

Йовцевска говорит, что путешествия в таких экстремальных условиях во время беременности сопряжены с большим риском. «Будучи матерью двоих детей, я не понимаю, как они могут даже помыслить о таком путешествии», – заявляет она, признавая при этом отчаяние, которое могут чувствовать многие из этих женщин. «Одна женщина, которую я приняла сегодня, заявила мне: «Ничего страшного, если я умру в пути».



Лидия Йовцевска

ФОТО © UNFPA/Nake Batev

большинства десятилетий также происходит одно или два бедствия, которые являются настолько масштабными и шокирующими для общественного сознания, что их называют мегакатастрофами.

На каждого погибшего в результате бедствия приходится сотни других людей, пострадавших от него и нуждающихся в удовлетворении основных жизненно важных потребностей, например, в пище, воде, убежище, санитарных условиях или немедленной медицинской помощи. Лица, пострадавшие в результате бедствия, часто теряют свои дома и средства к существованию, разлучаются со своими семьями, сталкиваются с перспективой жизни, сопряженной с болезнью, нетрудоспособностью или ограниченными возможностями, и оказываются за пределами своих общин.

Учитывая рост численности населения, вероятность оказаться перемещенным лицом в результате



На каждого погибшего в результате бедствия приходится сотни других людей, пострадавших от него и нуждающихся в удовлетворении основных жизненно важных потребностей, например, в пище, воде, убежище, санитарных условиях или медицинской помощи.

бедствия сегодня на 60 процентов выше чем четыре десятилетия тому назад. За последние 20 лет в год в среднем происходило 340 стихийных бедствий, которые ежегодно затрагивали 200 миллионов человек и уносили в среднем по 67 500 жизней.

В период 1994–2014 годов причиной 43 процентов катастроф, зарегистрированных в базе данных EM-DAT Исследовательского центра по эпидемиологии стихийных бедствий, стали наводнения, которые затронули почти 2,5 миллиарда человек. Ураганы были вторым наиболее частым видом стихийных бедствий, унеся за этот девятилетний период в общей сложности более чем 244 000 человек

и причинив, по официальным данным, ущерб в размере 936 млрд долл. Таким образом, в течение последних двух десятилетий ураганы являются самым дорогостоящим видом стихийного бедствия и второй наиболее частой причиной гибели людей.

Кроме того, мобильная клиника предлагает средства контрацепции, хотя пользуются ими немногие, говорит Весна Матевска, координатор программы со стороны АПНИЗ. Беженцы и мигранты, с которыми она встречается, обычно бывают очень замкнутыми людьми, неохотно спрашивающими или принимающими презервативы или противозачаточные таблетки, даже если они предлагаются бесплатно и распространяются непредвзятыми организациями, предоставляющими услуги. Она говорит, что из-за этого чувства неприкосновенности частной жизни, наряду с языковыми барьерами, многим женщинам трудно поговорить или сообщить о гендерном насилии.

В дополнение к услугам, предоставляемым неправительственными организациями и министерством здравоохранения страны, некоторые услуги неформально оказываются отдельными лицами, такими как Ленце Здравкин, 48 лет, называющая себя акти-

вистом, которая говорит, что помогла сотням беременным женщинам, когда они шли пешком на север через всю страну, стремясь добраться до сербской границы.

До июня 2015 года беженцам и мигрантам было запрещено пользоваться поездами, автобусами или такси, поэтому большинство проходило этот путь пешком, обычно двигаясь вдоль главных железнодорожных путей, которые проходят в 10 метрах от дома Здравкин.

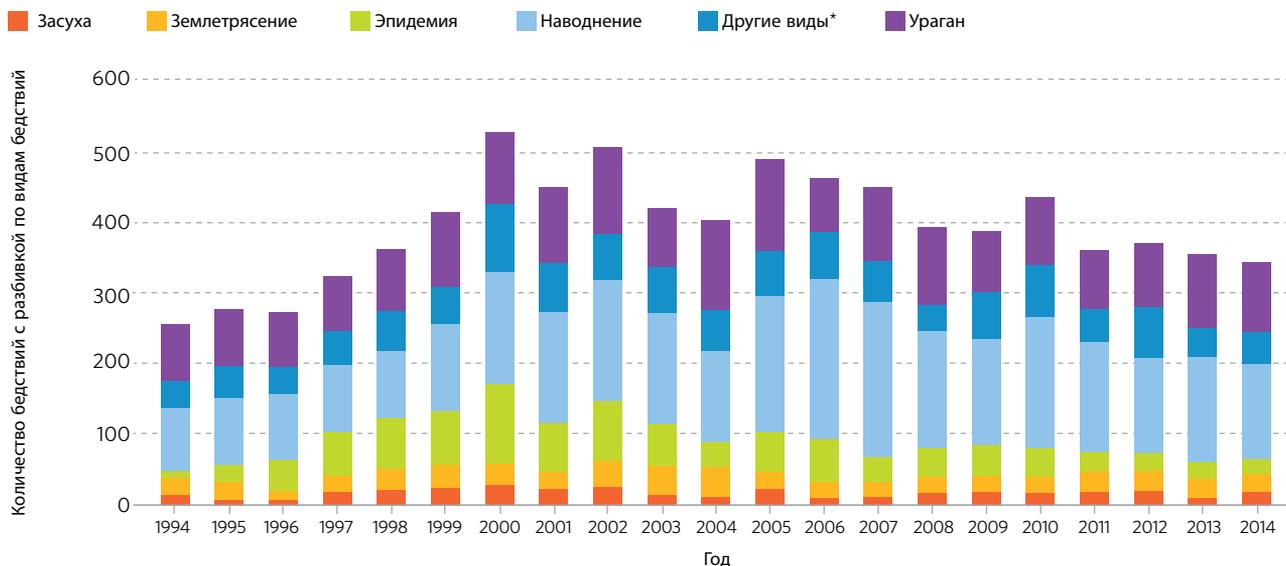
Здравкин начала предлагать беженцам и мигрантам еду и воду и открыла двери своего дома людям, просто нуждавшимся в отдыхе. Он приводила беременных женщин в местную клинику на медосмотр или для лечения травм, неизбежных при многодневных пеших переходах в летний зной.

«Все происходило прямо передо мной, – говорит Здравкин. – Я не могла просто закрыть на это глаза».

Ленце Здравкин

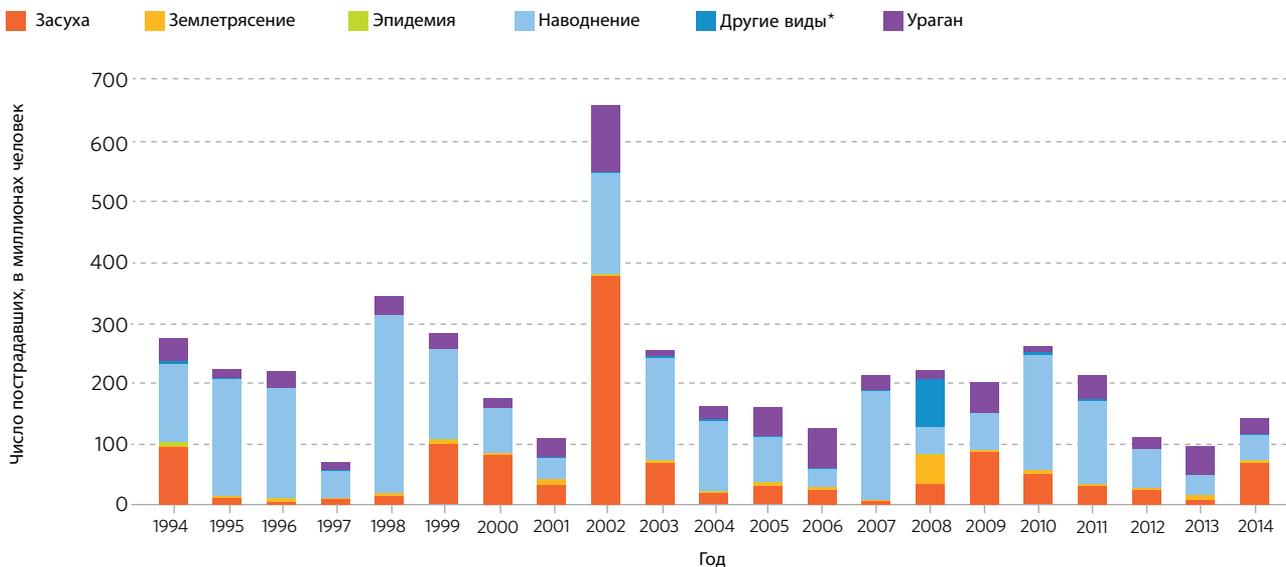
ФОТО © UNFPA/Nake Batev

ЧИСЛО ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ СТИХИЙНЫХ БЕДСТВИЙ ВО ВСЕМ МИРЕ, С РАЗБИВКОЙ ПО ВИДАМ, 1994–2014 ГГ.



*Показатели включают такие бедствия, как нашествие насекомых, экстремальная температура, оползень, вулканическая активность и лесной пожар. (CRED, 2015a)

ПРИБЛИЗИТЕЛЬНОЕ ЧИСЛО ЛЮДЕЙ, ПОСТРАДАВШИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ СТИХИЙНЫХ БЕДСТВИЙ, С РАЗБИВКОЙ ПО ВИДАМ, 1994–2014 ГГ.



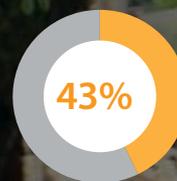
*Показатели включают такие бедствия, как нашествие насекомых, экстремальная температура, оползень, вулканическая активность и лесной пожар. (CRED, 2015a)

В период 1994–2013 годов землетрясения (включая цунами) привели к гибели большего числа людей, чем все другие виды стихийных бедствий, вместе взятые, унеся почти 750 000 жизней. Цунами являлись наиболее смертоносным подвидом землетрясения, унося в среднем 79 жизней на каждую 1000 пострадавших, по сравнению с четырьмя случаями гибели на 1000 пострадавших при колебаниях почвы. Таким образом, при цунами погибает почти в 20 раз больше людей, чем при землетрясениях, происходящих на суше.

От засухи в 1994–2014 годах пострадало более 1 миллиарда человек, или примерно каждый четвертый человек из числа затронутых всеми стихийными бедствиями. Вместе с тем засухи составляли лишь 5 процентов стихийных бедствий. Примерно 41 процент катастрофических засух в этот период приходился на Африку.

В абсолютном выражении наибольшее число стихийных бедствий в 1994–2014 годах было зарегистрировано в Соединенных Штатах и Китае, главным образом из-за их размера, разнообразного рельефа суши и высокой плотности населения. Среди континентов основная тяжесть стихийных бедствий пришлось на Азию, где только в Китае и Индии от них пострадало 3,3 миллиарда человек. Если стандартизировать данные таким образом, чтобы они отражали число пострадавших на 100 000 человек, то наиболее пострадавшими странами из числа не относящихся к островным государствам окажутся Эритрея и Монголия. Больше всего людей как в абсолютном выражении, так и относительно численности населения страны, погибло на Гаити, что обусловлено числом погибших во время землетрясения 2010 года.

Несмотря на то, что в течение последних 20 лет чаще регистрировались стихийные бедствия, средняя численность пострадавших фактически сократилась с одного из 23 человек в период 1994–2003 годов до примерно одного из 39 человек в период 2004–2014 годов.



Наводнения были причиной 43 процентов зарегистрированных бедствий в 1994–2014 годах и затронули почти 2,5 МИЛЛИАРДА ЧЕЛОВЕК



От засухи в 1994–2014 годах пострадало более 1 МИЛЛИАРДА человек, или примерно КАЖДЫЙ ЧЕТВЕРТЫЙ ЧЕЛОВЕК из числа затронутых всеми стихийными бедствиями



ЦУНАМИ
79
СМЕРТЕЙ

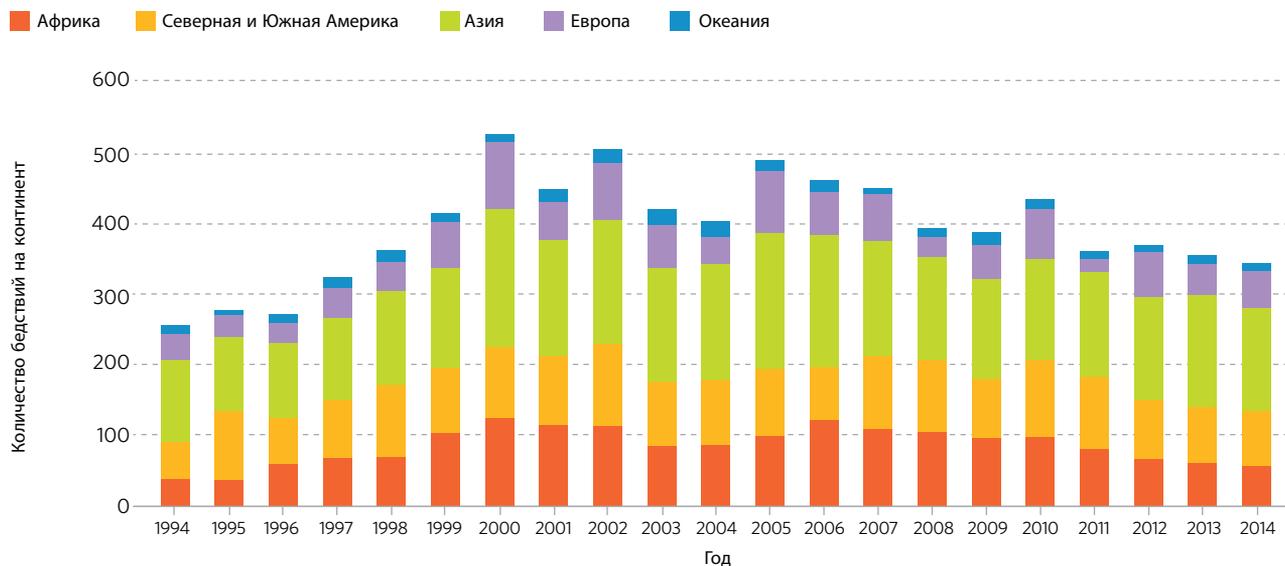


ЗЕМЛЕТРЯСЕНИЕ
4
СМЕРТИ

на
1000 пострадавших

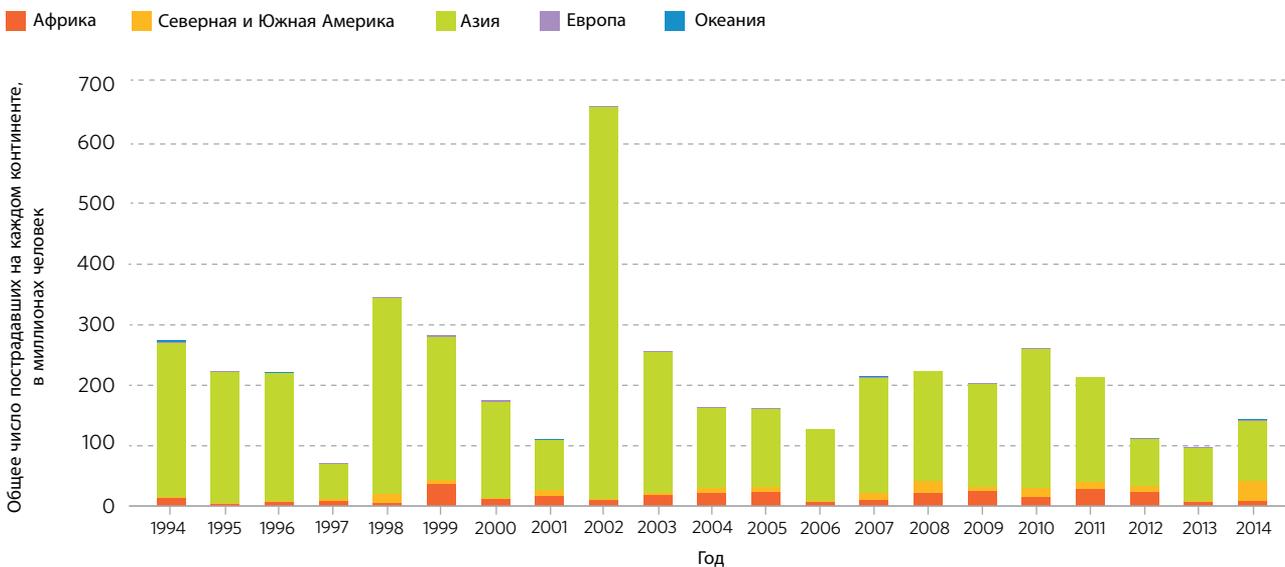
За два десятилетия цунами унесли почти в 20 РАЗ больше жизней, чем землетрясения на суше

ЧИСЛО ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ СТИХИЙНЫХ БЕДСТВИЙ, С РАЗБИВКОЙ ПО РЕГИОНАМ, 1994–2014 ГГ.



(CRED, 2015a)

ПРИБЛИЗИТЕЛЬНОЕ ЧИСЛО ЛЮДЕЙ, ПОСТРАДАВШИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ СТИХИЙНЫХ БЕДСТВИЙ, С РАЗБИВКОЙ ПО РЕГИОНАМ, 1994–2014 ГГ.



(CRED, 2015a)

Число погибших в результате стихийных бедствий выше в более бедных странах

Данные Исследовательского центра по эпидемиологии стихийных бедствий также показывают, каким образом уровни дохода влияют на число погибших в результате стихийных бедствий. В среднем число погибших в результате каждого бедствия было более чем втрое выше в странах с низким уровнем доходов (332 случая смерти) по сравнению со странами с высоким уровнем доходов (105 случаев смерти). Аналогичная картина наблюдается в случае объединения стран с низким уровнем доходов и стран с уровнем доходов ниже среднего в одну группу и сравнения этой группы со странами с высоким уровнем доходов и странами с уровнем доходов выше среднего. Взятые вместе, страны с более высоким уровнем доходов пережили 56 процентов стихийных бедствий, но на них пришлось 32 процента погибших, в то время как страны с более низким уровнем доходов пережили 44 процента стихийных бедствий, но на них пришлось 68 процентов погибших. Это свидетельствует о том, что главными факторами, определяющими показатели смертности, являются уровни экономического развития, а не степень подверженности угрозам как таковая.

Рост числа конфликтов внутри стран приводит к росту числа погибших среди гражданских лиц

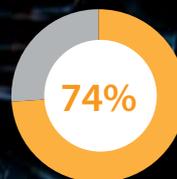
Вторая мировая война - крупнейший конфликт в современном мире - остается для человечества мерилom массового ущерба. Примерно 3 процента мирового населения погибло непосредственно в результате этого конфликта или событий, предшествовавших ему или последовавших за ним. Между тем, этот конфликт затронул более одной трети населения мира. Таким образом, на каждого погибшего пришлось 10 других жизней, мирный уклад которых был прерван самым радикальным образом.

С момента окончания Второй мировой войны резко сократилось число международных конфликтов, в то время как в 1950-е и 1960-е годы



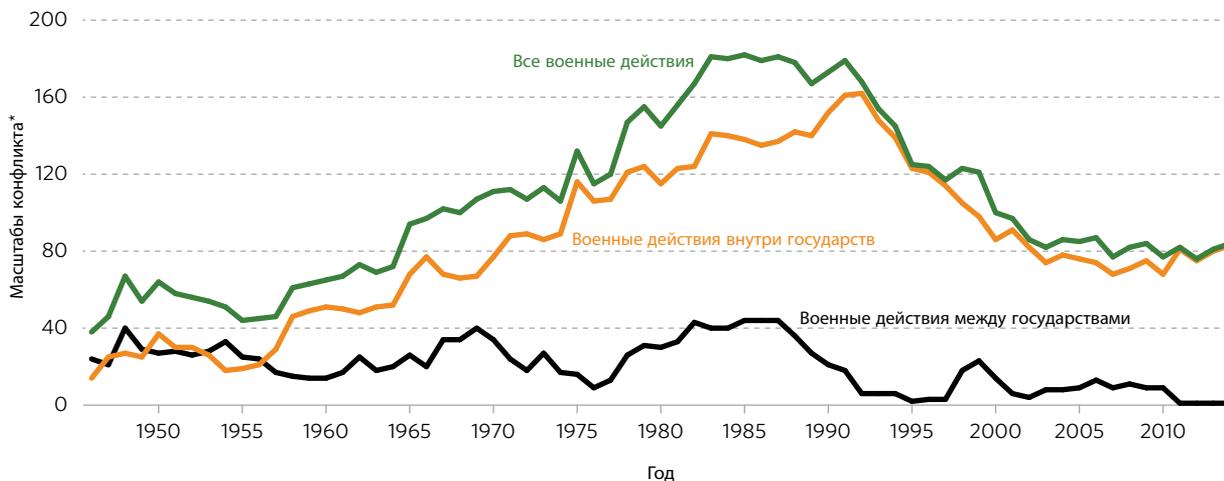
Сегодня примерно **КАЖДЫЙ ТРЕТИЙ** беженец живет в лагере. Двое из трех живут в городских районах.

Сегодня **1 МИЛЛИАРД ЧЕЛОВЕК,** или около 14 процентов населения мира, живут в районах конфликта



Семьдесят четыре процента погибших непосредственно в результате конфликтов в 1989–2008 годах пришлось на Центральную Африку, Восточную Африку, Ближний Восток и Северную Африку, а также Южную Азию

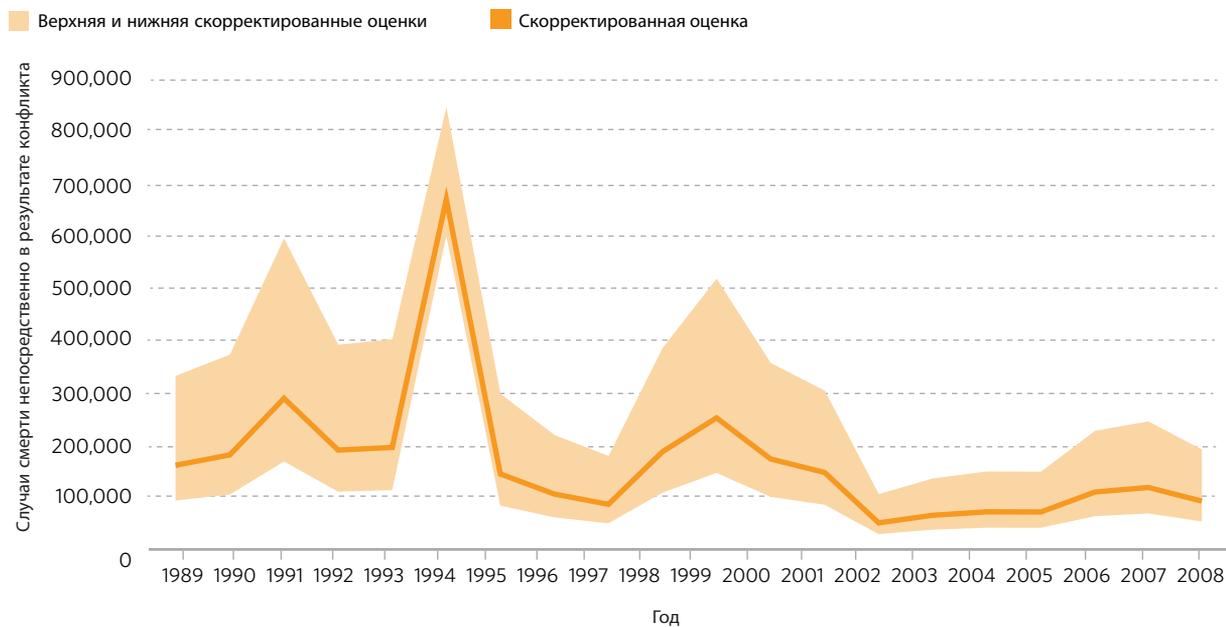
ГЛОБАЛЬНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ВООРУЖЕННЫХ КОНФЛИКТАХ С 1946 ПО 2014 ГГ.



(Центр по вопросам системного мира, 2015)

* Масштабы конфликта измеряются комплексными последствиями для государства или государств, непосредственно затронутых военными действиями, включая число комбатантов и потерь в живой силе, площадь затронутой территории, население, покинувшее родные места, а также степень ущерба, причиненного инфраструктуре.

ЧИСЛО СМЕРТЕЙ, НЕПОСРЕДСТВЕННО СВЯЗАННЫХ С КОНФЛИКТОМ



(Garfield and Blore, 2009)

ВЛИЯНИЕ КОНФЛИКТА НА ЖЕНЩИН И МУЖЧИН

Глобальных данных, связанных с конфликтами, с разбивкой по признаку пола очень мало, при этом даже в случае их наличия они часто являются ненадежными. Тем не менее, обследования, касающиеся небольших районов, дали некоторые результаты, свидетельствующие о том, что мужчины гораздо чаще погибают *непосредственно в результате и во время конфликтов*, в то время как женщины чаще умирают или иным образом страдают по *косвенным* причинам *после* конфликта (Ormhaug, 2009). Каждая оценка числа случаев смерти непосредственно в результате конфликтов позволяет сделать вывод о том, что более 90 процентов всех потерь приходится на совершеннолетних молодых людей (Cummings et al., дата не указана).

ПРЯМОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ

КОСВЕННОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ

МУЖЧИНЫ

- Более высокие показатели заболеваемости и смертности за счет случаев гибели в бою
- Более высокая вероятность оказаться задержанным или пропавшим без вести
- Сексуальное и гендерное насилие: массовые убийства по признаку пола; принудительная мобилизация или вербовка на военную службу; пытка, изнасилование и нанесение увечий; принуждение к совершению сексуального насилия в отношении других лиц
- Увеличение числа случаев инвалидности в результате ранения

- Риск участия бывших комбатантов в криминальной или незаконной деятельности, а также трудности с поиском средств к существованию
- Растущая распространенность других форм насилия – в частности, бытового насилия

ОБЩИЕ

- Депрессия, психологическая травма и моральные страдания

- Потеря активов и дохода
- Тенденция к росту миграции
- Разрушенные модели брака и рождаемости
- Потеря семейных и социальных сетей, включая механизмы страхования
- Прерванное образование
- Ухудшение благосостояния, в частности, плохое состояние здоровья и инвалидность в результате нищеты и недостаточного питания

ЖЕНЩИНЫ

- Более высокая вероятность оказаться в числе внутренне перемещенных лиц и беженцев
- Сексуальное и гендерное насилие: вероятность стать жертвой изнасилования, торговли людьми и проституции; беременность и браки по принуждению

- Проблемы репродуктивного здоровья
- Репродуктивная роль женщин и их роль по обеспечению ухода в условиях стресса
- Изменение роли на рынке труда в результате смерти членов семьи и «эффекта дополнительного работника»
- Увеличение числа случаев бытового насилия
- Возможность для более широкого участия в политической жизни
- Расширение участия женщин в экономической деятельности вследствие изменения гендерных ролей во время конфликта

(Anderlini, 2010)

увеличилось число конфликтов в пределах национальных границ и войн, связанных с деколонизацией.

Рост числа внутригосударственных конфликтов и уменьшение числа международных войн помогает объяснить увеличение числа случаев гибели гражданских лиц и сокращение числа погибших среди комбатантов. Независимо от того, происходит ли конфликт в пределах национальных границ или выходит за них, он неизменно оказывает скрытое воздействие на жизнь многих людей, которое выражается в виде хронической незащищенности и неопределенности и, в свою очередь, сказывается на качестве жизни, социальной сплоченности, средствах к существованию, правах и потенциальных возможностях развития всего населения.

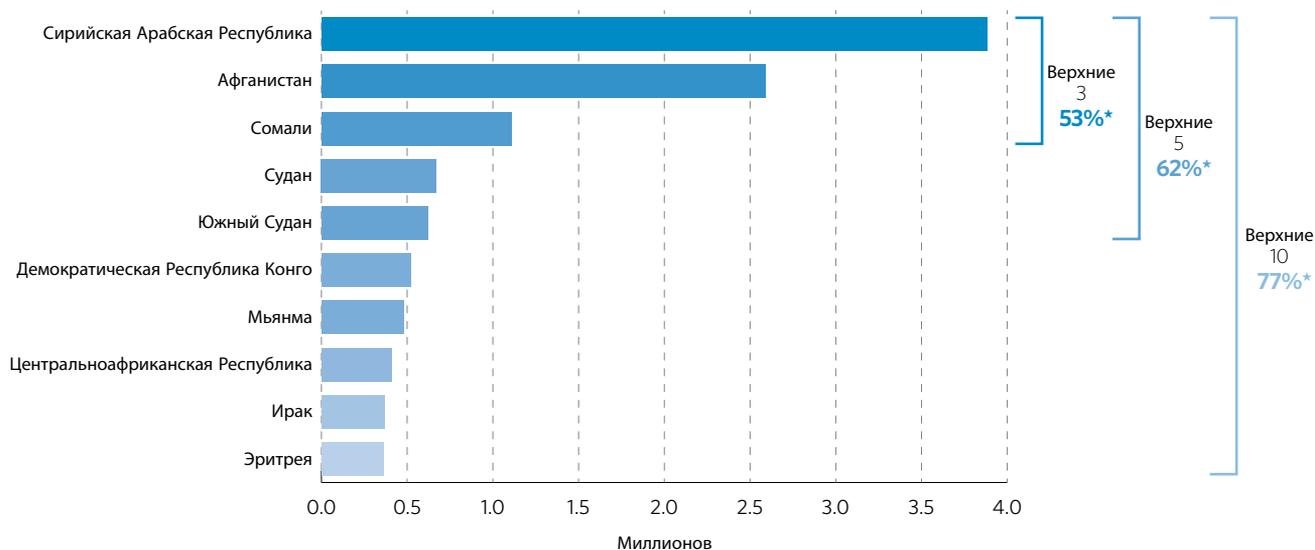
В конце Второй мировой войны 940 миллионов человек (или 40 процентов мирового населения на тот момент времени) жили в районах конфликта. К 1956 году их число резко

сократилось до 210 миллионов, или 8 процентов мирового населения. Затем это число продолжало расти, достигнув в настоящее время примерно 1 миллиард человек (Garfield et al., 2012).

Непосредственно в результате конфликтов ежегодно гибнет в среднем 168 100 человек

Число погибших является одним из показателей интенсивности или масштаба конфликта. Поколение исследователей пыталось получить надежные оценки числа людей, погибших в конфликте. Получение таких оценок особенно осложняется тем, что инициаторами конфликтов все чаще выступают негосударственные субъекты в удаленных районах и зачастую в странах, где учреждения не располагают возможностями для точного отслеживания потерь. По оценкам, в 1989–2008 годах непосредственно в результате конфликтов погибли 3 362 000 человек, что составляет в среднем 168 100 погибших в год (Garfield and Blore, 2009). Семьдесят четыре процента погибших непосредственно в результате конфликтов в

ОСНОВНЫЕ СТРАНЫ ПРОИСХОЖДЕНИЯ БЕЖЕНЦЕВ



(УВКБ, 2015)

* Отражает долю от числа беженцев во всем мире на конец 2014 года

1989–2008 годах пришлось на Центральную Африку, Восточную Африку, Ближний Восток и Северную Африку, а также Южную Азию.

Начиная с 2008 года, нарастающий конфликт на Ближнем Востоке привел к увеличению общего уровня случаев смерти непосредственно в результате конфликтов до более чем 200 000 человек в год (Price et al., 2014). В 2012 году двое из пяти человек во всем мире, погибших в бою, приходились на Сирию.

Помимо этого, число случаев смерти, являющихся результатом конфликта, но не связанных непосредственно с боевыми действиями, в некоторых странах превышает число погибших непосредственно в результате конфликтов в соотношении три к одному. Большинство этих случаев смерти, косвенно обусловленных конфликтом, происходит в странах с низким уровнем доходов, где уязвимые гражданские лица отрезаны от жизненно важных каналов доступа к иммунизации, детскому питанию и чистой воде.

Другие формы вооруженного насилия

Много жизней также уносит вооруженное насилие, не связанное с конфликтом. В докладе «Глобальное бремя вооруженного насилия в 2011 году» была предпринята попытка учесть все случаи смерти из-за огнестрельного оружия, зарегистри-

ЗАТЯНУВШИЕСЯ СИТУАЦИИ, СВЯЗАННЫЕ С ПРИСУТСТВИЕМ БЕЖЕНЦЕВ, С РАЗБИВКОЙ ПО ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ



(УВКБ, 2015)

ПЕРЕМЕЩЕНИЕ В 21-М ВЕКЕ

С 2000 ПО 2014 ГГ.



(УВКБ, 2015)

* Внутренне перемещенные лица и лица, перемещенные через международные границы. Данные о вновь перемещенных лицах доступны только с 2003 года.

рованные в гражданских системах в странах во всем мире. Согласно полученной оценке, вне рамок конфликтных ситуаций в результате применения огнестрельного оружия погибли 400 000 человек. В последние годы незащищенность и угроза вооруженного насилия в некоторых странах были основными движущими силами перемещения и миграции населения, вызывая ситуацию сродни гуманитарному кризису.

Перемещение из района конфликта

В 2014 году общая численность беженцев и внутренне перемещенных лиц во всем мире достигла 59,5 миллиона человек, что является самым высоким показателем со времен Второй

мировой войны (УВКБ, 2015). Число внутренне перемещенных лиц удвоилось в период с 2010 по 2015 годы.

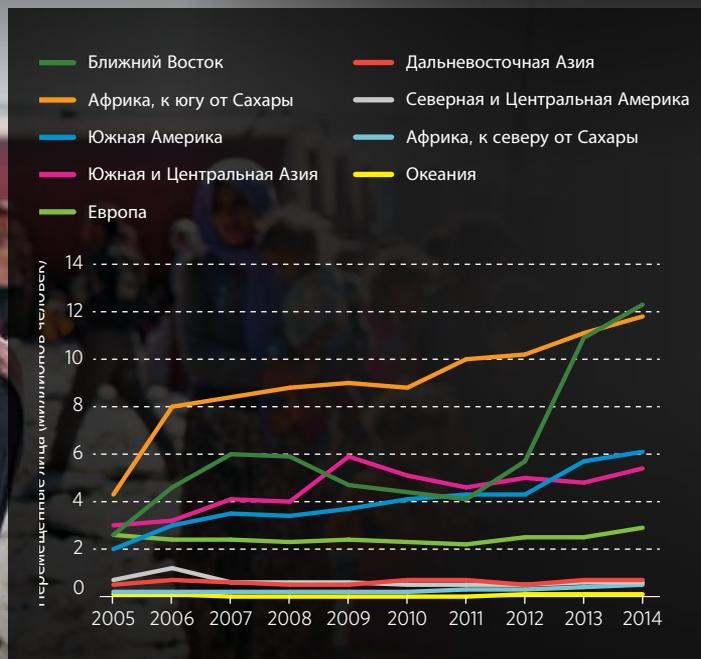
Более половины всех новых беженцев в 2014 году были выходцами из Сирии, Афганистана, Сомали и Судана. Более половины всех внутренне перемещенных лиц постоянно проживают в Сирии, Колумбии, Ираке и Судане (Центр по наблюдению за процессами внутреннего перемещения, 2015). В наши дни примерно каждый четвертый житель Ливана и каждый десятый житель Иордании являются беженцами.

В настоящее время только примерно каждый третий беженец живет в лагере. Двое из трех сегодня живут в городской местности.



ФОТО © Ali Arkady/VII Mentor Program

ЧИСЛЕННОСТЬ ПЕРЕМЕЩЕННЫХ ЛИЦ ПО РЕГИОНАМ С 2005 ПО 2014 ГГ.



(Development Initiatives, 2015)

* Понятие «перемещенные лица» включает беженцев и лиц, находящихся в схожем с беженцами положении, внутренне перемещенных лиц и просителей убежища. Внутренне перемещенные лица включают только лиц, которым оказывает защиту/помощь Верховный комиссар Организации Объединенных Наций по делам беженцев. Данные упорядочены в соответствии с определениями страны/территории убежища. Страны упорядочены в соответствии с классификацией регионов, принятой Организацией экономического сотрудничества и развития.

Хотя частота геофизических бедствий (землетрясений, цунами, вулканических извержений) оставалась в последние годы в целом постоянной, увеличивается число явлений, связанных с климатом, таких как наводнения и ураганы. В период с 2000 года по настоящее время в среднем ежегодно происходило 341 бедствие, связанное с климатом, что на 44 процента выше среднего показателя, зарегистрированного в период 1994–2000 годов.

По оценкам Исследовательского центра по эпидемиологии стихийных бедствий, в 2014 году были перемещены в результате бедствий 19,3 миллиона человек. За последние семь лет 85 процентов этих перемещений в результате бедствий было вызвано погодными явлениями, преимущественно наводнениями и ураганами. Примерно 15 процентов обусловлено землетрясениями.

Движущие силы, способствующие нестабильности

Почему в мире в наше время происходит так много кризисов? Почему мир внезапно кажется таким нестабильным?

Имеется много объяснений нестабильности и ее причин. Однако нестабильность, независимо от определения, тесно связана с такими движущими силами, как бедность, неравенство и изоляция, от которых несоразмерно сильно страдают женщины и девочки.

В нестабильных государствах живет каждый третий бедняк

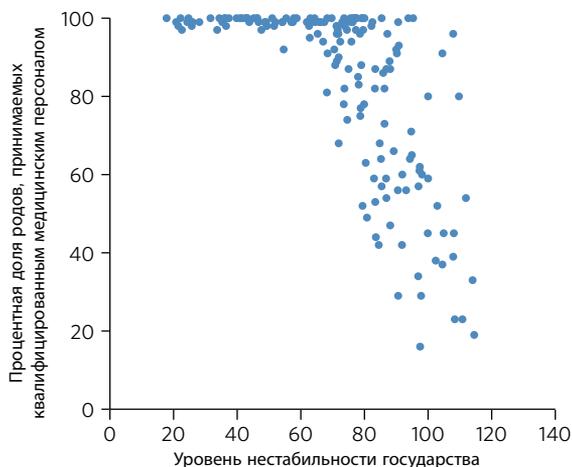
Нестабильность может проявляться в нескольких различных формах и в странах с любым уровнем доходов. По мнению Организации экономического сотрудничества и развития, «нестабильный регион или нестабильное государство обладает слабыми возможностями для осуществления основных функций государственного управления и неспособно развивать взаимовыгодные конструктивные отношения с обществом». Нестабильные государства более уязвимы перед внутренними и внешними потрясениями, такими как экономи-

ческие кризисы или стихийные бедствия (ОЭСР, 2013). Взаимоотношения между государством и обществом могут ухудшиться в результате как внутренних, так и внешних стресс-факторов, включая демографические сдвиги, технические нововведения и изменение климата.

Десять лет назад большинство нестабильных государств характеризовалось низким уровнем доходов. Согласно недавним оценкам, примерно половина нестабильных и затронутых конфликтами государств сейчас относится к странам со средним уровнем доходов. Несмотря на это изменение в уровне доходов, нищета по-прежнему сосредоточена в нестабильных государствах (ОЭСР, 2013). Нестабильные страны со средним уровнем доходов имеют общие черты, такие как высокие уровни городского и преступного насилия, рост мегаполисов с высоким уровнем насилия и большая численность частично безработной молодежи (Castillejo, 2015).

В нестабильных государствах живет треть беднейшего населения мира. Более 1 миллиарда человек, или примерно 15 процентов населения

ПРОЦЕНТНАЯ ДОЛЯ РОДОВ, ПРИНИМАЕМЫХ КВАЛИФИЦИРОВАННЫМ МЕДИЦИНСКИМ ПЕРСОНАЛОМ, НИЖЕ В НЕСТАБИЛЬНЫХ ГОСУДАРСТВАХ

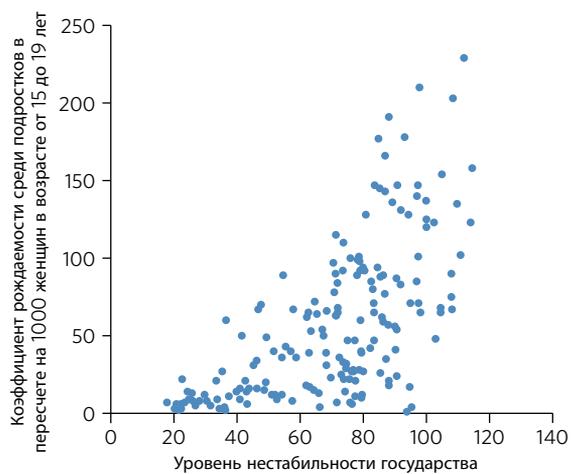




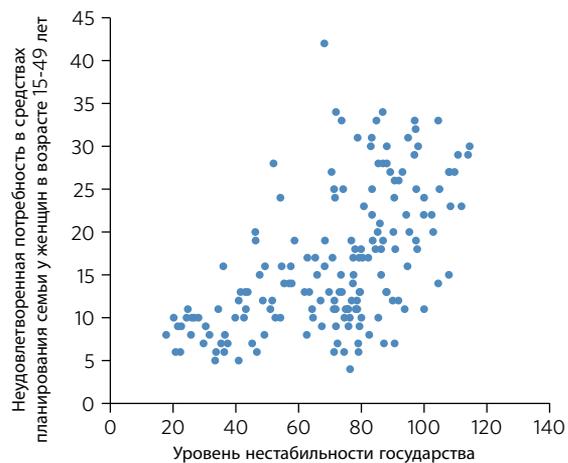
25-летняя Сапана Сувал со своими детьми в приюте для лиц, переживших землетрясение, Бхактапур, Непал.

ФОТО © Panos Pictures/Brian Sokol

КОЭФФИЦИЕНТ РОЖДАЕМОСТИ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ ОБЫЧНО ВЫШЕ В НЕСТАБИЛЬНЫХ ГОСУДАРСТВАХ



НЕУДОВЛЕТВОРЕННАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В СРЕДСТВАХ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ В ЦЕЛОМ ВЫШЕ СРЕДИ БОЛЕЕ НЕСТАБИЛЬНЫХ ГОСУДАРСТВ



АСПЕКТЫ НЕСТАБИЛЬНОСТИ

ОРГАНИЗАЦИЯ ЭКОНОМИЧЕСКОГО СОТРУДНИЧЕСТВА: ИНДЕКС НЕСТАБИЛЬНОСТИ ГОСУДАРСТВ

В 2015 ГОДУ

Этот индекс показывает уязвимость стран и территорий перед конфликтами и бедствиями на основании анализа пяти основных аспектов: уровень насилия, степень доступности правосудия и верховенства права, степень эффективности и подотчетности национальных учреждений и их открытости для всех, уровень экономической стабильности и уровень потенциала противодействия в плане способности выдерживать потрясения и бедствия и адаптироваться к ним.

УЯЗВИМОСТЬ В АСПЕКТАХ:



НАСИЛИЕ



ПРАВОСУДИЕ



УЧРЕЖДЕНИЯ



ПОТЕНЦИАЛ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ



ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ

9 СТРАН



Центральнаяафриканская Республика
Чад
Демократическая Республика Конго
Кот-д'Ивуар
Гвинея
Гаити
Судан
Свазиленд
Йемен

5 АСПЕКТОВ

13 СТРАН



Экваториальная Гвинея
Эритрея
Гвинея-Бисау
Мавритания
Того
Зимбабве



Афганистан
Бурунди
Непал
Южный Судан



Эфиопия
Нигерия
Сомали

4 АСПЕКТА

26 СТРАН



Алжир
Сирийская Арабская Республика



Камерун
Лаосская Народно-Демократическая Республика



Ангола
Либерия



Кения
Уганда



Коморские Острова
Мадагаскар
Республика Конго
Сьерра-Леоне



Бангладеш
Ливия
Мьянма
Пакистан
Венесуэла



Гамбия
Малави
Мозамбик
Нигер
Тимор-Лешти



Гондурас
Лесото
Мали
Палестина

3 АСПЕКТА

22 СТРАНЫ



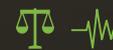
Индия
Панама
Сербия (Косово)



Иран
Ирак



Джибути



Папуа-Новая Гвинея
Соломоновы Острова
Замбия



Бенин
Буркина-Фасо
Кирибати
Сан-Томе и Принсипи
Суринам



Камбоджа
Фиджи
Таджикистан
Туркменистан



Колумбия
Гватемала
Парагвай
Руанда

2 АСПЕКТА

мира, живет в крайней нищете, согласно оценкам Всемирного банка (Всемирный банк, 2015а). Крайняя нищета, ранее сконцентрированная в Восточной Азии, сместилась в страны Африки к югу от Сахары и в Южную Азию, где в настоящее время проживает 80 процентов беднейшего населения мира, большую часть которого составляют женщины и дети (Всемирный банк, 2015b).

Малоимущие особенно уязвимы перед последствиями конфликта, при этом различные оценки нестабильности позволяют предположить, что высокие уровни бедности и неравенство доходов могут способствовать нестабильности. У бедных меньше экономических, социальных и других ресурсов, помогающих им пережить конфликты или оправиться от их последствий, что, в свою очередь, может усугублять бедность.

Две трети деторождений без акушерской помощи происходит в нестабильных государствах

Несмотря на глобальный экономический и социальный прогресс, достигнутый в последние десятилетия, значительная и продолжающая расти часть человечества живет в условиях большей незащищенности и нестабильности. Именно эти страны являются источником основных проблем, влияющих на стабильность, развитие и достижение социального прогресса. Гейтс и др. (2010) обобщили информацию об этом воздействии, представив данные, свидетельствующие о том, что в 2010 году почти половина населения в странах с низким уровнем доходов проживала в государствах, которые характеризуются нестабильностью, переживают конфликт или восстанавливаются после конфликта. На эти же районы приходилось 60 процентов людей в мире, страдающих от недоедания, 77 процентов детей, не посещающих начальную школу, 70 процентов случаев младенческой смертности и 64 процента деторождений без акушерской помощи.

При сопоставлении нестабильности государств с основными показателями репродуктивного здоровья возникают корреляции, показывающие, что



Жители Юнион-Бальсалито, Колумбия.

ФОТО © UNFPA/Daniel Baldotto

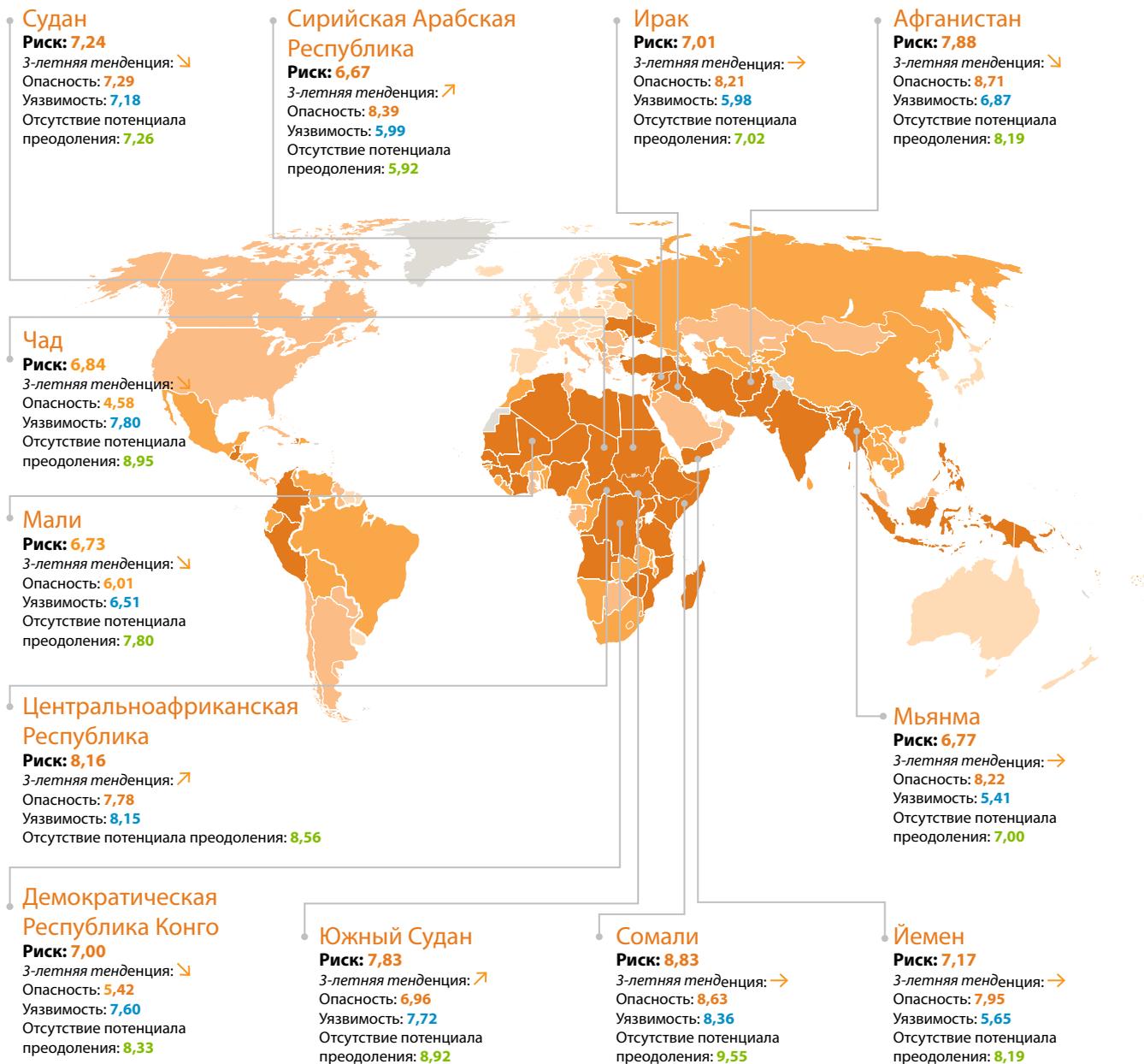
крайне нестабильные государства чаще характеризуются меньшим числом родов, принимаемых квалифицированными специалистами, более высоким числом случаев беременности в подростковом возрасте и более значительной неудовлетворенной потребностью в планировании семьи.

Оценка нестабильности

Несколько групп разработали средства для оценки того, является ли государство нестабильным и, следовательно, уязвимым перед конфликтом или последствиями бедствий. (ОЭСР, 2015).

Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) каждый год публикует «Индекс нестабильности государств», который показывает уязвимость стран и территорий перед конфликтами и бедствиями на основании анализа пяти основных аспектов: уровень насилия, степень доступности правосудия и верховенства права, степень эффективности и подотчетности национальных учреждений и их открытости для всех, уровень экономической стабильности и уровень потенциала противодействия в плане способности выдерживать потрясения и бедствия и адаптироваться к ним. Девять из 50 наиболее нестабильных мест имеют низкие показатели по всем пяти аспектам (ОЭСР, 2015).

Индекс общего риска позволяет выявить страны, подвергающиеся риску в результате гуманитарных кризисов и бедствий, которые могут превысить национальный потенциал реагирования. Он охватывает три аспекта: опасность и воздействие, уязвимость и отсутствие потенциала преодоления. На этой карте представлены сведения по 12 странам с самым высоким общим риском.



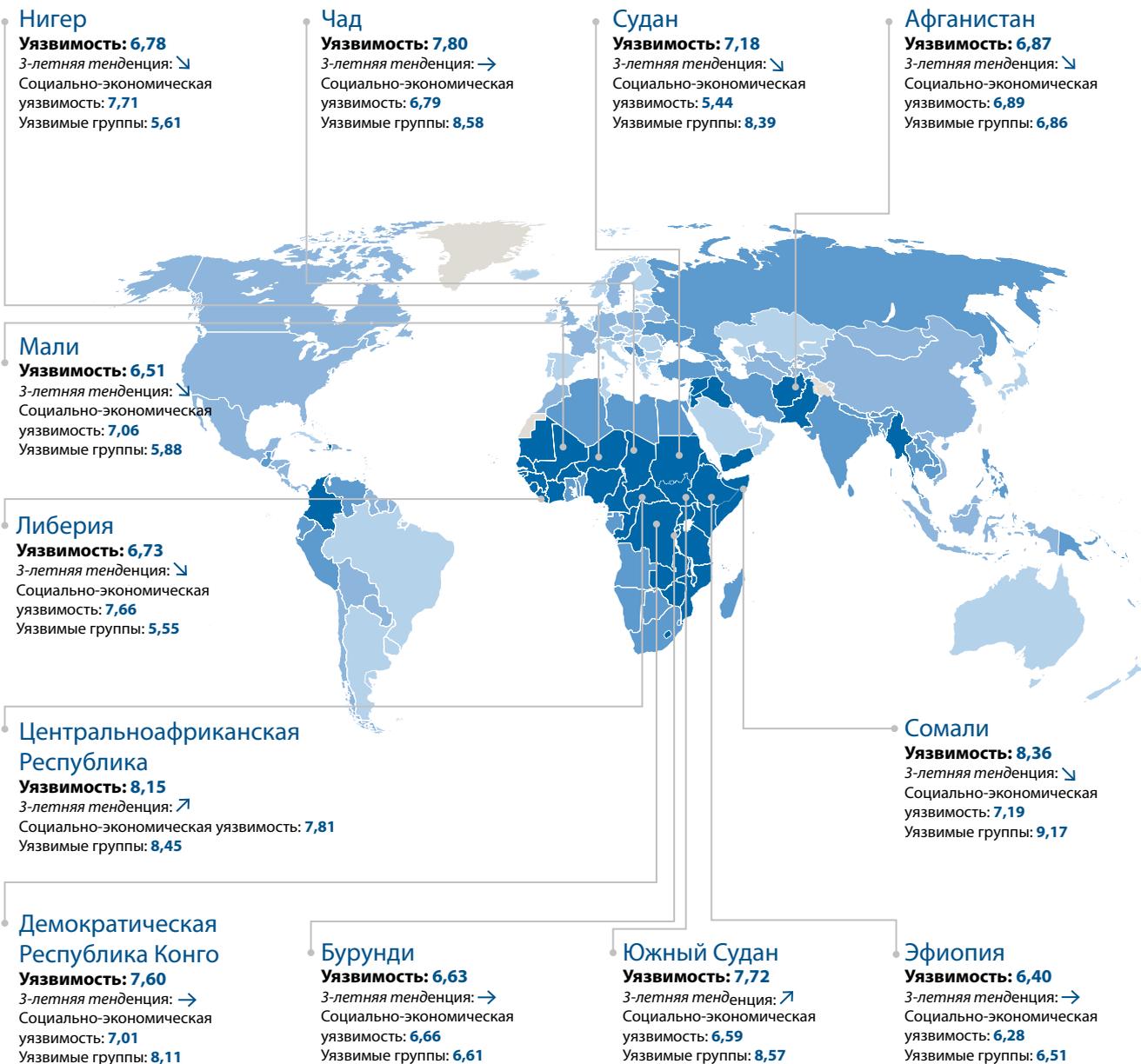
ИНДЕКС РИСКА INFORM



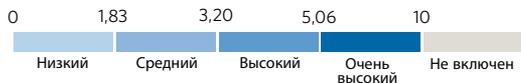
ОБОЗНАЧЕНИЯ ↗ Растущий риск → Стабильная ситуация ↘ Снижающийся риск

(INFORM, 2015)

Этот аспект служит для оценки подверженности людей потенциальным опасностям. Он состоит из двух категорий: социально-экономическая уязвимость и уязвимые группы. На этой карте представлены сведения по 12 странам с самыми высокими значениями в плане уязвимости.



ИНДЕКС УЯЗВИМОСТИ INFORM



ОБОЗНАЧЕНИЯ ↗ Растущий риск → Стабильная ситуация ↘ Снижающийся риск

(INFORM, 2015)

ПЯТИЛЕТНИЕ ТЕНДЕНЦИИ РИСКА ПО ОПРЕДЕЛЕННЫМ ВСЕМИРНЫМ БАНКОМ ГРУППАМ СТРАН С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ ДОХОДА, С 2011 ПО 2015 ГГ.

	Пятилетние тенденции риска по определенным Всемирным банком группам стран с различным уровнем дохода, 2011-2015 гг.				
	Низкий доход (35)	Доход ниже среднего (47)	Доход выше среднего (55)	Высокий доход: не члены ОЭСР (22)	Высокий доход: члены ОЭСР (31)
Значительное повышение (>0,5)	3	6	4	2	0
Стабильная ситуация (<0,5 / >-0,5)	10	13	8	4	2
Значительное снижение (<-0,5)	22	28	43	16	29

(INFORM, 2015)

Еще один показатель - «Глобальный индекс миролюбия» - служит для оценки уровня миролюбия в 162 странах. Этот индекс, публикуемый Институтом экономики и мира, служит для оценки уровня безопасности в обществе, степени внутреннего и международного конфликта и степени милитаризации. Согласно этому индексу, в 2013–2014 годах 78 стран стали менее миролюбивыми (ИЭМ, 2014).

Публикуемый Фондом мира Индекс нестабильности государств подготавливается на основе анализа 12 аспектов уязвимости, включая оценку несправедливости или справедливости экономического развития, степень соблюдения прав человека и свобод, степень бедности и экономического спада, частоту бедствий и доступность основных услуг, в частности образования и здравоохранения, для всего населения. Согласно этому индексу, «крайне пристального внимания» требуют четыре страны, при этом список возглавляет Южный Судан, за которым следуют Сомали, Центральнаяафриканская Республика и Судан. В 2013–2014 годах показатели нестабильности в этом индексе несколько ухудшились в 67 странах (FFP, 2015).

Независимо от индекса, все больше стран считаются нестабильными и, следовательно, более уязвимыми перед конфликтом или последствиями бедствий.

Оценка риска

Гуманитарные кризисы и бедствия не всегда можно предотвратить, но можно значительно уменьшить их воздействие. Понимание риска, связанного с кризисами и бедствиями, является важнейшим шагом к его сокращению и управлению им. Оценка риска имеет целью выявление и определение приоритетности людей и мест, наиболее подверженных риску бедствия, и поиск способов сокращения и контроля рисков, с которыми они сталкиваются (INFORM, 2015).

В рамках Индекса управления рисками (INFORM) - совместного проекта Организации Объединенных Наций, международных и двусторонних организаций и исследовательских учреждений - используются 50 различных показателей для оценки факторов риска и подверженности им людей, уязвимости, а также объема и вида ресурсов, имеющихся для оказания им помощи в преодолении трудностей (INFORM, 2015).

Данные INFORM свидетельствуют о том, что риск гуманитарных кризисов повысился в трех странах с низким уровнем доходов, шести странах с уровнем доходов ниже среднего, четырех странах с уровнем доходов выше среднего и двух странах с высоким уровнем доходов, не являющихся членами ОЭСР (INFORM, 2015).

Кроме того, индекс INFORM показывает, что риск значительно снизился в 22 странах с низким уровнем доходов, 28 странах с уровнем доходов ниже среднего, 43 странах с уровнем доходов выше среднего, 16 странах с высоким уровнем доходов, не являющихся членами ОЭСР, и 29 странах-членах ОЭСР с высоким уровнем доходов (INFORM, 2015).

По данным Института зарубежного развития, 11 странами, наиболее подверженными риску бедности, вызываемой бедствиями, являются Бангладеш, Демократическая Республика Конго, Кения, Мадагаскар, Непал, Нигерия, Пакистан, Судан, Уганда, Эфиопия и Южный Судан (ODI et al., 2013).

Если не принимать во внимание подверженность землетрясениям и циклонам и оценивать только угрозы, связанные с засухами, экстремальными температурами и наводнениями, то оказывается, что к 2030 году в 45 странах, наиболее подверженных этим факторам риска, будут жить в условиях крайней нищеты целых 319 миллионов человек. Это обстоятельство вызывает серьезную обеспокоенность, поскольку угрозы, связанные с засухами и наводнениями, относятся к числу наиболее сильных потрясений, если говорить о причинах долгосрочного обнищания (ODI et al., 2013).

Во всем мире возрастают степень тяжести стихийных бедствий и причиняемый ими материальный ущерб. Стихийные бедствия, классифицируемые либо как климатические, либо как геофизические, происходят, когда опасные природные явления затрагивают жизнь людей или их средства к существованию. В наше время стихийные бедствия преимущественно объясняются все большим числом климатических бедствий, включая ураганы и наводнения (CRED, 2015).

В докладе Всемирного банка под названием «Убавьте тепло» освещаются радикальные последствия глобальных изменений климата и экстремальных погодных явлений в связи с ростом глобальной температуры (Всемирный банк, 2013). Воздействие повышения глобальной температуры несоразмерно концентрируется в странах с низким и средним уровнем доходов и малых островных

развивающихся государствах. Бедные и наиболее уязвимые группы населения чаще всего страдают в наибольшей степени и при этом имеют самые ограниченные возможности или доступ к ресурсам, которые позволили бы им адаптироваться и оправиться от последствий.

В течение последних 50 лет частота засух постепенно возрастала в Восточной Африке, но сокращалась в Западной Африке. Сомали, Бурунди, Нигер, Эфиопия, Мали и Чад были отнесены к числу стран с самой высокой относительной уязвимостью перед засухой, исходя из показателя уязвимости перед засухой (Shiferaw et al., 2014).

В странах Африки к югу от Сахары 90 процентов продовольствия и корма для скота производится с использованием неорошаемого земледелия, которое также обеспечивает 70 процентов основных средств к существованию населения (Shiferaw et al., 2014). Жизнь и средства к существованию бедных слоев населения, особенно женщин, которые обеспечивают до 70 процентов производства



Центр лечения лихорадки Эбола в Марбенте, Сьерра-Леоне.
ФОТО © UN ФОТО/Martine Perset

продовольствия в регионе, в наибольшей степени подвержены угрозе засухи, поскольку они обладают наименьшими возможностями для адаптации к засухе в результате высоких уровней хронической бедности. (Gawaya, 2008).

Гендерный фактор, урбанизация и гуманитарные кризисы

Урбанизация изменяет наш мир и характер гуманитарных кризисов и мер реагирования. Впервые в истории в городах проживает более половины мирового населения. По мере того, как все большее число людей в развивающихся странах селится в трущобах мегаполисов, они, в свою очередь, все чаще первыми подвергаются ударам стихийных бедствий. Быстрый рост городского населения, беспрецедентный приток перемещенных лиц и возрастающая возможность опасных погодных явлений повышают риск гуманитарных катастроф в городской местности.

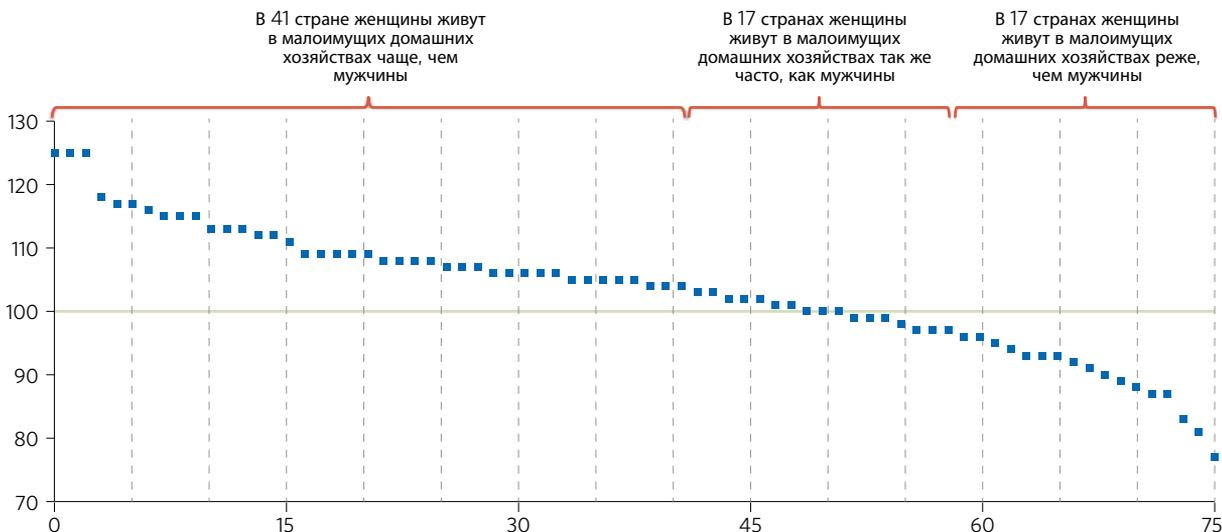
Рост численности городского населения все чаще концентрируется в развивающихся странах, где в города еженедельно мигрируют 1,2 миллиона человек (ООН-Хабитат, 2013). Страны Африки к югу от Сахары и Азия сталкиваются с беспрецедентными уровнями урбанизации, но также являются наименее развитыми регионами и хуже всего подготовлены к тому, чтобы справиться с притоком мигрантов.

Быстрая урбанизация, ненадлежащее планирование и дефицит земли вынуждают бедные и уязвимые группы населения жить в трущобах или неформальных поселениях в районах, характеризующихся повышенной уязвимостью перед бедствиями.

По оценкам, 1 миллиард людей проживает в неформальных поселениях, 90 процентов из которых находится в развивающихся странах (Норвежский совет по делам беженцев, Центр по наблюдению за процессами внутреннего перемещения, 2015a).

ЖЕНЩИНЫ В БОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ПОДВЕРЖЕНЫ ОПАСНОСТИ ОКАЗАТЬСЯ В НИЦЕТЕ

Соотношение женщин и мужчин трудоспособного возраста (от 20 до 59 лет) в самом нижнем квинтиле материального благосостояния среди всех домохозяйств в отобранных развивающихся странах, 2000–2013 гг.



Примечания: Этому показателю присваивается вес исходя из соотношения женщин и мужчин в возрасте 20–59 лет во всех домашних хозяйствах, чтобы отразить тот факт, что женщины могут быть чрезмерно представлены среди всего населения. В нем используется индекс благосостояния в обследованиях в области демографии и здравоохранения и обследованиях по многим показателям с применением метода гнездовой выборки в качестве косвенного показателя нищеты. Значения выше 103 указывают, что женщины чрезмерно представлены в самом нижнем квинтиле материального благосостояния, в то время как значения ниже 97 указывают, что мужчины чрезмерно представлены в самом нижнем квинтиле материального благосостояния. Значения в диапазоне от 97 до 103 указывают на паритет.

(Организация Объединенных Наций, 2015a) Перепечатано с разрешения Организации Объединенных Наций



Лодка в Сицилийском проливе, в 70 милях от побережья Ливии.
ФОТО © Franco Pagetti/VII

Мигранты, беженцы и внутренне перемещенные лица представляют значительную и все возрастающую часть городских неформальных поселенцев, поскольку не могут позволить себе более приемлемые жилищные условия. Многие из этих поселений расположены в районах со слабо развитой сферой услуг, в которых отсутствует основная инфраструктура, например, здравоохранение, доступ к свежей воде и канализации.

Неформальные поселенцы более уязвимы перед последствиями таких опасных природных явлений, как землетрясения, по сравнению с населением в целом, поскольку они часто вынуждены жить в жилищах низкого качества, не рассчитанных на то, чтобы выдерживать подземные толчки. Эти импровизированные жилища расположены преимущественно в опасных районах, которые чаще страдают в случае стихийных бедствий; к их числу относятся полигоны промышленных отходов, поймы рек и нестабильные утесы.

Наблюдается тенденция, когда все большее число женщин самостоятельно мигрирует из сельской местности в городские центры. Глубинные движущие силы городской миграции женщин и ее последствия связаны с проблемами социального неравенства и гендерными факторами. И мужчины, и женщины мигрируют в города в поисках лучшей жизни в плане экономических возможностей и доступа к услугам. Подталкивать женщин к миграции в города могут несколько гендерных факторов, варьирующихся от принудительного выселения до роста домашнего насилия, пагубной практики, такой как вступление в брак в детском возрасте, или проблем со здоровьем, связанных с ВИЧ и СПИДом (СОНРЕ, 2008).

Женщины и девочки в несоразмерной степени страдают от плохих жилищных условий городских трущоб и аварийного жилья, поскольку они проводят больше времени дома и в общинах, заботясь о своих семьях. Здоровье и безопасность женщин являются серьезной проблемой в городских нефор-

мальных поселениях, поскольку они сталкиваются с плохими санитарными условиями, угрозами безопасности, повышенным сексуальным насилием и воздействием таких бедствий, как наводнения и пожары (COHRE, 2008). Плохое уличное освещение, недостаточно развитый общественный транспорт, отсутствие патрулей на улицах и отсутствие дверей с замками в жилищах способствуют гендерному насилию и повышают уязвимость женщин с точки зрения изнасилования (ООН-Хабитат, 2013).

Доля городского населения, проживающего в трущобах, продолжает расти в странах, затронутых конфликтом или оправляющихся от конфликта. В ходе недавнего исследования было установлено, что в 41 из 75 стран, по которым имелись дезагрегированные по признаку пола данные, женщины чаще живут в бедности.

Слабый сектор здравоохранения и нестабильность

Нестабильные страны имеют самые низкие показатели в области здравоохранения, причем плохое состояние здравоохранения может способствовать нестабильности. Но и нестабильность государства может, в свою очередь, быть причиной высоких показателей заболеваемости и смертности в результате неэффективного оказания услуг (Naag and Rubinstein, 2012).

В 2014 году на Западную Африку обрушилась крупнейшая в истории эпидемия лихорадки Эбола. Наиболее пострадавшие страны – Гвинея, Либерия и Сьерра-Леоне – являются нестабильными государствами (ПРООН, 2015а).

Опустошительный 14-летний конфликт привел к разрушению значительной части инфраструктуры Либерии, поэтому к моменту начала эпидемии лихорадки Эбола сектор здравоохранения не мог противостоять кризису вследствие недостаточной оснащенности и нехватки персонала (ПРООН, 2015а).

В нестабильных странах отмечаются низкие показатели репродуктивного здоровья, вызванные ослаблением инфраструктуры здравоохранения и

нехваткой персонала в медицинских учреждениях, что в совокупности может приводить к сокращению доступа к услугам, предметам снабжения и информации в сфере охраны репродуктивного здоровья. В 2003–2006 годах в 18 странах, затронутых конфликтами, на охрану репродуктивного здоровья расходовалось лишь 1,30 долл. в год (Patel et al., 2009).

Кризисы препятствуют развитию и ведут к сильной уязвимости

Конфликты, насилие, нестабильность, крайняя нищета и уязвимость перед бедствиями являются глубоко взаимосвязанными условиями, из-за которых в настоящее время более 1 миллиарда человек не могут пользоваться огромными социальными и экономическими выгодами, достигнутыми с момента окончания Второй мировой войны.

Сложное сочетание частично перекрывающих друг друга факторов риска способствует перемещению населения и определяет модели его передвижения и потребности в нестабильных и затронутых конфликтами странах. Другие дополнительные аспекты уязвимости (гендер, этническая принадлежность, доход и место жительства), судя по всему, связаны с повышенной вероятностью долгосрочного ущерба и затрудняют последующее восстановление. И, перекрывая все аспекты социальной изоляции, сильную уязвимость создают бедность и низкая школьная успеваемость.

Главным образом именно нестабильные страны, затронутые конфликтами или бедствиями, не справляются со своей задачей по достижению Целей развития тысячелетия. При этом именно в нестабильных государствах имеет место большинство случаев материнской смертности, вызванных отсутствием неотложной помощи в угрожающих жизни ситуациях или доступа к такой помощи.

Кризисы беженцев и мигрантов 2015 года и эпидемия лихорадки Эбола являются напоминанием о том, как кризисы и чрезвычайные

ситуации ведут к гибели людей, нарушают нормальный ход и ухудшают качество их жизни, ставят под угрозу перспективы развития стран и могут повлиять на все международное сообщество. Оставлять на произвол судьбы страны и общины, опустошенные конфликтами и бедствиями, нельзя.

Хотя бедствий и конфликтов в последние годы не стало больше, увеличились их масштаб, сложность и воздействие, в частности, в беднейших странах, при этом от них несоразмерно сильно пострадали женщины и девочки, поскольку они находятся в несоразмерно менее благоприятном положении в плане доступа к услугам, включая охрану сексуального и репродуктивного здоровья и планирование семьи, а также доступа к экономическим и социальным ресурсам и

учреждениям, которые необходимы им для создания своего общественного капитала и повышения готовности выдерживать кризисы и оправляться от их последствий.

Нестабильность и уязвимость перед конфликтами или последствиями бедствий усугубляются многими факторами, включая бедность, неравное развитие, отрицание прав человека и слабость учреждений. Нестабильность является многогранной проблемой, требующей принятия комплексных мер реагирования.

Как бы то ни было, мы в конечном итоге живем в едином мире, и наш прогресс на пути вперед будет всегда затруднен, пока мы не научимся смягчать, предупреждать и контролировать нестабильность, конфликты и бедствия.

Несоразмерные страдания женщин и девочек-подростков

Кризис может повышать риски для женщин и девочек и усиливать их уязвимость перед ВИЧ-инфекцией, незапланированной и нежелательной беременностью, материнской смертностью, гендерным насилием, вступлением в брак в детском возрасте, изнасилованием и торговлей людьми.

Порочный круг конфликта, нищеты и изоляции подрывает здоровье и права женщин и девочек в Колумбии



«Я начала работать акушеркой 37 лет назад, – говорит Нейда Ваитото, одна из четырех акушерок в Докордо, речной общине, насчитывающей около 1200 жителей, преимущественно африканского происхождения, и расположенной в отдаленном районе джунглей в Колумбии, в двух часах езды на катере от ближайшего города. –

В 1978 году пришли монахини и научили нас, как принимать роды, а также дали нам материалы для работы». С тех пор, добавляет она, акушерки Докордо прошли определенную дополнительную подготовку, однако нового оборудования не получали. Тем не менее они смогли за эти годы безопасно принять сотни родов. «И никто из матерей не умер», – говорит Ваитото, которая неделей раньше помогла женщине родить близнецов.

Нимиа Тереза Варгас

ФОТО © UNFPA/Daniel Baldotto

Акушерки крайне необходимы для выживания женщин и младенцев в Докордо и десятках других отдаленных колумбийских общин, которые по сути отрезаны от государственных служб здравоохранения не только из-за географического положения, но и из-за вооруженного конфликта и насилия, раздирающих большие районы страны в течение более чем 50 лет. До настоящего времени конфликт привел к перемещению почти 7 миллионов человек. Девять из 10 перемещенных лиц являются представителями групп коренного населения.

Негосударственные субъекты, включая Революционные вооруженные силы Колумбии (РВСК), Национально-освободительную армию (НОА), полувоенные формирования, организованные преступные группы и колумбийских военнослужащих, десятилетиями конфликтуют друг с другом, в результате чего многие общины в буквальном



Нейда Вайтото (слева) и Мария-Эстела Ибаргуен, Докордо, Колумбия.
ФОТО © UNFPA/Daniel Baldotto

смысле слова попадают под перекрестный огонь, а многие другие становятся более уязвимыми к принуждению, эксплуатации, запугиванию и злоупотреблениям.

Боевые действия и насилие тяжело сказываются на общинах в ряде провинций или «департаментов», включая Чоко, где расположена Докордо, вызывая и усугубляя бедность и недостаточное развитие в этом регионе. Четверо из пяти человек в Чоко живут в крайней нищете.

Материнская смертность выше в районах, затронутых конфликтами

Конфликты и насилие (и вызываемая ими изоляция) также тяжело сказываются на здоровье женщин. Материнская смертность почти в восемь раз выше в общинах, где присутствуют вооруженные группы. Другие показатели в области здравоохранения также свидетельствуют об отрицательном

влиянии, оказываемом проблемами безопасности на сексуальное и репродуктивное здоровье проживающих там людей: смертность в результате ВИЧ-инфекции и СПИДа вдвое превышает национальный показатель, а число беременностей среди девочек-подростков в возрасте до 15 лет вдвое выше, чем в других районах страны.

Вайтото говорит, что некоторые роды в Докордо слишком сложны и она не может принять их самостоятельно; для спасения жизни необходимо врачебное вмешательство. Однако вследствие ситуации с обеспечением безопасности в этом районе и крайней изолированностью община в повседневной жизни не имеет доступа к врачу. «Если врачи все же приезжают, они никогда не задерживаются надолго», – говорит она. Недавно община четыре месяца жила без помощи врачей или других медицинских специалистов.

Это значит, что некоторым женщинам приходится часами добираться на катере до больницы в Буэнавентуре, а стоимость такой поездки непозволительно высока для большинства из них. А если осложнение возникает ночью, то из-за угрозы насилия после наступления темноты о поездке в больницу не может быть и речи. Медикаменты, которые могут помочь спасти мать и ребенка, по большей части недоступны, и так было даже до закрытия местного медпункта из-за отсутствия ресурсов.

Мария-Эстела Ибаргуен — еще одна акушерка в Докордо. Она и Вайтото принимали роды друг у друга. Ее беспокоит то, что акушерки общины стареют, а молодежь не торопится занять их место. «Как будут обстоит дела в будущем, после того, как уйдет старшее поколение?»

Санитарно-гигиенические условия для женщин вызывают еще более серьезную

Гуманитарные кризисы несомерно сильно сказываются на женщинах и девочках-подростках.

Любые кризисы, внезапные или затяжные, подвергают женщин и девочек (а также их сексуальные и репродуктивные здоровье и права) большому числу несомерно высоких рисков.

Конфликты и бедствия могут усугубить и без того плохую ситуацию. Что касается женщин и девочек-подростков, наступление кризиса может привести к еще более высокому риску инфекций, передаваемых половым путем, включая ВИЧ-инфекцию, незапланированной и нежелательной беременности, материнской заболеваемости и смертности, а также другим рискам для здоровья матерей и новорожденных. Женщины и девочки-подростки также подвергаются повышенному риску гендерного насилия, включая насилие со стороны интимных партнеров, изнасилование, ранний брак и торговлю людьми.

Крах системы предоставления услуг и гендерное неравенство усугубляют уязвимость

Не у всех женщин и молодых людей судьбы складываются одинаково. На их жизненный опыт влияет сложное сочетание таких факторов, как возраст, пол, семейное положение, экономический статус или место жительства. Другие факторы уязвимости зависят от того, являются ли они представителями этнического меньшинства, живут ли они с ВИЧ или имеют инвалидность, являются ли они беженцами, внутренне перемещенными лицами или малоимущими, пользуются ли поддержкой со стороны семьи или имеют иждивенцев.

Взаимное наложение этих факторов, зачастую в сложных и многообразных сочетаниях, влияет на риски и факторы уязвимости, с которыми сталкиваются отдельные лица.

Исследования и опыт способствуют более глубокому пониманию этих различий, а также более детальному восприятию того, каким образом кризисы влияют на женщин и молодых людей, особенно девочек-подростков. Тем не менее,

обеспокоенность на другом берегу реки в Юнион-Бальсалито, общине коренной народности вунаан, насчитывающей примерно 360 жителей. Там акушерки используют традиционные способы родовспоможения, но не имеют самых элементарных расходных материалов, таких как резиновые перчатки.

Для женщин в Юнион-Бальсалито получение доступа к услугам, даже в Буэнавентуре, особенно затруднено: большинство из них не говорит по-испански и имеет еще меньше средств, чем их соседи на другом берегу реки. А некоторые из тех, кто сумел добраться до городов в поисках услуг, столкнулись с дискриминацией со стороны их поставщиков.

Правительство задействует разъездные медицинские бригады по всей стране, чтобы предоставлять основные услуги малоимущим и маргинализированным группам

населения в таких местах, как Докордо. Однако ситуация с обеспечением безопасности во многих частях страны не позволяет охватить услугами многие из наиболее нуждающихся в них общин.

Регулярному доступу к расходным материалам, медикаментам и услугам, включая неотложную акушерскую помощь и планирование семьи, препятствуют конфликты и насилие, а также стихийные бедствия, особенно наводнения и оползни в этом районе, в котором ежегодно выпадает в среднем 1028 см осадков.

По оценкам Организации Объединенных Наций, только за первые шесть месяцев 2015 года 2 миллиона человек «пострадали от ограничения доступа или мобильности» в результате «122 событий, связанных с военными действиями, стихийными бедствиями или массовыми выступлениями».

Использование сексуального насилия в качестве средства ведения войны

Конфликты не только препятствуют доступу к услугам здравоохранения, но и непосредственно сказываются на здоровье, жизни и выживании тысяч женщин и девочек.

Согласно исследованию, проведенному Оксфам и «Домом женщины», в ходе конфликта, продолжающегося в стране многие десятилетия, примерно 500 000 женщин и девочек подверглись изнасилованию или иным формам сексуального насилия. Иногда изнасилование используется как средство ведения войны. В других случаях оно используется для запугивания целых общин, когда преступники угрожают напасть на других жителей общины, которая отказывается соблюдать лояльность к одной вооруженной группе, а не к другим. При этом имеющиеся данные указывают на то, что каждой десятой жертвой сексуального

выявление этих различий в опыте зачастую осложняется нехваткой надежных данных, сбор которых в условиях кризиса может быть весьма затруднительным.

Несмотря на наличие важных различий между женщинами и молодыми людьми в любом отдельно взятом кризисе, существуют два общих главных фактора, способствующих повышенному риску. Первым является гендерное неравенство, которое не только сохраняется во время гуманитарных кризисов, но и зачастую усиливается.

Многие общества характеризуются глубоко укоренившимся гендерным неравенством и дискриминацией по признаку пола, при которых женщины и девочки имеют меньше прав и более низкий статус в своих семьях и общинах по сравнению с мужчинами и мальчиками. Неравенство проявляется в меньшем доступе к образованию, экономическим и политическим ресурсам и социальным сетям. Оно может также приводить к смертельному исходу – когда родители, столкнувшись с нехваткой продовольствия, отдают всю еду или большую ее часть мальчикам.

“ Стихийные бедствия и вооруженные конфликты являются ... глубоко дискриминационными процессами, которые затрагивают женщин, мужчин, девочек и мальчиков весьма разными способами. ”

Mazurana et al., 2011

В отличие от мальчиков-подростков девочки-подростки обычно имеют меньше доступа к информации о сексуальном и репродуктивном здоровье, сетям сверстников, а также возможностям и ресурсам, которые могли бы помочь им развить навыки, способности и потенциальные возможности (Женская комиссия по делам беженцев, 2014). В результате гендерного неравенства женщины и девочки оказываются в ситуациях повышенных

насилия в районах, затронутых конфликтами, являются мужчины.

Нимиа Тереза Варгас руководит Сетью женщин департамента Чоко со штаб-квартирой в Кибдо. Эта сеть, получающая техническую и финансовую помощь и предметы снабжения, такие как акушерские наборы, от ЮНФПА и других подразделений Организации Объединенных Наций, начала свою деятельность в 1991 году как группа по расширению прав и возможностей женщин, однако с тех пор превратилась в правозащитную организацию, которая

также предоставляет услуги жертвам сексуального насилия.

«Когда женщины начали узнавать о своих правах в наших дискуссионных группах, все большее число из них стало говорить о пережитом сексуальном насилии», – говорит Варгас. – Начали вскрываться случаи, когда вооруженные субъекты пытались получить контроль над общинами, используя сексуальное насилие как стратегию, демонстрирующую их власть».

По ее словам, преступник зачастую насилует женщину на глазах у мужа или девочку на глазах у отца, чтобы установить контроль и показать, что может случиться с остальными, если жители общины не уступят требованиям той вооруженной группы, которая им угрожает.

В ответ на это организация Варгас приступила к созданию групп поддержки лиц, переживших насилие, а также начала систематически сообщать об инцидентах в государственные органы и добиваться того, чтобы женщины в департаменте Чоко получили доступ не только к качественной медицинской помощи, но и к правосудию.

Вооруженные группы, ответственные за сексуальное насилие, неоднократно угрожали жизни Варгас, а однажды убили женщину, которая участвовала в одной из учебных программ ее сети, а позже стала активисткой, не скрывающей своих убеждений.

Новая поддержка жертв насилия

В 2011 году Колумбия приняла Закон № 1448 «О правах жертв и реституции земли», призванный оказать помощь жертвам вооруженного конфликта, численность которых в стране составляет, по оценкам,

Ваитото (слева) с матерью, которой она помогла родить ребенка.

ФОТО © UNFPA/Daniel Baldotto



“ Очевидная и простая правда заключается в том, что бедствия усиливают, закрепляют и увеличивают гендерное неравенство, ухудшая для женщин и без того неблагоприятные ситуации.

Маргарета Вальстрём,
специальный представитель Генерального секретаря
по вопросам уменьшения опасности бедствий

риска и уязвимости и имеют ограниченные возможности для безопасной жизни в условиях кризиса (Женская комиссия по делам беженцев, 2014; Plan International, 2013).

Второй главный фактор, ведущий к повышенному риску, связан с развалом или перебоями в работе жизненно важной инфраструктуры и предоставлении основных услуг в сфере охраны сексуального

и репродуктивного здоровья, происходящими в условиях кризиса, а также трудностями в доступе к этим услугам там, где они все еще существуют, в результате хаоса или небезопасной ситуации.

Ограниченный доступ к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья, когда они наиболее необходимы

Гуманитарные кризисы часто означают утрату доступа к жизненно важным качественным услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья. Это может быть обусловлено рядом факторов. Могут возникнуть перебои в работе инфраструктуры системы здравоохранения или она может быть разрушена. Работники здравоохранения могут быть убиты, ранены, неспособны работать из-за чрезмерного стресса, перемещены или, возможно, покинули свои места проживания. В условиях кризиса, связанных с насилием, медицинские учреждения могут подвергаться воздушным налетам и обстрелам из огнестрельного оружия,

7,3 миллиона человек. Этот закон также привел к созданию государственного отдела попечения и полной компенсации жертвам (UARIV), целью которого является помощь жертвам вооруженного конфликта, включая лиц, подвергшихся сексуальному насилию.

Жертвы, обращающиеся в UARIV, имеют право на денежную компенсацию, а также на комплексные медицинские, психологические, реабилитационные и другие вспомогательные услуги, при этом все услуги предоставляются способами, обеспечивающими конфиденциальность. Кроме того, люди, обращающиеся в отдел, узнают (обычно впервые в жизни) о своих правах.

По словам Лицет Сенфуэгос из группы UARIV по проблемам женщин и гендера, жертвы, обращающиеся за услугами UARIV, «понимают, что они не одни, что они являются гражданами, у которых есть права, и активно способствуют преобразованиям».

Она сообщила, что многие в дальнейшем создают свои собственные правозащитные группы или группы поддержки. «Мы стараемся помочь женщинам рассматривать себя как активных участников преобразований, способных формировать будущее своих общин».

По состоянию на сентябрь 2015 года 9892 женщин, 863 мужчины и 53 человека, относящих себя к лесбиянкам, гомосексуалистам, бисексуалам или транссексуалам, сообщили о совершенных в отношении них актах сексуального насилия. Некоторые из этих актов были совершены в последние два года, но многие произошли много лет назад.

ЮНФПА совместно с UARIV разработал учебную программу для первых сотрудников по оказанию психологической помощи с учетом культурных особенностей. «Мы учим



Женщина из племени вунаан, Юнион-Бальсалито, Колумбия.

ФОТО © UNFPA/Daniel Baldotto

их, как следует разговаривать с жертвами, чтобы предотвратить их повторную виктимизацию», – говорит Сенфуэгос.

Конфликт также оказал косвенное, но, возможно, более коварное воздействие на здоровье (и права) женщин и девочек в Чоко.

Влияние на здоровье бедности, вызванной конфликтами

Насилие или его угроза не дают развиваться местной экономике в регионе, в

а медицинские работники – подвергаться физическому нападению, угрозам и сексуальному насилию (Международный комитет Красного Креста, 2015).

Услуги – там где они предоставляются – могут оказываться с задержками или перебоями, при этом могут оказываться израсходованными запасы медикаментов и других припасов, или доступ к ним может оказаться невозможным в связи с небезопасной ситуацией и ограничениями передвижения. Эти обстоятельства могут иметь тяжелые, даже смертельно опасные, последствия для жертв гендерного насилия, лиц, вынужденных следовать рискованным стратегиям выживания, таким как коммерческий секс, ВИЧ-положительных групп населения, замужних девочек, беременных женщин и девочек, а также недавно родивших матерей и их новорожденных детей.

Доступ к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья широко варьируется как внутри стран, затронутых конфликтами, так и среди таких стран (Casey et al., 2015). Женщины и

молодые люди могут сталкиваться со значительными различиями в доступе к неотложной акушерской и неонатологической помощи, клинической помощи жертвам изнасилования и услугам по планированию семьи, включая контрацепцию, а также в их качестве, в зависимости от того, в каких условиях они находятся: в стабильном положении беженцев, в городской или сельской местности, среди населения принимающей страны или в лагере для внутренне перемещенных лиц. У лиц, находящихся в стабильных лагерях беженцев, может быть более широкий доступ к помощи, чем у соседних принимающих общин или в родных странах беженцев до кризиса (Chynoweth, 2015). Еще больше усложняет картину то обстоятельство, что не все лагеря беженцев обеспечивают одинаковый уровень доступа и качества, и то же самое можно сказать о лагерях для внутренне перемещенных лиц.

Если говорить о перемещенных лицах, то доступ также варьируется в зависимости от таких факторов, как возраст и инвалидность. Группы

результате чего многие отдельные лица и семьи почти не имеют возможностей для трудоустройства или получения средств к существованию. Бедность приумножает уязвимость, особенно если речь идет о женщинах и девочках-подростках.

В некоторых случаях женщины и девочки оказывают коммерческие сексуальные услуги вооруженным группам, чтобы получить продовольствие или другие предметы первой необходимости. В других случаях женщин и девочек принуждают заниматься проституцией.

Кроме того, имеют место случаи, когда военная группа совершает действия, которые выглядят как жесты доброй воли в отношении общины, снабжая ее продовольствием или иными товарами. Однако предполагается, что через некоторое время за услуги необходимо рассчитаться, иногда отдавая дочерей, которые могут в конце концов

стать сексуальными рабынями или вооруженными комбатантами.

Бедность, обусловленная конфликтом, также гонит мужчин из отдаленных общин в города в поисках работы. Возвращаясь домой, некоторые приносят с собой и инфекции, передаваемые половым путем, которые они, в свою очередь, передают своим супругам. Нехватка медицинской помощи в большинстве этих общин означает, что инфекции, передаваемые половым путем, могут остаться недиагностированными и невылеченными.

«Конфликт тем или иным образом затрагивает каждого», – говорит представитель ЮНФПА Хорхе Парра. «Однако он несопоставимо сильно затрагивает женщин и девочек и лишает их основных прав на здоровье, на безопасность и на обладание возможностями и средствами для принятия решений о том, иметь ли детей,

когда и как часто их иметь, – добавляет он. – Стоящая перед нами задача огромна, но при наличии соответствующих ресурсов и политической воли мы можем охватить наиболее уязвимых женщин и девочек во всей стране».

Жители общины Докордо, Колумбия.

ФОТО © UNFPA/Daniel Baldotto





Мать с детьми в лагере
Домиз, Ирак.
ФОТО © UNFPA/Aral Kaki

населения с физическими и психологическими недостатками или отклонениями в развитии испытывают затруднения с доступом к услугам. Если говорить о беженцах из числа женщин и девочек с инвалидностью, то было установлено, что «наиболее значительными препятствиями, мешающими» доступу к медицинским услугам и услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья, являются недоброжелательное отношение и отсутствие уважения, проявляемые работниками здравоохранения (Consortium, 2015).

Женщины и девочки особенно уязвимы к недостаточному питанию и заболеваниям, которые усугубляются отсутствием поддержки в плане охраны сексуального и репродуктивного здоровья. Например, по оценкам Управления по координации гуманитарной деятельности Организации Объединенных Наций, в Демократической Республике Конго насчитывается почти 1 миллион беременных и кормящих женщин, страдающих от острого недоедания («Спасите детей», 2014).

Женщины физиологически более подвержены различным видам дефицита витаминов и железа, включая анемию. Этот дефицит усугубляется в условиях кризиса, когда имеет место нехватка продовольствия, поскольку женщины и девочки зачастую голодают в первую очередь. Что касается беременных и кормящих женщин и девочек, у которых и без того увеличиваются потребности в продовольствии, то ненадлежащее или недостаточное питание может приводить к осложнениям при родах и проблемам с грудным вскармливанием, что может представлять риски для здоровья новорожденных. У беременных женщин и девочек анемия повышает риск материнской смертности, преждевременных родов и пониженного веса при рождении («Спасите детей», 2014).

Неудовлетворенная потребность в средствах планирования семьи

Планирование семьи – мера для спасения жизней: она предотвращает незапланированную и



нежелательную беременность и, в свою очередь, сокращает риски для здоровья при родах, а также число случаев небезопасных абортов. Некоторые методы также сокращают риск инфекций, передаваемых половым путем («Спасите детей», 2014).

Этот вид мероприятий имеет важное значение в условиях гуманитарных кризисов, часто характеризующихся сексуальным насилием, насилием со стороны интимного партнера, ранним браком и сопряженным с повышенным риском поведением, таким как секс ради выживания и коммерческий секс. Вместе с тем, в условиях кризиса услуги по планированию семьи, включая средства контрацепции, часто носят ограниченный характер, являются недостаточными или даже полностью отсутствуют (Casey et al., 2015).

Даже там, где услуги по планированию семьи все же предоставляются, подчиненное положение женщин и девочек в семье во многих обществах может лишать их доступа к услугам

по планированию семьи, поскольку они не могут договориться об их использовании со своими партнерами (Klasing, 2011; Plan International, 2013). Незамужние женщины и женщины подросткового возраста могут сталкиваться с конкретными трудностями при обращении за услугами по планированию семьи, включая средства контрацепции, в результате гендерных норм, в рамках которых половая активность и сексуальный интерес считаются ненадлежащим поведением женщин (Casey et al., 2015). Эти нормы могут также влиять на поведение работников здравоохранения и негативно сказываться на оказываемой ими помощи (Casey et al., 2015).

Школы, даже когда речь идет о перемещенных лицах, являются важным каналом всестороннего полового просвещения и повышения осведомленности о контрацепции. Вместе с тем, система школьного образования может работать в условиях кризиса с серьезными перебоями, что может приводить к значительным пробелам и

ограничениям в плане всестороннего полового просвещения.

Уязвимость перед незапланированной и нежелательной беременностью

В условиях кризиса женщины и девочки подвергаются повышенному риску незапланированной и нежелательной беременности. Женщины и девочки могут забеременеть, когда они этого не хотят, в результате изнасилования, вступления в сексуальные отношения ради выживания, отсутствия доступа к услугам по планированию семьи, включая средства контрацепции, и неспособности договориться об использовании средств контрацепции, включая использование презервативов, со своими партнерами. В частности, уязвимы несопровождаемые девочки, особенно когда речь идет о перемещенных лицах (Plan International, 2013). В ходе исследования, проведенного на Гаити после землетрясения, было установлено, что число случаев беременности в лагерях было в три раза выше среднего числа случаев беременности в городах до кризиса, при этом 66 процентов составляли случаи нежелательной или незапланированной беременности (Klasing, 2011). Во многих странах незапланированная и нежелательная беременность подвергает женщин и особенно девочек-подростков опасностям, связанным с небезопасным абортom.

Беременность и роды без соответствующей дородовой медицинской помощи и услуг по родовспоможению

Беременность в условиях гуманитарного кризиса часто является состоянием, угрожающим жизни. Беременные женщины могут оказаться без

доступа к чистым и безопасным помещениям, дородовому уходу и акушерским услугам, жизненно важному оборудованию и необходимым припасам, например, для переливания крови, а также квалифицированным работникам здравоохранения, способным оказать им помощь (Casey et al., 2015). Без доступа к дородовому уходу и акушерским услугам женщины и девочки уязвимы перед угрозой инфекции, выкидыша, преждевременных родов, мертворождения, небезопасных абортов, тяжелых затяжных заболеваний, таких как акушерская фистула, и смерти. Без неотложной акушерской помощи осложнения, которые в иных случаях в основном поддаются профилактике и лечению, могут превратиться в угрозу жизни как матери, так и ребенка. Стресс, связанный с



Учитывая разрушения, хаос, страдания, потери и страх, которые несут гуманитарные кризисы, многие беременные женщины и девочки рожают без помощи квалифицированных медицинских работников.

кризисами, может также физически воздействовать на беременных женщин и девочек, вызывая преждевременные роды. Например, на Филиппинах необычайно высокое число случаев преэклампсии (высокого артериального давления при беременности) было обусловлено стрессом, связанным с тайфуном «Хайян» («Спасите детей», 2014).

У девочек, особенно в возрасте до 16 лет, неразвит таз, что затрудняет роды и делает их более опасными. Их физическая незрелость может приводить к затрудненным родам и, в случае отсутствия неотложной акушерской помощи или задержки в ее оказании, акушерской фистуле, разрыву матки, кровотечению и смерти матери и ребенка («Спасите детей» и ЮНФПА, 2009). Что касается матерей подросткового возраста, то они также подвергаются повышенному риску самопроизвольного аборта, преждевременных родов и мертворождений («Спасите детей» и ЮНФПА, 2009).

Во время гуманитарных кризисов инфраструктура дородового ухода и акушерской помощи, в которых нуждаются беременные женщины и девочки, может быть разрушена или повреждена,

а соответствующие услуги могут оказываться с перебоями. На Филиппинах тайфун «Хайян» разрушил центры по охране репродуктивного здоровья в пострадавших районах. Провинция Лейте лишилась большинства своих родильных домов. По итогам оценки 52 учреждений по охране репродуктивного здоровья, более половины из них имели серьезные повреждения несущих строительных конструкций («Спасите детей», 2014). В секторе Газа в 2014 году были повреждены шесть больниц и закрыты шесть родильных домов (ЮНФПА, 2014).

В Демократической Республике Конго конфликт, длящийся почти два десятилетия, разрушил систему здравоохранения. По данным организации «Спасите детей», многие медицинские учреждения в районах, пострадавших от конфликтов (если не большинство из них), не имеют возможности выполнять кесарево сечение («Спасите детей», 2014).

Беременные женщины и девочки нуждаются в квалифицированных медицинских работниках для обеспечения своей собственной безопасности и безо-

пасности своих детей во время беременности и родов. Вместе с тем, сами медицинские работники также подвергаются непосредственному воздействию кризисов. Они могут быть ранены или убиты. В Западной Африке медицинские работники подвергались риску заражения лихорадкой Эбола при принятии родов и, наоборот, оказание помощи женщинам при принятии родов является одним из путей заражения пациентов вирусом (ПРООН, 2015).

Кризисы могут вести к увеличению числа родов, происходящих без участия квалифицированных специалистов

Учитывая разрушения, хаос, страдания, потери и страх, которые несут гуманитарные кризисы, многие беременные женщины и девочки рожают без помощи квалифицированных медицинских работников. Это отсутствие помощи является одним из главных факторов, способствующих материнской смертности. В Сирии до конфликта квалифицированные акушерки принимали 96 процентов



родов. Сейчас доступ к родовому уходу, услугам по безопасному родовспоможению и неотложной акушерской помощи стал крайне ограниченным, и в некоторых районах, включая части провинции Хомс, полностью отсутствуют службы по охране репродуктивного здоровья («Спасите детей», 2014).

В Западной Африке, где коэффициенты материнской смертности уже были одними из самых высоких в мире, эпидемия лихорадки Эбола привела к росту материнской смертности (Diggins and Mills, 2015): в одном из недавних докладов Организации Объединенных Наций доступ к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья характеризовался как «резко ограниченный» (Совет Безопасности Организации Объединенных Наций, 2015). В Либерии значительно сократилось число родов, принимаемых квалифицированными специалистами (с 52 процентов в 2013 году до примерно 38 процентов в мае-августе 2014 года), и, за аналогичный период, в Гвинее (с 20 процентов до 7 процентов) (МПК, 2015).

Послеродовой уход и помощь новорожденным часто носят ограниченный характер

Послеродовой уход и помощь новорожденным, включая поддержку грудного вскармливания, носят ограниченный характер во многих ситуациях, связанных с кризисом. Сами роженицы также нуждаются в послеродовом уходе, особенно если имели место осложнения во время родов.

Выполнение материнских обязанностей и восстановление после родов являются достаточно сложной задачей даже без рисков и проявлений уязвимости, связанных с гуманитарными кризисами. Ситуация носит особенно трудный характер для молодых матерей. Кризисы могут быть сопряжены с «препятствиями и отрицательными стимулами» для грудного вскармливания («Спасите детей», 2014). Эти препятствия и отрицательные стимулы объясняют, почему в некоторых ситуациях во время

кризиса сокращается число матерей, кормящих грудью. Для эффективного грудного вскармливания требуются обучение, рекомендации и индивидуальный подход. В условиях кризиса эти элементы часто отсутствуют или носят ограниченный характер.

В чрезвычайных ситуациях гуманитарного характера могут также возрасти проблемы с выработкой грудного молока. Выработка молока может сократиться в результате острого недоедания. Выделение молока может также прерваться в результате стресса (World Vision, дата не указана). Кроме того, кризисы могут сорвать поставки заменителей грудного молока. Этот срыв, наряду с проблемами с грудным вскармливанием и выработкой молока, может привести к недоеданию среди младенцев и подвергнуть их повышенному риску заболевания и смерти.



Гуманитарные кризисы создают благодатную почву для передачи инфекций, передаваемых половым путем, включая ВИЧ-инфекцию.

Кризисы повышают риск инфекций, передаваемых половым путем

Гуманитарные кризисы создают благодатную почву для передачи инфекций, передаваемых половым путем, включая ВИЧ-инфекцию, при этом женщины и особенно девочки являются несоразмерно уязвимыми. Сексуальное и гендерное насилие, включая изнасилование и сексуальное рабство, является одним из наиболее значительных факторов риска в плане передачи ВИЧ: если говорить о женщинах и особенно девочках, то насильственные половые акты или секс по принуждению способствуют передаче ВИЧ (ЮНФПА, дата не указана). К числу других факторов, ведущих к повышенному риску ВИЧ-инфекции среди женщин и девочек, относятся торговля людьми, насилие со стороны интимного партнера и рискованные стратегии выживания, такие как транзакционные сексуальные отношения и секс в коммерческих целях.

Даже до наступления кризиса женщины и девочки несоразмерно уязвимы перед инфекциями,

передаваемыми половым путем, в силу биологической предрасположенности и широко распространенного гендерного неравенства, существующего во многих обществах (ЮНФПА, дата не указана). Подчиненное положение лишает их прав в рамках их отношений и в других взаимодействиях в плане оказания влияния на свою половую активность и половую активность партнеров, а также на использование ими презервативов, в частности, когда речь идет об отношениях между девочкой и человеком более старшего возраста (Plan International, 2013; ЮНФПА, дата не указана). Гендерные нормы в отношении надлежащего поведения женщин могут лишать незамужних девочек и девочек-подростков доступа к информации о сексуальном здоровье и профилактике инфекций, передаваемых половым путем (Plan International, 2013; ЮНФПА, дата не указана). В ходе оценки условий перемещения в Буркина-Фасо, Демократической Республике Конго и Южном Судане было установлено, что молодые незамужние женщины «меньше всего осведомлены» о ВИЧ, других инфекциях, передаваемых половым путем, и способах сведения к минимуму их передачи, включая использование презервативов (Casey et al., 2015). Гендерные нормы могут также делать молодых мужчин и мальчиков уязвимыми перед инфекцией, поощряя рискованное, доминирующее и агрессивное сексуальное поведение (ЮНФПА, дата не указана).

Кризисы могут негативно сказываться на доступе к профилактике, лечению и информации и таким образом усугублять уязвимость перед инфекциями, передаваемыми половым путем, включая ВИЧ-инфекцию. Даже в ранее стабильных районах доступ к профилактике может зачастую быть ограниченным, недостаточным или даже полностью отсутствовать в результате какого-либо гуманитарного кризиса (ЮНЭЙДС, 2015).

Данные, собранные Управлением Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по делам беженцев, свидетельствуют о наличии в 2007–2013 годах 56 лагерей беженцев, в которых

имелись перебои в снабжении презервативами (Chynoweth, 2015). Существование услуг не гарантирует профилактику; изнасилованные женщины и девочки могут предпочесть не обращаться за услугами по постконтактной профилактике передачи ВИЧ из опасения подвергнуться стигматизации за то, что они подверглись изнасилованию (Chynoweth, 2015).

Если говорить о ВИЧ-положительных группах населения в чрезвычайных ситуациях гуманитарного характера, то воздействие кризиса может лишить их доступа к необходимому для сохранения жизни лечению. Соблюдение схемы лечения может быть затруднительным в условиях кризиса, когда доступность антиретровирусной терапии носит лишь нерегулярный характер и она зачастую доступна лишь в крупных специализированных больницах, а не на уровне первичной помощи (Chynoweth, 2015).

Запасы лекарственных препаратов и безопасной крови могут быть уничтожены или недоступны, особенно во время бегства и последующего перемещения (Plan International, 2013; ЮНФПА, дата не

“ В период с января по сентябрь 2014 года ЮНФПА зарегистрировал 11 769 случаев сексуального и гендерного насилия в провинциях Северное Киву, Южное Киву, Катанга, Маньема и в Восточной провинции; 39 процентов этих случаев считались непосредственно связанными с динамикой развития конфликта, поскольку совершались вооруженными лицами».

Совет Безопасности
Организации Объединенных
Наций, 2015)

указана). Перемещение также срывает соблюдение схем лечения. Другие инфекции, передаваемые половым путем, такие как хламидия, гонорея и сифилис, без надлежащего лечения могут приводить к осложнениям при беременности, бесплодности, опухолевым заболеваниям репродуктивной системы и усиленной передаче ВИЧ (Chynoweth, 2015).

Беременные женщины и молодые матери с положительным результатом анализа на ВИЧ нуждаются в доступе к дородовому уходу и медикаментам для профилактики передачи вируса от матери ребенку, а между тем кризисы могут вызывать перебои с предоставлением этих важных услуг и доступностью лекарственных препаратов. Как показала оценка, проведенная в Демократической Республике Конго, ни один из обследованных медицинских центров не предоставлял достаточные услуги для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку, что являлось результатом отсутствия припасов и подготовленного персонала (Casey et al., 2015).

Женщины и подростки с инвалидностью и ВИЧ

Женщины и подростки с инвалидностью являются особенно уязвимыми в отношении передачи ВИЧ в условиях кризиса, однако могут иметь ограниченный доступ к услугам и информации по охране сексуального и репродуктивного здоровья, необходимым им для того, чтобы защитить себя, включая антиретровирусные препараты. В ходе исследования, касавшегося женщин-инвалидов в северной части Уганды, представители организации «Хьюман Райтс Вотч» побеседовали с двумя

“ Исходное положение не у всех одинаковое. Почти все имеют фору по сравнению с девочками-подростками. ”

Женская комиссия по делам беженцев, 2014а

женщинами-инвалидами, которые подверглись изнасилованию и «сообщили, что они не прошли после этого тестирование на ВИЧ, поскольку не могли добраться до медицинской клиники» (Human Rights Watch, 2010).

Восприятие в обществе женщин и девочек с инвалидностью как «асексуальных существ» может ограничивать их доступ к половому просвещению, включая информацию о способах выявления неправильного поведения (Совет Организации Объединенных Наций по правам человека, 2012). Женщины и молодые люди с ограниченными умственными возможностями сталкиваются с конкретными проблемами в плане повышения осведомленности об инфекциях, передаваемых половым путем, и средствах контрацепции (Женская комиссия по делам беженцев, 2014а)

Повышенный риск гендерного насилия

В условиях гуманитарных кризисов часто процветает гендерное насилие в отношении женщин и девочек. В таких разных странах, как Мьянма, Сомали и Сирия, сексуальное насилие описывается как «широко распространенное», «повсеместное», «преобладающее явление»



16-летняя Айяна из лагеря Минкаман в Южном Судане: «Я не чувствую себя в безопасности, когда иду в места, где растет кустарник, поскольку мужчины часто насилуют женщин».

ФОТО © Panos Pictures/Chris de Bode

Отсутствие уединенности повышает риски

Отсутствие уединенности во многих пунктах для перемещенных лиц может иметь серьезные последствия для сексуального и репродуктивного здоровья женщин и девочек. Без возможности уединиться многие женщины и девочки могут воздерживаться от посещения туалетов или душевых до наступления темноты; особенно часто так поступают девочки-подростки во время менструации (Plan International, 2013). Это подвергает их повышенному риску гендерного насилия (ЮНИФЕМ, 2010; Plan International, 2013). Недостаточное освещение и чувство незащищенности могут вообще не давать женщинам пользоваться туалетами по ночам (Рабочая подгруппа по вопросам защиты детей и предотвращения гендерного насилия, Иордания, 2013). Будь то вследствие отсутствия уединенности, незащищенности или недостаточной чистоты, женщины и девочки могут подавлять свое желание справить нужду в отхожих местах или туалетах, что иногда может приводить к инфекции мочевых путей и другим инфекциям (Pincha, 2008; Plan International, 2013).

Женщины и девочки во время менструации могут ощущать себя неспособными надлежащим образом соблюдать гигиену, менять и чистить свои гигиенические прокладки, что может вызывать промежностные высыпания и инфекции мочевых путей, а также сказываться на их самооощущении и уверенности в себе (ВОЗ, 2002; Plan International, 2013). Отсутствие уединенности может также вызывать дискомфорт и стресс у кормящих матерей, что может привести к прекращению выделения молока, подорвать уверенность матери в себе и, как следствие, повлиять на питание, здоровье и выживание ребенка (World Vision, дата не указана). После землетрясения в 2005 году и наводнений в 2010 году в Пакистане доклады свидетельствуют о том, что женщины прекращали кормить грудью в результате отсутствия уединенности и дискомфорта в связи с необходимостью грудного вскармливания на виду у дальних родственников мужского пола или других мужчин, с которыми они делили кров (Bradshaw and Fordham, 2013; ЮНИФЕМ, 2010).

и «значительная угроза и кризис» (Совет Безопасности Организации Объединенных Наций, 2015). Вместе с тем, гендерное насилие – это не новое явление, которое возникает в условиях кризиса; оно является частью спектра насилия, с которым женщины и девочки сталкиваются в своей повседневной жизни, но которое получает более широкое распространение в условиях кризиса.

“ Мне было стыдно, потому что после бедствия я не могла вымыться и у меня были выделения, которые все видели. ”

Мирасол,
16 лет, Филиппины

Женщины и девочки из числа беженцев и внутренне перемещенных лиц особенно подвержены риску, в том числе в лагерях беженцев, временных приютах или эвакуационных центрах. В условиях вооруженного конфликта женщины и девочки могут сталкиваться с гендерным насилием во время обысков домов, облав в жилых кварталах, на контрольно-пропускных пунктах и в местах содержания под стражей, во время вооруженных нападений на их деревни, имеющих целью принудительное перемещение, а также в рамках систематических кампаний доминирования, запугивания и террора со стороны вооруженных групп. Преступления могут совершаться партнерами, родственниками, государственными и негосударственными вооруженными силами, должностными лицами в лагерях, учителями, а в некоторых случаях даже миротворцами и гуманитарными

работниками. И это могут быть как мужчины, так и женщины.

Риски гендерного насилия возрастают в случае развала или ослабления системы верховенства права и инфраструктуры. В условиях затяжных конфликтов часто возникает культура насилия и безнаказанности, подкрепляемая легкой доступностью стрелкового оружия и легких вооружений. Семейные и общинные системы поддержки и сети зачастую ослабляются или уничтожаются, а члены семей разлучаются друг с другом. Если раньше семьи служили источниками защиты, то разделение семей или смерть родителей могут создать вакуум в плане защиты. Бедность, отсутствие продовольственной безопасности, финансовые трудности, страдания, психологическая травма, лишения и скука, отсутствие неприкосновенности частной жизни и перенаселенность стали повседневной реальностью, которая влияет на поведение в семьях и более широких общинах, включая принятие негативных или экстремальных механизмов приспособления.

Вооруженные группы могут создавать военные базы около населенных пунктов и устанавливать сексуальное насилие в качестве узаконенной и намеренной практики, являющейся частью более широких стратегических и тактических усилий (Совет Безопасности Организации Объединенных Наций, 2015). Помимо этого, в основе многих актов сексуального и гендерного насилия лежит полное неуважение прав женщин и девочек.

“ Моей дочери 16 лет ... мы слишком переживали за нее. Они напали на женщин. Мы не могли ее защитить, поэтому мы были вынуждены выдать ее замуж ... Она не хотела выходить замуж, она хотела учиться.

Сирийская мать в Ливане

Двойная и тройная дискриминация

Многочисленные и взаимно пересекающиеся формы дискриминации по признаку пола, возраста, экономического положения или принадлежности к этническому меньшинству и других факторов могут повышать уязвимость женщин и девочек перед сексуальным и гендерным насилием в условиях кризиса (Совет Организации Объединенных Наций по правам человека, 2011).

Что касается девочек-подростков, то, будучи молодыми и принадлежащими к женскому полу, что описывается организацией «План Интернэшнл» (2013) как «двойная дискриминация», они подвергаются повышенному риску гендерного насилия в условиях кризиса, включая изнасилование, ранний брак, сексуальную эксплуатацию, похищение и торговлю людьми (Женская комиссия по делам беженцев, 2014).

В странах, затронутых конфликтами, большинство жертв сексуального насилия часто составляют дети в возрасте до 18 лет («Спасите детей», 2014).

Генеральный секретарь Организации Объединенных Наций назвал сексуальное насилие в отношении девочек-подростков в условиях конфликтов в 2014 году «тревожной тенденцией» (Совет Безопасности Организации Объединенных Наций, 2015). При этом девочки из числа беженцев или перемещенных лиц подвергаются ряду дополнительных факторов риска. Несопровождаемые девочки, потерявшие родителей или разлученные с ними, сталкиваются с дополнительными факторами риска, поскольку не имеют защиты, часто предоставляемой членами семьи. Этот вид риска наблюдался во время эпидемии лихорадки Эбола, когда некоторые дети оставались без защиты в своих домах в случае смерти или недееспособности родителей (МПК, 2015). Подобная ситуация может возникнуть в условиях отсутствия продовольственной безопасности, когда родители вынуждены оставлять детей дома, особенно поручив приглядывать за ними девочкам более старшего возраста, отправляясь на поиски продовольствия или заработка (Plan International, 2013).

Женщины и девочки с физическими недостатками или отклонениями в развитии особенно уязвимы в условиях кризисов, когда ослабляется поддержка со стороны общины и семьи и рушится система верховенства права (Женская комиссия по делам беженцев, 2013; Ortoleva and Lewis, 2012). По данным Управления Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по делам беженцев, в 2009–2011 годах 49 процентов всех взрослых жертв изнасилования в лагерях бутанских беженцев в Непале составляли лица с физическими недостатками или отклонениями в развитии (Женская комиссия по делам беженцев, 2013). Женщины и девочки с инвалидностью считаются группой, подвергающейся особенно высокому риску сексуального насилия вследствие их ограниченной мобильности и способности общаться, а также социальной изоляции и большей вероятности бедности (УВКБ, 2011a; Consortium, 2015; Женская комиссия по делам беженцев, 2013; Human Rights Watch, 2010). Внутри этой группы имеются подгруппы, которые могут подвергаться особому риску вследствие того, что можно было бы назвать тройной дискриминацией: пожилые женщины-инвалиды, женщины-инвалиды, принадлежащие к этническому, лингвистическому или религиозным меньшинствам, а также лесбиянки, гомосексуалисты, бисексуалы и транссексуалы с инвалидностью (УВКБ, 2011a; Совет Организации Объединенных Наций по правам человека, 2012).

«У нас нет дверей, которые можно закрыть на замок»

Когда землетрясения, циклоны, наводнения, насилие и война вынуждают людей покидать свои дома и общины, многие пытаются найти безопасность в лагерях беженцев и перемещенных лиц, временных приютах, импровизированных жилищах, стихийно возникших поселениях, городских трущобах, эвакуационных центрах и транзитных пунктах. Во многих из этих мест часто присутствуют факторы риска в плане гендерного насилия. Даже в обустроенных лагерях беженцев происходит сексуальное насилие.



В лагере Бачид Кендал в Захо, Ирак.
ФОТО © Ali Arkady/WII Mentor Program

Например, в лагере беженцев Дадааб в Кении рост численности беженцев опережал процесс установки освещения и ограждения в новых секторах лагеря, приводя к росту сексуального насилия (Совет Безопасности Организации Объединенных Наций, 2015). Условия жизни и физические характеристики в этих местах для размещения перемещенных лиц являются весьма реальным источником опасности для женщин и девочек.

В местах, где оказывается помощь группам населения, перемещенным в результате бедствий и конфликтов, как правило, имеется ряд характерных черт, которые обычно считаются факторами риска в плане гендерного насилия: перенаселенность, отсутствие уединенности, двери без замков, общие отхожие места и спальные помещения, непригодные душевые и туалеты, а также недостаточное

освещение или перебои в подаче электроэнергии (Женская комиссия по делам беженцев, 2014; CARE, 2014, 2015b; Plan International, 2013; Центр по наблюдению за процессами внутреннего перемещения и Международный комитет спасения, 2015; Межведомственная координационная группа при Гуманитарной страновой группе, 2014; ЮНФПА, 2014; Рабочая подгруппа по вопросам защиты детей и предотвращения гендерного насилия, Иордания, 2013). «У нас нет дверей, которые можно закрыть на замок», – заявила одна из женщин, находящихся в лагере беженцев Заатари в Иордании («Спасите детей», 2014).

После циклона «Пэм» в Вануату в марте 2015 года эвакуационные центры на острове Эмаэ были «переполнены, не обеспечивали уединения, и в них отсутствовало освещение, в частности вокруг туалетов...» (CARE, 2015b). В районах Филиппин, пострадавших от тайфуна «Хайян» в 2013 году, женщины и дети размещались в «переполненных» пунктах с «ограниченной

безопасностью, неприспособленными душевыми и туалетами, а также отсутствием уединенности» (Межведомственная координационная группа при Гуманитарной страновой группе, 2014). Организация «План Интернэшнл» (2011) сообщала, что в Бангладеш убежища на случай циклонов «обычно не обеспечивают отдельных спальных помещений для мужчин и женщин, равно как доступа к отдельным безопасным санитарным объектам».

«Мы не могли ее защитить, поэтому мы были вынуждены выдать ее замуж»

Воздействие вооруженных конфликтов и стихийных бедствий может вести к росту числа случаев вступления в брак в детском возрасте в районах, затронутых кризисом, а также в лагерях после перемещения. По данным организации «Уорлд Вижн», страх является «одной из главных причин ранних браков» в условиях нестабильности, включая боязнь сексуального насилия и голода (World Vision UK, 2013). Учитывая их возраст и пол,



В лагере в Дахуке, Ирак.

ФОТО © Ali Arkady/VII Mentor Program

девочки особенно уязвимы в этом плане. В Сирии ранний брак является традиционной и широко распространенной практикой как среди женщин, так и среди мужчин (ООН-Женщины, 2013). Хотя эта практика предшествует кризисам, существуют признаки того, что кризисы могут усугублять эту практику, особенно в условиях длительного пребывания среди перемещенных лиц, включая распространение этой практики среди семей, которые не стали бы рассматривать ее раньше, а также то, что она угрожает даже девочкам более младшего возраста (CARE, 2015).

В случае нехватки продовольствия из-за крайней нищеты или засухи семьи могут выдавать замуж своих дочерей, чтобы сократить число едоков, а также в качестве одного из видов получения дохода, когда выплата калыма служит компенсацией для семьи невесты («Спасите детей», 2014; CARE, 2015). Кроме того, эту практику можно рассматривать как средство защитить «честь» дочери, которая может подвергаться риску, если отсутствие продовольственной безопасности вынудит ее заниматься сексом ради выживания или на платной основе (Plan International, 2013).

Кризис в Сирии привел к увеличению числа ранних браков среди сирийских девочек-беженок в Иордании, а также Ливане и Египте (CARE, 2015). Среди сирийских беженцев первоочередными причинами бегства из Сирии называют совершение и боязнь сексуального насилия, особенно в отношении девочек (CARE, 2015; Международный комитет спасения, 2013).

Если говорить о девочках, то ранний брак несет с собой значительные риски и недостатки в плане их репродуктивных прав и здоровья, а также благосостояния их детей и их самих. Учитывая их возраст и пол, замужние девочки обладают ограниченными возможностями и влиянием в плане принятия решений о том, что происходит с их телами. Они часто не могут принимать решения, касающиеся использования средств контрацепции, частоты половых актов, интервалов между беременностями и количества детей (CARE, 2015).

Последствия этого отсутствия прав значительны и иногда смертельно опасны. Они подвергаются риску инфекций, передаваемых половым путем, материнской заболеваемости и смертности.

Насилие со стороны интимных партнеров

Кризисы часто ведут к изменениям в гендерных отношениях в семье, что, в свою очередь, может повысить риск насилия со стороны интимных партнеров. Эти изменения особенно заметны среди перемещенных лиц (ЮНФПА, 2010). В то время как мужчины сталкиваются с безработицей, потерей средств к существованию, бездельем и чувством безысходности, женщины могут брать на себя обязанности по добыванию средств к существованию. В качестве предпочтительных получателей продовольственной помощи они могут иметь новые возможности, прежде недоступные, в рамках программ, предлагаемых гуманитарными организациями (Международный комитет спасения, 2015). Этот сдвиг может приводить к «кризису идентичности» среди некоторых мужчин (Anderlini, 2010). В восточной части Демократической Республики Конго, где наблюдался и отмечался этот сдвиг в гендерных ролях, конголезские мужчины говорили о чувстве унижения, несостоятельности и «утрате

“ Люди будут стараться выжить всеми возможными способами. Женщины вступают в отношения с мужчинами, чтобы иметь возможность прокормить своих детей. Это часто случается ... Плохо заниматься проституцией, но что тут можно сделать? Ведь нужно есть.

Обитатель лагеря в Круа-де-Буке, Гаити “



Кхокхана на окраине Катманду после землетрясения.
ФОТО © Panos Pictures/Vlad Sokhin

личной ценности» (Lwambo, 2011). Совершение насилия в отношении своих партнеров, а также детей, рассматривается некоторыми мужчинами как средство восстановления своей власти, доминирующего положения и мужского начала.

Чувство стресса, потери, скуки и несостоятельности среди мужчин в местах проживания перемещенных лиц может также приводить к злоупотреблению алкоголем и наркотиками и использованию других негативных механизмов приспособления. Эти факторы, в свою очередь, могут способствовать насилию со стороны интимного партнеров. Что касается замужних девочек, то их положение «крайней» зависимости и отсутствия прав, обостряемое их возрастом и полом, подвергает их большому риску насилия со стороны интимного партнера (Международный комитет спасения, 2015; CARE, 2015).

Растет объем данных, свидетельствующих о том, что насилие со стороны интимных партнеров является самым распространенным видом насилия, с которым сталкиваются женщины в условиях

гуманитарного кризиса (Международный комитет спасения, 2015). В некоторых районах, затронутых конфликтами, насилие со стороны интимных партнеров, включая изнасилование в браке и домашнее сексуальное насилие со стороны членов семьи, является более частым явлением, чем сексуальное насилие со стороны комбатантов (Wood, 2015; Проект по подготовке доклада о безопасности человека, 2012). Например, в ходе оценки, проведенной в 2013 году в лагере беженцев Заатари в Иордании, члены общины и лица, предоставляющие услуги, называли домашнее насилие «преобладающим видом насилия» и «все более насущной проблемой» среди сирийских беженцев, отмечая, что больше всего от него страдают девочки в возрасте от 12 до 18 лет (Рабочая подгруппа по вопросам защиты детей и предотвращения гендерного насилия, Иордания, 2013).

Рост насилия со стороны интимных партнеров часто наблюдается после стихийных бедствий, включая недавние:

- **Землетрясение в Непале:** Несмотря на отсутствие официальных данных, советники и другие лица, участвующие в оказании гуманитарной помощи в Непале, наблюдали «резкий рост» сексуального и домашнего насилия в отношении женщин после землетрясения (ООН-Женщины, 2015).
- **Циклоны «Ваня» и «Ату»:** В Вануату, где и без того отмечаются высокие показатели гендерного насилия, включая насилие со стороны интимных партнеров, один из консультационных центров зафиксировал после циклонов «Ваня» и «Ату» в 2011 году увеличение числа направляемых в него жертв на 300 процентов (CARE, 2015b).
- Рост насилия со стороны интимных партнеров также отмечался после лесных пожаров «черной субботы» в **Австралии** (2009 г.), землетрясения в Крайстчерче в **Новой Зеландии** (2011 г.), урагана «Катрина» в **Соединенных Штатах** (2005 г.), цунами в **Индийском океане** (2004 г.), в Японии после землетрясения (2011 г.).

«Что тут можно сделать?»

Риск сексуальных отношений за подарки и вознаграждение возрастает в условиях кризиса и, в частности, в местах проживания перемещенных лиц, где особенно ограничены возможности для получения средств к существованию. В условиях кризиса секс становится стратегией выживания, а также экстремальным и негативным механизмом приспособления для некоторых женщин и девочек. В условиях крайне тяжелого финансового положения, отсутствия продовольственной безопасности и возможностей для получения дохода, женщины, девочки-подростки, а также мальчики, нередко торгуют своим телом ради собственного выживания и выживания своих иждивенцев, будь то собственные дети или дети умерших родственников (УВКБ, 2011). В сексуальные отношения вступают в обмен на предметы первой необходимости, такие как продовольствие, медикаменты или санитарно-гигиенические принадлежности, подарки или доступ к распределяемой помощи (Klasing, 2011; УВКБ, 2011).

Например, случаи сексуальных отношений за подарки и вознаграждение отмечались в Демократической Республике Конго, Южном Судане, на Филиппинах, Гаити и в Сомали (ЮНЭЙДС, 2015; CARE, 2014; The Inquirer, 2015; Межведомственная координационная группа при Гуманитарной страновой группе, 2014; Klasing, 2011).

Женщины и девочки могут также начать заниматься торговлей сексуальными услугами как источником получения дохода. Присутствие миротворческих сил или международных гуманитарных работников повышает риск сексуальной эксплуатации, учитывая разницу в уровне благосостояния (Human Rights Watch, 2015b). Особенно уязвимы несопровождаемые девочки, а также женщины и девочки с инвалидностью (Женская комиссия по делам беженцев, 2013). Исследование, проведенное организацией «План Интернэшнл» показало, что в периоды засухи в Эфиопии девочки начинали заниматься проституцией, чтобы заработать на жизнь

(Plan International, 2011). После землетрясения на Гаити девочки, в частности, несопровождаемые девочки, вступали в отношения с мужчинами специально ради экономической безопасности (Klasing, 2011).

Повышенный риск торговли людьми

Конфликты и стихийные бедствия создают для тех, кто занимается торговлей людьми, возможности для использования уязвимости групп населения, пострадавших от кризиса. Международная организация по миграции (2015) называет лагерь беженцев и перемещенных лиц «питательной средой для новых жертв торговцев людьми», а неформальные поселения и принимающие общины «местами повышенного риска» (2015). Женщины и девочки особенно часто становятся объектами внимания торговцев людьми, которые могут силой вовлечь их в проституцию в публичных домах, сексуальное рабство и принудительный труд (Международная организация по миграции, 2015). Их могут заманить обещанием работы или похитить. Повышенному риску стать жертвами торговли людьми подвергаются те, кто придерживается рискованных стратегий выживания, таких как сексуальные отношения ради выживания и сексуальные отношения за подарки и вознаграждение, несопровождаемые девочки, лишенные защиты семьи, и дети в целом, лишенные системы школьного образования и защиты со стороны школы (Международная организация по миграции, 2015). Кроме того, важным фактором риска может быть дискриминация, о чем свидетельствуют притеснения этнических и религиозных меньшинств, таких как езидская община в Ираке (Международная организация по миграции, 2015).

Организация Объединенных Наций отмечала всплеск торговли девочками-подростками в затронутых конфликтом районах Мьянмы (Совет Безопасности Организации Объединенных Наций, 2015). Сообщения о торговле людьми также поступали после недавних бедствий в Непале (Burke, 2015) и на Филиппинах (Межведомственная

координационная группа при Гуманитарной страновой группе, 2014). Вместе с тем, на Филиппинах ЮНИСЕФ не обнаружила значительного увеличения числа таких случаев в результате тайфуна (Erakit, 2014). Понимание взаимосвязи между торговлей людьми и кризисами по-прежнему носит ограниченный характер: степень ее распространенности недостаточно задокументирована, а объем данных ограничен (Международная организация по миграции, 2015).

Жертвы сексуального насилия нуждаются в помощи после изнасилования, однако могут не получать ее в условиях кризиса

Жертвам сексуального насилия после изнасилования необходим доступ к качественной клинической помощи, которая включает постконтактную профилактику (в течение 72 часов) в целях сведения к минимуму вероятности передачи ВИЧ, экстренную контрацепцию, антибиотики для предотвращения инфекций, передаваемых половым путем, более широкую медицинскую помощь, а также психиатрическую и психологическую помощь и юридическую поддержку (Casey et al., 2015).

Вместе с тем, кризисы могут препятствовать получению жертвами изнасилования качественной клинической помощи. Помощь может быть недоступной из-за разрушения учреждений первичной медико-санитарной помощи, ограниченного доступа гуманитарных организаций к пострадавшим или отсутствия соответствующей подготовки у имеющих медицинским работников. Оказанию помощи может препятствовать отсутствие достаточных запасов, в том числе лекарственных препаратов. Пострадавшие могут не иметь возможности обратиться за услугами из-за ограничений на передвижение. Даже там, где услуги оказываются, жертвы могут не знать о них или могут предпочесть не обращаться за медицинскими услугами, учитывая атмосферу страха и молчания, которая по-прежнему окружает сексуальное насилие во многих обществах (Совет Безопасности Организации Объединенных Наций, 2015; Casey et al., 2015).

«Военные трофеи»

В северных районах Ирака и восточных районах Сирии самопровозглашенное «Исламское государство Ирака и Леванта» (ИГИЛ) институционализировало сексуальное насилие, в частности, изнасилование, сексуальное рабство и брак по принуждению, в отношении «неверных» в районах, находящихся под его контролем (Reinl, 2015). В качестве жертв были выбраны женщины и девочки, принадлежащие к езидскому религиозному меньшинству («Международная амнистия», 2014), хотя, судя по всему, другие общины, помимо общин арабов и мусульман-суннитов, в частности, такие меньшинства как христиане, туркмены-шииты и шебаки-шииты, также уязвимы перед этими нарушениями прав человека (офис Организации Объединенных Наций в Ираке, 2014).

Женщин и девочек похищают в качестве «военных трофеев», насилуют боевики ИГИЛ, принуждают к «браку», продают на торгах местным и иностранным боевикам ИГИЛ, иногда по несколько раз, и вручают в качестве «подарков» (Human Rights Watch, 2015a; УВКПЧ, 2015). Эта практика не только считается «духовно полезной», но также стала общепринятой практикой вербовки боевиков в ИГИЛ (Callimachi and Limaaug, 2015).

Психологическая травма

Растет интерес к изучению влияния психологической травмы на отдельных лиц, группы населения, отношения между поколениями, а также на мир и безопасность. Все большее распространение получают идеи о том, каким образом неразрешенная травма и коллективная травма могут воздействовать на отношения между поколениями и вызывать новые циклы насилия и конфликта. Психическое здоровье и благополучие людей подвергаются повышенному риску после конфликта и кризиса, и необходимо добиваться гораздо более глубокого понимания воздействий на психическое здоровье, насилия между поколениями, того, каким образом пережитое насилие может приводить или не приводить к будущим преступлениям, а также того,

каким образом психосоциальные потребности взаимосвязаны с миростроительством на уровне общин (Searle, дата не указана).

Необходимость преобразований

Несмотря на все, что нам известно о гендерном неравенстве, гендерном насилии и дискриминации, женщины и девочки по-прежнему несоразмерно сильно страдают от бедствий, конфликтов и перемещения.

Будь то в домашних условиях, в местах для перемещенных лиц или в более широких общинах, женщины и девочки сталкиваются с гораздо более высокими рисками для их сексуального и репродуктивного здоровья и соответствующих прав, чем мужчины и мальчики.

Вместе с тем, степень вероятности причинения им вреда и жизненный опыт у них различаются. Женщины и девочки-подростки сталкиваются с *дополнительными* факторами риска в зависимости от их этнической принадлежности, возраста, состояния здоровья и наличия инвалидности, экономического положения, а также таких факторов, как перемещение и миграция.

Гуманитарным организациям, участвующим в процессе формирования политики и реализации программ, необходимо выполнять свои обязательства, касающиеся освобождения женщин и девочек-подростков от непомерных рисков, которые усугубляют и без того невыносимый опыт, связанный с необходимостью покинуть свой дом и потерей поддержки семьи, общины и правительства после наступления кризиса.

Необходимы изменения в некоторых аспектах гуманитарной помощи, с тем чтобы обеспечить удовлетворение насущных потребностей женщин

и девочек-подростков в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья, например, посредством немедленного восстановления доступа к услугам и припасам, в частности, к средствам контрацепции.

Несмотря на то, что кризисная ситуация может приводить к сокращению доступа к средствам контрацепции и планирования семьи, она может также создавать возможности для улучшения доступа посредством целевых гуманитарных программ (Plan International, 2013).

Однако сокращение риска также требует долгосрочных инвестиций и политической воли для устранения гендерного неравенства, которое может значительно усиливать риски.

Хотя некоторые факторы в кризисных ситуациях ведут к повышенному риску, они могут также представлять возможности для преобразований. Например, если говорить о ВИЧ, кризисы могут создавать возможности для улучшения помощи или для охвата тех, кто раньше не имел к ней доступа (ЮНЭЙДС, 2015).

В хорошо организованных и обеспеченных ресурсами лагерях перемещенным группам населения могут на самом деле предоставлять защиту, санитарное просвещение и услуги более высокого качества, чем они могли получить до кризиса.

Девочки-подростки характеризуются особыми проявлениями уязвимости и участники гуманитарной деятельности должны с самого начала осознавать риски, усугубляющие эти проявления уязвимости, и считать приоритетными мероприятия, которые удовлетворяют их потребности, обеспечивают их безопасность и сохраняют их достоинство.

Поступательное развитие мер реагирования: от базовых к комплексным

Когда женщины и девочки могут получать услуги в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья наряду с различными гуманитарными программами, конкретно нацеленными на ликвидацию проявлений неравенства, польза от таких мероприятий возрастает в геометрической прогрессии и продолжает оказывать свое воздействие не только в острой фазе кризиса, но и в отдаленном будущем по мере того, как страны и общины восстанавливаются, а люди возрождаются к нормальной жизни.

Спасение жизней сирийских женщин и девочек-подростков в Иордании



Рима Диаб с пациенткой.

ФОТО © UNFPA/Salah Malkawi

Одним августовским утром в лагере Заатари в Иордании тысячи сирийских беженцев начали заниматься своими обычными делами до наступления полуденной жары.

К 11 утра уличная температура уже достигла 30°C. Но внутри одной из четырех медицинских клиник ЮНФПА по охране репродуктивного здоровья, расположенных в пределах лагеря, системы кондиционирования воздуха обеспечивали прохладу для пяти беременных женщин, у которых усиливались родовые схватки.

По словам акушера-гинеколога Римы Диаб, в среднем в центре родовспоможения Заатари ежедневно рождаются 10 малышей. Эти центры спроектированы, управляются и постоянно контролируются ЮНФПА – Фондом Организации Объединенных Наций в области народонаселения – в сотрудничестве с местной неправительственной организацией «Иорданское общество медицинской

помощи» при донорском финансировании со стороны Европейской комиссии и Соединенных Штатов Америки.

Несмотря на сложные условия лагеря беженцев, Диаб и еще четыре врача при поддержке 17 акушеров ежемесячно помогают родиться сотням младенцев. В лагере Заатари до сих пор никто из женщин не умер во время беременности или при родах.

Но на волосок от гибели были многие.

Диаб говорит, что одна из пяти женщин, рожавших в то августовское утро, страдала от преэклампсии – потенциально опасного для жизни состояния, – и ее пришлось перевести в больницу, располагающую операционным отделением, анестезиологическим оборудованием и другими средствами первой необходимости при осложненных родах и проведении кесаревых сечений. Иногда пациенток направляют в близлежащую иорданскую



Семейная поликлиника в Дейр-Алла, Иордания.

ФОТО © UNFPA/Salah Malkawi

больницу. Но в большинстве случаев женщины переводятся в марокканский военный госпиталь, расположенный на территории лагеря. В среднем, в этом госпитале выполняется три кесарева сечения в день, при этом работающие там хирурги также обучены методам лечения разрывов шейки матки и акушерских фистул.

25-летняя Саджах стала одной из многих женщин, которым в марокканском госпитале была оказана специализированная медицинская помощь. Недавно она была направлена туда в связи с высокой степенью риска родовых осложнений после того, как ее пять предыдущих беременностей окончились выкидышем. Благодаря кесареву сечению роды прошли безопасно, и родился здоровый ребенок.

Комплексный и всесторонний уход

Центры родовспоможения представляют собой лишь один из элементов всеобъ-

емлющих услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья, которыми могут воспользоваться жители лагеря Заатари, где каждый четвертый – это женщина или девочка-подросток репродуктивного возраста.

В этом лагере женщинам также предоставляются услуги по дородовому наблюдению и послеродовому медицинскому уходу.

Женщины, мужчины и молодые люди могут получить информацию по вопросам планирования семьи и бесплатные современные средства контрацепции. Медицинский персонал этих центров прошел курсы подготовки по выявлению и клиническому лечению последствий сексуального и гендерного насилия, а также по направлению пациентов в действующие в лагере консультационные центры и службы по ведению пациентов.

И тем не менее жизнь в этом лагере нелегка. Даже при наличии легкодоступных услуг

женщины и девочки, ставшие беженцами, сталкиваются с различными препятствиями в поддержании своего физического и психологического здоровья - от непреходящей психологической травмы, обусловленной их перемещением, до воздействия негативных механизмов приспособления и принудительных браков в детском возрасте.

Потери одна за другой

В то утро в центре родовспоможения рожали две 16-летние девушки. В лагере Заатари беременность в подростковом возрасте является обычным делом. По словам Омара Лагхзауи, ведущего хирурга-акушера марокканского госпиталя, каждая третья роженица, которой он оказывает помощь – это девочка в возрасте 15 лет или младше. «Самой юной, которую я видел, было 12 лет», – говорит он. Ранние беременности влекут за собой повышенный риск осложнений и зачастую – необходимость прибегать к кесареву сечению.

Представьте себя на девятом месяце беременности, в одиночестве и разлуке со своей семьей и друзьями, когда на много километров вокруг нет ни врача, ни других людей, способных оказать помощь, а у вас начались родовые схватки. Вы оказались перед лицом необходимости рожать самостоятельно.

Всего 20 лет тому назад такой невообразимо пугающий вариант развития событий был реальностью для бесчисленных тысяч женщин, вынужденных жить в условиях конфликта или стихийного бедствия.

До недавнего времени меры гуманитарного реагирования ограничивались главным образом обеспечением основных потребностей, в том числе в воде, пище и крове. Другие нужды, включая те из них, которые относятся к охране сексуального и репродуктивного здоровья и деторождению, многими рассматривались как второстепенные.

Но для женщины, рожаящей в одиночку, потребность в акушерке или чистом помещении и инструментах, помогающих ей избежать инфекции, является первоочередной.

Отсутствие услуг в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья в кризисных ситуациях было нормой, а не исключением. Например, в одном из обзоров, проведенных в 1994 году, было показано практически полное отсутствие услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья во множестве мест размещения беженцев и внутренне перемещенных лиц в восьми странах (Wulf, 1994).

С тех пор, однако, субъекты гуманитарной деятельности пришли к осознанию важности обеспечения сексуального и репродуктивного здоровья и прав в условиях кризисов не только как неперменной составляющей мер гуманитарного реагирования, но и как рычага, позволяющего повысить эффективность разработки межсекторальных программ гуманитарной помощи, а также как фундамента долгосрочных мероприятий по обеспечению восстановления, реабилитации и укреплению потенциала противодействия.

Программа действий, принятая в ходе Международной конференции по народонаселению и развитию 1994 года и одобренная

Особые проблемы, встающие перед подростками и молодежью

«Случаи столь ранней беременности в этом лагере обычно связаны с вступлением в брак в детском возрасте», – говорит Асма Немрави, психолог лагеря по работе с молодежью. Родители зачастую выдают замуж своих малолетних дочерей, чтобы избавиться от финансового бремени по уходу за ними или по причине ошибочного представления о том, что муж обеспечит им лучшую защиту от сексуального насилия. Немрави изо дня в день видит девочек, которые уже выданы замуж или вступают в брак в скором времени. Некоторым из них всего лишь 14 лет. «Некоторые хотят знать, как обзавестись детьми, – продолжает она. – Другие уже беременны и нуждаются в психологической поддержке».

По словам Немрави, некоторые девочки рассказывают ей, что они хотят родить ребенка, чтобы восполнить те утраты, которые они

понесли в своей жизни. Некоторые также говорят о своем страхе перед тем, что их мужа прибегнут к насилию или разведутся с ними, если у них не будет детей. В подобных трудных ситуациях она пытается встретиться с девочкой и ее мужем одновременно, чтобы поговорить об охране здоровья, психологической пользе и экономических выгодах откладывания беременности на более поздний этап жизни, обращая внимание на сложности, связанные с воспитанием ребенка в лагере беженцев.

Немрави также проводит беседы с живущей в лагере молодежью по вопросам планирования семьи. «Сначала они и слышать не хотели о планировании семьи», – рассказывает она. Но ее усилия по разъяснению того, как это действует и насколько это хорошо для здоровья матери, приносят свои плоды. Около 60 процентов молодых людей, посетивших одно из ее занятий, уходят убежденными, что им следует этим воспользоваться.

Информационно-пропагандистская работа за пределами лагерей беженцев

Лагерь Заатари служит домом для 80 000 сирийских беженцев, а в четырех других лагерях размещаются еще 30 000 человек. Но эти постоянные жители лагерей составляют в своей совокупности лишь около 18 процентов от общего числа сирийских беженцев, находящихся в Иордании. Остальные 82 процента проживают в крупных и небольших городах, а также в сельской местности по всей стране, и многим из них приходится вести борьбу за получение доступа к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья.

Оказание услуг беженцам за пределами лагерей представляет собой сложную задачу. Эти группы населения разбросаны по разным местам, и многие из них не охвачены общественными институтами, обслуживающими граждан Иордании.

После того, как разрушительный тайфун пронесся над Филиппинами, женщины по-прежнему рожали в безопасных условиях

Как только были получены предупреждения о надвигающемся тайфуне «Хайян», главный врач Мемориального госпиталя им. Фелипе Абриго не стала терять времени. Д-р Лилия Дагино собрала основные лекарственные средства, имевшиеся в больнице, и организовала мини-аптеку в гостиной своего небольшого дома.

Будучи врачом-акушером, д-р Дагино знала, что женщины не перестанут рожать и подвергаться риску, что бы ни случилось. «Мне надо было подготовиться», – сказала она. В первые же дни после того, как свирепый ураган, порожденный тайфуном, обрушился на этот город и превратил ее госпиталь в руины, д-р Дагино приняла в этой комнате роды у трех женщин. «Слава Богу, никаких осложнений не было».

После того, как поблизости от лишенного крыши медицинского учреждения из подручных материалов был организован временный родильный блок, она оставила только что родивших матерей и их младенцев в своем доме.

Разразившийся в ноябре 2014 года тайфун «Хайян», известный на Филиппинах под названием «Йоланда», оставил без

кровя над головой четыре миллиона человек.

Каждый день у сотен перемещенных женщин начинались роды, и многим из них потенциально угрожали осложнения, опасные для жизни. Большинство поврежденных учреждений здравоохранения возобновили предоставление некоторых услуг вскоре после кризисной ситуации, но во многих местах медицинский персонал с трудом обслуживал пациентов без оборудования или в отсутствие электроэнергии, располагая лишь несколькими автомашинами скорой помощи и при жестком дефиците расходных материалов.

В порядке реагирования на эту кризисную ситуацию ЮНФПА определил очередность оказания услуг с тем, чтобы обеспечить безопасность беременных и недавно родивших женщин. С целью оказания поддержки учреждениям здравоохранения в наиболее пострадавших районах ЮНФПА предоставил своим правительственным и негосударственным партнерам крайне необходимое медицинское оборудование и материалы, включая лекарства, комплекты для обеспечения безопасности родов и гигиенические пакеты.

Помимо этого, бесплатное обслуживание в иорданских государственных больницах и медицинских учреждениях, управляемых правительственными ведомствами, предоставляется только застрахованным гражданам. Сирийцам и беженцам из других стран приходится платить, и, хотя по сравнению со стоимостью услуг в частных клиниках эта плата невысока, она все еще зачастую не по карману для большинства из них. Одним из вариантов получения услуг является обращение в некоммерческие учреждения-поставщики, например, в Институт здоровья семьи (ИЗС), который располагает общенациональной сетью клиник, предлагающих услуги по охране сексуального и репродуктивного здоровья сирийцам и иорданцам на равной основе. ИЗС осуществляет программы, поддерживаемые ЮНФПА.

Руководителем программ ИЗС-ЮНФПА является Ханин Зоуби. «Мы придерживаемся комплексного подхода», предлагая бесплат-

ные услуги по дородовому наблюдению и послеродовому уходу, консультирование и услуги в области планирования семьи, лечение инфекций, передаваемых половым путем, и психологическую поддержку жертвам гендерного насилия и лицам, перенесшим психологическую травму, и все это – под одной крышей, говорит она.

Но прийти в клинику способны не все, и поэтому ИЗС также ведет информационно-пропагандистскую работу в общинах. «Мы идем туда, где находятся люди», – рассказывает Зоуби. Они идут, например, в школы, чтобы поделиться информацией с подростками, или в общинные организации, чтобы предложить молодежи обучение жизненно важным умениям и навыкам.

Люди рады такой информации, продолжает она, отметив, что уязвимые группы населения в стране зачастую не располагают доступом к Интернету и не способны



Новорожденные в лагере Заатари.

ФОТО © UNFPA/Salah Malkawi

самостоятельно найти сведения о том, как предупредить беременность или избежать инфекции, передаваемой половым путем.

Беженцы, живущие за пределами лагерей, существенно отличаются. По словам Зоуби, их спрос на услуги по планированию семьи выше, и среди них наблюдается меньше беременностей в подростковом возрасте.

179 правительствами, помогла привлечь внимание к неудовлетворенным потребностям в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья женщин и девочек, оказавшихся в условиях гуманитарного кризиса. «Беженцам необходимо обеспечить доступ к надлежащему жилью, образованию, здравоохранению, включая услуги в области планирования семьи, и к другим необходимым социальным услугам». (Организация Объединенных Наций, 1994) Этот подход был вновь подтвержден в Пекинской платформе действий, принятой на Всемирной конференции по положению женщин 1995 года (Организация Объединенных Наций, 1995).

В 1995 году, учитывая все возрастающее признание потребностей в услугах по охране сексуального и репродуктивного здоровья среди беженцев и внутренне перемещенных лиц, а также повсеместное отсутствие соответствующих мер реагирования, ЮНФПА и Верховный комиссар Организации Объединенных Наций по делам беженцев возглавили работу по

формированию Межучрежденческой рабочей группы по охране репродуктивного здоровья в кризисных ситуациях (МРГ). С тех пор МРГ выросла в глобальную коалицию Организации Объединенных Наций, доноров и научных организаций, местных и международных неправительственных организаций, а также министерств здравоохранения, призванную расширять и укреплять доступность качественных услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья для людей, затронутых конфликтами и стихийными бедствиями (МРГ, 2014).

В наши дни *большее число* беженцев и внутренне перемещенных лиц располагают *более широким* доступом к *большему количеству* услуг, чем когда-либо в прошлом. В 2014 году ЮНФПА предоставил 8437 наборов, содержащих основные предметы снабжения, лекарственные и противозачаточные средства, а также оборудование, для охраны репродуктивного здоровья более чем 35 миллионов женщин, мужчин и подростков, оказавшихся в условиях гуманитарного кризиса. Но непрерывно

По словам Хайя Бадри, координатора деятельности клиник ИЗС, в медицинское учреждение в Аммане ежедневно обращаются за услугами до 65 сирийских и иорданских пациентов. Большинство пациентов приходят на профилактический осмотр, включая ультразвуковое обследование, но некоторые также получают лекарства от малокровия или просят обеспечить их средствами контрацепции. Многие люди также приходят, чтобы сообщить о случаях сексуального и гендерного насилия или получить лечение и консультации в связи с ними. Кроме того, взрослым и детям, пережившим психологическую травму, и даже жертвам пыток предоставляются индивидуальная помощь психолога и возможность обсуждения в группах поддержки.

Конфиденциальность и уважение

Какие бы услуги ни предоставлялись, крайне важно соблюдать неприкосновенность частной жизни. Все сотрудники прошли

обучение и подписались под кодексом поведения, взяв на себя обязательство о предоставлении услуг всем людям на основе конфиденциальности и без вынесения каких бы то ни было суждений. Гарантия конфиденциальности помогает клиентам преодолеть страх и сохранить свое достоинство при обращении за помощью.

35-летняя Надия ом-Хассан приходит в другой центр, расположенный в Дейр-Алла в Иорданской долине, чтобы получить услуги в области планирования семьи, встретиться с консультантами и принять участие в работе групп социальной поддержки. Три года тому назад, когда она еще находилась в Сирии, она едва успела родить своего пятого ребенка с помощью кесарева сечения и еще не оправилась от анестезии, как на больницу обрушились бомбы, вынудив персонал приступить к экстренной эвакуации. В последующие дни ее хирургический разрез подвергся инфицированию. Несмотря на ее состояние, она, ее

муж, их новорожденный ребенок и остальные четверо детей были вынуждены спасаться бегством, что привело их в Иорданию.

Впоследствии муж ом-Хассан заставил ее забеременеть снова. «Он хотел больше мальчиков, чтобы было кому поддержать семью, – говорит она. – Через три месяца мне удалось забеременеть, [но] случился выкидыш». Сотрудники ИЗС в Дейр-Алла рассказали ей о методах планирования семьи и объяснили, насколько это важно для ее здоровья. «Теперь я объясняю своему мужу, что это также хорошо для здоровья всей семьи».

«Когда я прихожу в клинику и мне представляется возможность рассказать о своих проблемах, я чувствую себя счастливой и успокоенной», – говорит ом-Хассан.

Центр в Дейр-Алла также оказывает поддержку подросткам. 15-летняя Малак перебралась в Иорданию из Дамаска четыре года назад

возрастающая численность нуждающихся групп населения и укрепляющаяся приверженность делу предоставления им комплексных услуг означают, что пробелы по-прежнему существуют и могут увеличиваться в отсутствие скоординированных усилий по решению этой проблемы.

За прошедшие 20 лет гуманитарное сообщество намного продвинулось вперед. В условиях многих гуманитарных кризисов наших дней услуги и поддержка доступны в полном диапазоне. Но в других случаях некоторые или многие составляющие по-прежнему отсутствуют. Охрана сексуального и репродуктивного здоровья все еще не стала комплексной или всеобщей во всем спектре кризисных ситуаций.

В 1994 году на Международной конференции по вопросам народонаселения и развития сто семьдесят девять правительств пришли к согласию в том, что репродуктивные права – это права человека. Международное сообщество взяло на себя обязательство обеспечивать соблюдение этих прав даже в кризисных ситуациях.

Определение стандарта на основные услуги и материалы

В 1998 году МРГ выработала определение того, что в настоящее время рассматривается как неперенный комплекс услуг по охране репродуктивного здоровья и предметов снабжения, которые должны быть в наличии в самом начале любой кризисной ситуации. Этот минимальный пакет первичных услуг является международным стандартом в области защиты сексуального и репродуктивного здоровья и прав женщин и девочек, оказавшихся в условиях острой фазы конфликтов и стихийных бедствий.

Его цель состоит в том, чтобы предупреждать и нейтрализовать последствия сексуального насилия, сокращать число случаев передачи ВИЧ-инфекции, предотвращать гибель и заболевания матерей и новорожденных и интегрировать услуги по охране сексуального и репродуктивного здоровья в практику первичного медико-санитарного обслуживания.

вместе со своими родителями, дедушками и бабушками и тремя братьями и сестрами. Она посещает среднюю школу, где ее любимым предметом является естествознание, но говорит, что в будущем хочет стать офицером полиции. В начале этого года тетя обратилась к ее родителям, предложив выдать ее замуж за своего 20-летнего сына. «Меня это не устраивало, но отказаться я не могла. Я не хотела бросать учебу», – говорит Малак.

Затем в один из дней, когда Малак сопровождала свою мать при посещении центра, она узнала о проводимых здесь лекциях по вопросам вступления в брак в детском возрасте, которые они посетили вместе. Ее мать, а позднее и ее отец, в конечном итоге согласились с тем, что для Малак будет лучше остаться в школе и завершить свое образование. Через месяц помолвка была расторгнута.

По словам Дэниела Бейкера, координирующего усилия ЮНФПА по

оказанию поддержки сирийским беженцам в Иордании, Египте, Ираке, Ливане и Турции, а также сирийцам, которые еще не бежали из своей страны, «ситуация с сирийскими беженцами ужасна, несмотря на щедрость соседних принимающих стран. Поскольку война в Сирии продолжается и конца ей не видно, их положение становится еще более отчаянным по мере того, как они истощают все имеющиеся у них ресурсы. Международное гуманитарное сообщество отвечает за предоставление основных услуг, таких как охрана материнства, чтобы поддерживать жизнь людей и хоть какую-то надежду на лучшее будущее по окончании войны».

Малак в Дейр-Алла, Иордания

ФОТО © UNFPA/Salah Malkawi



ГУМАНИТАРНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ

На сегодняшний день более двух третей всех чрезвычайных ситуаций гуманитарного характера, в отношении которых Организация Объединенных Наций принимает меры реагирования, представляют собой стихийные бедствия. Только в 2014 году Организация Объединенных Наций приняла меры по преодолению последствий 60 бедствий, при этом число сложных чрезвычайных ситуаций или конфликтов было равно семи.

С 2013 года Организация Объединенных Наций проводит оценку масштаба и типа чрезвычайных ситуаций по трехбалльной шкале, согласно которой наиболее серьезный 3-й уровень означает необходимость общесистемной мобилизации ресурсов по причине их масштабности, сложности и срочности. В случае чрезвычайных ситуаций 2-го уровня могут потребоваться меры реагирования преимущественно регионального характера. К чрезвычайным ситуациям 1-го уровня относятся те из них, последствия которых могут быть преодолены отдельно взятой страной или под управлением и при поддержке специализированных учреждений в этой стране.

По состоянию на сентябрь 2015 года Организация Объединенных Наций принимала меры реагирования в отношении четырех чрезвычайных ситуаций 3-го уровня: в Ираке, где вспышка насилия при столкновениях между вооруженными формированиями и правительственными войсками привела, согласно оценкам, к внутреннему перемещению 1,9 миллиона человек; в Сирии, где миллионы людей нуждаются в помощи и оказались в западне в труднодоступных районах; в Центральноафриканской Республике, где в течение всего прошедшего года страна переживает глубокий политический кризис, приведший к тому, что 2,5 миллиона человек – более половины населения – отчаянно нуждаются в помощи; и в Южном Судане, где 1,7 миллиона человек были перемещены и, согласно оценкам, 4 миллиона человек сталкиваются с нехваткой продовольствия (Управление Организации Объединенных Наций по координации гуманитарной деятельности, 2015).

За прошедшие 12 месяцев в Организацию Объединенных Наций поступило 30 просьб о предоставлении финансовых средств,

почти половина из которых была направлена от имени стран Африки к югу от Сахары.

Согласно Проекту оценки потенциала (АКАПС), «жестокие» гуманитарные кризисы отмечаются в: Афганистане, Демократической Республике Конго, Ираке, Йемене, Нигере, Нигерии, Сирии, Сомали, Судане, Центральноафриканской Республике, Эритрее и Южном Судане. АКАПС представляет собой некоммерческую инициативу организации «Действие против голода» (Action Contre la Faim), Норвежского совета по делам беженцев (Norwegian Refugee Council) и Международного альянса «Спаси детей» (Save the Children International) по оказанию совместной поддержки гуманитарному сообществу в проведении оценки его потребностей.

Согласно проекту АКАПС, кризисные ситуации гуманитарного характера наблюдаются также в: Гаити, Гамбии, Джибути, Камеруне, Кении, Колумбии, Корейской Народно-Демократической Республике, Либерии, Ливане, Ливии, Мавритании, Малави, Мали, Непале, Пакистане, Палестине, Сенегале, Сьерра-Леоне, Украине, Чаде и Эфиопии.

МЕРЫ ГУМАНИТАРНОГО РЕАГИРОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ, 2007–2014 ГГ.

● Бедствия ● Конфликты

2007

124

2008

115

2009

122

2010

121

33

40

36

60

© UN FOTO/Eric Kanalstein

© UN FOTO/Martine Perret

© UN FOTO/Sayed Barez

© UN FOTO/Logan Abassi

В УСЛОВИЯХ КОНФЛИКТА, ПЕРЕМЕЩЕНИЯ И СТИХИЙНЫХ БЕДСТВИЙ ПРОИСХОДЯТ:



53 ПРОЦЕНТА
случаев смерти
детей младше 5 лет



ТРИ ИЗ ПЯТИ
предотвратимых случаев
материнской смертности

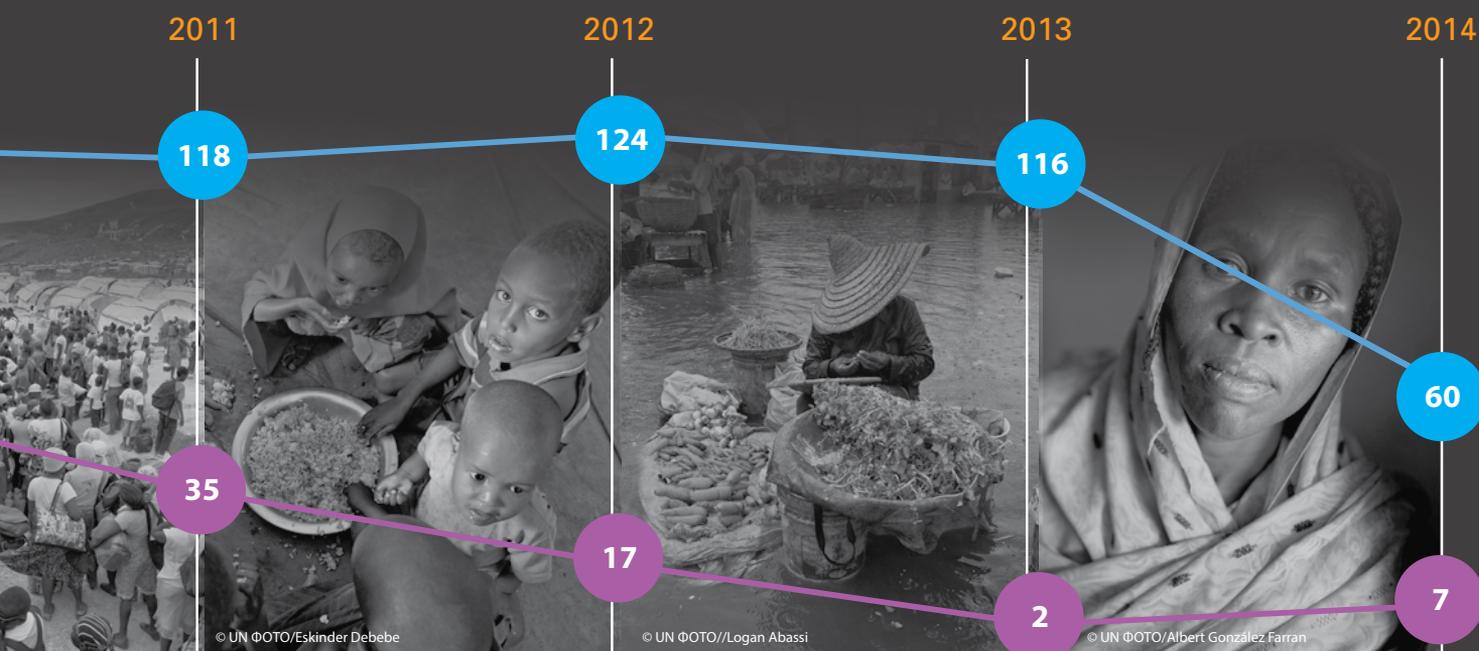


45 ПРОЦЕНТОВ
случаев смерти
новорожденных



Согласно оценкам,
из более чем
100 МИЛЛИОНОВ
людей, нуждавшихся
в гуманитарной
помощи в 2015 году,
26 МИЛЛИОНОВ
СОСТАВЛЯЛИ ЖЕНЩИНЫ
И ДЕВОЧКИ В ВОЗРАСТЕ
15-49 ЛЕТ

Более 80 ПРОЦЕНТОВ стран, не достигших ЦРТ по показателю материнской и детской выживаемости, в недавнем прошлом пострадали от конфликта, повторных стихийных бедствий или и того, и другого вместе. Действительно, в нестабильных государствах не было достигнуто большинство из показателей Целей развития тысячелетия, а все 10 стран, находящихся в нижней части списка согласно Индексу положения с материнством Международного альянса «Спаси детей», определяются как затронутые конфликтом или нестабильные.



В любой ситуации гуманитарного характера роль ЮНФПА состоит в обеспечении того, чтобы женщины, вне зависимости от обстоятельств, располагали доступом к услугам по безопасному родовспоможению, имеющим целью защиту жизни и здоровья матерей и младенцев.



*Оценки числа женщин с вероятной беременностью в пределах одной страны или территории в целом – а не только районов, конкретно затронутых конфликтом или стихийным бедствием – выводятся из данных, полученных на национальном уровне. Суммарное число беременных женщин на каждый данный момент времени в каждом месте было бы меньше, если бы оценки ограничивались исключительно теми частями каждой страны или территории, которые затронуты конфликтом.

**Ввиду отсутствия достаточных данных оценка по Вануату основывается на суммарном коэффициенте рождаемости вместо общего коэффициента рождаемости.

Источники данных
 Обследования в области демографии и здравоохранения: Буркина-Фасо, Бурунди, Демократическая Республика Конго, Египет, Иордания, Йемен, Камерун, Мавритания, Малави, Мали, Непал, Нигер, Нигерия, Перу, Руанда, Сенегал, Танзания, Уганда, Чад, Эритрея, Эфиопия; переписи населения: Вануату, Корейская Народно-Демократическая Республика, Судан, Центральнаяафриканская Республика, Южный Судан; постановка на учет: бывшая югославская Республика Македония, Гватемала, Турция, Украина, Чили; Панарабский проект по охране здоровья семьи: Джибути, Ливан, Палестина; обследования по многим показателям с применением гнездовой выборки: Ирак, Сомали; национальная система статистики: Мьянма, Сирийская Арабская Республика.

ФОТО © Panos Pictures/Abbie Trayler-Smith

Буркина-Фасо	598 610
Бурунди	373 871
Бывшая югославская Республика Македония	17 611
Вануату**	6 839
Гватемала	365 965
Демократическая Республика Конго	2 753 898
Джибути	21 836
Египет	1 991 512
Йемен	687 058
Иордания	157 846
Ирак	934 973
Камерун	695 698
Корейская Народно-Демократическая Республика	276 175
Ливан	74 572
Мавритания	103 372
Малави	555 483
Мали	573 961
Мьянма	609 344
Непал	517 850
Нигер	763 201
Нигерия	5 366 797
Палестина	128 179
Перу	473 691
Руанда	310 901
Сенегал	432 879
Сирийская Арабская Республика	355 706
Сомали	373 756
Судан	860 404
Танзания	1 605 941
Турция	945 434
Уганда	1 304 798
Украина	306 902
Центральнаяафриканская Республика	150 727
Чад	472 898
Чили	193 042
Эритрея	134 236
Эфиопия	2 711 606
Южный Судан	244 317
Всего	28 451 889

И хотя в наши дни эти основные услуги являются широко признанной точкой отсчета при определении жизненно важных услуг и действий в кризисных ситуациях, в ходе некоторых мероприятий по реагированию они предоставляются в недостаточном объеме, что ставит под угрозу здоровье женщин и девочек-подростков и является отрицанием их репродуктивных прав.

Комплексные услуги после начальной фазы

МРГ выявила дополнительные важные услуги по охране сексуального и репродуктивного здоровья, которые следует делать доступными как можно скорее по мере стабилизации кризисной ситуации.

Полный спектр вариантов в области планирования семьи

Хотя стихийные бедствия предотвратить невозможно, существует возможность предупреждения нежелательных беременностей после кризиса.

Например, с момента землетрясения в Непале в апреле 2015 года ЮНФПА и его партнеры восстановили доступ женщин к услугам по планированию семьи в районах, где учреждения здравоохранения были повреждены или разрушены. Подготовленные ЮНФПА медицинские работники и общинные добровольцы распространяли информацию о том, как получить доступ к средствам планирования семьи и эффективно их использовать. Информационно-пропагандистская работа велась через медико-санитарные пункты в комитетах развития деревень – административных органах самого низкого уровня – с тем, чтобы тщательно проанализировать использование средств планирования семьи на местах и разработать стратегии покрытия неудовлетворенных потребностей. Проведенный правительством



ЮНФПА предоставил наборы по планированию семьи в чрезвычайных ситуациях, включающие противозачаточные и другие средства охраны репродуктивного здоровья, в объемах, позволяющих оказать эти услуги 20 780 000 людей репродуктивного возраста.

анализ деятельности 30 учреждений, охваченных данной инициативой, позволил сделать вывод о том, что уровень распространенности противозачаточных средств вырос с 34 процентов до 45 процентов.

В условиях гуманитарных кризисных ситуаций, когда объемы финансирования жизненно важных мероприятий ограничены, инвестиции в услуги по планированию семьи являются оправданными. В целом, каждый доллар, израсходованный на услуги по контрацепции, экономит от 1,70 до 4 долларов затрат на обеспечение ухода за матерями и новорожденными.

В прошлом году ЮНФПА предоставил наборы по планированию семьи в чрезвычайных ситуациях, включающие противозачаточные и другие средства охраны репродуктивного здоровья, в объемах, позволяющих оказать эти услуги 20 780 000 женщин, мужчин и подростков репродуктивного возраста, оказавшихся в условиях гуманитарного кризиса по всему миру.

Доступ к услугам по планированию семьи – это одно из прав человека, и пренебрежение его обеспечением может иметь серьезные последствия для здоровья, особенно в кризисных ситуациях гуманитарного характера. В мае 2013 года ЮНФПА и Международная федерация планирования семьи учредили партнерство, призванное обеспечивать доступ к услугам по планированию семьи и вести информационную работу среди 22 миллионов женщин, проживающих в странах и на территориях, затронутых конфликтами и стихийными бедствиями.

Эта инициатива направлена на восполнение пробелов в инфраструктуре здравоохранения, повышение качественного уровня медицинских работников, развитие эффективных систем

распределения средств планирования семьи и обеспечение их ценовой доступности. В число целевых стран с низким уровнем распространенности противозачаточных средств и значительными неудовлетворенными потребностями в услугах по планированию семьи входят Боливия, Гаити, Демократическая Республика Конго, Индия, Кения, Кот-д'Ивуар, Либерия, Мьянма, Нигерия, Пакистан, Тихоокеанские острова, Эфиопия и Южный Судан.

Планирование семьи является неотъемлемым элементом мер реагирования, а также переустройства и восстановления, и приносит женщинам и девочкам прямую пользу, позволяя увеличивать накопления и производительность труда семьи, а также улучшая перспективы в плане образования и занятости. Оно также улучшает конечные результаты в области охраны здоровья, поскольку сокращение числа незапланированных беременностей ведет к сокращению числа осложнений при родах и случаев материнской смертности.

Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что у людей, затронутых кризисом, желания в отношении продолжения рода различны, и в ответ на войну, стихийное бедствие, экономический спад, политические потрясения и вынужденное разделение супругов наблюдаются как рост, так и снижение показателей рождаемости (McGinn, 2000). Вместе с тем, один из постулатов в области прав человека и прав на здоровье гласит, что услуги по охране здоровья должны иметься в наличии и быть доступными, приемлемыми и по возможности – максимально качественными для всех тех, кто желает ими воспользоваться (Foreman, 2015). Фундаментальный принцип программ по планированию семьи состоит в том, что пациенты должны иметь возможность принимать решения на основе полностью осознанного, свободного и информированного выбора (Foreman, 2015; МРГ, 2010).

Надлежащая практика разработки программ требует обеспечения того, чтобы женщинам и мужчинам были доступны все эффективные методы контрацепции. Практический опыт реализации программ, предлагающих полный спектр противозачаточных средств долго- и краткосрочного действия, показал, что женщины сделают свой выбор в пользу внутриматочных устройств и имплантов длительного действия при условии их доступности и надлежащего качества услуг.

Программы в области планирования семьи, нацеленные на оказание услуг женщинам и подросткам, оказавшимся в кризисной ситуации, предлагают прибегать в основном к краткосрочным методам контрацепции, если выдача противозачаточных средств вообще в них предусматривается (Casey, 2015).

Но практический опыт реализации программ дает основания полагать, что при возможности женщины будут использовать средства длительного действия. В провинции Северное Киву Демократической Республики Конго – районе затяжного конфликта и отсутствия безопасности – в некоторых учреждениях Министерства здравоохранения, поддерживаемых международными неправительственными организациями, предлагается полный спектр обратимых методов. В результате в Северном Киву не только отмечается более высокая степень распространенности противозачаточных средств по сравнению с общенациональным уровнем, но и число случаев применения долгосрочных обратимых методов более чем вдвое выше, чем в Киншасе (Ministère du Plan et al., 2014).

Дополнительные меры по спасению жизней матерей и новорожденных

В 10 странах с наивысшими коэффициентами материнской смертности наблюдается кризисная ситуация или преодолеваются ее последствия.

В любой ситуации гуманитарного характера роль ЮНФПА состоит в обеспечении того, чтобы

ЮНФПА ПОМОГАЕТ ЖЕНЩИНАМ И ДЕВОЧКАМ ПОЛУЧИТЬ ДОСТУП К УСЛУГАМ

Услуги и предметы снабжения, предоставленные в период с января по сентябрь 2015 года в странах бассейна озера Чад, затронутых кризисом в связи с действиями организации «Боко Харам»

НИГЕР

распределены **53 312 презервативов**

10 913 женщин и девочек-подростков получили доступ к **услугам по планированию семьи**

1458 женщин получили **услуги по безопасному родовспоможению**

1407 «наборов достоинства» были распределены среди беженцев
906 женщин получили **дородовую медицинскую помощь**

118 подростков и молодых людей прошли подготовку в качестве **инструкторов по вопросам охраны репродуктивного здоровья для работы среди беженцев**

40 медицинских работников прошли курсы подготовки

22 женщины, ставших жертвами гендерного насилия, получили **психологическую поддержку**

НИГЕРИЯ

2 108 441 человек посетили мероприятия по повышению информированности в области предупреждения **гендерного насилия** и мер реагирования на него

27 293 женщин получили **услуги по безопасному родовспоможению**

22 000 женщин и девочек-подростков получили **«наборы достоинства»**

распределены **214 наборов** медицинских инструментов, лекарств и других предметов снабжения **для оказания помощи в области охраны репродуктивного здоровья** (1759 коробок)

213 работников здравоохранения и руководителей программ прошли **курсы подготовки** по предоставлению услуг в области охраны репродуктивного здоровья в условиях гуманитарного кризиса

56 акушерок и медицинских сестер прошли **курсы подготовки** по применению средств обратимой контрацепции длительного действия

ЧАД

распределены **28 000 презервативов**

2500 женщин, мужчин и молодых людей посетили мероприятия по повышению уровня информированности о **гендерном насилии**

1500 женщин получили **дородовую медицинскую помощь**

1500 женщин получили **услуги в связи с гендерным насилием**

510 женщин получили **услуги по безопасному родовспоможению**

500 женщин получили доступ к **средствам контрацепции**

КАМЕРУН

4075 наборов для безопасных родов распределены между медико-санитарными пунктами в лагерях беженцев и медицинскими центрами

5400 «наборов достоинства» выданы беременным и уязвимым женщинам и девочкам

распределены **10 000 мужских презервативов**

110 женщин получили доступ к **средствам контрацепции**

11 жертв изнасилования получили **медицинскую помощь в условиях стационара**

30 районных медицинских работников и **40** общинных специалистов в области первичного медицинского обслуживания **прошли курсы подготовки и приступили к работе на местах**

22 вновь **подготовленных акушерки** приступили к работе на местах
5 **молодежных центров оборудованы** для целей развития навыков и консультирования подростков

4 государственных медицинских учреждения, обслуживающие беженцев, оборудованы для предоставления **качественных услуг в области охраны репродуктивного здоровья**

4 **пространства с благоприятными для молодежи и женщин условиями** созданы в лагере беженцев Минавао

Девочки, сбежавшие из «Боко Харам», Чибок, Нигерия.
ФОТО © Panos Pictures/Sven Torfinn

женщины, вне зависимости от обстоятельств, располагали доступом к услугам по безопасному родовспоможению, имеющим целью защиту жизни и здоровья матерей и младенцев. ЮНФПА не всегда предоставляет эти услуги в рамках собственных операций: как правило, продолжают функционировать некоторые государственные и частные медицинские учреждения, и существует много неправительственных организаций, тоже специализирующихся на оказании услуг по охране материнства. Но в случае возникновения пробелов ЮНФПА восполняет их.

Временами, чтобы обеспечить доступ к услугам по охране здоровья матерей и новорожденных, находящихся в удаленных районах или разбросанных по большой территории, применяются импровизированные средства.

Например, в Гвинее медицинские работники в общинах, противостоявшие вспышке лихорадки Эбола, использовали смартфоны для регистрации людей, подвергшихся воздействию вируса, и передачи крайне важной информации в государственные органы здравоохранения.

В Сомали медицинские сестры использовали глобальные системы определения координат для содействия оказанию услуг по охране здоровья внутренне перемещенным лицам, находящимся в удаленных районах (Shaikh, 2008).

В том же Сомали ЮНФПА оказывает поддержку 34 центрам родового ухода за беременными женщинами с осложнениями, обеспечивая им уход и защиту до момента начала родов, когда они переводятся в медицинское учреждение.

На Филиппинах после тайфуна «Хайян» ЮНФПА оказал помощь в создании «госпитейнера» – блока неотложной медицинской помощи роженицам на базе морского контейнера, – в котором профессиональные работники здравоохранения приняли 14 нормальных родов и произвели 83 кесарева сечения. ЮНФПА также предоставил комплекты для обеспечения безопасности родов, которые использовались

при неотложном родовспоможении примерно 26 000 женщинам в родильных палатах из подручных материалов, организованных в таких местах, как муниципальные здания.

Ведущая роль в реализации многих инициатив принадлежала самим беженцам. Например, в Гвинее женщины-беженки возглавили просветительскую работу по вопросам охраны материнского здоровья в общинах, а также родовспоможения и использования других услуг (Howard et al., 2011). В Сирии, где почти 7,6 миллиона человек относятся к категории внутренне перемещенных лиц, была внедрена выдача ваучеров по охране репродуктивного здоровья, дающих женщинам из уязвимых групп населения возможность бесплатного получения базовых услуг, включая родовое наблюдение, родовспоможение, послеродовой уход и неотложную акушерскую помощь в специально отведенных для этой цели медицинских центрах и больницах. Из общего числа женщин, прибегнувших с момента начала кризиса в Сирии к поддерживаемым ЮНФПА услугам по охране репродуктивного здоровья, более 810 000 женщин прошли процедуры безопасных родов, а 93 000 внутренне перемещенных женщин воспользовались системой ваучеров.

В Газе четыре центра по охране материнства и пять пунктов первичного медико-санитарного обслуживания, принимающих по 50 000 человек в год, сталкивались с хроническим дефицитом основных лекарств начиная с 2006 года, однако после конфликта 2014 года их запасы истощились до критического уровня. ЮНФПА пополнил запасы лекарственных средств и других материалов, что на данный момент позволило обеспечить здоровую беременность и безопасные роды у 35 000 беременных женщин.

В той же Газе в ходе боевых действий 2014 года был серьезно поврежден госпиталь Харазин – единственное медицинское учреждение, обслуживающее общину Шейяия. ЮНФПА профинансировал проведение ремонтных работ.

Ежемесячно этот госпиталь предоставляет услуги по родовому наблюдению, родовспоможению и послеродовому уходу примерно 300 женщинам.

Помимо этого, в секторе Газа ЮНФПА профинансировал организацию мобильных клиник для обслуживания внутренне перемещенных беременных женщин, находящихся в лагерях для внутренне перемещенных лиц, импровизированных убежищах и домах-фургонах в отдаленных приграничных районах, в которых, согласно оценкам, остаются бездомными 100 000 человек. Только в июне 2015 года эти мобильные клиники оказали услуги 389 женщинам, 156 из которых были беременны.

В рамках некоторых гуманитарных программ удалось добиться заметного прогресса в расширении доступа к услугам по охране репродуктивного здоровья для всех и при любых обстоятельствах. Например, центры охраны здоровья матери и ребенка стали доступными для всех постоянных жителей лагеря беженцев Заатари в Иордании, а дополнительно созданные центры ведут работу среди сирийских беженцев за пределами лагерей (Krause et al., 2015).

Уход в период после аборта для спасения жизней

Женщины и девочки, оказавшиеся в условиях гуманитарного кризиса, могут подвергаться повышенному риску незапланированной беременности и небезопасного аборта по причине более высоких уровней изнасилования и перерывов в пользовании противозачаточными средствами вследствие перемещения (МРГ, 2010). Хотя национальное законодательство по вопросам абортов и доступа к услугам по производству безопасного аборта отличается от страны к стране, 99 процентов народонаселения мира проживает в странах, где аборты при определенных обстоятельствах разрешены, и только шесть государств запрещают аборты при любых обстоятельствах (RAISE, 2015; Центр за репродуктивные права, 2014).

Характерные особенности успешных программ по охране сексуального и репродуктивного здоровья подростков

- участие заинтересованных сторон
- участие подростков и их вовлеченность в повышение заинтересованности сверстников и их спроса на услуги
- отзывчивость к различным потребностям подгрупп населения подросткового возраста
- квалифицированный и преданный своему делу персонал, обслуживающий подростков
- предоставление комплексных услуг подросткам в одном месте
- целостные, многосекторальные подходы к разработке программ
- структурированное общее руководство, признание заслуг и непрерывное наставничество среди пропагандистов из числа сверстников
- гибкие стратегии информационно-пропагандистской работы, а также включение транспортных расходов в бюджет затрат
- учет вопросов охраны сексуального и репродуктивного здоровья подростков при разработке планов обеспечения готовности к чрезвычайным ситуациям

(Женская комиссия по делам беженцев и др., 2012).

Уход в период после аборта представляет собой жизненно важную услугу, которая предупреждает смертельный исход и болезни по причине осложнений при выкидыше и аборте. Руководящая политическая установка ЮНФПА в области абортов закреплена в Программе действий Международной конференции по народонаселению и развитию 1994 года: там, где аборт разрешен законом, он должен быть безопасным. Там, где аборт поставлен вне закона, уход в период после аборта должен быть доступен для спасения жизней.

Оценка текущей ситуации, проведенная МРГ, выявила, что в трех затронутых кризисом странах Африки к югу от Сахары больницы считаются способными обеспечивать уход в период после

аборта, но фактическая доступность такого ухода ограничена (Casey et al., 2015).

Профилактика и лечение инфекций, передаваемых половым путем, включая ВИЧ

За последние два десятилетия ВИЧ-инфекции в условиях гуманитарных кризисов уделялось все большее внимание, и на решение этой проблемы направлялось больше финансовых средств и целевой помощи, чем на другие аспекты охраны сексуального и репродуктивного здоровья (Tanabe et al., 2015). Согласно оценке текущей ситуации, проведенной МРГ в 2014 году, многие страны добились значительного прогресса в деле расширения доступа к антиретровирусной терапии и профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку, но продвижение вперед в предоставлении услуг по профилактике и лечению других инфекций, передаваемых половым путем, было не столь заметным (Chynoweth, 2015).

В 2014 году Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности и Верховный комиссар Организации Объединенных Наций по делам беженцев разработали программу, включающую комплексные меры по профилактике ВИЧ-инфекции и снижению вреда, а также тестированию на ВИЧ, консультированию и лечению ВИЧ-инфекции для афганских беженцев, находящихся в Иране и Пакистане, а также лиц, возвратившихся в Афганистан к месту постоянного проживания. В рамках этой программы производилась выдача презервативов и шприцев, а также обеспечивалась поддержка услуг в связи с ВИЧ, невзирая на национальные границы, что содействовало продолжению оказания услуг беженцам после их возвращения домой. В Афганистане этой программой было охвачено около 3000 потребителей инъекционных наркотиков, включая примерно 500 женщин (ЮНЭЙДС, 2015).

Защита права подростков на здоровье

Кризисные ситуации гуманитарного характера сопровождаются неотъемлемыми рисками

нарастания уязвимости подростков перед лицом насилия, нищеты, разлучения со своей семьей, сексуальных надругательств и эксплуатации. Более того, в случае подростков риски, связанные с вынашиванием ребенка, усугубляются возрастом опасности их принуждения к половому акту, повышением рискованности, а также уменьшением доступности и возрастного соответствия услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья подростков (Женская комиссия по делам беженцев и др., 2012).

Свидетельства того, что в кризисных ситуациях гуманитарного характера проблеме охраны сексуального и репродуктивного здоровья подростков уделяется надлежащее внимание, практически отсутствуют.

И все же существуют несколько программ, основанных на перспективных подходах, в рамках которых предоставление подросткам услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья включено в школьные учебные планы, ведется работа с перемещенными лицами, обосновавшимися в городах, а вопросы охраны сексуального и репродуктивного здоровья подростков включаются в планы мероприятий по уменьшению опасности стихийных бедствий (Женская комиссия по делам беженцев и др., 2012).

В условиях кризисной ситуации проблемой, вызывающей обеспокоенность всех женщин репродуктивного возраста, но особенно девочек-подростков, являются вопросы удовлетворения их санитарно-гигиенических потребностей во время менструации. МРГ призывает обустроить безопасные, необходимые для удовлетворения специфических для женского пола гигиенических потребностей помещения в школах, а также выдавать салфетки или иные приемлемые с культурной точки зрения санитарно-гигиенические принадлежности для использования в период менструального цикла. ЮНФПА стал одним из первых учреждений, предоставляющих гигиенические прокладки в



Танцующие девочки в лагере Заатари, Иордания.

ФОТО © Panos Pictures/Mads Nissen

кризисных ситуациях гуманитарного характера, и распределяет «наборы достоинства», включающие гигиенические прокладки, с начала 2000-х годов.

Молодые люди могут быть проводниками перемен к лучшему, способными продвигать дело восстановления и развития в своих общинах. Но чтобы принимать активное участие в этом процессе, они нуждаются в доступе к широкому ряду программ, включая программы формального и неформального образования, развития жизненно важных умений и навыков, повышения уровня грамотности и навыков счета, профессионально-технической подготовки и новаторских стратегий решения проблем, обусловленных отсутствием безопасности и нехваткой персонала (МРГ, 2010). Вместе с тем, области пересечения между образованием, обеспечением средств к существованию и защитой подростков обычно упускаются из виду (ЮНФПА, 2015b).

Предупреждение гендерного насилия и преодоление его последствий

Реагирование на случаи гендерного насилия в условиях гуманитарного кризиса требует

оказания услуг и поддержки, нацеленных на его предупреждение и обеспечение защиты затронутых групп населения, уменьшение его вредоносных последствий и предотвращение дальнейших телесных повреждений, психологических травм, вреда и страданий. В руководящих принципах Организации Объединенных Наций по решению этой проблемы подчеркивается, что все «члены гуманитарного персонала обязаны исходить из предположения о том, что гендерное насилие имеет место и создает угрозу затронутым группам населения; относиться к нему как к серьезной и создающей угрозы для жизни проблеме; и предпринимать действия... вне зависимости от наличия или отсутствия конкретных свидетельств» (МПК, 2005).

Гендерное насилие включает сексуальное насилие, в том числе изнасилование, сексуальное надругательство, сексуальную эксплуатацию и принуждение к проституции; бытовое насилие; принудительные и ранние браки; пагубные обычаи, такие как калечащие операции на женских половых органах, преступления, совершаемые в защиту чести, и наследование вдов; а также торговлю людьми

(МРГ, 2010). Соответственно, в условиях гуманитарного кризиса меры реагирования на гендерное насилие должны основываться на многосекторальном подходе.

В августе 2015 года Межучрежденческий постоянный комитет (МПК), который помогает координировать гуманитарную помощь, оказываемую различными органами Организации Объединенных Наций и гуманитарными организациями-партнерами, выпустил в свет обновленные руководящие принципы интеграции мероприятий по борьбе с гендерным насилием

в общий контекст гуманитарной деятельности, призвав национальные и международные субъекты обеспечивать защиту групп населения, затронутых кризисом: «неспособность предпринять действия по борьбе с гендерным насилием означает неспособность субъектов гуманитарной деятельности выполнить свои первейшие обязанности в сфере поощрения и защиты прав затронутых групп населения» (МПК, 2015).

Местные женщины обычно первыми принимают меры реагирования и первыми находят решения – иногда самые простые, но



В лагере в Дахуке, Ирак.

ФОТО © Ali Arkady/VII Mentor Program

позволяющие провести грань между жизнью и смертью. Когда в 2010 году на Гаити обрушилось землетрясение, частота изнасилований заметно возросла, и, поскольку общественные институты, которые в обычных условиях могли бы защитить от них, перестали существовать, женщины мобилизовали свои усилия в рамках лагерей для перемещенных лиц, чтобы защитить друг друга и оказать поддержку выжившим жертвам. В лагерях для перемещенных лиц неправительственные организации MADRE и KOFIVIV раздавали женщинам свистки, что в одном из лагерей помогло снизить частоту изнасилований на 80 процентов. Установка осветительных приборов, работающих от солнечных батарей, также способствовала уменьшению числа случаев гендерного насилия в этих лагерях.

Женщины сами проявили инициативу и на Филиппинах после тайфуна «Хайян», сформировав дозоры и «пространства с благоприятными для женщин условиями», чтобы защитить себя от гендерного насилия. В июле 2014 года, после опубликования прогноза об очередном тайфуне, женщины выставили дозоры в эвакуационных центрах, координируя свои действия с женщинами-полицейскими и местными органами власти.

Вскоре после того, как тайфун «Хайян» нанес свой удар, Министерство социального обеспечения и развития Филиппин и ЮНФПА организовали в эвакуационных центрах в Таклобанае городские залы собраний, чтобы предоставить женщинам и девочкам площадку, где они могли бы сообщать о рисках, которым подвергаются их здоровье и безопасность. В качестве основных угроз многие из них называли отсутствие возможности уединиться, перенаселенность жилья и недостаточное освещение. Девочки-подростки говорили о том, что в ночное время они боятся пользоваться туалетами. В ответ на просьбы об усилении защиты Национальная полиция Филиппин направила на места больше женщин-полицейских, прошедших специальную подготовку в

области реагирования на гендерное насилие. Присутствие женщин-полицейских не только помогло снизить риск гендерного насилия, но и привело к увеличению числа сообщений о таких случаях.

Во многих программах, направленных на решение проблемы гендерного насилия в условиях гуманитарного кризиса, использовались новаторские меры для обеспечения эффективного реагирования. Например, в Чаде были организованы убежища для незамужних женщин (Женская комиссия по делам беженцев, 2004) и безопасные пространства для жертв насилия, где они могли получить доступ к психологической поддержке и занятиям по развитию умений и навыков (ЮНФПА, 2015с). В Иордании и многих других странах безопасные пространства давали женщинам и девочкам возможность сообщить о случаях сексуального насилия и получить доступ к безопасным и позволяющим избежать стигматизации услугам по реагированию (ЮНФПА, 2015а).

Создание безопасных пространств для женщин и девочек, затронутых кризисом, во все большей степени признается надлежащей практикой реагирования на чрезвычайные ситуации и основной стратегией обеспечения защиты и руководящей роли, а также расширения прав и возможностей женщин и девочек. В отличие от убежищ, безопасные пространства – это официальные или неформальные места, где женщины и девочки чувствуют себя физически и эмоционально защищенными и могут общаться, получать социальную поддержку, приобретать умения и навыки, получать услуги реагирования на гендерное насилие и знакомиться с информацией по вопросам, относящимся к правам женщин, охране их здоровья и соответствующим услугам.

Создание общинных целевых групп и патрулей доказало свою важность в качестве одного из непереносимых шагов в деле оказания услуг по защите в условиях гуманитарного кризиса. Например,

после опустошительных наводнений в Малави, случившихся в начале этого года, женщины сообщали о своем страхе перед угрозой нападения при посещении туалетов в одиночку. Министерство по гендерным вопросам, делам детей, инвалидов и социальному обеспечению в сотрудничестве с ЮНФПА помогло закупить порядка 50 палаток для использования в качестве безопасных пространств для женщин и девочек и оказало поддержку должностным лицам в создании целевых групп по борьбе с гендерным насилием.

Во многих странах для смягчения последствий гендерного насилия применяется «психологическая первая помощь». В 2014 году неправительственная организация CARE, к примеру, предоставила эту услугу почти 800 000 людей, пострадавших от конфликтов и стихийных бедствий. Методы психологической первой помощи были апробированы на Гаити, что увенчалось положительными сдвигами в состоянии участников, страдающих от психических расстройств (Schafer et al., 2010). На Тонге поставщики услуг, работающие на местах в сотрудничестве с Министерством здравоохранения и неправительственными организациями, прошли курсы подготовки в области оказания психологической и психосоциальной поддержки. На Фиджи ЮНФПА возглавил разработку мер реагирования в области психологической первой помощи со стороны правительственных ведомств и неправительственных организаций.

Программы вовлечения мужчин и мальчиков в дело предупреждения гендерного насилия являются крайне важными и включают, например, программу Международного комитета спасения по созданию «Групп действий мужчин» в Либерии и возглавляемую молодежью кампанию «Будь мужчиной», развернутую неправительственной организацией CARE в школах балканских стран (Holmes and Bhuvanendra, 2014; Shteir, 2014).

Хотя основная часть внимания к вопросам гендерного насилия была сосредоточена на

предупреждении случаев изнасилования, на первый план выдвигаются и такие аспекты этой проблемы, как браки в раннем возрасте и по принуждению, бытовое насилие, калечащие операции на женских половых органах и торговля людьми.

Системный анализ усилий, призванных воспрепятствовать вступлению в брак в детском возрасте, позволил выявить пять основных подходов:

- расширение прав и возможностей девочек путем наращивания их умений и навыков и увеличения числа их социальных активов;
- мобилизация общин на преобразование пагубных социальных норм;
- расширение доступа девочек к качественному формальному образованию;
- улучшение экономического положения девочек и их семей;
- формирование благоприятной правовой и политической среды (ЮНФПА, 2012b).

С тем, чтобы повысить осведомленность людей относительно пагубного влияния браков в детском возрасте на здоровье, специализированные учреждения развернули массовую просветительскую работу в общинах, примерами которой служат Программа добровольческого информирования неправительственной организации CARE в Турции и Программа комплексных действий по борьбе с нищетой и ранними браками организации Оксфам в Йемене (CARE, 2015; Oxfam, 2008; ЮНФПА, 2012a). Большинство программ сосредоточено на изменении основополагающих социальных норм с помощью просветительской деятельности на уровне общин; лишь немногие программы нацелены на совершенствование законодательства и политики в отношении ранних браков, и еще меньшее их количество предусматривают оказание услуг девочкам, уже состоящим в браке (ЮНФПА, 2012a; Feldman-Jacobs and Ryniak, 2006a).

Хаос и разлучение с семьей, случающиеся в период кризисных ситуаций, могут привести к повышению уязвимости женщин и девочек перед лицом торговли людьми. Неправительственная организация «ЭКПАТ Интернэшнл» («Положить конец детской проституции, детской порнографии и торговле детьми в сексуальных целях») разработала наставление специально для чрезвычайных ситуаций, в котором семьям рекомендуется определять с детьми места встречи и меры опознавания в случае разлучения (Delaney, 2007).

Адаптация к меняющемуся демографическому составу беженцев

Согласно оценкам, на сегодняшний день в мировом масштабе шесть из 10 беженцев проживают в крупных городах, а не в лагерях беженцев. Их процентная доля варьируется в зависимости от конкретных обстоятельств. Так, в городских районах проживают восемь из 10 беженцев из Сирии. Понимание растущей тенденции урбанизации беженцев важно с точки зрения переориентации стратегий их защиты и разработки соответствующих программ на удовлетворение потребностей беженцев в различных местах проживания. В порядке реагирования ЮНФПА и Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по делам беженцев разработали методические рекомендации по вопросам охраны сексуального и репродуктивного здоровья, чтобы оказать помощь гуманитарным работникам и партнерам в планировании и разработке программ поддержки беженцев, проживающих в городской местности. Эти методические рекомендации включают советы по вопросам принятия решений, проведения анализа, составления карт учреждений и служб здравоохранения, планирования, мониторинга и оценки, информационно-пропагандистской работы, координации, мобилизации общин и вариантам предоставления услуг по охране здоровья.

Готовность к чрезвычайным ситуациям спасает жизни

В наши дни все большее количество инициатив в области обеспечения готовности к чрезвычайным ситуациям и уменьшения опасности стихийных бедствий включают меры по охране сексуального и репродуктивного здоровья в качестве непереносимой услуги, оказываемой до, в период и после кризиса. В 2014 году ЮНФПА нарастил потенциал быстрого реагирования в 48 странах с тем, чтобы обеспечить предоставление минимального пакета первичных услуг в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья и соответствующих предметов снабжения в случае кризиса. Предварительное размещение средств охраны сексуального и репродуктивного здоровья на складах в Непале накануне землетрясения в апреле 2015 года, к примеру, позволило субъектам гуманитарной деятельности распространить их сразу же после этого стихийного бедствия.

В Пакистане муссоны в последние несколько лет неоднократно заливали округ Джанг, уничтожая местные медицинские учреждения и заставляя сниматься с мест жителей порядка 250 деревень. После каждого стихийного бедствия ЮНФПА и неправительственная организация «Мусульманская помощь» объединяли свои силы, чтобы восстановить критически важные службы по охране репродуктивного здоровья. Но, кроме того, в 2015 году они помогли общинам, медицинским работникам и учреждениям подготовиться к будущим стихийным бедствиям путем мобилизации женщин в местные комитеты по уменьшению опасности стихийных бедствий в качестве их руководителей. В состав этих комитетов входят рядовые участники информационно-пропагандистской работы по охране здоровья, акушерки и члены общин, которые повышают осведомленность населения об угрозе стихийных бедствий и объясняют людям, что именно может сделать каждый из них, чтобы смягчить последствия.

Были также организованы комитеты по уменьшению опасности стихийных бедствий, возглавляемые молодежью. Эти группы занимаются сбором информации в своих общинах о группах крови каждого из людей на случай, если потребуются доноры, и координацией действий с правительственными учреждениями здравоохранения для целей разработки планов оказания помощи беременным женщинам в случае очередного стихийного бедствия.

Работая вместе, комитеты, возглавляемые женщинами и молодежью, также выявляли места, в меньшей мере подверженные затоплению, чтобы складировать там комплекты для обеспечения безопасности родов, средства ухода за новорожденными и даже лодки для перевозки женщин, нуждающихся в медицинской помощи.

Доступ к комплексным услугам расширяется, но пробелы остаются

С 1994 года, когда меры реагирования применительно к охране сексуального и репродуктивного здоровья в условиях гуманитарного кризиса практически отсутствовали, и до наших дней, когда людям предоставляется все больше комплексных услуг, а сфера охвата ими расширяется, в этой области произошли гигантские улучшения. Ярким примером служат текущие меры реагирования в лагере беженцев Заатари в Иордании: услуги, доступные сирийским беженцам, включают планирование семьи, дородовое наблюдение, родовспоможение и неотложную акушерскую и неонатологическую помощь, меры реагирования на случаи гендерного насилия, профилактику и лечение инфекций, передаваемых половым путем, включая ВИЧ, а также внимание к нуждам подростков.

Успех мер реагирования в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья, достигнутый на данный момент, является результатом совместной работы гуманитарных учреждений и организаций,

занимающихся проблемой развития, министерств здравоохранения и общин. На сегодняшний день доступом к услугам располагают больше женщин и девочек, относящихся к категории беженцев или перемещенных лиц, чем когда-либо в прошлом.

Но вместе с тем ясно, что лишь немногие из таких групп населения имеют доступ ко всему спектру услуг, на которые они имеют право. Рост численности нуждающегося народонаселения указывает на необходимость как углубления, так и расширения сферы охвата услугами с целью создания для этих групп населения гарантированной возможности реализовать свое право на охрану репродуктивного здоровья даже в условиях кризисных ситуаций. Стратегические действия по определению первоочередности мер поддержки в области охраны репродуктивного здоровья являются основополагающим условием уважения человеческого достоинства. Такие действия должны в большей мере учитывать конкретную ситуацию и адаптироваться в зависимости от меняющихся обстоятельств и на протяжении всего жизненного пути людей. Необходимо лучше прогнозировать, планировать и обеспечивать ресурсами мероприятия в области охраны здоровья и общие меры реагирования на кризисные гуманитарные ситуации в условиях нестабильной обстановки.

По мере того, как страны мира приступают к реализации новой повестки дня в области устойчивого развития на ближайшие 15 лет, им приходится делать это в период внезапно возникающих и затяжных кризисных ситуаций, в которых значительную долю пострадавших составляют женщины, дети и подростки, не имеющие доступа к жизненно важным услугам, сталкивающиеся с глубочайшим отчуждением и эксплуатацией и гибнущие во все больших количествах.

В странах, выходящих из состояния конфликта, продолжающееся отсутствие доступа к охране здоровья, психологической и социальной поддержке и правосудию в сочетании

с непрекращающимся гендерным насилием создает препятствия на пути восстановления и развития. Зачастую в процессе планирования развития стран на более долгосрочную перспективу оказываются неучтенными потребности в обеспечении готовности к чрезвычайным ситуациям, реагированию и восстановлению. Достижение многих из Целей устойчивого развития, провозглашенных Организацией Объединенных Наций, потребует особого внимания к устойчивому и всеохватывающему развитию в интересах женщин и девочек-подростков, оказавшихся в условиях гуманитарных кризисных ситуаций.

Чтобы помочь решению проблем, с которыми нам придется столкнуться в будущем, в феврале 2015 года эксперты из учреждений Организации Объединенных Наций, правительственных ведомств, организаций гражданского общества, научных кругов и благотворительных фондов

собрались в Абу-Даби и призвали к разработке новой глобальной стратегии, нацеленной на защиту здоровья каждой женщины и каждого ребенка при любых обстоятельствах, включая бедствия и конфликты. В принятой этой группой «Декларации Абу-Даби» указывается, что создание потенциала противодействия и ускорение восстановления общин, затронутых кризисом, зависят от удовлетворения потребностей в охране репродуктивного, материнского, младенческого, детского и подросткового здоровья, соблюдения прав человека в условиях гуманитарного кризиса и сокращения предотвратимой материнской и детской смертности, а также предотвращения случаев гендерного насилия и реагирования на них при одновременном решении проблем, связанных с удовлетворением фундаментальных потребностей в пище, воде и санитарно-гигиенических средствах (ЮНФПА, 2015).

Потенциал противодействия и устранение разрыва между гуманитарной помощью и содействием развитию

Глубокое гуманитарное воздействие бедствий и конфликтов на людей, общины, учреждения и страны подчеркивает крайнюю важность создания потенциала противодействия, чтобы все они могли лучше переносить последствия кризисов и быстрее оправляться от них. Создание потенциала противодействия может также способствовать смягчению потенциальных отрицательных последствий в плане сексуального и репродуктивного здоровья женщин и девочек-подростков.

Побочный ущерб от кризиса в Либерии в связи с эпидемией лихорадки Эбола: женщины и девочки репродуктивного возраста



Д-р Джалла в больнице в Пейнсвилле, Либерия.

ФОТО © Abbas Dulleh/AP Images for UNFPA

Комфорт Фэйа - одна из тех, кому повезло.

К концу сентября 2014 года, когда Комфорт должна была родить своих двойняшек, кризис в связи с эпидемией лихорадки Эбола в ее родной Либерии достигал крайней точки. С момента выявления первого больного лихорадкой Эбола в Монровии в июне 2014 года число новых случаев заболевания росло каждый день: к августу оно доходило до 400 в неделю. Министерство здравоохранения и социального обеспечения было вынуждено приостановить почти все виды деятельности, не связанные с лихорадкой Эбола, сосредоточив усилия на преодолении кризиса. Непредусмотренным результатом стало то, что женщины репродуктивного возраста в Либерии столкнулись с некоторыми из наихудших негативных последствий эпидемии лихорадки Эбола, независимо от того, были ли они сами инфицированы.

«Национальная цепочка поставок медицинских товаров внезапно прекратила всю свою повседневную работу, лишая медицинские учреждения доступа к основным медицинским средствам и товарам, – говорит Восе Гобе, национальный сотрудник по программам в области репродуктивного здоровья в ЮНФПА (Фонде Организации Объединенных Наций в области народонаселения). – Даже в странах, считающихся менее пострадавшими от этой вспышки эпидемии, медицинские учреждения столкнулись с массовым дефицитом лекарственных препаратов и медицинских средств».

Это была не просто проблема снабжения: медицинские работники, которых и без того не хватало в Либерии (на момент начала кризиса во всей стране в государственном секторе работало лишь 45 врачей, согласно оценке Министерства здравоохранения), заболели лихорадкой Эбола. К маю 2015 года лихорадка



Комфорт Фэйа с детьми.
ФОТО © Abbas Dulleh/AP Images for UNFPA

Эбола унесла жизни огромной части (8,07 процента) врачей, медсестер и акушерок в Либерии, по сравнению с 0,11 процента населения в целом. Боязнь заражения — в частности, из-за трудностей диагностирования лихорадки Эбола у пациента без лабораторного теста — заставляла многих работников здравоохранения отказываться принимать людей.

«Работники здравоохранения стали бояться и начали отказывать пациентам в обслуживании, — говорит д-р Вильгельмина Джалла, генеральный директор и главный врач медицинской неправительственной организации «Надежда для женщин» (Hope for Women International), а также практикующий врач в Пейнесвилле, Либерия. — Никто из медработников не хотел прикасаться к беременной женщине даже при наличии средств индивидуальной защиты».

Для беременных женщин, таких как Комфорт, которой сейчас 29 лет, это означало недоста-

точность услуг по родовому уходу — один из ранее повышавшихся в Либерии распространенных показателей положительных результатов в сфере материнского здоровья, а именно четыре посещения женской консультации в течение родового периода, снизился с 65 процентов в 2013 году до 40 процентов в августе 2014 года. При этом стало невозможным родить в соответствующем образом оборудованном медицинском учреждении. Когда Комфорт пришло время рожать, она ходила из одного места в другое, но не могла найти больницу или клинику, которая бы ее приняла. «Они отказывали мне; они говорили, что не могут мне помочь, — говорит Комфорт. — Я не могу винить медицинских работников, которые отказывались мне помочь, поскольку все боялись заболеть».

И в то время как будущие матери, не зараженные лихорадкой Эбола (такие как Комфорт), сталкивались с проблемами в

поиске помощи, у тех, кто был инфицирован, почти не было шансов на благоприятный исход. «Опаснее лечить беременных женщин с вирусом Эбола, поскольку воздействие лихорадки Эбола при беременности непонятно и отсутствуют установленные руководящие принципы, которых следует придерживаться. Вследствие контакта с кровью и биологическими жидкостями беременных женщин медицинские работники подвергаются риску заражения вирусом», — говорит Джалла.

Не имея другого выбора, Комфорт укрылась от проливного дождя, улегшись в грязь под алюминиевой кровлей, чтобы там рожать. «Я испытывала сильную боль и боялась, что умру. Я надеялась только на чудо», — говорит она. И чудо произошло: Комфорт родила двух здоровых девочек с помощью медсестры, которая случайно проходила мимо в это самое время.

Конфликт или бедствие могут за одно мгновение уничтожить экономические и социальные достижения целого поколения.

Они могут также навсегда подорвать шансы любого человека на лучшую жизнь, разрушая возможности и ограничивая варианты выбора.

И они могут усугублять существующие проявления неравенства в обществе, еще больше усиливая лишения малоимущих и маргинализированных слоев населения, ложась несоразмерно тяжелым бременем на женщин и молодых людей, в частности, в возрасте до 20 лет, которые составляют примерно половину населения во многих районах, затронутых конфликтом или переживших конфликт (ОЭСР, 2015).

Глубокое гуманитарное воздействие бедствий и конфликтов на людей, общины, учреждения и страны подчеркивает крайнюю важность создания потенциала противодействия, чтобы все они могли лучше переносить последствия кризисов и быстрее оправляться от них. Создание потенциала противодействия может также способствовать смягчению потенциальных отрицательных последствий в

плане сексуального и репродуктивного здоровья женщин и девочек-подростков.

Кто выживет, умрет или оправится от последствий во время кризиса или бедствия или после него – частично зависит от политики, программ, а также социальных, экономических и политических условий, существовавших до кризиса.

Главным условием укрепления потенциала противодействия является развитие, которое носит всеобъемлющий и справедливый характер и при котором соблюдаются и защищаются права человека каждой личности, включая репродуктивные права и право на здоровье, включая сексуальное и репродуктивное здоровье. Принципы всеохватности, справедливости и соблюдения прав также являются основой нового поколения установленных Организацией Объединенных Наций целей в области устойчивого развития, которые будут направлять международное сообщество в решении экономических и социальных задач в предстоящие 15 лет. Для достижения цели всеобъемлющего и справедливого развития потребуются значительные усилия по гарантированию сексуального и репро-



Другим женщинам так не повезло. Во всем регионе врачи сообщали об увеличении числа беременных женщин, умирающих по предотвратимым причинам, включая кровотечение, разрыв матки и гипертоническую болезнь. И, поскольку работников здравоохранения нельзя заменить мгновенно (учитывая многие годы, которые уходят на обучение и подготовку хирурга), это воздействие будет только усиливаться: согласно недавнему докладу Всемирного банка, потеря медицинских работников в Гвинее, Либерии и Сьерра-Леоне может привести к тому, что от осложнений при беременности и родах ежегодно будут умирать еще 4022 женщины. Материнская смертность может вырасти на 38 процентов в Гвинее, 74 процента – в Сьерра-Леоне и 111 процентов – в Либерии.

Это не говоря уже о воздействии на способность женщин решать, стоит ли им

беременеть, когда и как часто это делать. По оценкам ЮНФПА, в разгар кризиса в связи с лихорадкой Эбола почти в половине медицинских учреждений в Либерии были полностью израсходованы запасы инъекционных контрацептивов. По сведениям Министерства здравоохранения, немногим более трети медицинских учреждений предоставляли услуги по планированию семьи. Заметные успехи в использовании методов контрацепции, достигнутые до кризиса, были практически сведены на нет.

«Число женщин и девочек, продолжающих умирать от предотвратимых нарушений здоровья, является недопустимо высоким. – говорит Гобе. – Лишение женщин и девочек доступа к качественным услугам в сфере репродуктивного здоровья является вопросом прав человека».

Воце Гобе.

ФОТО © Abbas Dulleh/AP Images for UNFPA

дуктивного здоровья и соответствующих прав женщин и девочек-подростков, что может привести к повышению жизнестойкости обществ, их способности выдерживать кризисы и восстанавливаться таким образом, чтобы обеспечить еще более высокий потенциал противодействия.

Однако новое видение устойчивого развития в предстоящие 15 лет может быть реализовано только в том случае, если все люди мира примут в этом активное участие и будут заинтересованы в успехе. Это значит, что женщины и девочки-подростки должны играть основную роль в руководстве усилиями по улучшению здоровья и совершенствованию устойчивого развития на всех уровнях – в домашних хозяйствах, общинах, учреждениях и правительстве, – вносить вклад в эти усилия и не оставаться в стороне или на второстепенных ролях.

Путь к созданию потенциала противодействия: от Хиого до Сендая

Термин «потенциал противодействия» (*resilience*, от латинского глагола *resilire* – отскакивать или восстанавливаться) используется в различных контекстах,

варьирующихся от экологии, где он служит для описания того, каким образом экосистема реагирует на изменения, до психологии, где он обозначает, как индивидуумы реагируют на психологическую травму (McAslan, 2010; Manyena, 2014; Matyas and Pelling, 2015). Общей чертой этих терминов, независимо от дисциплины, является упор на противодействие потрясениям и реагирование на них.

Потенциал противодействия занимает сегодня главное место в разработке концепции мер реагирования на стихийные бедствия, конфликты, чрезвычайные ситуации и другие опасные факторы (Twigg, 2009, Matyas and Pelling, 2015; DFID, 2011) и обеспечивает информацию для разработки и предоставления услуг в сфере сексуального и репродуктивного здоровья, а также оценки результатов мероприятий по охране здоровья женщин и девочек.

В двух глобальных планах обеспечения безопасности мира во время стихийных бедствий – Хиогской рамочной программе действий на 2005-2015 годы и Сендайской рамочной программе на 2015-2030 годы – излагаются приоритетные задачи по созданию потенциала противодействия.

Вместе с тем, усилия, направленные на улучшение ситуации, принесли определенные результаты. ЮНФПА и другие проводят работу по пополнению рядов работников здравоохранения, например, поощряя возвращение в профессию акушерок, вышедших на пенсию. «Благодаря этим усилиям число родов, принимаемых в условиях медицинских учреждений, всего за два месяца увеличилось со среднего показателя 6–10 родов в месяц до 30–40 в месяц», – говорит Гобе. Кроме того, ЮНФПА начал общенациональную кампанию по пропаганде и распространению презервативов, чтобы содействовать просвещению молодежи относительно важности профилактики инфекций, передаваемых половым путем, включая лихорадку Эбола. И сокращение числа новых случаев заболевания

лихорадкой Эбола в этом регионе может означать лишь облегчение для женщин репродуктивного возраста.

«Я отдаю должное Либерии и международному сообществу за победу над лихорадкой Эбола в относительно короткие сроки»,

– говорит Гобе. Но сейчас «самая важная обязанность правительства Либерии, сообщества доноров и всех партнеров и обращенный к ним призыв заключается в том, что в настоящее время как никогда велика необходимость восстановления системы медико-санитарного обслуживания».

Комфорт Фэйа с семьей дома.

ФОТО © Abbas Dulleh/AP Images for UNFPA





Акушерка Кристин Якунду обследует пациентку в медицинском центре, Центральноафриканская Республика.

ФОТО © Panos Pictures/Jenny Matthews

Одной из основных стратегических целей в Хиогской рамочной программе являлось развитие и укрепление учреждений, механизмов и потенциальных возможностей на всех уровнях, в частности, на уровне общин, что может систематически способствовать созданию потенциала противодействия опасным факторам (МСУОБ, 2005). В этой рамочной программе констатируется, что гендерная проблематика должна быть интегрирована во все политические установки, планы и процессы принятия решений, касающиеся управления риском бедствий, в том числе связанные с оценкой риска, ранним предупреждением, управлением информацией, а также образованием и профессиональной подготовкой.

В Сендайской декларации, разработанной на основе Хиогской рамочной программы, приводится расширенное определение потенциала противодействия, в котором прямо отмечена важность способности противостоять угрозам, переносить их и восстанавливаться, а также подтверждена важность потенциала противодействия на нескольких уровнях: общины, общества и отдельного человека. Потенциал противодействия определяется следующим образом:

«Способность системы, сообщества или общества, подверженного угрозам, противостоять последствиям угрозы, переносить их, приспосабливаться к ним и восстанавливаться своевременно и эффективно, в том числе посредством сохранения и восстановления своих основополагающих структур и функций» (МСУОБ, 2015а).

В Сендайской декларации расширяется гендерная проблематика Хиогской рамочной программы за счет включения женщин в планирование и разработку подходов к обеспечению готовности к бедствиям. В ней также подчеркивается необходимость укрепления разработки и реализации инклюзивной политики и механизмов социальной защиты, таких как охрана сексуального и репродуктивного здоровья.

Создание потенциала противодействие – это и процесс, и конечное состояние, которое дает возможность уязвимым общинам и домохозяйствам предотвращать стрессы и потрясения, готовиться к ним или реагировать на них, не ухудшая при этом своих долгосрочных перспектив.

Предотвращение нищеты и неравенства

Социально-экономические и структурные факторы, определяющие способность общин

оказывать противодействие, являются важными предварительными условиями преодоления последствий бедствия или конфликта и требуют неослабного внимания со стороны правительств. Хотя создание потенциала противодействия можно рассматривать как конечное состояние, оно также является постоянным процессом, требующим непрерывных усилий по урегулированию социально-экономических и структурных

факторов – нищеты, пагубных гендерных норм и даже отсутствия продовольственной безопасности – которые могут влиять на способность общин переносить кризисы и потрясения или восстанавливаться после них. Создание потенциала противодействия как процесс должно являться приоритетной задачей на каждом уровне и направляться местными стратегиями адаптации, культурой, национальными корнями и знаниями.

ПОТЕНЦИАЛ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ И СЕКСУАЛЬНОЕ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ: ОТ ЦЕЛЕЙ РАЗВИТИЯ ТЫСЯЧЕЛЕТИЯ К ЦЕЛЯМ УСТОЙЧИВОГО РАЗВИТИЯ

Цели, касающиеся потенциала противодействия	Цели, связанные с вопросами СРЗ
ЦРТ (2000–2015 гг.)	
Нет	<p>Цель 5: Улучшение охраны материнства Задача 5А: Снизить показатели материнской смертности Задача 5В: Обеспечить всеобщий доступ к услугам по охране репродуктивного здоровья</p>
ЦУР (2016–2030 гг.)	
<p>1.5 К 2030 году повысить жизнестойкость малоимущих и лиц, находящихся в уязвимом положении, и уменьшить их незащищенность и уязвимость перед вызванными изменением климата экстремальными явлениями и другими экономическими, социальными и экологическими потрясениями и бедствиями.</p> <p>11b К 2020 году значительно увеличить число городов и населенных пунктов, принявших и осуществляющих комплексные стратегии и планы, направленные на устранение социальных барьеров, повышение эффективности использования ресурсов, смягчение последствий изменения климата, адаптацию к его изменению и способность противостоять стихийным бедствиям, разработать и внедрить в соответствии с Сендайской рамочной программой по снижению риска бедствий на 2016–2030 годы меры по комплексному управлению рисками, связанными с бедствиями, на всех уровнях.</p> <p>13.1 Повысить сопротивляемость и способность адаптироваться к опасным климатическим явлениям и стихийным бедствиям во всех странах.</p> <p>14.2 К 2020 году обеспечить рациональное использование и защиту морских и прибрежных экосистем с целью предотвратить значительное отрицательное воздействие, в том числе путем повышения стойкости этих экосистем, и принять меры по их восстановлению для обеспечения хорошего экологического состояния и продуктивности океанов.</p>	<p>3.7 К 2030 году обеспечить всеобщий доступ к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья, включая услуги по планированию семьи, информирование и просвещение, и учет вопросов охраны репродуктивного здоровья в национальных стратегиях и программах.</p> <p>5.2 Ликвидировать все формы насилия в отношении всех женщин и девочек в публичной и частной сферах, включая торговлю людьми и сексуальную и иные формы эксплуатации.</p> <p>5.6 Обеспечить всеобщий доступ к услугам в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья и к реализации репродуктивных прав в соответствии с Программой действий Международной конференции по народонаселению и развитию, Пекинской платформой действий и итоговыми документами конференций по рассмотрению хода их выполнения.</p>

Для этого требуется участие субъектов, представляющих весь спектр гуманитарных учреждений и организаций, занимающихся вопросами развития, но ответственность за осуществление процесса должна нести община (Twigg, 2009).

Чрезвычайные ситуации гуманитарного характера, такие как стихийные бедствия и конфликты, могут приводить к расширению и углублению нищеты и неравенства (МСУОБ, 2015). Потенциал противодействия может способствовать смягчению этих последствий.



Ньянтит, 10 лет, Южный Судан: «Я хочу выглядеть красивой на фотографии, поэтому я сходила домой, чтобы надеть другую блузку. Это моя единственная красивая блузка, так как мне пришлось все бросить, когда мы были вынуждены бежать из дома».

ФОТО © Panos Pictures/Chris de Bode

Создание потенциала противодействия предусматривает устранение коренных причин уязвимости, таких как нищета и неравноправие, и принятие превентивных мер по обеспечению позитивной адаптации до наступления кризиса (Hillier and Castillo, 2013; МФКККП, 2012). Инвестиции в репродуктивное здоровье и здоровье матерей, новорожденных, детей и подростков, а также в репродуктивные права обеспечат защиту наиболее пострадавших от бедствий.

Инвестиции в молодежь с целью укрепления способности общин и стран противостоять потрясениям

Сексуальное и репродуктивное здоровье и соответствующие права являются краеугольным камнем перехода молодежи к взрослой жизни. Когда правительства предпринимают шаги к обеспечению безопасности этого перехода для жизни и здоровья, они также предпринимают шаги к укреплению способности общин и стран противостоять потрясениям, тем самым создавая условия для повышения потенциала противодействия отдельных лиц.

Создание потенциала противодействия может также способствовать устранению и преодолению давних проявлений неравноправия (МСУОБ, 2015a). Например, создание потенциала противодействия систем здравоохранения в странах может способствовать расширению доступа к качественным услугам в области сексуального и репродуктивного здоровья для тех, кто был лишен этих услуг до наступления бедствия.

Создание потенциала противодействия будет успешным только в том случае, если оно направлено на изменение ситуации в гендерной области и устранение неравенства структур власти (Winderl, 2014). Оно должно включать женщин и девочек не только в качестве получателей услуг по охране здоровья и социальной защите, но также в качестве пропагандистов, работников здравоохранения, активных членов, представителей и лидеров общин.

Потенциал противодействия связан с устойчивым развитием, при котором учитываются факторы уязвимости отдельных лиц

Воздействие стихийных бедствий и конфликта на отдельных лиц и общины во многом зависит от степени и характера социальной обездоленности до наступления кризиса (МСУОБ, 2015). Таким образом, создание потенциала противодействия и защита общин от негативных последствий бедствия должно увязываться с повесткой дня в области устойчивого развития, в которой учитываются проявления уязвимости, касающиеся отдельных лиц, социальной, экономической и культурной обстановки.

Провозглашенные Организацией Объединенных Наций Цели устойчивого развития на 2016–2030 годы и другие усилия по сокращению масштабов социальной обездоленности и нищеты, являющиеся частью хорошо отлаженной международной рамочной программы в области прав человека, обеспечивают государствам и их партнерам по деятельности в целях развития путь к созданию потенциала противодействия (Организация Объединенных Наций, 2015d). Этот путь был также выдвинут на первый план в резолюции Генеральной Ассамблеи в отношении Сендайской рамочной программы по снижению риска бедствий на 2015–2030 годы:

«государства также подтвердили свое твердое намерение добиваться, чтобы вопросы снижения риска бедствий и создания потенциала противодействия бедствиям решались в первоочередном порядке в контексте устойчивого развития и ликвидации нищеты, включать, в соответствующих случаях, вопросы снижения риска бедствий и создания потенциала противодействия в стратегии, планы, программы и бюджеты всех уровней и учитывать их в соответствующих рамочных программах».

При увязывании усилий по созданию потенциала противодействия с устойчивым развитием потенциал противодействия не определяется посредством

отдельного набора стандартов, а включается в процесс общего достижения странами широкого круга целей в области развития. Например, достижение целей в области здравоохранения зависит от повышения качества и спектра услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья, а также от обеспечения всеобщего доступа, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций, кризисов и наличия беженцев. Учитывая, что высокие показатели материнской и детской смертности сконцентрированы в странах, переживающих конфликты и стихийные бедствия, установление прочных связей между программами укрепления потенциала противодействия и целевыми показателями в области развития будет являться важным условием достижения Целей устойчивого развития и смягчения последствий бедствий.

Инвестиции в снижение риска бедствий с целью улучшения охраны здоровья матерей, детей и подростков

Снижение риска бедствий является важнейшим элементом потенциала противодействия. В то время как меры гуманитарного реагирования являются краткосрочными мероприятиями, снижение риска бедствий предполагает долгосрочную деятельность, направленную на устранение коренных причин уязвимости во время кризиса (Plan International, 2013). Несмотря на то, что некоторые кризисные ситуации, такие как землетрясения и цунами, нельзя предотвратить, их воздействие можно уменьшить, если еще до возникновения кризиса осуществить инвестиции в развитие систем охраны сексуального и репродуктивного здоровья, обладающих потенциалом противодействия и направленных на удовлетворение потребностей наиболее уязвимых слоев населения.

В целях повышения готовности и снижения риска бедствий Сендайская рамочная программа по снижению риска бедствий призывает предотвратить возникновение новых и снизить угрозу существующих рисков бедствий путем

осуществления комплексных и инклюзивных экономических, структурных, юридических, социальных, медико-санитарных, культурных, образовательных, экологических, технологических, политических и институциональных мер. Такой комплексный подход может предотвратить и уменьшить незащищенность от угрозы и уязвимость перед бедствием, повысить готовность к реагированию и восстановлению, и тем самым укрепить потенциал противодействия (МСУОБ, 2015а).

Согласно Хиогской рамочной программе действий, отправным пунктом для деятельности по уменьшению риска и наращиванию потенциала противодействия является знание опасностей и физических, социальных, экономических и экологических факторов уязвимости перед бедствиями, с которыми сталкиваются большинство обществ, а также последующие меры, принимаемые на основе этого знания.

Масштаб бедствий увеличился вследствие повышения темпов урбанизации, обезлесения и ухудшения состояния окружающей среды, а также усиления таких климатических переменных, как более высокие температуры, чрезмерные осадки, более сильные ветра и тайфуны (Leaning and Guha-Sapir, 2013). В связи с этим усилия по укреплению потенциала противодействия бедствиям требуют глубокого понимания социально-экономических и политических факторов, которые вынуждают людей подвергаться риску, а также твердого понимания того, чем отличаются показатели смертности и заболеваемости в разных группах населения и как они меняются с течением времени (Leaning and Guha-Sapir, 2013). Это понимание может стать основой для создания систем, призванных устранять и ослаблять главные факторы риска и уязвимости с учетом различий в плане гендерной, классовой, кастовой, расовой, возрастной и этнической принадлежности, инвалидности и дохода, которые определяют географическую

неравномерность распределения риска, а также социальной и политической изоляции (МСУОБ, 2015).

При принятии мер по снижению риска бедствий необходимо также осознавать и включать риски, обусловленные гендерным фактором, реагировать на них и ставить в качестве одной из главных целей достижение гендерного равенства (Bradshaw, 2015).

Потенциал преодоления разнится как внутри одной страны, так и между странами

В процессе анализа риска следует учитывать различия между странами и внутри стран.

Разработанный Межучрежденческим постоянным

комитетом Индекс управления рисками (INFORM) показывает потенциал стран в плане преодоления бедствий, в основе которого лежит оценка следующих показателей: усилия по уменьшению опасности бедствий, государственное управление, связь, физическая инфраструктура и доступ к системе здравоохранения.

В Западной и Центральной Африке одна из 32 женщин умирает по причинам, относимым к случаям материнской смертности. Этот показатель почти в пять

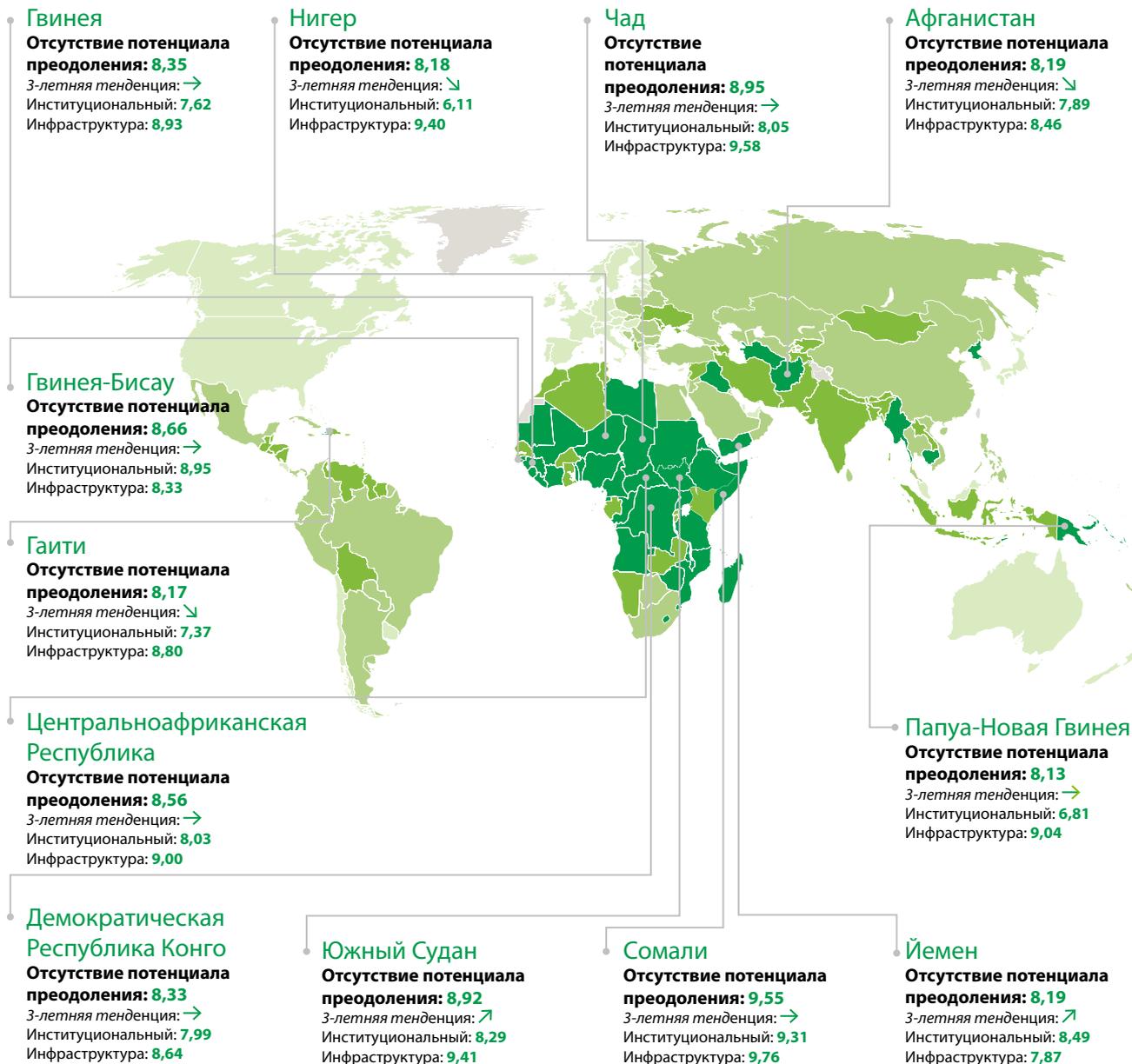
раз превышает риск, которому подвергаются женщины в Южной Азии, и почти в 150 раз – риск, с которым сталкиваются женщины в промышленно развитых странах («Спасти детей», 2014). К тому же, если рационально дезагрегировать данные по отдельным странам, появятся дополнительные свидетельства того, как различаются на начальном этапе условия в разных общинах в плане снижения риска; последствия бедствия для женщины в квинтиле с самым высоким доходом, живущей в городской местности, отличаются от последствий бедствия для женщины в квинтиле с самым низким доходом, живущей неподалеку от эпицентра. В этих неравных условиях усилия по созданию потенциала противодействия носят неотложный характер, и



В Западной и Центральной Африке одна из 32 женщин умирает по причинам, относимым к случаям материнской смертности. Этот показатель почти в пять раз превышает риск, которому подвергаются женщины в Южной Азии, и почти в 150 раз – риск, с которым сталкиваются женщины в промышленно развитых странах.

ОТСУТСТВИЕ ПОТЕНЦИАЛА ПРЕОДОЛЕНИЯ И ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ

Этот аспект служит для оценки отсутствия доступных ресурсов, которые помогают людям противостоять опасным явлениям. Он состоит из двух категорий: учреждения и инфраструктура. На этой карте представлены сведения по 12 странам с самыми высокими значениями в плане отсутствия потенциала преодоления.



ИНДЕКС ПОТЕНЦИАЛА ПРЕОДОЛЕНИЯ INFORM



ОБОЗНАЧЕНИЯ ↗ Растущий риск → Стабильная ситуация ↘ Снижающийся риск

(INFORM, 2015)

дезагрегированные данные должны способствовать оказанию влияния на национальные стратегии и распределение ресурсов, помогая определить риски, создать потенциал противодействия и лучше подготовиться к кризисам.

Неравенство в доступе к услугам и системам социальной защиты влияет на потенциал противодействия различных групп и отдельных лиц, пострадавших от бедствия, особенно женщин и девочек. А неравенство в доступе к земле, доходу и ключевым активам влияет на то, каким образом домашние хозяйства и общины могут управлять своими собственными рисками бедствия. Неравенство в защите посредством установившихся прав, законов и нормативных актов, а также неравенство в праве голоса и подотчетности будут влиять на любую программу снижения риска бедствий и потенциал стран в плане устранения главных факторов риска бедствий (МСУОБ, 2015).

Обязательство в отношении тех, у кого меньше всего шансов на получение помощи или доступа к услугам, также подтверждается в Глобальной стратегии Генерального секретаря Организации Объединенных Наций «Каждая женщина, каждый ребенок». Деагрегированные данные позволяют при создании потенциала противодействия отойти от опоры исключительно на совокупные показатели здоровья и благосостояния, которые не учитывают различия в воздействии конфликтов и бедствий на молодежь, женщин, мигрантов, а также группы населения с низким уровнем доходов или маргинализированные группы. Включение сбора деагрегированных данных в системы регулярного сбора данных и укрепление систем регистрации актов гражданского состояния и учета естественного движения населения способствуют более тонкому пониманию риска.

Важным способом обеспечения равного доступа к информации до возникновения кризиса является разработка надежных систем раннего оповещения, учитывающих гендерный фактор, возраст и инвалидность (Development Initiatives, 2015).

Создание потенциала противодействия в чрезвычайных ситуациях, связанных с конфликтом

В то время как многие новаторские решения в области раннего предупреждения ориентированы на погодные явления, раннее оповещение о конфликте и принятие соответствующих мер остается более трудной задачей как по техническим, так и по политическим причинам. Создание потенциала противодействия в чрезвычайных ситуациях гуманитарного характера, возникающих в результате конфликта, требует другого, многоаспектного комплекса стратегий по предупреждению, включая осуществление решительных мер по ликвидации дискриминации и сокращению масштабов насилия, помимо должного внимания к структурному неравенству, затрагивающему сексуальное и репродуктивное здоровье (Harris et al., 2013). Чрезвычайные ситуации гуманитарного характера все чаще бывают связаны одновременно и с бедствием, и с конфликтом, при этом один ряд факторов взаимодействует с другим.

Лихорадка Эбола

По оценкам, кризис, вызванный эпидемией Эболы, затронул 18,7 миллиона человек, в том числе 9,8 миллиона подростков и детей (ЮНИСЕФ, 2015). Эпидемия пролила свет на тот факт, что системы здравоохранения со слабыми службами первичной медико-санитарной помощи не способны противостоять потрясениям. В этих условиях для создания потенциала противодействия требуется наращивание потенциала, укрепление субнациональных систем здравоохранения, улучшение доступа к информации и обмена ей, разработка систем для вовлечения в эту работу субъектов на всех уровнях правительства, в дополнение к сектору здравоохранения, а также укрепление доверия (Kieny, Paule and Dovlo, 2015).

Жизнеспособная система здравоохранения может реагировать на изменение эпидемиологического профиля населения и адаптироваться к неблагоприятным условиям. Вместо того, чтобы

действовать в изоляции, жизнеспособная система здравоохранения связана с региональными и глобальными партнерами, что позволяет правительствам организовать быстрый ввод в действие более широкого спектра ресурсов (Kruk et al., 2015). Важным элементом жизнеспособных систем здравоохранения является взаимодействие с различными секторами с целью включения планов, приоритетных задач и процессов гуманитарной деятельности в рамочные программы устойчивого развития (Kieny and Dovlo, 2015).

Включение услуг в области сексуального и репродуктивного здоровья в систему первичной медико-санитарной помощи имеет важное значение для создания потенциала противодействия

Услуги по охране сексуального и репродуктивного здоровья в рамках национальной политики в области здравоохранения являются важным предварительным условием для создания потенциала противодействия перед лицом чрезвычайных ситуаций и обеспечения надежного и безопасного доступа к спасающей жизнь лечению, услугам в области репродуктивного здоровья и соответствующим предметам снабжения, необходимым для защиты женщин и девочек-подростков от предотвратимой смерти, в том числе во время осложненных родов или незапланированной беременности. Качество услуг по охране материнского здоровья и коэффициенты материнской смертности являются показателями общего качества, функционирования и всеохватности системы здравоохранения.

Вопросы сексуального и репродуктивного здоровья должны быть включены в системы оценки риска для здоровья и раннего оповещения, ориентированные на общины и уязвимые группы. Всемирная организация здравоохранения повторно заявляет о важности обеспечения отлаженной работы учреждений первичной медико-санитарной помощи, с тем чтобы они могли предоставлять услуги в области сексуального и репродуктивного здоровья, включая неотложную акушерскую и

неонатологическую помощь. Кроме того, следует укреплять существующие услуги в области сексуального и репродуктивного здоровья с целью смягчения воздействия чрезвычайных ситуаций, адаптации к ним и восстановления после них. Всемирная организация здравоохранения также рекомендует при планировании мероприятий по обеспечению готовности к бедствиям принимать во внимание потребности уязвимых групп населения – женщин, подростков, новорожденных, инвалидов и перемещенных лиц (ВОЗ, 2012).

Укрепление комплексной помощи в области репродуктивного здоровья и включение ее в рамки первичной медико-санитарной помощи до кризиса может способствовать обеспечению предоставления минимального пакета первичных услуг (МППУ) в случае возникновения кризиса. Ряд политических и правовых структур, дающих женщинам и молодежи возможность воспользоваться правом на репродуктивное здоровье, препятствует нарушению этих прав во время кризиса.

Как подтвердила Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций в 2015 году, «удовлетворение потребностей в охране сексуального и репродуктивного здоровья имеет критическое значение для повышения жизнеспособности и более быстрого восстановления пострадавших общин в целом» (Организация Объединенных Наций, 2015с).

Социальная защита и уменьшение опасности стихийных бедствий

В Сендайской рамочной программе по снижению риска бедствий содержится призыв разработать стратегии и программы социальной защиты, удовлетворяющие нужды наиболее уязвимых групп населения. Например, такие мероприятия могут быть направлены на предотвращение хронического недоедания или принятие соответствующих мер реагирования, обеспечение доступа к документам, устанавливающим личность, обеспечение женщинам доступа к наследству или предотвращение вступления в брак в детском возрасте. Для защиты

беднейших домохозяйств и детей от крайней степени обездоленности и предоставления женщинам и мужчинам возможностей для получения средств к существованию и производительной деятельности необходима система всеохватной и широкой социальной защиты.

Учитывая, что большинство стран с наиболее высоким числом случаев вступления в брак в детском возрасте относится к числу нестабильных государств или государств с высоким риском стихийных бедствий, необходимо усиливать существующие меры по защите девочек от брака в детском возрасте и гендерного насилия (давая им возможность продолжить обучение в школе, предоставляя адресную финансовую помощь семьям, обеспечивая всестороннее половое просвещение и принимая другие меры), чтобы обеспечить продолжение этих усилий во время кризиса или потрясения (Plan International, 2013).

Усиление мер по борьбе с торговлей людьми является еще одним важным способом создания потенциала противодействия общин и стран, сталкивающимся с эксплуататорским и хищническим поведением, зачастую конкретно направленным на детей и девочек-подростков после бедствия.

Международная организация по миграции призывает принять и ввести в действие национальные законы, направленные против торговли людьми. Меры по борьбе с торговлей людьми следует включать в разрабатываемые правительствами планы обеспечения готовности к чрезвычайным ситуациям и ликвидации их последствий (Международная организация по миграции, 2015). Кроме того, они будут способствовать выполнению обязательства об искоренении торговли людьми, предусмотренного Целями устойчивого развития.

Меры по противодействию гендерному насилию необходимы до кризиса, во время кризиса и после него

В период после конфликта подростки, особенно девочки, подвергаются повышенному риску жестокого обращения, эксплуатации и рискованного поведения, ситуаций, усиливающих их уязвимость

перед ранним вступлением в половые отношения, нежелательной беременностью и инфекциями, передаваемыми половым путем, включая ВИЧ-инфекцию.

Юные подростки в возрасте от 10 до 14 лет, беременные девочки-подростки и маргинализированные подростки подвергаются повышенному риску и требуют целевых мероприятий (ЮНФПА и «Спаси детей», 2009). Девочки, пережившие гендерное насилие, зачастую сталкиваются в течение всей жизни с психологическими и физическими проблемами, а также социальной стигматизацией (DFID, 2013).

В Руководящих принципах Межучрежденческого постоянного комитета подчеркивается необходимость включения мер по борьбе с гендерным насилием в гуманитарную помощь в качестве одного из основных мероприятий по созданию потенциала противодействия (МПК, 2015).

Создание потенциала противодействия должно как предупреждать гендерное насилие и обеспечивать соответствующие меры реагирования, так и действовать на общинном, институциональном и национальном уровнях в части реализации законов, стратегий и программ, направленных на предупреждение и смягчение гендерного насилия, а также на обеспечение жертвам гендерного насилия и тем, кому оно угрожает, доступа к уходу и поддержке.

Неспособность решить проблему гендерного насилия как до возникновения кризиса, так и в начале кризиса создает недостаточную основу для укрепления потенциала противодействия и здоровья в средне- и долгосрочной перспективе, а также препятствует восстановлению нормальной жизни и источников средств к существованию отдельных лиц, семей и общин (Международный комитет спасения, 2012).

Обеспечение образования для девочек снижает уязвимость

Многочисленные исследования показывают, что обеспечение образования для девочек является

одной из наиболее эффективных инвестиций, которые может осуществить страна, чтобы вырвать семьи из тисков нищеты и построить более светлое будущее. Когда получившие образование девочки вырастают и становятся матерями, они обычно имеют более здоровых и образованных детей. Новейшие данные свидетельствуют о наличии еще одного весомого довода в пользу образования девочек: расширение прав и возможностей женщин посредством улучшения образования сокращает уязвимость перед смертью и травмами в результате стихийных бедствий, вызванных погодными явлениями («Спаси детей», 2014). Школы могут обеспечивать важное ощущение нормальности и предоставлять информацию и услуги, необходимые для сохранения жизни. Кроме того, расширение доступа к школьному обучению для всех может уменьшать чувство несправедливости, которое подпитывает конфликты. Важно отметить, что обеспечение хорошего образования для будущих поколений крайне необходимо для преодоления конфликта, содействия восстановлению и обеспечения развития и безопасности в будущем (Глобальная коалиция по защите учебных заведений от нападений, 2015).

Просвещение мальчиков и девочек подросткового возраста в области полового созревания, сексуальной жизни, репродуктивного здоровья и соответствующих прав является важным элементом всеобъемлющего доступа к образованию. Просвещение по вопросам, касающимся бедствий, также является важным условием укрепления потенциала противодействия: дети, не осведомленные об опасностях, предупреждениях, эвакуации и других формах защитного поведения, подвергаются более серьезному риску смерти и травм в случае стихийного бедствия (Wisner, 2006). Например, более широкие правовые и политические меры по предотвращению использования школ вооруженными формированиями во время конфликта будут также способствовать созданию потенциала противодействия (Глобальная коалиция по защите учебных заведений от нападений, 2015).

СРЕДНЯЯ ЧИСЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ МЛАДШЕ 20 ЛЕТ В ПРОЦЕНТНОМ ОТНОШЕНИИ К ОБЩЕЙ ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В НЕСТАБИЛЬНЫХ ГОСУДАРСТВАХ ПО СРАВНЕНИЮ С ДРУГИМИ РАЗВИВАЮЩИМИСЯ СТРАНАМИ, 2015 Г.



(ОЭСР, 2015)

Вовлечение женщин, молодежи и этнических меньшинств создает прочную основу потенциала противодействия

Вовлечение различных общин и субъектов в создание потенциала противодействия обеспечивает более прочную основу для достижения положительных результатов. Вовлекать в этот процесс следует этнические меньшинства, женщин, подростков и молодежь, инвалидов и пожилых людей. Несмотря на то, что законы, касающиеся уменьшения опасности бедствий, обеспечивают мандат на вовлечение женщин и уязвимых групп, этот мандат часто состоит из общих заявлений, носящих характер пожеланий, без конкретных механизмов реализации (МСУОБ, 2015).

Во многих случаях молодые люди игнорируются при осуществлении мер, направленных на уменьшение опасности стихийных бедствий и



Сусила Бора, 19 лет, из деревни Саурпани 4, которая была уничтожена в результате землетрясения силой 7,8 балла, обрушившегося на Непал в апреле 2015 года.

ФОТО © Panos Pictures/Vlad Sokhin

создание потенциала противодействия. Вместе с тем, те самые молодые люди, которых исключают из этих докризисных процессов, могут в конечном итоге играть важные роли после кризиса, помогая проводить эвакуацию и лечить пострадавших после бедствия (Peek, 2008), расчищая обломки, распространяя новости и информацию, распределяя продовольствие, обучая детей младшего возраста или ухаживая за ними. Осознанное участие молодежи крайне необходимо для вовлечения местных субъектов в гуманитарную деятельность с целью повышения эффективности и потенциала противодействия. Молодые люди могут быть важными союзниками в деле разработки и реализации мер по обеспечению готовности к чрезвычайным ситуациям и реагированию на них (ЮНФПА и Женская комиссия по делам беженцев, 2015; Osotimehin, 2015).

Если молодые люди, в том числе подростки, обладают необходимыми возможностями и получают поддержку, они могут вносить вклад в уменьшение масштабов нищеты, передаваемой от поколения к поколению, и создание демографического дивиденда

всеобъемлющего и устойчивого экономического развития. Другими словами, многие страны, включая ряд стран, переживающих в настоящий момент кризис, могут извлечь преимущество из перехода большого числа молодых людей в трудоспособный возраст. Максимальное использование демографического дивиденда может обеспечить то самое ускоренное развитие, в котором нуждаются страны, пережившие кризис, для восстановления и дальнейшего продвижения вперед.

Потенциал противодействия в контексте гуманитарной помощи и деятельности в целях развития

Создание потенциала противодействия требует прочных партнерских отношений между участниками гуманитарной деятельности и деятельности в целях развития. Если учесть, что 43 процента малоимущего населения мира в настоящее время живет в нестабильных государствах (ОЭСР, 2015) и что страны, подверженные риску бедствий и потрясений, получают официальную помощь в целях развития в меньшем объеме на душу населения (ОЭСР, 2015), налаживание взаимодействия между этими субъектами деятельности становится как никогда важным. Такое взаимодействие также необходимо для обеспечения того, чтобы при осуществлении инвестиций в достижение провозглашенных Организацией Объединенных Наций Целей устойчивого развития не игнорировались вопросы уменьшения опасности стихийных бедствий, реагирования на чрезвычайные ситуации и перехода от восстановления к устойчивому развитию.

Несколько стран провели институциональные реформы, призванные способствовать включению финансирования мер по уменьшению опасности бедствий в более широкий стратегический подход к управлению риском бедствий (МСУОБ, 2015). Министерства финансов все чаще берут на себя инициативу в разработке национальных и региональных программ страхования и кредитования, а правительства разрабатывают

новые институциональные структуры, такие как национальные советы по оценке риска, в состав которых входят органы надзора за деятельностью страховых компаний, учреждения по предупреждению бедствий и ликвидации их последствий, а также соответствующие отраслевые министерства (МСУОБ, 2015).

Охрана сексуального и репродуктивного здоровья как путь к сокращению масштабов бедности и снижению риска

Все большая часть услуг в области сексуального и репродуктивного здоровья, финансируемых международным сообществом, в настоящее время оказывается в условиях гуманитарного кризиса. Достижение целей Программы действий Международной конференции по народонаселению и развитию все чаще означает предоставление услуг и информации и защиту прав либо в разгар конфликта, масштабных перемещений населения и эпидемий, либо после стихийного бедствия или катастрофы, обусловленной изменением климата.

Охрана сексуального и репродуктивного здоровья и защита репродуктивных прав женщин и девочек-подростков в условиях кризиса имеют важное значение и являются вопросом прав человека, однако становятся сложным, дорогостоящим и непосильным вопросом в отсутствие мер по повышению готовности и созданию потенциала противодействия.

В связи с этим необходимо предпринимать шаги к устранению глубинных причин кризисов, особенно недостаточного развития и неравноправия, и повышению потенциала противодействия стран, окружающей среды, общин и отдельных лиц с целью смягчения воздействия кризиса. Потенциал противодействия отчасти зависит от развития и того, насколько справедливо реализуются экономические и социальные достижения в обществе. Низкий потенциал противодействия означает высокую уязвимость перед конфликтом и бедствиями. Еще одной важнейшей переменной в уравнении, определяющем потенциал противодействия, является готовность к бедствиям.

Сексуальное и репродуктивное здоровье является одним из прав человека, а также ключом к обеспечению устойчивого развития. Чем в большей степени страна способна обеспечить сокращение масштабов нищеты и социальной обездоленности, тем большим потенциалом противодействия она обладает и тем вероятнее, что она сможет перенести кризис и восстановиться после него с меньшими социальными, экономическими и человеческим потерями. Реагирование на чрезвычайные ситуации всегда обходится дороже, чем меры по обеспечению готовности и снижению риска.

В начале этого года в городе Сендай (Япония) международным сообществом была одобрена рамочная программа по снижению риска бедствий. Рамочная программа предусматривает четыре приоритетные задачи: понимание риска бедствий; совершенствование организационно-правовых рамок управления риском бедствий; инвестиции в меры по снижению риска бедствий в целях укрепления потенциала противодействия; и повышение готовности к бедствиям и обеспечение эффективности реагирования, восстановления, реабилитации и реконструкции по принципу «лучше, чем было». Рамочная программа непосредственно связана с мандатом ЮНФПА. В пункте 30(j) Сендайской рамочной программы говорится, что на национальном и местном уровнях необходимо укреплять процесс разработки и осуществления инклюзивных стратегий и механизмов социальной защиты, в том числе с помощью участия общин, в совокупности с программами расширения возможностей для получения средств к существованию, и расширять доступ к базовым услугам в области здравоохранения, в том числе в области охраны здоровья матерей, новорожденных и детей, сексуального и репродуктивного здоровья, продовольственной безопасности и питания, обеспечения жильем и образования в рамках усилий, направленных на искоренение нищеты, в целях отыскания долговременных решений на этапах после бедствий и расширения прав и возможностей людей, которые в несоразмерно большей

степени страдают от бедствий, и оказания им помощи (МСУОБ, 2015а).

Инвестиции в охрану сексуального и репродуктивного здоровья женщин и девочек — до, во время и после кризиса — способствуют развитию и будут играть решающую роль в достижении новых Целей устойчивого развития. Кроме того, они помогут уменьшить уязвимость перед некоторыми кризисами.

Женщины могут играть центральную роль в восстановлении и реабилитации после кризиса, но их участие отчасти зависит от состояния здоровья и возможности решать, стоит ли беременеть или когда это лучше сделать.

Если сообщества, занимающиеся вопросами гуманитарной помощи, развития, охраны сексуального и репродуктивного здоровья, объединят свои усилия и будут поддерживать и дополнять друг друга, удастся спасти больше жизней. Мероприятия по управлению рисками и созданию потенциала противодействия необходимо проводить одновременно, а не придерживаться линейного подхода, предусматривающего переход от оказания помощи к развитию. Сотрудничество между субъектами, обладающими опытом в различных областях, может помочь заполнить пробел между гуманитарными задачами и задачами развития.

Создание потенциала противодействия представляет собой кумулятивный процесс, который осуществляется на нескольких уровнях — глобальном, региональном, национальном, общинном и индивидуальном — в течение длительного времени. Оно также является конечным результатом, который в упреждающем порядке решает проблему неравномерного распределения риска в чрезвычайных ситуациях за счет развития институциональных возможностей и системных функций за пределами их первоначальных рамок.

Потенциал противодействия также играет центральную роль в том, что ЮНФПА описывает как «гуманитарную ответственность за защиту прав и удовлетворение конкретных нужд молодых людей, включая подростков, а также за их вовлечение

и использование их уникальных способностей в работе по обеспечению готовности к гуманитарным кризисам, реагированию на них и восстановлению после них» (ЮНФПА и Женская комиссия по делам беженцев, 2015).

Создание основ для долгосрочных достижений в обеспечении гендерного равенства

Проведенное в 2015 году структурой «ООН-Женщины» исследование показывает, что разработка программ, направленных на обеспечение гендерного равенства в условиях гуманитарного кризиса, может усиливать воздействие мероприятий и обладает «потенциалом в плане создания основ для долгосрочных достижений в обеспечении гендерного равенства» (ООН-Женщины, 2015а).

При разработке программ по обеспечению гендерного равенства признается то обстоятельство, что потребности и факторы уязвимости женщин, мужчин, девочек и мальчиков в любой группе населения, затронутой кризисом, будут специфическими и разными.

Согласно этому исследованию, разработка программ по обеспечению гендерного равенства в затронутых кризисом районах Кении, Непала и Филиппин, к примеру, оказала положительное влияние на улучшение доступа к услугам и пользование ими, повышение эффективности результатов гуманитарной деятельности и сокращение гендерного неравенства.

Кроме того, этот тип разрабатываемых программ оказал «сильное влияние» на результаты здравоохранительных мер, особенно для женщин и девочек, но при этом охватывая всех членов домашних хозяйств. Например, в Непале учет вопросов гендерного равенства при создании инфраструктуры здравоохранения, кампании по повышению уровня информированности о здоровье и гигиене и создание условий для доступа к медицинским учреждениям «значительно улучшили» охрану здоровья матери и ребенка и обеспечили сокращение числа случаев смерти во

время беременности и родов. Кроме того, было установлено, что разработка программ такого рода способствует сокращению некоторых форм гендерного насилия.

Стихийные бедствия могут также предоставлять женщинам возможности для оспаривания и изменения их гендерно-дифференцированного статуса в обществе, зачастую за счет того, что они берутся за выполнение «традиционно мужских» задач, таких как строительство домов и рытье колодцев.

Обеспечение синергетического эффекта

Инвестирование в меры по снижению риска бедствий в целях укрепления потенциала противодействия подразумевает осуществление государственных и частных многосекторальных инвестиций, направленных на изменение коренных причин, определяющих, кто выживает и восстанавливается в случае бедствия, спасение жизней и сохранение источников средств к существованию, предотвращение и сокращение потерь и обеспечение эффективного восстановления и реабилитации (МСУОБ, 2015а).

Для принятия долгосрочного обязательства об улучшении сексуального и репродуктивного здоровья и укреплении соответствующих прав важное значение имеет весь спектр гуманитарной помощи и деятельности в области развития. Гуманитарные кризисы приостанавливают, а в некоторых случаях даже обращают вспять достижения в области развития. Инвестиции в целях развития смягчают воздействие кризиса и стихийного бедствия и могут обеспечить прочную основу для восстановления общества (ЮНФПА, 2010). Гуманитарная помощь и деятельность в области развития должны быть согласованными, взаимоукрепляющими и сопряженными во времени, и должны подкрепляться одинаковым пониманием общих долгосрочных конечных результатов, обеспечивающих эффективное управление риском (Организация Объединенных Наций, 2015b). Женщины и молодые люди должны оставаться в центре внимания при осуществлении мер реагирования, направлен-

ных на повышение готовности их общин, а также играть центральную роль в процессе перехода от кризиса к развитию. Если при планировании, разработке и финансировании программ в целях развития в центре внимания не будут находиться права и потребности наиболее уязвимых людей, достижение провозглашенных Организацией Объединенных Наций Целей устойчивого развития к 2030 году будет невозможным.

Воплощение мечты в реальность

Задача, которая стоит перед лицами, определяющими политический курс, в 2015 году и в последующий период, заключается в воплощении мечты о потенциале противодействия в реальность. Необходимы новые модели комплексного развития, включающие в себя обязательное принятие мер, направленных на уменьшение опасности стихийных бедствий. Такие модели могут включать в себя создание надежных систем первичного медико-санитарного обслуживания с комплексными услугами по охране сексуального и репродуктивного здоровья, принятие многосекторального подхода к охране здоровья подростков, использование школ для распространения информации в целях повышения готовности к бедствиям или включение в основную деятельность мероприятий по адаптации к изменению климата. В основе комплексного развития лежит обеспечение стремления к вовлечению всех слоев населения, проведению консультаций и достижению справедливости.

Во все большей степени требуются комплексные подходы, обеспечивающие возможность управления риском конфликтов и стихийных бедствий. Если стихийные бедствия способны усугублять или вызывать конфликты, то их следует рассматривать в рамках конфликта и государственного строительства. И наоборот, если конфликт и нестабильность повышают уязвимость перед стихийными бедствиями, эпидемиями или голодом и подверженностью им, то их следует рассматривать в рамках стихийных бедствий и учитывать при оценке риска бедствий.

Новые направления финансирования деятельности по охране сексуального и репродуктивного здоровья в условиях гуманитарного кризиса

Растет число людей, нуждающихся в гуманитарной помощи, равно как и объем денежных средств, предоставляемых различными донорами: учреждениями, правительствами, акционерными компаниями и частными лицами. Но при этом растет и дефицит финансирования, что наводит на мысль о возможной неустойчивости текущих механизмов финансирования.



Мать с новорожденным младенцем в лагере Тиркиди, Эфиопия.

ФОТО © UNFPA/A. Haileselassie

Охрана здоровья матерей и подростков в Южном Судане

Ежедневно в медицинском центре лагеря беженцев Тиркиди в Эфиопии в среднем рожают 45 женщин.

По словам управляющего медицинским центром Йонаса Зевду, это число не всегда было столь высоким. До недавнего времени большинство женщин рожали по месту жительства без какой-либо помощи со стороны квалифицированных акушерок.

Согласно Зевду, центр направил на места специалистов по информационно-пропагандистской работе, чтобы те посетили женщин там, где они проживают, побудили их прийти для дородового наблюдения и организовали рождение их детей в центре, где все роды принимают две акушерки.



Матери и дети в медицинском центре в Тиркиди.
ФОТО © UNFPA/A. Haileselassie

По словам одной из этих акушерок – Лелизы Бекеле, во всех случаях, когда беременная женщина, посетившая центр для целей дородового наблюдения, не появляется в очередной раз, сотрудники по информационно-пропагандистской работе навещают ее, чтобы удостовериться, что у нее все в порядке.

В порядке оказания помощи беременным женщинам, живущим вдалеке от медицинских центров, ЮНФПА – Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения – распределяет среди них комплекты для обеспечения безопасности родов, в состав которых входят полотенце, бритвенное лезвие, резиновые перчатки, полиэтиленовые простыни, средства для перевязки пуповины и мыло.

ЮНФПА пополняет запасы медицинского центра наборами для охраны

репродуктивного здоровья в экстренных случаях, включающими все необходимое – от оборудования и лекарственных средств, обеспечивающих безопасное родоразрешение и реконструктивную хирургию разрывов шейки матки и влагалища, а также лечение инфекций, передаваемых половым путем, до разнообразных противозачаточных средств.

По словам Питера Лам Гони, осуществляющего общее руководство информационно-пропагандистской работой по охране сексуального и репродуктивного здоровья на уровне общин, все большее число женщин узнают о методах планирования семьи и предпочитают воспользоваться соответствующими средствами, зачастую вопреки воле своих партнеров.

«Их мужа полагают, что при пользовании средствами планирования семьи их жены

начнут встречаться с другими мужчинами», – говорит Гони.

Все больше подростков, проживающих в лагере, также делают свой выбор в пользу противозачаточных средств. Те из них, кто обращается за конфиденциальными услугами, узнают и о том, что любые противозачаточные средства, кроме презервативов, могут предупредить лишь наступление беременности, но не служат средством защиты от инфекций, передаваемых половым путем, таких как ВИЧ.

Помимо этого, медицинский центр обеспечивает доступность бесплатных презервативов с помощью безвозмездных раздаточных устройств, установленных по всему лагерю.

В лагере Тиркиди размещаются около 52 000 беженцев из Южного Судана.

В 2015 году в гуманитарной помощи нуждались более 100 миллионов человек, тогда как в 2014 году их число составляло 88 миллионов, а в 2013 году – 78 миллионов человек. Около 25 процентов от общего числа составляют женщины и девочки-подростки в возрасте от 15 до 49 лет.

По мере быстрого роста количества и сложности мировых кризисов теми же темпами увеличиваются и потребности женщин и девочек в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья.

По причине значительного количества и масштабов кризисных ситуаций по всему миру все большая часть суммарных потребностей в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья удовлетворяется международным сообществом в условиях гуманитарного кризиса. В этой связи достижение целей Программы действий Международной конференции по народонаселению и развитию в сфере охраны сексуального и репродуктивного здоровья и защиты соответствующих прав все чаще означает, что услуги и информация предоставляются либо в разгар конфликта, масштабных перемещений населения и эпидемий, либо после стихийного

бедствия или катастрофы, обусловленной изменением климата.

Охрана сексуального и репродуктивного здоровья и защита репродуктивных прав женщин и девочек в условиях кризиса имеют крайне важное значение и являются вопросом соблюдения прав человека, но при отсутствии изменений в методах предоставления и финансирования гуманитарной помощи становятся сложным и нестабильным процессом.

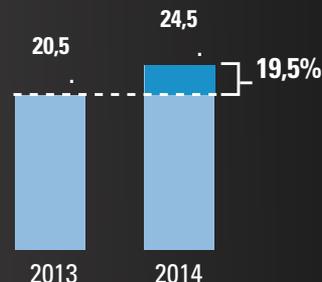
Необходимость долгосрочного сдвига в подходе к гуманитарной деятельности и ее финансированию со стороны международного сообщества и самих затронутых правительств превращается в настоятельное требование текущего момента. Наряду с мобилизацией ресурсов для удовлетворения острых потребностей в гуманитарной помощи все заинтересованные стороны должны также уделять больше внимания долгосрочным инвестициям, которые могут помочь в устранении коренных причин возникновения кризисных ситуаций, особенно недостаточного развития, и наращивании потенциала противодействия у отдельных лиц, общин и стран для целей смягчения последствий. Потенциал противодействия отчасти зависит от

Ученики в приюте, созданном после того, как школа в Дамсиджанге, Непал была разрушена в результате землетрясения.

ФОТО © Panos Pictures/Brian Sokol

ВЗНОСЫ

В 2014 году, отмеченном многочисленными и крупномасштабными чрезвычайными ситуациями, добровольные взносы достигли новых высот, и их суммарный объем составил 24,5 млрд долл., увеличившись на 19,5 процента по сравнению с предшествующей рекордной величиной 2013 года, равной 20,5 млрд долл. Этот год стал третьим в череде лет, когда объем международной гуманитарной помощи значительно увеличивался.



развития и того, насколько справедливо реализуются экономические и социальные достижения в обществе. Низкий потенциал противодействия означает высокую уязвимость перед конфликтом и бедствиями. Еще одной важнейшей переменной в уравнении, определяющем потенциал противодействия, является готовность к бедствиям.

Сексуальное и репродуктивное здоровье является не только одним из прав человека, но также ключом к обеспечению устойчивого развития. Чем в большей степени страна развивается, тем большим потенциалом противодействия она обладает и тем вероятнее, что она сможет перенести кризис и восстановиться после него меньшей ценой. Реагирование на чрезвычайные ситуации всегда обходится дороже, чем меры по обеспечению готовности и снижению риска.

В начале этого года в городе Сендай (Япония) международным сообществом была одобрена рамочная программа по снижению риска бедствий. Некоторые разделы этой рамочной программы напрямую соотносятся с мандатом ЮНФПА, поскольку в ней говорится о необходимости укреплять процесс разработки и осуществления всеохватывающих стратегий и механизмов социальной защиты, в том числе с помощью вовлечения общин, в совокупности с программами расширения возможностей для получения средств к существованию и доступа к базовым услугам в области здравоохранения, включая обеспечение охраны здоровья матерей, новорожденных и детей, сексуального и репродуктивного здоровья, продовольственной безопасности и полноценного питания, жилищных условий и образования в рамках усилий, направленных на искоренение нищеты, в целях отыскания долговременных решений на этапах после стихийных бедствий и расширения прав и возможностей людей, которые в несоразмерно большей степени страдают от бедствий, и оказания им помощи.

В этом же году в декларации, принятой на совещании экспертов в Абу-Даби, был провозглашен призыв к повышению степени стратегической

ориентации на решение вопросов охраны репродуктивного здоровья, а также здоровья и благополучия матерей, новорожденных, детей и подростков по всему спектру смежных проблем в области развития и гуманитарной помощи, наряду с укреплением и повышением потенциала противодействия в системах здравоохранения на национальном и субнациональном уровнях с тем, чтобы качественные услуги были с большей вероятностью доступными в условиях кризисных ситуаций и в обстановке стихийных бедствий и конфликтов.

Потребности в финансировании гуманитарной деятельности достигли рекордной величины

Конфликты и стихийные бедствия, в том числе экстремальные погодные явления, наряду с другими затяжными кризисными ситуациями и крайней нищетой, в своей совокупности привели к крупнейшему вынужденному перемещению людей за пределы их общин или стран со времен Второй мировой войны, что, в свою очередь, стало движущим фактором роста потребностей в международном финансировании гуманитарной деятельности до рекордных уровней (Kim et al., 2015; Bond for International Development, 2015).

Потребности ЮНФПА в финансировании гуманитарной деятельности в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья и защиты соответствующих прав также достигли абсолютного максимума, увеличившись с примерно 78 млн долл. в 2006 году до порядка 175 млн долл. в 2014 году.

На сегодняшний день главная проблема состоит в том, чтобы удовлетворить широкие и многогранные потребности растущего числа людей, затронутых кризисными ситуациями гуманитарного характера. Открывающаяся сегодня возможность заключается в максимально взаимосвязанном использовании потенциала новых доноров, формировании партнерских отношений с частным сектором и реализации других новаторских стратегий для нахождения устойчивых решений.

В 2014 году суммарный объем международной гуманитарной помощи составил 24,5 млрд долл.

В период 2009–2014 годов среднегодовой объем международной гуманитарной помощи составлял 19,8 млрд долл. (Development Initiatives, 2015). Однако в 2014 году, отмеченном многочисленными и крупномасштабными чрезвычайными ситуациями, добровольные взносы достигли новых высот, и их суммарный объем составил 24,5 млрд долл., увеличившись на 19,5 процента по сравнению с предшествующей рекордной величиной 2013 года, равной 20,5 млрд долл. Этот год стал третьим в череде лет, когда объем международной гуманитарной помощи значительно увеличивался.

Во главе финансирования мер реагирования на крупномасштабные кризисные ситуации гуманитарного характера встали крупные доноры из числа правительств и учреждений, которые в 2014 году выделили на эти цели 18,7 млрд долл. Около 90 процентов из них – 16,8 млрд долл. – поступило от 29 государств-членов Комитета содействия развитию Организации экономического сотрудничества и развития (КСР ОЭСР, 2014b; UNFITS, 2015). Согласно опубликованным докладом, за последнее

десятилетие на долю тех же самых стран приходилось 94 процента международной гуманитарной помощи со стороны правительств. В 2014 году около 32 процентов от общего объема международной гуманитарной помощи было предоставлено Соединенными Штатами Америки.

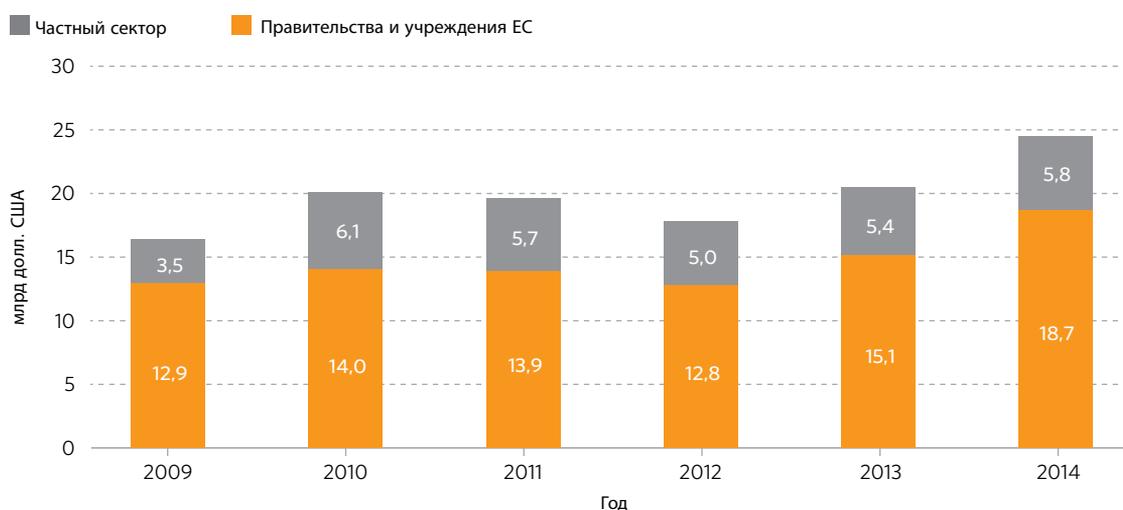
В том же 2014 году в список 20 крупнейших доноров гуманитарной помощи вошли Саудовская Аравия и Объединенные Арабские Эмираты. За период 2013–2014 годов взносы арабских государств выросли на 120 процентов, увеличившись с 764 млн долл. до 1,7 млрд долл., главным образом в порядке реагирования на кризисные ситуации в Ираке и Сирии. Преобладающая часть финансирования поступила от Катара, Кувейта, Объединенных Арабских Эмиратов и Саудовской Аравии.

Существенно увеличились и взносы Турции, превратив эту страну в одного из ведущих доноров в связи с кризисом в Сирии, выделившего на оказание помощи сирийским беженцам 1,6 млрд долл. (Start Network, 2014).

В период 2013–2014 годов восточноазиатские доноры увеличили свои объемы финансирования гуманитарной помощи на 11 процентов: Япония

МЕЖДУНАРОДНЫЕ МЕРЫ ГУМАНИТАРНОГО РЕАГИРОВАНИЯ

2009–2014 ГГ.



(Development Initiatives, 2015)

предоставила 882 млн долл., следующими за ней стали Республика Корея и Китай, выделившие 81,7 млн долл. и 53,7 млн долл. соответственно.

Также увеличиваются взносы стран с формирующейся рыночной экономикой. Пожертвования Бразилии выросли, например, с 2,6 млн долл. в 2005 году до 14,9 млн долл. в 2014 году. В порядке реагирования на вспышку лихорадки Эбола Сьерра-Леоне мобилизовала 17,2 млн долл. из своих собственных ресурсов.

Другие источники финансирования гуманитарной деятельности

Другими важными источниками гуманитарной помощи являются частный сектор и широкая общественность, чье содействие оказывается главным образом посредством международных неправительственных организаций. В период 2009–2013 годов эта разнообразная группа доноров, состоящая из частных лиц, доверительных и благотворительных фондов, а также акционерных компаний, профинансировала около 27 процентов от общего объема международной гуманитарной помощи (Stoianova, 2013; Gingerich and Cohen, 2015; Development Initiatives, 2015).

Как группа, частные доноры были крупнейшим жертвователем в рамках международной гуманитарной помощи, направленной на преодоление последствий тайфуна «Хайян» в 2013 году, и третьим из крупнейших доноров среди тех, кто оказывал помощь пострадавшим от вспышки лихорадки Эбола в 2014 году (Stoianova, 2013; Development Initiatives, 2015).

Диаспоры оказывают помощь путем денежных переводов в родную страну. Помощь также предоставляют религиозные организации, включая те из них, которые действуют за рамками гуманитарной системы. Ключевую роль в финансировании гуманитарной деятельности играют конфессиональные объединения, на долю которых приходится 16 процентов от всего объема помощи, предоставляемой через посредство неправительственных организаций.

ЭКОНОМИЧЕСКОЕ БРЕМЯ

В 2013 году прямые последствия стихийных бедствий (ущерб, нанесенный объектам инфраструктуры, жилищному фонду и урожайности сельскохозяйственных культур) в совокупности с их косвенными последствиями (падение доходов, производственные потери, дестабилизация рынков и сокращение занятости) оценивались в стоимостном выражении в 118,6 млрд долл. (УКГД ООН, 2014).

В 2014 году экономический ущерб только вследствие обильных дождей, ураганов, наводнений и суровых зимних условий привел к убыткам, стоимость которых оценивается в 110 млрд долл. (МСУОБ, 2014). Согласно оценкам, за период с 2000 года потери экономики от стихийных бедствий составили 2,5 трлн долл. (МСУОБ, 2014).

Природные катастрофы, наносящие многомиллиардный ущерб в долларовом исчислении, случаются все чаще.

Глобальные статистические данные по экономическому ущербу вследствие конфликтов и других затяжных чрезвычайных ситуаций удостоверить труднее. Комплексные и хронические чрезвычайные ситуации гуманитарного характера обычно развиваются при высоком уровне нестабильности и нищеты в недееспособных или стоящих на грани недееспособности государствах, в условиях полного либо почти полного развала государственных институтов и разоренной инфраструктуры.

Призывы к совместным действиям под эгидой Организации Объединенных Наций

Призывы к совместным действиям под эгидой Организации Объединенных Наций основываются на оценке потребностей и мерах реагирования, запланированных специализированными учреждениями Организации Объединенных Наций и международными неправительственными организациями, ведущими работу в конкретных странах

ОБЪЕМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ И НЕУДОВЛЕТВОРЕННЫХ ПОТРЕБНОСТЕЙ В РАМКАХ ПРИЗЫВОВ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ, 2005–2014 ГГ.



(Development Initiatives, 2015)

или реагирующими на конкретные чрезвычайные ситуации.

В 2014 году Организация Объединенных Наций обратилась с 31 призывом о содействии в беспрецедентном объеме 19,5 млрд долл. В рамках сбора этой общей суммы доноры предоставили 12 млрд долл., что создало беспрецедентный дефицит средств в размере 7,5 млрд долл., или 38 процентов от суммарной потребности.

Управляемые Организацией Объединенных Наций «объединенные» фонды, такие как Центральный фонд реагирования на чрезвычайные ситуации (СЕРФ), состоят из незарезервированных ресурсов, предназначенных для удовлетворения внезапных всплесков в гуманитарных потребностях. В 2014 году СЕРФ выделил 290 млн долл. на реализацию проектов быстрого реагирования и 170 млн долл. на осуществление проектов, испытывающих нехватку финансирования. В дополнение к этому, в 2014 году на оказание помощи 19 странам было выделено 386 млн долл. из страновых объединенных фондов, основанных на взносах пра-

вительств и частных доноров. В 2014 году донорские взносы в объединенные фонды поступали главным образом из Великобритании, Германии, Дании, Катара, Нидерландов, Норвегии и Швеции.

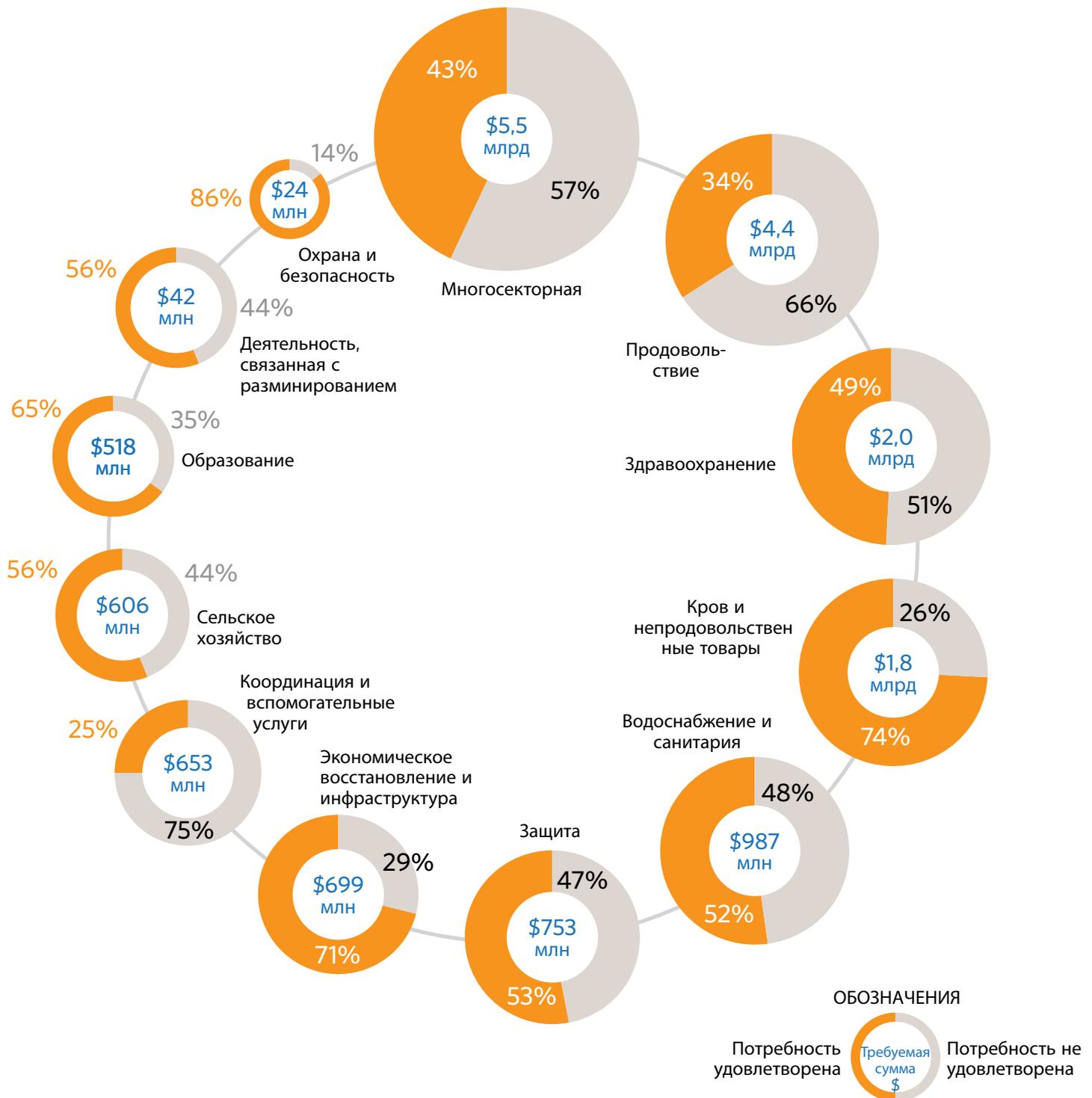
Пробелы в финансировании расширяются

Взятая сама по себе, международная гуманитарная помощь перестает соответствовать темпам роста потребностей и нарастающей сложности нынешних гуманитарных кризисных ситуаций, не говоря уже об их фундаментальных движущих силах, таких как нестабильность, нищета и уязвимость (Gingerich and Cohen, 2015; Development Initiatives, 2015).

За последние 10 лет взносы на покрытие потребностей в рамках призывов к оказанию международной гуманитарной помощи выросли на 300 процентов (Bond for International Development, 2015). При этом пробелы в финансировании расширяются (Development Initiatives, 2015).

Вышеупомянутый дефицит денежных средств еще более усугубляется недостатком ресурсов и потенциала в местах, наиболее уязвимых

ПОТРЕБНОСТИ В ФИНАНСИРОВАНИИ В СОПОСТАВЛЕНИИ С ПОЛУЧЕННЫМИ ОБЪЕМАМИ ДЕНЕЖНЫХ СРЕДСТВ, С РАЗБИВКОЙ ПО ЦЕЛЕВЫМ ЗАДАЧАМ, 2014 Г.



(Development Initiatives, 2015)



Семейная поликлиника в Свейле, Иордания.
ФОТО © UNFPA/Salah Malkawi

перед лицом кризиса, особенно в условиях конфликта, когда внутренние меры реагирования ограничены или полностью отсутствуют. Более того, в предстоящие годы факторы давления на систему будут наверняка усиливаться по причине последствий изменения климата, проявлений уязвимости, связанных с урбанизацией, и вновь возникающих потребностей в нестабильных или затронутых конфликтом государствах. Из 20 стран, получивших основную часть международного гуманитарного финансирования в течение последнего десятилетия, большинство находятся в состоянии конфликта, являются наиболее уязвимыми перед лицом последствий изменения климата и располагают незначительным потенциалом приспособления к таким ситуациям, подготовки к ним или преодоления их воздействия, при этом все они относятся к категории нестабильных государств (Inomata, 2012).

Расширяющиеся пробелы дают основания предположить, что механизмы финансирования гуманитарной деятельности могут оказаться неустойчивыми.

Финансовые средства распределяются неравномерно

В 2014 году одни страны, оказавшиеся в чрезвычайных ситуациях, столкнулись с более широкими пробелами в финансировании, чем другие. Как правило, чем меньшим по объему был призыв, тем меньше была процентная доля удовлетворенных потребностей в гуманитарной помощи, о которых шла речь в таком призыве. За исключением кризиса в Украине, получившего широкую огласку, все они были профинансированы менее чем на 50 процентов. В отличие от этого, меры реагирования на ситуацию в Южном Судане, Ираке и в связи со вспышкой лихорадки Эбола, для реализации которых в каждом случае требовалось свыше 1 млрд долл., были профинансированы на 90 процентов, 75 процентов и 81 процент соответственно (Gingerich and Cohen, 2015).

В странах, затронутых конфликтом, непосредственно в руки национальных и местных субъектов попадает сравнительно небольшая часть гуманитарной помощи. В период 2007–2013 годов эти субъекты получали менее 2 процентов от суммарного годового объема гуманитарной помощи (Gingerich and Cohen, 2015).

На обеспечение готовности к чрезвычайным ситуациям и первоначальную стадию восстановления выделяется меньшая доля средств

При возникновении кризисных ситуаций основные объемы финансирования направляются на обеспечение мер реагирования, и лишь сравнительно небольшая часть средств выделяется на предупреждение таких ситуаций и обеспечение готовности к ним. Приблизительно 60 процентов гуманитарного финансирования направляется на оказание неотложной помощи пострадавшим, 35 процентов – на цели восстановления и реабилитации и только 5 процентов – на обеспечение готовности к стихийным бедствиям и снижение рисков. За последние пять лет самые крупные доноры выделяли на цели снижения рисков и смягчения последствий порядка

3-6 процентов от суммарного объема своих расходов на гуманитарную помощь (Gingerich and Cohen, 2015).

Сендайская рамочная программа по снижению риска бедствий на период 2015–2030 годов является свидетельством растущего признания важности инвестиций в предупреждение стихийных бедствий и повышение уровня готовности к опасным природным явлениям.

За последнее десятилетие финансирование гуманитарной деятельности претерпевает определенные постепенные изменения. Вместе с тем, основной объем финансирования по-прежнему выделяется на меры реагирования в условиях затяжных чрезвычайных ситуаций, а не на их предупреждение и обеспечение готовности к ним (Inomata, 2012).

На целевое финансирование мер по охране сексуального и репродуктивного здоровья приходится незначительная доля от суммарного объема

В общем объеме гуманитарных ресурсов финансирование мер по охране сексуального и репродуктивного здоровья в чрезвычайных ситуациях гуманитарного характера остается сравнительно небольшим как в абсолютных цифрах, так и в процентном исчислении.

Хотя с 2002 года запросы на финансирование и его объемы в абсолютном выражении, полученные для реализации мер по охране репродуктивного здоровья в рамках призывов к оказанию гуманитарной помощи, увеличились, за период 2002–2013 годов было удовлетворено лишь 43 процента от заявленной потребности, тогда как в рамках гуманитарной деятельности в целом эта доля составила 68 процентов (Tanabe et al., 2015).

Среди 11 347 предложений о финансировании мероприятий по охране здоровья и защите соответствующих прав в 345 чрезвычайных ситуациях, представленных на рассмотрение международного донорского сообщества в 2002–2013 годах, лишь 3 912 запро-

сов – 34,5 процента – имели отношение к охране репродуктивного здоровья (Tanabe et al., 2015). В среднем, число предложений, предусматривающих конкретные мероприятия по охране репродуктивного здоровья, увеличивалось на 22 процента в год, тогда как среднегодовая доля призывов к выделению средств на охрану здоровья и защиту прав, предусматривающих меры в области охраны репродуктивного здоровья, возрастала лишь на 10 процентов.

В последние годы донорское сообщество наращивает свою поддержку в области услуг, направленных на решение проблемы сексуального и гендерного насилия, особенно в условиях конфликтов, а соответствующие пожертвования более чем удвоились, увеличившись с 50 млн долл. в 2012 году до 107 млн долл. в 2014 году. Вместе с тем, несмотря на рост финансирования, направляемого на решение этой проблемы в условиях чрезвычайных ситуаций гуманитарного характера, его доля в суммарном объеме гуманитарной помощи остается низкой, составив в 2014 году всего лишь 0,5 процента (Development Initiatives, 2015).

Танабе с соавторами (Tanabe et al., 2015) отмечают, что в 2002–2013 годах 57 процентов от общего числа призывов к целевому финансированию «гендерно ориентированной» гуманитарной помощи включали конкретные предложения по охране здоровья матери и ребенка. Около 46 процентов из них содержали запросы на финансирование мероприятий по решению проблемы сексуального и гендерного насилия, 38 процентов – по борьбе с ВИЧ и другими инфекциями, передаваемыми половым путем, 27 процентов – по охране репродуктивного здоровья в целом, и около 15 процентов – по вопросам планирования семьи. За тот же самый период число предложений, включающих все из вышеперечисленных элементов минимального пакета первичных услуг (МППУ) в области охраны репродуктивного здоровья в условиях кризис-

ных ситуаций, увеличилось приблизительно на 40 процентов (Chynoweth, 2015).

В том, что касается финансирования, доступа к услугам, разработки программ и оценки их эффективности, наблюдается заметный недостаток внимания к вопросам охраны репродуктивного здоровья подростков (Женская комиссия по делам беженцев, 2014). С 2009 года предложения по охране сексуального и репродуктивного здоровья подростков и защите их соответствующих прав в рамках срочных и сводных призывов Организации Объединенных Наций составляли менее 3,5 процента от общего числа предложений в области охраны здоровья за год, а 68 процентов из них так и остались непрофинансированными (Женская комиссия по делам беженцев, 2014).

Более половины беженцев, внутренне перемещенных лиц и лиц, ищущих убежища, составляют женщины и девочки, нуждающиеся в доступе к основным услугам в области охраны репродуктивного здоровья. Перемещение увеличивает их потребность в услугах по охране репродуктивного здоровья. Отсутствие услуг и жизненно важных медицинских вмешательств, таких как акушерская помощь, приводит к увеличению числа случаев незапланированной беременности и небезопасных аборт и повышению уровня заболеваемости и смертности по причине гендерного насилия, а также осложнений беременности (Международный комитет спасения, 2012).

Новый взгляд на финансирование гуманитарной деятельности

Потребности в гуманитарной деятельности нарастают с каждым днем по мере того, как в условиях затяжных конфликтов перемещается рекордное за последние годы и иногда даже десятилетия число людей, а дефицит водных ресурсов, отсутствие продовольственной безопасности и экстремальные погодные явления оказывают все большее воздействие на жизнь людей, особенно бедноты, в густо населенных городских районах.

Растущие потребности влекут за собой осознание все большей важности неотложной поддержки женщин и девочек и удовлетворения их нужд в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья, которые в прошлом рассматривались международным сообществом как вторичные по сравнению с удовлетворением базовых потребностей в воде, продуктах питания и убежище.

В последние годы возникает новое понимание критической важности обеспечения охраны сексуального и репродуктивного здоровья в условиях гуманитарного кризиса и осознание того, что достижение гуманитарных целей в других областях, таких как образование, продовольственная безопасность и выживаемость детей, зависит отчасти от того, располагают ли женщины и девочки возможностями и средствами для принятия решений о том, стоит ли беременеть, когда и как часто это делать, вступать ли в брак и когда выходить замуж, а также как защитить себя от инфекций, передаваемых половым путем, включая ВИЧ.

Аналогичным образом формируется понимание того, почему охрана сексуального и репродуктивного здоровья и защита соответствующих прав являются крайне важным элементом обеспечения готовности к стихийным бедствиям и снижения рисков, восстановления, реабилитации и создания потенциала противодействия.

Повсеместно, но особенно в беднейших странах, женщины и девочки находятся в несоразмерно неблагоприятном положении даже в условиях стабильности. Они располагают меньшим доступом к услугам и ограниченными возможностями, обладают меньшими полномочиями в сфере экономики, с меньшей вероятностью реализуют свои права и сталкиваются с дополнительными угрозами своему здоровью в связи с беременностью и деторождением. Когда стихия наносит свой удар или разражается конфликт, эти проявления неравенства усугубляются.

Фундаментальный сдвиг в бизнес-модели гуманитарной деятельности

Как и финансирование гуманитарной деятельности в целом, целевое финансирование мероприятий в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья все еще не поспевает за стремительно растущими потребностями.

Пробелы в гуманитарном финансировании – как гуманитарной деятельности в целом, так и мер по охране сексуального и репродуктивного здоровья – по-прежнему сохраняются, и это дает основания предположить, что текущие механизмы могут оказаться неспособными удовлетворить потребности предстоящих лет. Необходимы новаторские подходы к финансированию, но столь же необходимы инновации в общих подходах к гуманитарной деятельности в целом.

Независимая группа «Будущее гуманитарного финансирования» (FHF) консультирует Межучрежденческий постоянный комитет Организации Объединенных Наций, координирующий орган в составе девяти полноправных членов, включая ЮНФПА. В докладе группы FHF за 2015 год – «Перспективы после кризиса» – рекомендуется внести ряд крупных изменений в порядок финансирования и осуществления гуманитарной деятельности, начиная с «фундаментального сдвига в бизнес-модели гуманитарной деятельности», отхода от «культуры и набора практических методов, обуславливающих склонность к обособленности, ответным действиям и конкуренции, и заканчивая формированием делового подхода, основанного на предвидении, прозрачности, научных исследованиях и экспериментировании, а также стратегическом сотрудничестве».

Радикализация глобальной повестки дня в области удовлетворения потребностей в финансировании гуманитарной деятельности

Согласно выводам группы FHF, субъектам гуманитарной деятельности необходимо сконцентрировать свои усилия не только на удовлетворении гуманитарных нужд сегодняшнего дня, но также



Афганские беженцы в Ширазе, Иран.

ФОТО © UNHCR/Sebastian Rich

вести работу по формированию будущего, в котором международные меры реагирования в гуманитарной области станут ненужными или исключительными, а большинство потребностей будет удовлетворяться местными субъектами деятельности. Такой сдвиг требует «долгосрочного видения и стратегических альянсов с широким кругом субъектов деятельности, которые могут реализовать преобразующие изменения в области снижения уязвимости и управления риском».

Это также требует «радикализации глобальной повестки дня» для того, чтобы удовлетворять будущие потребности в финансировании гуманитарной деятельности путем вовлечения в этот процесс более широкого круга субъектов деятельности и создавать для них возможности для покрытия затрат, связанных с управлением рисками, а также посредством реализации подхода к посткризисным ситуациям как к вопросу «общей ответственности и общественного блага».

Поиск источников финансирования перестал быть прерогативой Запада. Например, телемарафон, проведенный в январе организацией «Красный Полумесяц» в Дубае с целью оказания помощи

сирийским беженцам, спасавшимся от смертельно опасной снежной бури, позволил собрать 40 млн долл. в течение шести часов. Существует вероятность того, что в будущем региональные организации и доноры станут в большей степени принимать на себя ведущую роль в осуществлении мер реагирования на стихийные бедствия в тех районах, где у них имеется высокий уровень культурной и географической близости.

Увязывание финансирования гуманитарной деятельности и мероприятий в области развития

В своем докладе Генеральной Ассамблее 2015 года Генеральный секретарь Организации Объединенных Наций призвал повышать предсказуемость финансирования гуманитарной деятельности и эффективность мер реагирования путем определения приоритетности использования имеющихся ресурсов для удовлетворения самых неотложных потребностей, а также заявил о необходимости укрепления связи с механизмами финансирования развития в целях повышения жизнеспособности уязвимого населения и институтов до, во время и после кризисов (Организация Объединенных Наций, 2015с).

Ранее в этом году Экономический и Социальный Совет Организации Объединенных Наций принял резолюцию с аналогичными рекомендациями: государствам-членам, Организации Объединенных Наций, частному сектору и другим соответствующим структурам направлять надлежащие финансовые средства и инвестиции на цели обеспечения готовности и укрепления потенциала противодействия, в том числе с привлечением бюджетных средств, предназначенных для оказания гуманитарной помощи и осуществления деятельности в целях развития, а также не имеющего целевого назначения финансирования из основных средств и гибкого финансирования в связи с призывами к предоставлению средств на многолетней основе, с целью сокращения разрыва между

финансированием гуманитарной деятельности и деятельности в целях развития (Организация Объединенных Наций, 2015с).

Еще одной важной проблемой, ожидающей своего решения, является краткосрочность циклов финансирования гуманитарной деятельности в рамках Организации Объединенных Наций. Генеральный секретарь указал на то, что существующий механизм затрудняет осуществление эффективного, учитывающего факторы риска, многолетнего планирования гуманитарной деятельности: «Сбор средств на борьбу с затяжными кризисами на ежегодной основе является экономически неэффективным и не позволяет гуманитарным организациям воспользоваться потенциальными преимуществами многолетнего планирования» (Организация Объединенных Наций, 2015с).

Нехватка данных препятствует направлению средств на цели охраны сексуального и репродуктивного здоровья

Одной из насущных проблем мобилизации ресурсов для осуществления конкретных мер по охране сексуального и репродуктивного здоровья в условиях гуманитарного кризиса – и фактически гуманитарной деятельности в целом – является нехватка данных по затронутым кризисом лицам в разбивке по признакам пола и возраста. Наряду с этим, отмечается недостаток надежных или полных данных о том, какие средства и в каком объеме направляются на целевое финансирование мероприятий по охране сексуального и репродуктивного здоровья, а также из каких источников эти средства поступают. Хотя определенные данные по пожертвованиям частного сектора, благотворительных фондов и иных структур имеются в наличии, зачастую эти цифры неполны. В отсутствие полной картины поступления финансирования из всех источников в условиях любой из рассматриваемых кризисных ситуаций гуманитарного характера разработка скоординированных мер реагирования становится затруднительной, а возможности достижения синергетического эффекта в ряде случаев упускаются.

Переход к предсказуемому финансированию с повышенным вниманием к обеспечению готовности и снижению рисков

За последнее десятилетие выросло число людей, нуждающихся в гуманитарной помощи, и хотя фактические объемы предоставляемого финансирования также увеличились, расширились и пробелы в необходимом финансировании. Такая же тенденция наблюдается и в отношении гуманитарной деятельности в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья.

В то же время выросла стоимость предоставления крайне важных услуг и предметов снабжения в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья, в значительной мере по причине увеличения доли этих услуг и предметов снабжения, предоставляемых в условиях кризисных и чрезвычайных ситуаций.

Существующие на данный момент механизмы финансирования гуманитарной деятельности могут, таким образом, оказаться неустойчивыми, что требует новых подходов не только к финансированию, но и к гуманитарной деятельности в целом. Формы финансирования, позволяющие осуществлять долгосрочное планирование в сочетании с мерами по повышению предсказуемости финансирования и гибкости в распределении ресурсов, могли бы привести к более эффективной разработке программ и улучшению целевого направления ресурсов туда, где они необходимы в наибольшей степени. Наряду с этим, следует укреплять системы текущего контроля и отчетности, а также повышать прозрачность, с тем чтобы страны-доноры могли эффективнее демонстрировать своим избирателям, что их пожертвования меняют к лучшему жизнь людей, пострадавших от бедствий и конфликтов.

Продолжая удовлетворять острые потребности в области гуманитарной деятельности, международное сообщество и сами правительства должны инвестировать больше средств в

наращивание потенциала противодействия, а также в повышение готовности к бедствиям и снижение рисков, чтобы уменьшать уязвимость перед лицом конфликтов и бедствий и ускорять процесс восстановления, если или когда они все же случаются.

Международная система гуманитарной деятельности может найти подходящие модели для обеспечения устойчивого финансирования в целях развития. Помощь в чрезвычайных ситуациях следует предоставлять таким образом, чтобы она оказывала поддержку делу долгосрочного развития, имея в виду обеспечение плавного перехода от мер экстренной помощи к восстановлению и развитию. Тем временем, организациям по оказанию помощи в целях развития следует встраивать меры по обеспечению готовности к стихийным бедствиям, снижению рисков и наращиванию потенциала противодействия в свои процессы разработки программ (Межправительственный комитет экспертов по финансированию устойчивого развития Организации Объединенных Наций, 2014).

Ранее в этом году Генеральный секретарь назначил группу высокого уровня по вопросам финансирования гуманитарной помощи для проведения анализа текущих и будущих проблем и выявления путей ликвидации пробелов в финансировании.

Предстоящий Всемирный саммит по гуманитарным вопросам откроет перед странами-донорами, международными организациями и правительствами беспрецедентную возможность вновь обсудить вопрос о том, каким образом осуществляется и финансируется гуманитарная деятельность, а также выстроить будущие мероприятия так, чтобы они способствовали достижению Целей устойчивого развития на период 2016–2030 годов, провозглашенные Организацией Объединенных Наций, и соответствовали им (Организация Объединенных Наций, 2015с).

Революционная концепция снижения риска, усиления мер реагирования и создания потенциала противодействия

Гуманитарная деятельность может закладывать фундамент долгосрочного развития. Развитие, приносящее пользу всем и создающее для каждого возможность пользоваться своими правами, включая репродуктивные права, может помочь отдельно взятым людям, общественным институтам и общинам устоять перед натиском кризиса. Оно также может помочь восстановлению.



Ишвори Дангол.

ФОТО © UNFPA/Santosh Chhetri

От отчаяния к надежде в Непале

Когда 25 апреля в Непале произошло самое страшное землетрясение почти за сто лет, жизнь Ишвори Дангол навсегда изменилась.

Будучи в тот момент на седьмом месяце беременности, 30-летняя женщина лихорадочно искала своего семилетнего сына, игравшего в доме соседей в деревне Бетравати в округе Нувакот, и лишь потом поняла, что он оказался одним из почти 9 000 человек, жизни которых в тот день унесло это бедствие.

Убитая горем Ишвори также переживала по поводу состояния здоровья ее плода и боялась, не придется ли ей рожать в одиночку, поскольку землетрясение силой 7,8 балла повредило или уничтожило 70 процентов родильных домов



ДАНГОЛ (В ЦЕНТРЕ). ФОТО © UNFPA/Santosh Chhetri

в 14 наиболее пострадавших округах Непала, включая Нувакот.

Тысячи беременных женщин, таких как Ишвори, остались почти или вообще без доступа к жизненно важным медицинским услугам, позволяющим обеспечить безопасное родоразрешение.

Сушила, одна из местных женщин-добровольцев, работающих в общинных медицинских учреждениях, рассказала Ишвори о лагере по охране репродуктивного здоровья, финансируемом ЮНФПА (Фондом Организации Объединенных Наций в области народонаселения) и действующем под управлением Манамохской мемориальной общинной больницы и Адвентистского агентства помощи и развития во взаимодей-

ствии с Министерством здравоохранения и по делам населения.

В первые три дня работы этот лагерь предоставил Ишвори и более чем 400 другим женщинам информацию и услуги, необходимые для сохранения жизни. ЮНФПА обеспечил поддержку и финансовые ресурсы для 109 таких лагерей и передал предметы снабжения, необходимые для охраны репродуктивного здоровья, в 124 медицинских учреждения, охватив примерно 1,8 миллиона человек в первые пять месяцев после землетрясения.

Оказываемые в лагере услуги включали дородовое наблюдение и послеродовой уход, безопасное родовспоможение, планирование семьи, тестирование на инфекции,

передаваемые половым путем, включая ВИЧ, и их лечение, психосоциальную поддержку и медицинскую помощь жертвам гендерного насилия.

Д-р Суман Панта, врач в лагере, который обследовал Ишвори, сообщил ей о неправильном положении плода в матке. Ишвори была направлена в ближайшую больницу в Тришули, которая продолжала предоставлять услуги, несмотря на причиненные зданию повреждения. Через десять недель после потери первого ребенка в результате землетрясения Ишвори было сделано кесарево сечение, и она родила здорового мальчика.

Мы живем в мире, где гуманитарные кризисы требуют от экономики, общин и отдельных лиц все более значительных расходов. Сообщения о войнах и стихийных бедствиях попадают на первые полосы газет, по крайней мере сначала. Менее заметными, но также разорительными, являются кризисы, обусловленные нестабильностью, уязвимостью и растущим неравенством, в результате которых у миллионов людей остаются лишь самые зыбкие надежды на мир и развитие.

Все кризисы – как те, которые наносят удар в часы жестокой бури, так и те, которые в течение десятилетий не позволяют добиться мира – уничтожают перспективы развития, зачастую до основания. Люди теряют жизнь и источники средств к существованию, свои дома и общины, получают серьезные увечья и могут стать инвалидами. Перестают оказываться услуги образования и здравоохранения, лишая людей права доступа к ним и приводя в действие долгосрочные последствия, которые еще больше затрудняют последующее восстановление.

Первейшими из этих потерь являются потери, затрагивающие сексуальное и репродуктивное здоровье. Несмотря на то, что в рамках мер гуманитарного реагирования все чаще предоставляются услуги по охране сексуального и репродуктивного здоровья, сохраняются внушительные пробелы. Для рожавшей женщины или девочки, подвергшейся изнасилованию среди хаоса при попытке спастись от бомб, падающих на город, последствия, включая в худших случаях смерть и инвалидность, могут многократно увеличивать причиняемый вред.

Мировая общественность неоднократно подтверждала сексуальные и репродуктивные права женщин и девочек. Теперь ей необходимо обеспечить выполнение принятых обязательств во всех случаях, включая гуманитарные кризисы.

Конфликты и бедствия не освобождают правительства или участников гуманитарной деятельности от изложенных в Программе действий Международной конференции по народонаселе-

нию и развитию 1994 года, обязательств по защите права человека на сексуальное и репродуктивное здоровье, включая право свободно и ответственно принимать решения о том, стоит ли беременеть, когда или как часто.

Устранение организационных барьеров, препятствующих комплексным действиям

В период нарастающего кризиса требуется наращивание мер гуманитарного реагирования. Несмотря на постоянную необходимость бороться с гуманитарными «пожарами», особенно по мере более частого возникновения стихийных бедствий в период изменения климата, гораздо большего можно добиться в плане устранения коренных причин кризисов и ослабления основополагающих факторов уязвимости.

Источников риска много. Политическая маргинализация и экономическое неравенство могут резко перерасти в конфликт. Трущобы, построенные бедняками на дешевом участке пойменных земель, подвергнутся наиболее сильным разрушениям во время сильной бури. В результате гендерной дискриминации женщины могут остаться без достаточного дохода или образования для того, чтобы защитить себя от катастрофы.

Многие риски вытекают из плохого качества развития, поскольку оно ведет к социальной изоляции групп людей, например, лишая их достойной работы и основных услуг, или уничтожает общие природные ресурсы. Во всем мире люди и страны, находящиеся на более высоких уровнях развития, обычно обладают более значительными возможностями для противостояния самым неблагоприятным последствиям кризиса. Во время стихийных бедствий в странах с низким уровнем доходов погибает втрое больше людей, чем в странах с высоким уровнем доходов.

Что касается женщин и девочек, то гендерная дискриминация в еще большей степени подрывает их перспективы развития. Они зачастую более уязвимы, чем мужчины и мальчики, во время стихийных бедствий, иногда по таким простым причинам, как

неумение плавать. Их возможности в плане поиска убежища и последующего восстановления невелики в силу более ограниченного доступа к доходу и активам, социальным сетям и транспорту, помимо других проблем, что ведет к «двойной катастрофе».

Несмотря на очевидную взаимосвязь между развитием и кризисом, значительная часть мирового гуманитарного сообщества концентрируется на работе в режиме «реагирования», начиная действовать только после наступления кризиса. Чрезвычайные операции могут по-прежнему проводиться совершенно отдельно от оказания помощи в целях развития в глобальных организациях, предлагающих оба вида услуг, даже в тех случаях, когда чрезвычайные меры оказываются гораздо более дорогостоящими, чем инвестиции в целях развития, которые могут обеспечить снижение рисков.

Этот подход вызывает вопросы в плане его адекватности и, с точки зрения всеохватности, его справедливости. Настало время установить более тесные связи и действовать по всему спектру, который охватывает все направления от развития до мер гуманитарного реагирования; эта идея является отражением Повестки дня Организации Объединенных Наций на период до 2030 года, в которой делается упор на комплексных, взаимосвязанных мероприятиях. Такой подход может обеспечить снижение рисков, уменьшение уязвимости и создание потенциала противодействия. Он предполагает включение всех основных элементов прав и развития людей во все меры гуманитарного реагирования, включая услуги в области сексуального и репродуктивного здоровья. Повестка дня на период до 2030 года – это международный план действий в интересах людей, планеты и процветания на предстоящие 15 лет, в котором признается, что искоренение нищеты во всех ее формах и проявлениях, включая крайнюю нищету, является величайшей глобальной задачей и неотъемлемым условием устойчивого развития.

Продовольствие и кров традиционно рассматриваются как «первичные» гуманитарные потребности. Однако услуги в области сексуального



Семейный медицинский центр в Свейле, Иордания.
ФОТО © UNFPA/Salah Malkawi

и репродуктивного здоровья спасают жизни, защищают семьи и ускоряют восстановление, помимо выполнения обязательств о защите прав человека, принятых 179 правительствами на исторической Международной конференции по народонаселению и развитию. Все люди, пострадавшие от кризиса, в частности, женщины и девочки, нуждаются в качественных услугах, связанных с беременностью, контрацепцией, профилактикой и лечением инфекций, передаваемых половым путем, включая ВИЧ-инфекцию, и защитой от гендерного насилия наряду с услугами по поддержке его жертв.

Принятие упреждающих, а не ответных мер

Понимание рисков может способствовать выбору более удачных решений в области развития в интересах отдельных лиц, общин и государств. Оно может обеспечить информацию для предварительной подготовки и создания потенциала противодействия, с тем чтобы в случае действительного возникновения кризиса его последствия были менее значительными, гуманитарная помощь требовалась в меньшем объеме, а восстановление проходило быстрее.



Люди, перемещенные в результате тайфуна «Хайян», в городе Таклобан, Филиппины..

ФОТО © Panos Pictures/Andrew McConnell

Создание комплексной системы управления риском бедствий

В Сендайской рамочной программе по снижению риска бедствий на 2015–2030 годы кратко изложены основные приоритетные задачи в отношении понимания рисков бедствий и управления ими, пересмотра механизмов финансирования и повышения готовности к бедствиям. Ее успех зависит от наличия достаточных ресурсов и соответствующих учреждений, а также инклюзивной практики, такой как участие всех потенциально затрагиваемых групп населения. В мировом масштабе участники гуманитарной деятельности должны лучше подготовиться к принятию мер реагирования на кризис путем проведения более продуманного и согласованного анализа потенциальных возможностей и динамики событий, поскольку эти факторы могут оказать серьезное влияние на успех мероприятий (ALNAP, 2015).

Обеспечение непрерывности предоставления основных услуг

Усилия по уменьшению риска кризиса следует предпринимать в рамках мер по сокращению масштабов социальной обездоленности и бедности, в том числе в рамках Повестки дня на период до 2030 года и провозглашенных Организацией Объединенных

Наций новых Целей устойчивого развития на 2016–2030 годы. Услуги должны быть рассчитаны на обеспечение непрерывности, в том числе за счет применения комплексных моделей, которые могут способствовать расширению доступности. В качестве примеров можно назвать надежные системы первичного медико-санитарного обслуживания, включающие в себя услуги по охране сексуального и репродуктивного здоровья, и охрану здоровья подростков, связанную с образованием, услугами в области сексуального здоровья и обеспечения средств к существованию.

Следует обеспечить наличие планов, направленных на устранение потенциальных пробелов в части персонала и предметов снабжения. В рамках мер по предварительному размещению предметов потребления на случай чрезвычайных ситуаций следует в обязательном порядке включать в их состав предметы, необходимые для охраны сексуального и репродуктивного здоровья, такие как контрацептивы.

Насущная необходимость инвестиций в обеспечение социальной защиты

Программы социальной защиты предлагают определенную страховку от различных рисков, в частности для наиболее уязвимых людей, к числу которых

относятся дети и молодежь, женщины и малоимущие слои населения. Они могут вносить важный вклад в создание потенциала противодействия и выживание в условиях кризиса. После катастрофы они могут предоставлять жизненно необходимую поддержку во время перехода от внешней гуманитарной помощи к использованию внутренних ресурсов, непрерывно обеспечивая способность удовлетворять, в числе других основных нужд, потребности в пище и медицинской помощи.

Противодействие взаимосвязанным рискам

Слишком часто предполагается, что риск одинаков для разных людей. Например, каждый, кто находится на пути оползня, рискует потерять свой дом. Однако на уровень риска, способность подготовиться к бедствию и восстановиться после него влияют многие факторы. Пол, возраст, расовая принадлежность, инвалидность и многие другие аспекты характеризуются сложными взаимосвязями. Эти взаимосвязи необходимо более точно отражать в данных, используемых для оценки риска, а также при планировании мер по обеспечению готовности.

Непосредственное участие женщин и молодых людей, особенно девочек-подростков, в формировании планов по обеспечению готовности к чрезвычайным ситуациям способствует тому, чтобы их права и нужды не выпускались из виду при осуществлении мер реагирования на чрезвычайные ситуации. Привлечение мужчин и мальчиков к участию в инициативах, направленных на снижение рисков гендерного насилия, может способствовать повышению уважения к правам женщин и, следовательно, укреплению их потенциала противодействия.

Мобилизация воли и ресурсов в целях улучшения городского планирования

Быстрое развитие городов приводит к концентрации населения и истощению ресурсов окружающей среды, превращая города в эпицентры риска. При планировании мероприятий по обеспечению готов-

ности к бедствиям необходимо в большей степени учитывать вероятность того, что кризис будет все чаще проявляться в городах. В рамках управления рисками градостроителям и национальным специалистам по планированию необходимы мощности, ресурсы и политическая воля для того, чтобы должным образом контролировать рост городов. Трудности в отдаленных местах с плохими санитарно-гигиеническими условиями могут представлять риски для здоровья и лишать людей доступа к основным общественным услугам.

Обеспечение финансирования мер по уменьшению опасности бедствий

Финансирование мер по уменьшению опасности бедствий зачастую продолжает осуществляться на недостаточном уровне, поэтому следует пропагандировать и поощрять усилия некоторых стран, стремящихся сделать это направление центральным элементом стратегического подхода к управлению риском бедствий (МСУОБ, 2015). Шагом вперед также является создание национальных советов по оценке риска, в состав которых входят органы надзора за деятельностью страховых компаний, учреждения по предупреждению бедствий и ликвидации их последствий, а также соответствующие министерства, в том числе занимающиеся вопросами здравоохранения и гендерного равенства.

Удовлетворение наиболее острых потребностей

В первые дни мероприятий по предупреждению гуманитарного кризиса особое место занимает ряд приоритетных задач. Хотя некоторые из них появлялись во многих мерах реагирования на кризис, все они жизненно необходимы во всех ситуациях.

Спасение жизней с самого первого дня посредством предоставления согласованных на международном уровне основных услуг

В условиях острой фазы кризиса следует немедленно задействовать минимальный пакет первичных основных услуг по охране репродук-

тивного здоровья в кризисных ситуациях в целях пресечения случаев сексуального насилия и реагирования на них, сокращения передачи ВИЧ и предупреждения случаев смерти и заболевания матерей и новорожденных. Этот пакет также помогает планировать меры по обеспечению комплексных услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья, как только позволят условия. Пакет является признанным международным стандартом и может применяться в любых условиях, однако его до сих пор не используют некоторые организации, оказывающие гуманитарную помощь. Расширение охвата и повышение эффективности зависят от улучшения координации и общего желания применять этот пакет.

Устранение дефицита услуг в сфере неотложной медицинской помощи

При предоставлении медицинских услуг в условиях гуманитарного кризиса приоритетное значение часто придается лечению физических травм. Вместе с тем, это может привести к возникновению опасных пробелов, в том числе в сфере услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья, которые крайне необходимы для спасения жизней. Кроме того, имеются возможности для увеличения инвестиций в проведение мероприятий на ранних этапах, предусматривающих оказание психосоциальных услуг, особенно в наиболее острых случаях, поскольку психологическая травма может способствовать росту числа случаев гендерного и других видов насилия, а также вызывать различные формы рискованного поведения, нездоровья и инвалидности.

Защита женщин от незапланированной беременности

В тех случаях, когда услуги по охране сексуального и репродуктивного здоровья предоставляются в рамках реагирования на кризис, вопросам планирования семьи обычно уделяется ограниченное внимание (Casey et al., 2015). Такое положение

сохраняется несмотря на очевидную взаимосвязь с сокращением передачи инфекций, незапланированной и нежелательной беременностью, рисками для здоровья при родах и небезопасных абортах. Людям, пострадавшим от кризиса, нужен доступ к полному спектру средств и услуг в области планирования семьи, для чего, помимо других вопросов, необходимо уделять больше внимания надежности цепочек поставок и предотвращению дефицита.

Предупреждение гендерного насилия

Гендерное насилие широко распространено в обществах, которые не переживают кризис, и зачастую усиливается, если люди подвергаются перемещению или оказываются в иных крайне стрессовых ситуациях. Невнимание к проблеме гендерного насилия на начальном этапе мер реагирования подрывает в дальнейшем потенциал противодействия и здоровье женщин и девочек и является препятствием для восстановления. Могут потребоваться специальные меры по преодолению стигматизации, которая обычно вынуждает большое число женщин и девочек не сообщать о нарушениях. При проведении информационно-просветительской работы на местах и предоставлении услуг, предназначенных для мужчин и мальчиков, учитывается тот факт, что они также могут подвергаться сексуальному насилию.

Охват и вовлечение молодежи

Все меры реагирования на гуманитарные кризисы должны предусматривать мероприятия для молодежи, реализующие ее право быть включенной в проводимую работу и учитывающие тот факт, что половина всех вынужденно перемещенных лиц младше 18 лет. Если подростки ведут половую жизнь, а защитные услуги недоступны, возникают другие риски. Молодых людей необходимо вовлекать в качестве участников и лидеров во все аспекты гуманитарной деятельности – стратегии, программы и бюджеты. Это усиливает их личную заинтересованность, повышает вероятность пользования услугами, а также помогает учитывать их реальные нужды.

Переход от мер реагирования к восстановлению и созданию потенциала противодействия

В то время как одни связи между помощью в целях развития и гуманитарной деятельностью создаются до кризиса (в рамках усилий по его предотвращению или снижению рисков), другие связи могут формироваться в период перехода от острой фазы чрезвычайной ситуации к восстановлению. Первоначальная стадия восстановления может открывать новые возможности для снижения будущих рисков и укрепления потенциала противодействия, например, за счет введения более эффективных мер защиты прав людей, повышения качества услуг и поощрения перехода к более справедливому и всеобъемлющему развитию в целом.

Ранний и быстрый переход к комплексным услугам

С началом этапа восстановления предоставление согласованного на международном уровне пакета основных услуг должно уступить место предоставлению комплексных услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья на основе подробной оценки потребностей и планирования программ на более долгосрочную перспективу. В число наиболее приоритетных направлений входят комплексное планирование семьи, неотложная акушерская и неонатологическая помощь, профессиональная подготовка лиц, предоставляющих услуги, информирование населения, предупреждение и ликвидация всех видов гендерного насилия, дородовое наблюдение и послеродовой уход, комплексные услуги по профилактике и лечению инфекций, передаваемых половым путем, включая



Сирийцы, покидающие город Гевгелия, бывшая югославская Республика Югославия.

ФОТО © UNFPA/Nake Batev

ВИЧ-инфекцию, а также решение вопросов, касающихся сексуального здоровья подростков.

Устранение препятствий к получению остро необходимых услуг

Доступу к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья могут препятствовать различные обстоятельства, многие из которых проистекают из дискриминации, связанной с возрастом, полом, инвалидностью или другими факторами. К числу препятствий, устранением которых, возможно, придется заниматься, относятся необходимость дальних поездок для посещения пунктов предоставления услуг, отсутствие соответствующего транспорта, проблемы безопасности, ощущение «недружелюбного отношения» к таким группам, как незамужние женщины и молодежь, языковые барьеры и неосведомленность о существовании услуг.

Выступление против дискриминационных гендерных ролей

Социальные потрясения, вызываемые кризисом, могут давать определенные положительные результаты, в том числе ломая давние гендерные роли и порядки. В процессе моделирования новых и значимых ролей женщины и девочки ослабляют существовавшие ранее предположения о том, что они менее способны выступать на политической арене.

В тех случаях, когда женщины и девочки сами берут на себя новые роли, их следует поощрять, а в тех случаях, когда они этого не делают, организации, предоставляющие гуманитарную помощь, могут создавать возможности, например, посредством обеспечения равных возможностей для профессиональной подготовки.

Одной из целей всех национальных и международных усилий должно быть достижение гендерного паритета среди руководящего состава, отвечающего за борьбу с бедствиями. В резолюции 1325 Совета Безопасности Организации Объединенных Наций уже признается

огромная важность участия женщин во всех аспектах деятельности по обеспечению мира и безопасности.

Проявление должного внимания ко всем аспектам гендерного насилия

Гендерное насилие принимает разные формы, и ни одно общество не может считаться полностью умиротворенным или свободным от кризиса до тех пор, пока не предотвращены все формы. Для того, чтобы оградить женщин и девочек от гендерного насилия и предоставить помощь его жертвам, необходим ряд основных медицинских, юридических и психосоциальных услуг. Зачастую их лучше всего предоставлять комплексно, уменьшая нагрузку на жертв насилия, которые нуждаются в доступе к этим услугам. Необходимо как можно скорее восстановить работу судебной системы. Некоторые правовые системы могут все еще включать в себя дискриминационные правовые нормы и правовые обычаи, например, недостаточные меры ответственности для преступников; пересмотр этих норм и обычаев должен входить в число первоочередных задач судебной реформы.

Процесс восстановления может давать возможность подвергнуть сомнению социальные нормы, которые допускают различные формы насилия, например, приемлемость рукоприкладства со стороны мужчин в домашнем быту. Эти усилия могут предусматривать беседы с членами общины, направленные на повышение информированности и установление новых норм, а также вовлечение мужчин и мальчиков в процесс поощрения нового мышления и новых моделей поведения.

Другие возможности для пресечения гендерного насилия могут возникать в результате мирных диалогов и переговоров, как это в настоящее время делается во многих случаях во всем мире. Этот процесс может повышать информированность, давать жертвам насилия возможность высказать свое мнение, обеспечивать компенсации и вести к принятию официальных обязательств в мирных соглашениях о введении законов и создании



Мать с дочерьми перед новым домом, построенным после того, как их община в Лхокнга, Индонезия была затоплена цунами в 2004 году.
ФОТО © Panos Pictures/Abbie Trayler-Smith

учреждений, способных эффективно пресекать все формы насилия.

В некоторых ситуациях одной из приоритетных задач будет пресечение раннего брака. Он может быть сокрушительным последствием кризиса для девочек, а его причины варьируются от защиты чести до уменьшения количества ртов в семье. Пониманию брака в детском возрасте как негативного механизма приспособления и планированию мероприятий по его предупреждению следует уделять внимание уже на раннем этапе мер реагирования на кризис. Процесс предупреждения может потребовать упорной работы, направленной на изменение социальных норм и подкрепленной дополнительными гарантиями безопасности, такими как обеспечение защищенных пространств для девочек в школах, а также безопасных домов или пространств.

Воздействие некоторых экономических факторов может быть уменьшено посредством расширения видов деятельности, обеспечивающих средства к существованию и в одинаковой степени доступных для женщин и мужчин; эти

меры могут также обеспечить возможности для распространения информации, например, о рисках раннего брака и преимуществах продолжения школьного обучения для девочек.

Признание реальности психологической травмы и меры реагирования на нее

Хотя значительная часть внимания в рамках мер гуманитарного реагирования уделяется удовлетворению неотложных физических потребностей людей, оказание помощи лицам, перенесшим психологическую травму, следует также рассматривать как первичное и потенциально спасающее жизни мероприятие. Психологическая травма, обусловленная крайним нервно-психическим напряжением в результате перемещения, конфликта и пережитой потери, влечет за собой различные последствия и издержки. Она может приводить к самоубийству, злоупотреблению наркотиками и алкоголем и увеличению числа случаев гендерного насилия и, кроме того, может передаваться между поколениями, ухудшая перспективы полного восстановления, возможно, на десятилетия. С началом процесса восстановления она может означать невозможность

возврата людей к продуктивному труду и участия деловых людей в возрождении экономики своей страны. В других случаях она может подпитывать неулаженные претензии, которые в конечном итоге перерастают в конфликт.

Следует обеспечивать беспрепятственный доступ к психологической помощи и интегрировать ее в другие службы здравоохранения, чтобы упростить порядок направления пациентов и уменьшить стигматизацию, с которой приходится сталкиваться при посещении отдельного учреждения. Психологическая помощь наиболее эффективна

тогда, когда она основывается на глубоком понимании местных особенностей и норм, и когда она доступна и открыта для всех людей без исключения.

Улучшение долгосрочных перспектив для женщин и девочек: отказ жить по-старому

Настоятельная необходимость повышения эффективности и устойчивости мер гуманитарного реагирования на кризисы подчеркивает важность новых методов работы. Возможностей системы в ее нынешнем виде – с финансированием из разрозненных



ФОТО © Panos Pictures/Mads Nissen/Berlingske

источников и слабыми связями с развитием – будет недостаточно для удовлетворения растущих потребностей.

Прекращение патерналистских мер реагирования и действий

Государства играют основную роль в обеспечении готовности к гуманитарным чрезвычайным ситуациям и принятии надлежащих мер (Gingerich and Cohen, 2015). В тех случаях, когда возникает необходимость привлечения международных субъектов, они могут добиться гораздо большего в плане взаимодействия с местными системами и группами.

Одним из путей продвижения вперед может быть сотрудничество с местными партнерами, в том числе с теми, отношения с которыми, возможно, были установлены уже давно в рамках предыдущей помощи в целях развития. Они обеспечивают знание местных условий, приобретение которого может оказаться невозможным для внешних субъектов или потребовать много времени. Например, при установлении порядка направления пациентов в специализированные учреждения, оказывающие неотложную акушерскую и неонатологическую помощь, можно опираться на существующие сети. Просвещение по вопросам охраны репродуктивного здоровья, организуемое перемещенными людьми, может быть более эффективным в плане использования терминов и стилей общения, наиболее подходящих в конкретной ситуации.

Использование технологии позволяет местным группам принимать все более современные меры реагирования, как это было в Непале, где они использовали данные GPS на сотовых телефонах для составления карт районов, пострадавших от землетрясения, и управления усилиями по оказанию помощи (Barnett and Walker, 2015)

Взаимодействие с различными местными и национальными субъектами также является элементом поддержки более инклюзивных обществ, которые лежат в основе жизнеспособных государств. Некоторые из них, такие как женские и

молодежные группы, заслуживают особого внимания при проведении мероприятий по сокращению масштабов дискриминации и связанных с ней проявлений уязвимости.

К числу возможных подводных камней, связанных с привлечением более широкого круга субъектов, относятся усиливающаяся фрагментация усилий по оказанию помощи, нормы, которые могут противоречить международным стандартам, и лидеры, которыми в некоторых ситуациях будут являться преимущественно мужчины. Однако процесс сотрудничества может послужить началом для решения этих вопросов.

Кроме того, он может способствовать пониманию различных сравнительных преимуществ, в том числе преимуществ международных организаций. Учитывая, что развивающиеся страны в настоящее время тратят гораздо больше средств на меры гуманитарного реагирования, чем традиционные учреждения по оказанию помощи (Gingerich and Cohen, 2015), организации в системе Организации Объединенных Наций, в частности, могут все чаще рассматриваться как источники практического опыта и носители согласованных стандартов, а не непосредственные исполнители на местах.

В некоторых отношениях участникам гуманитарной деятельности необходимо работать над созданием будущего, в котором меры реагирования с их стороны требуются в исключительных случаях или не нужны вовсе, поскольку большинство потребностей удовлетворяется местными субъектами. Основой для достижения прогресса в этом направлении будет служить справедливое и устойчивое развитие.

Устранение ошибочного различия между деятельностью в целях развития и гуманитарной помощью

Хотя разрешение кризиса крайне редко идет по прямой траектории, на этом пути могут приобретать актуальность связи между вопросами развития и гуманитарными вопросами, помогающие направлять процесс восстановления в целом.

Некоторые гуманитарные мероприятия могут опираться на докризисные инициативы в области развития, как это происходит сейчас с 55 процентами программ по борьбе с гендерным насилием. Аналогичным образом, мероприятия, начатые во время кризиса, могут продолжаться после него, как это произошло с 81 процентом программ по борьбе с гендерным насилием, начатых в рамках оказания гуманитарной помощи.

Формируется чувство преемственности, в частности, при наличии возможности, посредством последовательных взаимоотношений с национальными партнерами. Результатом может стать расширение возможностей для развития потенциала, который обеспечит движение вперед в долгосрочной перспективе. К числу других преимуществ относится растущее ощущение нормальности и стабильности.

Когда на Западную Африку обрушился кризис в связи с лихорадкой Эбола, численность работников здравоохранения в таких странах, как Гвинея, Либерия и Сьерра-Леоне, составляла лишь от 10 до 20 процентов от международно рекомендуемого показателя (ВОЗ). То, что неожиданно переросло в гуманитарный кризис, несомненно, длительное время являлось кризисом развития для стран, находившихся в тисках нищеты и неспособных оплачивать основные услуги. Эта неспособность имеет свои корни во многих областях, включая проявления неравенства, присущие мировой экономике.

Опыт подчеркивает ошибочность разграничения гуманитарной деятельности и деятельности в целях развития. Необходимо учитывать это обстоятельство при определении методов работы международных и национальных учреждений, например, путем усиления интеграции организационных структур и политических установок, развития взаимосвязей между различными секторами и придания более долгосрочного характера планированию и финансированию в целях снижения рисков и создания потенциала противодействия. Системные партнерства могут способствовать устранению организаци-

онных барьеров. В рамках системы Организации Объединенных Наций возможно согласование планов деятельности по оказанию гуманитарной помощи с рамочными программами помощи в целях развития и их совместное включение в национальные планы.

Такой подход мог бы замедлить эпидемию лихорадки Эбола в Западной Африке на гораздо более ранней стадии и, возможно, избежать от необходимости проведения масштабных гуманитарных мероприятий. Он обеспечил бы достижение более высокого уровня справедливости и всеохватности, что предусматривалось одним из обязательств в Повестке дня на период до 2030 года. В других случаях он мог бы позволить намного быстрее реагировать на медленно развивающиеся кризисы, такие как засуха, меры реагирования на которые в настоящее время обычно принимаются медленнее (Gingerich and Cohen, 2015).

Устранение пробелов, обусловленных нехваткой данных

Использование целевых показателей, индикаторов и данных является важным элементом Повестки дня на период до 2030 года, и при осуществлении гуманитарной деятельности в этой области наблюдаются значительные недостатки. В связи с быстротой реагирования и короткими циклами финансирования сбор данных часто не проводится, в результате чего остается мало подтвержденных данных о том, какие мероприятия являются наиболее эффективными и какие субъекты располагают наибольшими возможностями для их совместной реализации.

Отсутствие данных (особенно данных в разбивке по полу и возрасту) скрывает связи между гуманитарными секторами, которые могли бы способствовать их взаимному укреплению. Например, данные о показателях сексуального и репродуктивного здоровья могут оказаться полезными для разработки мер в области образования, в частности, мер, направленных на развитие жизненных навыков и повышение информированности о таких

рисках, как ранняя беременность, которая может вынуждать девочек бросать школу.

Радикальное изменение устоявшихся механизмов финансирования

Текущие модели финансирования гуманитарной помощи объясняют некоторые из связанных с ней проблем и недостатков. Ведущую роль в международном финансировании играют доноры, при этом финансирование зачастую осуществляется в порядке реагирования и характеризуется неэффективностью и недостаточной координацией, несмотря на все больший упор на улучшение работы. Выделение средств в целевом порядке выдвигает на первый план проблемы, которые не всегда точно соответствуют приоритетным задачам в странах, пострадавших от кризиса, и средства обычно направляются на ликвидацию последствий более заметных чрезвычайных ситуаций или тех из них, которые считаются стратегически значимыми. Так называемая «подотчетность доноров» привела к снижению степени допустимого риска, поскольку она связана преимущественно с мандатами и условиями финансирования и не всегда с тем, что действительно необходимо людям (МПК, 2014).

Концентрация финансовых ресурсов в небольшом количестве крупных грантов усугубляет тенденцию к тому, что гуманитарная деятельность является уделом нескольких крупных субъектов. Зачастую отсутствует ясность в отношении расходов сумм. В настоящее время отсутствует показатель, позволяющий отслеживать расходы на мероприятия по охране сексуального и репродуктивного здоровья, и этот пробел необходимо устранить.

Донорам необходимо повторно проанализировать эти вопросы. В сочетании с всеобъемлющим межправительственным процессом регулярного обзора всех источников финансирования гуманитарной деятельности это могло бы помочь рассмотреть проблемы с других сторон.

Кроме того, имеются очевидные основания для увеличения инвестиций в некоторые области гума-

нитарной помощи. В рамках как национального, так и международного финансирования следует уделять первоочередное внимание уменьшению опасности бедствий и подготовке к ним, на что в настоящее время выделяются минимальные суммы. Следует увеличить финансирование в области сексуального и репродуктивного здоровья. Все большее число стран имеют возможность предоставлять внутренние ресурсы, но менее развитым странам международное финансирование следует предоставлять в рамках общей, но дифференцированной ответственности. Это подчеркивает обязанность стран с более значительными ресурсами и возможностями помогать тем, у кого их меньше. Этот же принцип может быть применен внутри стран в отношении уязвимых групп населения, таких как малоимущие женщины и молодежь.

Можно изучить возможность частного финансирования, но проявляя при этом осторожность. Честные субъекты играют активные роли в процессе развития и гуманитарной помощи, но вместе с тем известны случаи, когда частные интересы приводили к перекосам, как в случае доминирования продовольственной помощи в натуральном виде и некоторых вопросов здравоохранения (Gingerich and Cohen, 2015). Все формы участия частного сектора должны соответствовать международным стандартам. Их было бы легче отслеживать, равно как оценивать их эффективность по сравнению с согласованными мировыми нормами.

Реформирование законодательства и политики, закрепляющих насилие и дискриминацию

Для создания потенциала противодействия в странах, подверженных кризису, большое значение имеет ряд правовых реформ, таких как запрет гендерной дискриминации и установление уголовного наказания за гендерное насилие. Однако ввиду рекордного числа людей, которые вынуждены перемещаться внутри стран и между ними, а также в свете универсального характера Повестки дня на период до 2030 года, даже в странах, не переживающих кризис, могут потребоваться другие правовые меры.

Законы о борьбе с торговлей людьми – такие как недавний Закон о современном рабстве в Соединенном Королевстве – показывают, как то, что начинается как перемещение в одной стране, заканчивается нарушением прав человека в другой стране. Главными жертвами в этом случае являются женщины. Другие вопросы связаны с управлением беженцами, включая многолетнюю изоляцию людей в лагерях, где они не могут найти легальную работу и услуги в окружающих общинах.

Новая платформа для гуманитарной деятельности

В 2016 году пройдет Всемирный саммит по гуманитарным вопросам, на котором страны всего мира получат возможность обменяться идеями и наметить новые направления работы. Результатом

этого процесса должно стать обязательство об увеличении инвестиций в услуги по охране сексуального и репродуктивного здоровья как главный элемент всех мер гуманитарного реагирования, в соответствии с действующими соглашениями, изложенными в Программе действий Международной конференции по народонаселению и развитию. Это должно поддержать высокие замыслы и надежды, предусмотренные Повесткой дня на период до 2030 года. Направление усилий на создание преобразованного мира, в котором развитие носит всеобъемлющий и устойчивый характер и является достаточным для предотвращения кризиса или преодоления его наихудших последствий, приведет к постепенному устареванию многих форм гуманитарной помощи.



ФОТО © Ali Arkady/VII Mentor Program

Показатели

Мониторинг прогресса в достижении целей МКНР: отдельные показатели	стр. 132
Демографические показатели	стр. 138
Технические примечания	стр. 144

Мониторинг прогресса в достижении целей МКНР: отдельные показатели

Страна,
территория
или район

	Здоровье матери и новорожденного		Сексуальное и репродуктивное здоровье				Образование					
	Роды, принимаемые квалифицированным медицинским персоналом ¹ , 2006–2014 годы (в %)	Показатель рождаемости среди подростков, на 1000 женщин в возрасте от 15 до 19 лет, 1999–2014 годы	Показатель пользования любыми методами контрацепции женщинами в возрасте от 15 до 49 лет, 2015 год	Показатель пользования современными методами контрацепции женщинами в возрасте от 15 до 49 лет, 2015 год	Неудовлетворенная потребность в средствах планирования семьи у женщин в возрасте 15–49 лет, 2015 год ²	Доля удовлетворенного спроса у женщин в возрасте от 15 до 49 лет, 2015 год	Показатели охвата начальным образованием: чистая доля охваченных образованием детей школьного возраста, 1999–2014 годы		Индекс гендерного равенства, начальное образование, 1999–2014 годы	Показатель охвата средним образованием, чистая доля охваченных образованием детей школьного возраста, 1999–2014 годы		Индекс гендерного равенства, среднее образование, 1999–2014 годы
							мальчики	девочки		мальчики	девочки	
Афганистан	39	90	29	24	27	52	–	–	–	60	33	0,55
Албания	99	18	66	19	13	84	93	90	0,96	66	64	0,96
Алжир	97	12	59	51	13	82	98	96	0,98	–	–	–
Ангола	47	191	19	13	28	40	97	74	0,77	15	12	0,81
Антигуа и Барбуда	100	67	63	60	14	82	87	85	0,98	88	94	1,07
Аргентина	97	70	62	58	15	80	100	99	0,99	86	92	1,07
Армения	100	23	59	30	13	82	89	98	1,10	83	96	1,16
Аруба	–	34	–	–	–	–	94	98	1,04	73	81	1,10
Австралия	99	14	68	65	10	87	97	98	1,00	85	86	1,01
Австрия	99	8	68	65	10	87	–	–	–	–	–	–
Азербайджан	97	47	57	22	14	80	90	88	0,98	88	86	0,98
Багамские о-ва	98	40	67	65	12	85	94	99	1,06	80	86	1,07
Бахрейн	100	15	66	43	11	85	100	98	0,99	95	92	0,97
Бангладеш	42	83	64	57	12	84	94	98	1,05	44	51	1,16
Барбадос	98	49	60	57	16	79	97	97	0,99	84	96	1,15
Беларусь	100	22	65	54	11	86	92	94	1,02	96	97	1,01
Бельгия	–	8	69	67	9	88	99	99	1,00	96	97	1,01
Белиз	96	64	58	54	17	78	100	100	1,00	72	77	1,08
Бенин	77	98	17	10	31	36	100	88	0,88	50	34	0,68
Бутан	75	28	68	66	11	86	89	92	1,03	56	64	1,15
Боливия (Многонациональное Государство)	85	89	63	40	18	78	82	81	0,99	71	72	1,02
Босния и Герцеговина	100	11	48	17	17	74	–	–	–	–	–	–
Ботсвана	95	39	56	55	17	77	90	92	1,02	56	65	1,16
Бразилия	98	65	79	75	8	91	–	–	–	–	–	–
Бруней-Даруссалам	100	17	–	–	–	–	95	95	1,00	91	93	1,02
Болгария	100	43	67	48	14	83	96	97	1,00	89	86	0,97
Буркина-Фасо	66	136	19	18	27	41	69	67	0,96	23	20	0,87
Бурунди	60	65	28	23	30	48	100	90	0,90	22	21	0,93
Кабо-Верде	78	92	62	58	15	81	99	97	0,98	65	75	1,14
Камбоджа	89	57	58	40	13	82	100	97	0,97	40	36	0,92
Камерун, Республика	64	128	29	17	22	56	100	89	0,89	43	37	0,87
Канада	98	13	73	71	8	90	99	100	1,01	–	–	–
Центральноафриканская Республика	54	229	24	13	23	50	81	64	0,79	18	10	0,52
Чад	23	203	6	3	23	21	96	75	0,78	16	5	0,33
Чили	100	50	65	62	13	83	92	92	1,00	86	89	1,03
Китай	100	6	83	83	4	96	–	–	–	–	–	–
Китай, Гонконг	–	4	80	75	5	94	100	99	0,99	87	87	1,00
Китай, Макао	–	3	–	–	–	–	–	–	–	77	80	1,04

Мониторинг прогресса в достижении целей МКНР: отдельные показатели

Страна, территория или район	Здоровье матери и новорожденного		Сексуальное и репродуктивное здоровье				Образование					
	Роды, принимаемые квалифицированным медицинским персоналом ¹ , 2006–2014 годы (в %)	Показатель рождаемости среди подростков, на 1000 женщин в возрасте от 15 до 19 лет, 1999–2014 годы	Показатель пользования любыми методами контрацепции женщинами в возрасте от 15 до 49 лет, 2015 год ²	Показатель пользования современными методами контрацепции женщинами в возрасте от 15 до 49 лет, 2015 год ²	Неудовлетворенная потребность в средствах планирования семьи у женщин в возрасте 15–49 лет, 2015 год ³	Доля удовлетворенного спроса у женщин в возрасте от 15 до 49 лет, 2015 год ³	Показатели охвата начальным образованием, чистой долей охваченных образованием детей школьного возраста, 1999–2014 годы	Индекс гендерного равенства, начальное образование, 1999–2014 годы	Показатель охвата средним образованием, чистой долей охваченных образованием детей школьного возраста, 1999–2014 годы	Индекс гендерного равенства, среднее образование, 1999–2014 годы		
Колумбия	99	85	78	72	8	91	91	91	1,00	71	77	1,08
Коморские острова	82	71	24	17	31	43	86	81	0,95	46	49	1,07
Конго, Демократическая Республика	80	135	23	9	27	45	37	35	0,95	–	–	–
Конго, Республика	93	147	47	23	18	73	88	96	1,09	–	–	–
Коста-Рика	99	67	79	76	6	93	90	91	1,01	71	76	1,07
Берег Слоновой Кости	59	125	20	15	24	46	81	75	0,93	–	–	–
Хорватия	100	12	66	42	11	85	98	100	1,02	92	95	1,03
Куба	99	50	74	72	9	90	96	97	1,00	88	89	1,01
Кюрасао	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Кипр	99	4	–	–	–	–	98	98	1,00	91	93	1,02
Чехия	100	11	78	69	7	92	–	–	–	–	–	–
Дания	98	2	71	66	9	88	98	99	1,01	90	93	1,03
Джибути	87	21	24	23	30	44	69	60	0,86	29	21	0,72
Доминика	100	47	63	60	14	82	96	99	1,03	76	82	1,07
Доминиканская Республика	98	90	72	69	11	87	90	88	0,98	58	66	1,15
Эквадор	94	100	73	61	9	89	96	98	1,02	82	85	1,04
Египет	92	56	60	58	12	83	100	97	0,97	86	85	1,00
Сальвадор	98	63	71	64	12	86	92	92	1,01	61	64	1,03
Экваториальная Гвинея	68	177	16	11	33	33	62	62	0,99	25	19	0,77
Эритрея	34	85	20	16	29	41	–	–	–	–	–	–
Эстония	99	16	65	59	13	84	97	97	1,01	88	90	1,02
Эфиопия	16	71	36	36	25	59	69	63	0,92	18	11	0,61
Фиджи	100	28	50	43	19	72	98	100	1,02	79	88	1,11
Финляндия	100	7	75	72	8	91	99	99	1,01	94	94	1,01
Франция	97	9	74	72	6	92	99	99	1,01	97	98	1,02
Французская Гвиана	–	84	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Французская Полинезия	–	40	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Габон	89	115	34	21	25	57	–	–	–	–	–	–
Гамбия	57	88	11	10	28	28	67	72	1,07	–	–	–
Грузия	100	40	52	37	17	75	96	97	1,01	92	92	1,00
Германия	99	8	67	62	10	87	99	99	1,00	–	–	–
Гана	68	65	22	20	34	40	89	89	1,00	55	54	0,97
Греция	–	9	69	46	10	87	99	100	1,01	99	99	1,00
Гренада	99	53	64	60	13	83	98	98	1,00	80	81	1,02
Гваделупа	–	21	58	51	16	78	–	–	–	–	–	–
Гуам	–	60	54	45	17	76	–	–	–	–	–	–
Гватемала	63	92	57	48	17	77	88	88	0,99	49	45	0,92
Гвинея	45	154	8	5	25	23	82	71	0,86	37	23	0,63
Гвинея-Бисау	45	137	17	13	22	44	73	69	0,95	11	6	0,56
Гайана	92	97	45	44	27	63	70	80	1,14	86	100	1,16
Гаити	37	65	38	34	33	53	–	–	–	–	–	–
Гондурас	83	99	73	64	11	87	89	91	1,02	45	53	1,19
Венгрия	99	20	75	68	8	90	96	96	1,00	92	92	1,00
Исландия	–	7	–	–	–	–	98	98	1,01	89	89	1,00

Мониторинг прогресса в достижении целей МКНР: отдельные показатели

Страна, территория или район	Здоровье матери и новорожденного		Сексуальное и репродуктивное здоровье				Образование						
	Роды, принимаемые квалифицированным медицинским персоналом ¹ , 2006–2014 годы (в %)	Показатель рождаемости среди подростков, на 1000 женщин в возрасте от 15 до 19 лет, 1999–2014 годы	Показатель пользования любимыми методами контрацепции женщинами в возрасте от 15 до 49 лет, 2015 год ²	Показатель пользования современными методами контрацепции женщинами в возрасте от 15 до 49 лет, 2015 год ²	Неудовлетворенная потребность в средствах планирования семьи у женщин в возрасте 15–49 лет, 2015 год ³	Доля удовлетворенного спроса у женщин в возрасте от 15 до 49 лет, 2015 год ³	Показатели охвата начальным образованием, чистая доля охваченных образованием детей школьного возраста, 1999–2014 годы		Индекс гендерного равенства, начальное образование, 1999–2014 годы		Показатель охвата средним образованием, чистая доля охваченных образованием детей школьного возраста, 1999–2014 годы		Индекс гендерного равенства, среднее образование, 1999–2014 годы
Индия	52	39	60	52	13	82	92	89	0,97	–	–	–	–
Индонезия	87	47	63	59	11	85	95	96	1,01	77	76	0,98	–
Иран (Исламская Республика)	96	35	77	59	7	92	98	96	0,98	84	79	0,95	–
Ирак	91	68	55	38	14	79	97	86	0,89	49	40	0,81	–
Ирландия	100	9	67	62	11	86	100	100	1,00	99	100	1,01	–
Израиль	–	10	71	53	9	89	97	98	1,01	97	100	1,03	–
Италия	100	6	65	49	11	85	99	98	0,99	91	92	1,01	–
Ямайка	99	72	72	68	10	88	92	91	1,00	72	76	1,05	–
Япония	100	4	57	50	16	78	100	100	1,00	99	100	1,01	–
Иордания	100	27	62	43	12	84	98	96	0,98	86	89	1,03	–
Казахстан	100	31	56	52	16	78	98	100	1,02	91	92	1,01	–
Кения	62	101	57	56	19	76	83	87	1,04	57	55	0,97	–
Кирибати	80	49	28	22	27	51	–	–	–	66	73	1,11	–
Корея, Народно-Демократическая Республика	100	1	70	63	11	87	–	–	–	–	–	–	–
Корея, Республика	100	2	79	69	6	93	98	97	0,99	98	97	0,99	–
Кувейт	99	8	56	44	16	78	99	98	0,99	86	88	1,03	–
Киргизия	98	42	42	39	17	71	99	98	0,99	82	83	1,00	–
Лаосская Народно-Демократическая Республика	42	94	54	46	18	75	98	96	0,98	46	43	0,95	–
Латвия	99	15	68	60	12	85	97	98	1,01	86	88	1,01	–
Ливан	–	18	63	40	13	83	99	93	0,94	67	68	1,00	–
Лесото	78	94	60	59	18	77	78	82	1,05	27	42	1,56	–
Либерия	61	147	20	20	32	39	39	37	0,95	18	15	0,83	–
Ливия	100	4	49	28	20	71	–	–	–	–	–	–	–
Литва	100	14	63	53	13	83	97	97	1,00	97	96	0,99	–
Люксембург	100	6	–	–	–	–	95	96	1,01	84	87	1,04	–
Мадагаскар	44	147	46	37	19	71	77	78	1,00	30	31	1,02	–
Малави	87	143	58	56	19	75	90	97	1,07	32	30	0,96	–
Малайзия	99	13	57	42	15	79	98	95	0,96	71	67	0,95	–
Мальдивы	99	14	42	34	25	63	93	94	1,01	46	53	1,14	–
Мали	56	178	12	11	27	31	78	68	0,88	39	32	0,80	–
Мальта	100	16	81	59	5	94	95	95	1,00	80	84	1,05	–
Мартиника	–	20	60	54	15	80	–	–	–	–	–	–	–
Мавритания	65	71	14	13	31	31	72	75	1,05	23	20	0,87	–
Маврикий	100	31	76	53	7	92	98	98	1,00	80	81	1,01	–
Мексика	96	84	73	67	11	87	97	99	1,02	66	69	1,04	–
Микронезия (Федеративные Штаты)	100	33	–	–	–	–	82	84	1,02	–	–	–	–
Молдова	99	25	63	45	13	83	91	91	1,00	77	78	1,01	–
Монголия	99	40	58	52	14	80	96	94	0,98	78	86	1,11	–
Черногория	99	12	34	10	24	59	98	99	1,01	–	–	–	–
Марокко	74	32	68	58	10	88	99	98	0,99	59	53	0,90	–
Мозамбик	54	166	18	16	28	39	90	85	0,95	19	18	0,98	–
Мьянма	71	17	52	49	16	76	–	–	–	46	48	1,05	–
Намибия	88	78	57	57	17	77	87	90	1,04	45	57	1,27	–

Мониторинг прогресса в достижении целей МКНР: отдельные показатели

Страна, территория или район	Здоровье матери и новорожденного		Сексуальное и репродуктивное здоровье				Образование					
	Роды, принимаемые квалифицированным медицинским персоналом ¹ , 2006–2014 годы (в %)	Показатель рождаемости среди подростков, на 1000 женщин в возрасте от 15 до 19 лет, 1999–2014 годы	Показатель пользования любыми методами контрацепции женщинами в возрасте от 15 до 49 лет, 2015 год ²	Показатель пользования современными методами контрацепции женщинами в возрасте от 15 до 49 лет, 2015 год ²	Неудовлетворенная потребность в средствах планирования семьи у женщин в возрасте 15–49 лет, 2015 год ²	Доля удовлетворенного спроса у женщин в возрасте от 15 до 49 лет, 2015 год ²	Показатели охвата начальным образованием, чистой долей охваченных образованием детей школьного возраста, 1999–2014 годы		Показатель охвата средним образованием, чистой долей охваченных образованием детей школьного возраста, 1999–2014 годы		Индекс гендерного равенства, среднее образование, 1999–2014 годы	
	мальчики	девочки					мальчики	девочки	мальчики	девочки	мальчики	девочки
Непал	56	87	52	48	24	69	98	97	0,99	58	62	1,06
Нидерланды	–	5	68	65	10	87	97	97	1,00	92	93	1,01
Новая Каледония	–	23	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Новая Зеландия	97	22	71	67	9	89	98	98	1,00	97	98	1,01
Никарагуа	88	92	80	75	7	92	93	94	1,01	42	49	1,14
Нигер	29	210	15	10	18	47	69	58	0,84	15	10	0,66
Нигерия	38	123	16	11	22	42	71	60	0,84	–	–	–
Норвегия	99	6	79	72	6	93	100	100	1,00	95	95	1,00
Оман	99	12	37	25	28	57	97	98	1,02	77	91	1,19
Пакистан	52	48	39	28	20	65	77	67	0,87	43	32	0,74
Палестина ¹	100	67	57	43	15	79	93	94	1,01	77	84	1,10
Панама	92	89	61	58	16	80	92	91	0,99	74	79	1,08
Новая Гвинея	53	65	37	29	25	60	90	83	0,92	–	–	–
Парагвай	96	63	77	68	6	92	81	81	0,99	63	68	1,07
Перу	90	68	74	52	9	89	95	94	1,00	76	77	1,01
Филиппины	73	59	55	38	18	75	91	91	1,00	60	70	1,16
Польша	100	14	69	48	10	87	97	97	1,00	92	93	1,01
Португалия	–	12	77	70	7	92	95	97	1,01	93	97	1,04
Пуэрто-Рико	–	45	78	69	6	93	83	87	1,05	72	77	1,07
Катар	100	16	44	37	19	69	99	95	0,96	91	100	1,10
Реюньон	–	43	72	70	9	89	–	–	–	–	–	–
Румыния	99	36	69	54	10	88	90	90	1,00	–	–	–
Российская Федерация	100	27	69	56	10	88	97	98	1,01	–	–	–
Руанда	91	41	54	47	20	73	92	95	1,03	–	–	–
Сент-Китс и Невис	100	75	59	55	16	79	81	84	1,04	82	88	1,07
Сент-Люсия	99	50	57	54	17	77	95	93	0,97	80	81	1,01
Сент-Винсент и Гренадины	99	70	65	62	13	84	97	95	0,98	84	87	1,03
Самоа	81	39	32	31	42	43	95	97	1,03	75	84	1,12
Сан - Марино	–	1	–	–	–	–	93	93	1,00	–	–	–
Сан -Томе и Принсипи	82	110	41	36	33	55	93	92	0,99	46	53	1,17
Саудовская Аравия	97	7	37	31	24	60	96	99	1,03	101	101	1,01
Сенегал	59	80	18	17	30	38	76	83	1,08	24	18	0,76
Сербия	98	22	58	22	13	81	96	97	1,01	92	94	1,03
Сейшельские острова	99	62	–	–	–	–	96	95	0,99	61	66	1,07
Сьерра-Леоне	60	131	17	15	26	39	–	–	–	40	36	0,92
Сингапур	100	3	66	58	11	86	–	–	–	–	–	–
Словакия	100	21	71	59	10	88	–	–	–	–	–	–
Словения	100	5	75	64	8	90	97	98	1,01	94	95	1,01
Соломоновы Острова	86	62	39	32	21	64	82	79	0,97	33	29	0,88
Сомали	33	123	24	6	29	44	–	–	–	–	–	–
ЮАР	94	54	65	64	12	84	95	95	1,00	62	69	1,10
Южный Судан	19	158	7	3	30	19	48	34	0,71	–	–	–
Испания	–	9	67	63	12	85	98	99	1,00	95	97	1,02
Шри Ланка	99	24	72	56	7	91	94	94	1,00	83	87	1,05

Мониторинг прогресса в достижении целей МКНР: отдельные показатели

Страна, территория или район	Здоровье матери и новорожденного		Сексуальное и репродуктивное здоровье				Образование						
	Роды, принимаемые квалифицированным медицинским персоналом*, 2006–2014 годы (в %)	Показатель рождаемости среди подростков, на 1000 женщин в возрасте от 15 до 19 лет, 1999–2014 годы	Показатель пользования любыми методами контрацепции женщинами в возрасте от 15 до 49 лет, 2015 год†	Показатель пользования современными методами контрацепции женщинами в возрасте от 15 до 49 лет, 2015 год†	Неудовлетворенная потребность в средствах планирования семьи у женщин в возрасте 15–49 лет, 2015 год†	Доля удовлетворенного спроса у женщин в возрасте от 15 до 49 лет, 2015 год†	Показатели охвата начальным образованием, чистой долей охваченных образованием детей школьного возраста, 1999–2014 годы		Индекс гендерного равенства, начальное образование, 1999–2014 годы		Показатель охвата средним образованием, чистой долей охваченных образованием детей школьного возраста, 1999–2014 годы		Индекс гендерного равенства, среднее образование, 1999–2014 годы
Судан	23	102	16	13	29	36	53	56	1,05	–	–	–	–
Суринам	91	66	52	51	19	73	80	81	1,01	48	57	1,20	–
Свазиленд	82	89	64	62	15	81	84	86	1,02	32	39	1,20	–
Швеция	–	3	70	62	10	88	100	100	1,00	95	94	0,99	–
Швейцария	–	3	77	72	6	92	100	100	1,00	82	80	0,97	–
Сирийская Арабская Республика	96	75	58	41	15	79	66	65	0,98	44	44	0,99	–
Таджикистан	87	47	33	30	22	60	100	97	0,97	88	79	0,90	–
Танзания, Объединенная Республика	49	128	41	34	23	64	83	86	1,03	–	–	–	–
Таиланд	100	60	79	77	6	93	96	95	0,99	77	82	1,06	–
Бывшая югославская Республика Македония	98	19	49	17	18	73	92	92	1,00	79	77	0,97	–
Тимор-Лешти, Демократическая Республика	29	54	29	26	26	53	92	91	0,98	36	40	1,11	–
Того	59	77	21	19	34	39	98	87	0,89	32	15	0,48	–
Тонга	98	30	35	30	28	56	83	86	1,03	67	71	1,05	–
Тринидад и Тобаго	100	36	50	44	19	72	99	98	0,99	70	75	1,07	–
Тунис	99	7	64	53	11	86	100	100	1,00	–	–	–	–
Турция	97	29	74	48	6	92	96	95	0,99	90	87	0,97	–
Туркменистан	100	21	57	51	15	79	–	–	–	–	–	–	–
Теркс и Кайкос острова	–	29	–	–	–	–	77	84	1,08	–	–	–	–
Тувалу	98	42	34	27	28	55	85	87	1,02	70	89	1,28	–
Уганда	57	140	30	28	33	47	90	93	1,03	23	22	0,95	–
Украина	99	27	67	51	10	87	97	99	1,02	87	87	1,00	–
Объединенные Арабские Эмираты	100	34	48	39	20	71	99	97	0,98	73	79	1,09	–
Великобритания	–	21	81	80	5	94	100	100	1,00	98	98	1,01	–
США	99	27	75	69	7	92	92	92	1,00	86	88	1,02	–
Виргинские острова Соединенных Штатов	–	59	69	62	11	87	–	–	–	–	–	–	–
Уругвай	98	60	77	74	8	91	100	99	0,99	68	76	1,12	–
Узбекистан	100	26	67	61	10	88	93	90	0,97	–	–	–	–
Вануату	89	78	47	37	24	66	98	97	0,99	51	53	1,04	–
Венесуэла (Боливарианская Республика)	96	101	70	64	12	85	95	93	0,98	72	78	1,09	–
Вьетнам	94	36	77	65	7	92	–	–	–	–	–	–	–
Западная Сахара	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Йемен	45	67	38	28	27	58	95	81	0,85	51	34	0,66	–
Замбия	64	145	51	45	20	72	93	93	1,01	–	–	–	–
Зимбабве	80	120	66	65	11	85	93	95	1,02	44	44	1,01	–

Мониторинг прогресса в достижении целей МКНР: отдельные показатели

Данные по миру и по отдельным регионам

	Здоровье матери и новорожденного		Сексуальное и репродуктивное здоровье				Образование					
	Роды, принимаемые квалифицированным медицинским персоналом ^а , 2006–2014 годы (в %)	Показатель рождаемости среди подростков, на 1000 женщин в возрасте от 15 до 19 лет, 1999–2014 годы	Показатель пользования любыми методами контрацепции женщинами в возрасте от 15 до 49 лет, 2015 год ^б	Показатель пользования современными методами контрацепции женщинами в возрасте от 15 до 49 лет, 2015 год ^б	Неудовлетворенная потребность в средствах планирования семьи у женщин в возрасте 15–49 лет, 2015 год ^б	Доля удовлетворенного спроса у женщин в возрасте от 15 до 49 лет, 2015 год ^б	Показатели охвата начальным образованием, чистая доля охваченных образованием детей школьного возраста, 1999–2014 годы		Индекс гендерного равенства, начальное образование, 1999–2014 годы		Показатель охвата средним образованием, чистая доля охваченных образованием детей школьного возраста, 1999–2014 годы	
Арабские государства	75	56	51	43	17	76	86	82	0,95	64	58	0,92
Азия и Тихий океан	71	33 б	69	63	10	87	95	95	1,00	69	65	0,94
Восточная Европа и Центральная Азия	98	30	65	47	11	86	95	94	1,00	89	89	0,99
Латинская Америка и Карибский бассейн	93	76 с	73	67	11	87	93	94	1,00	73	78	1,06
Восточная Африка и южная часть Африки	56	112	39	34	24	62	86	84	0,97	35	33	0,93
Западная и Центральная Африка	48	128	18	13	24	42	78	69	0,89	38	31	0,83
Более развитые регионы	–	18	70	61	10	88	96	96	1,00	90	91	1,01
Менее развитые регионы	70	56	63	57	12	84	91	90	0,98	64	61	0,95
Наименее развитые страны	–	113	40	34	22	64	–	–	–	–	–	–
Весь мир	71	51	64	57	12	84	92	90	0,99	67	65	0,96

Примечания

– Данные отсутствуют.

† Женщины, состоящие в браке или живущие в гражданском союзе

а Показатели рассчитаны только на основе результатов обследований, проведенных в период 2006–2014 годов. Используются данные о живорождениях за 2010–2015 годы, поскольку этот год является медианным для указанных обследований.

б Показатели рассчитаны без учета данных по островам Кука, Маршалловым островам, Науру, Ниуэ, Палау, Токелау и Тувалу из-за их отсутствия.

с Показатели рассчитаны без учета данных по Ангилье, Бермудским островам, Британским Виргинским островам, Доминике, Каймановым островам, Монтсеррату, Нидерландским Антильским островам, Сент-Китс и Невису и островам Теркс и Кайкос из-за их отсутствия.

1 29 ноября 2012 года Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций приняла резолюцию 67/19, в которой предоставила Палестине «статус государства-наблюдателя в Организации Объединенных Наций, не являющегося ее членом...».

Демографические показатели

Страна,
территория
или район

	Население							Ожидаемая продолжительность жизни		Фертильность
	Общая численность населения (млн. чел.) в 2015 году	Темпы роста населения в 2010–2015 годах (в процентах)	Доля населения в возрасте от 10 до 24 лет, (в процентах), 2015 год	Население в возрасте 0-14 лет, (в процентах), 2015 год	Население в возрасте 15-64 лет, (в процентах), 2015 год	Население в возрасте 65 лет и старше, (в процентах), 2015 год	Коэффициент зависимости 2015 год	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (лет), 2010–2015 годы		
								мальчики	девочки	
Афганистан	32,5	3,0	35	44	54	3	87,0	59	61	5,1
Албания	2,9	0,0	25	19	69	12	44,8	75	80	1,8
Алжир	39,7	1,9	24	29	66	6	52,6	72	77	2,9
Ангола	25,0	3,3	33	48	50	2	99,9	50	53	6,2
Антигуа и Барбуда	0,1	1,0	25	24	69	7	45,7	73	78	2,1
Аргентина	43,4	1,0	24	25	64	11	56,5	72	80	2,3
Армения	3,0	0,4	20	18	71	11	41,3	71	78	1,6
Аруба	0,1	0,4	21	18	70	12	44,0	73	78	1,7
Австралия ¹	24,0	1,6	19	19	66	15	50,9	80	84	1,9
Австрия	8,5	0,4	17	14	67	19	49,2	78	84	1,5
Азербайджан ²	9,8	1,4	23	22	73	6	38,0	68	74	2,3
Багамские о-ва	0,4	1,5	23	21	71	8	41,2	72	78	1,9
Бахрейн	1,4	1,8	22	22	76	2	31,4	76	77	2,1
Бангладеш	161,0	1,2	30	29	66	5	52,5	70	72	2,2
Барбадос	0,3	0,3	20	19	67	14	50,4	73	78	1,8
Беларусь	9,5	0,0	16	16	70	14	43,0	65	77	1,6
Бельгия	11,3	0,7	17	17	65	18	54,2	78	83	1,8
Белиз	0,4	2,2	32	33	64	4	56,8	67	73	2,6
Бенин	10,9	2,7	32	42	55	3	82,0	58	61	4,9
Бутан	0,8	1,5	29	27	68	5	46,9	69	69	2,1
Боливия (Многонациональное Государство)	10,7	1,6	30	32	61	7	63,7	65	70	3,0
Босния и Герцеговина	3,8	-0,1	16	14	71	15	40,7	74	79	1,3
Ботсвана	2,3	2,0	29	32	64	4	55,3	62	67	2,9
Бразилия	207,8	0,9	25	23	69	8	44,7	70	78	1,8
Бруней-Даруссалам	0,4	1,5	25	23	73	4	38,0	77	80	1,9
Болгария	7,1	-0,7	14	14	66	20	51,9	71	78	1,5
Буркина-Фасо	18,1	2,9	33	46	52	2	92,2	57	59	5,6
Бурунди	11,2	3,3	31	45	53	3	89,7	54	58	6,1
Кабо-Верде	0,5	1,2	31	30	66	5	52,0	71	75	2,4
Камбоджа	15,6	1,6	30	32	64	4	55,6	66	70	2,7
Камерун, Республика	23,3	2,5	33	43	54	3	84,3	54	56	4,8
Канада	35,9	1,0	18	16	68	16	47,3	80	84	1,6
Центральноафриканская Республика	4,9	2,0	33	39	57	4	75,2	48	51	4,4
Чад	14,0	3,3	34	48	50	3	100,7	50	52	6,3
Чили	17,9	1,1	22	20	69	11	45,2	78	84	1,8
Китай ³	1376,0	0,5	19	17	73	10	36,6	74	77	1,6
Китай, Гонконг SAR ⁴	7,3	0,8	15	12	73	15	37,0	81	87	1,2
Китай, Макао SAR ⁵	0,6	1,9	16	13	78	9	28,2	78	83	1,2
Колумбия	48,2	1,0	26	24	69	7	45,6	70	77	1,9
Коморские острова	0,8	2,4	32	40	57	3	75,6	61	65	4,6
Конго, Демократическая Республика	77,3	3,2	32	46	51	3	95,9	57	60	6,2
Конго, Республика	4,6	2,6	31	43	54	4	86,2	60	63	5,0
Коста-Рика	4,8	1,1	24	22	69	9	45,4	77	82	1,9
Берег Слоновой Кости	22,7	2,4	33	43	55	3	83,5	50	52	5,1

Страна, территория или район	Население							Ожидаемая продолжительность жизни		Фертильность
	Общая численность населения (млн. чел.) в 2015 году	Темпы роста населения в 2010–2015 годах (в процентах)	Доля населения в возрасте от 10 до 24 лет, 2015 год	Население в возрасте 0–14 лет, (в процентах), 2015 год	Население в возрасте 15–64 лет, (в процентах), 2015 год	Население в возрасте 65 лет и старше, (в процентах), 2015 год	Коэффициент зависимости 2015 год	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (лет), 2010–2015 годы		
								мальчики	девочки	
Хорватия	4,2	–0,4	16	15	66	19	51,1	74	80	1,5
Куба	11,4	0,1	18	16	70	14	43,4	77	81	1,6
Кюрасао	0,2	1,3	19	19	66	15	51,1	75	81	2,1
Кипр ⁶	1,2	1,1	20	17	71	13	41,6	78	82	1,5
Чехия	10,5	0,1	15	15	67	18	49,5	75	81	1,5
Дания	5,7	0,4	19	17	64	19	55,9	78	82	1,7
Джибути	0,9	1,3	31	33	63	4	58,5	60	63	3,3
Доминика	0,1	0,4	–	–	–	–	–	–	–	–
Доминиканская Республика	10,5	1,2	28	30	63	7	57,8	70	76	2,5
Эквадор	16,1	1,6	28	29	64	7	55,6	73	78	2,6
Египет	91,5	2,2	27	33	62	5	62,3	69	73	3,4
Сальвадор	6,1	0,3	30	27	65	8	54,3	68	77	2,0
Экваториальная Гвинея	0,8	3,0	30	39	58	3	72,9	56	59	5,0
Эритрея	5,2	2,2	32	43	55	3	83,2	61	65	4,4
Эстония	1,3	–0,3	15	16	65	19	53,5	72	81	1,6
Эфиопия	99,4	2,5	35	41	55	4	81,6	61	65	4,6
Фиджи	0,9	0,7	26	29	65	6	52,8	67	73	2,6
Финляндия ⁷	5,5	0,5	17	16	63	21	58,3	78	83	1,7
Франция	64,4	0,5	18	19	62	19	60,3	79	85	2,0
Французская Гвиана	0,3	2,8	27	34	61	5	63,2	76	83	3,5
Французская Полинезия	0,3	1,1	25	22	70	8	42,2	74	79	2,1
Габон	1,7	2,2	31	37	58	5	73,1	63	64	4,0
Гамбия	2,0	3,2	32	46	52	2	94,2	59	61	5,8
Грузия ⁸	4,0	–1,2	18	17	69	14	45,7	71	78	1,8
Германия	80,7	0,1	15	13	66	21	51,8	78	83	1,4
Гана	27,4	2,4	31	39	58	3	73,0	60	62	4,2
Греция	11,0	–0,4	15	15	64	21	56,2	78	84	1,3
Гренада	0,1	0,4	27	27	66	7	50,7	71	76	2,2
Гваделупа ⁹	0,5	0,5	20	22	63	15	57,6	77	84	2,2
Гуам	0,2	1,3	26	26	66	9	52,0	76	81	2,4
Гватемала	16,3	2,1	33	37	59	5	70,9	68	75	3,3
Гвинея	12,6	2,7	32	43	54	3	83,8	58	58	5,1
Гвинея-Бисау	1,8	2,4	32	41	56	3	78,4	53	57	5,0
Гайана	0,8	0,4	34	29	66	5	51,1	64	69	2,6
Гаити	10,7	1,4	31	34	62	5	62,3	60	64	3,1
Гондурас	8,1	1,5	33	32	63	5	57,8	70	75	2,5
Венгрия	9,9	–0,3	16	15	68	18	47,9	71	79	1,3
Исландия	0,3	0,7	21	20	66	14	51,6	81	84	2,0
Индия	1311,1	1,3	28	29	66	6	52,4	66	69	2,5
Индонезия	257,6	1,3	26	28	67	5	49,0	67	71	2,5
Иран (Исламская Республика)	79,1	1,3	23	24	71	5	40,2	74	76	1,7
Ирак	36,4	3,3	31	41	56	3	78,7	67	71	4,6
Ирландия	4,7	0,3	18	22	65	13	53,7	78	83	2,0
Израиль	8,1	1,7	23	28	61	11	64,1	80	84	3,1
Италия	59,8	0,1	14	14	64	22	56,5	80	85	1,4

Демографические показатели

Страна, территория или район	Население							Ожидаемая продолжительность жизни		Фертильность
	Общая численность населения (млн. чел.) в 2015 году	Темпы роста населения в 2010–2015 годах (в процентах)	Доля населения в возрасте от 10 до 24 лет, (в процентах), 2015 год	Население в возрасте 0–14 лет, (в процентах), 2015 год	Население в возрасте 15–64 лет, (в процентах), 2015 год	Население в возрасте 65 лет и старше, (в процентах), 2015 год	Коэффициент зависимости 2015 год	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (лет), 2010–2015 годы		
								мальчики	девочки	
Ямайка	2,8	0,4	28	24	67	9	48,6	73	78	2,1
Япония	126,6	–0,1	14	13	61	26	64,5	80	86	1,4
Иордания	7,6	3,1	30	36	61	4	64,8	72	76	3,5
Казахстан	17,6	1,6	22	27	67	7	50,3	64	74	2,6
Кения	46,1	2,7	32	42	55	3	80,9	59	62	4,4
Кирибати	0,1	1,8	29	35	61	4	63,0	63	69	3,8
Корея, Народно-Демократическая Республика	25,2	0,5	23	21	69	10	44,3	66	73	2,0
Корея, Республика	50,3	0,5	18	14	73	13	37,2	78	85	1,3
Кувейт	3,9	4,8	19	22	76	2	32,1	73	76	2,2
Киргизия	5,9	1,7	27	31	64	4	55,3	66	74	3,1
Лаосская Народно-Демократическая Республика	6,8	1,7	33	35	61	4	62,8	64	67	3,1
Латвия	2,0	–1,2	15	15	66	19	52,2	69	79	1,5
Ливан	5,9	6,0	28	24	68	8	47,3	77	81	1,7
Лесото	2,1	1,2	34	36	60	4	67,3	49	50	3,3
Либерия	4,5	2,6	32	42	55	3	82,9	59	61	4,8
Ливия	6,3	0,0	25	30	66	5	52,4	69	74	2,5
Литва	2,9	–1,6	17	15	67	19	50,1	67	79	1,6
Люксембург	0,6	2,2	18	16	70	14	43,7	79	84	1,6
Мадагаскар	24,2	2,8	33	42	56	3	80,3	63	66	4,5
Малави	17,2	3,1	33	45	51	3	94,5	60	62	5,3
Малайзия ¹⁰	30,3	1,5	27	25	70	6	43,6	72	77	2,0
Мальдивы	0,4	1,8	28	28	68	5	47,4	75	77	2,2
Мали	17,6	3,0	32	48	50	3	100,2	57	57	6,4
Мальта	0,4	0,3	18	14	66	19	50,8	79	82	1,4
Мартиника	0,4	0,1	19	17	64	19	57,0	78	84	2,0
Мавритания	4,1	2,5	31	40	57	3	76,1	61	64	4,7
Маврикий ¹	1,3	0,4	23	19	71	10	40,6	71	78	1,5
Мексика	127,0	1,4	28	28	66	7	51,7	74	79	2,3
Микронезия (Федеративные Штаты)	0,1	0,2	36	34	62	4	62,4	68	70	3,3
Молдова, Республика ¹²	4,1	–0,1	19	16	74	10	34,6	67	75	1,3
Монголия	3,0	1,7	24	28	68	4	47,6	65	73	2,7
Черногория	0,6	0,1	20	19	68	14	47,7	74	78	1,7
Марокко	34,4	1,4	26	27	67	6	50,1	73	75	2,6
Мозамбик	28,0	2,8	33	45	51	3	94,8	53	56	5,5
Мьянма	53,9	0,8	28	28	67	5	49,1	64	68	2,3
Намибия	2,5	2,3	32	37	60	4	67,3	62	67	3,6
Непал	28,5	1,2	33	33	62	6	61,8	68	70	2,3
Нидерланды	16,9	0,3	18	17	65	18	53,3	79	83	1,8
Новая Каледония	0,3	1,3	23	22	68	10	47,9	74	79	2,1
Новая Зеландия	4,5	0,7	21	20	65	15	54,0	80	83	2,1
Никарагуа	6,1	1,2	30	30	65	5	54,1	71	77	2,3
Нигер	19,9	4,0	31	51	47	3	113,0	60	62	7,6
Нигерия	182,2	2,7	31	44	53	3	87,7	52	53	5,7

Страна, территория или район	Население							Ожидаемая продолжительность жизни		Фертильность
	Общая численность населения (млн. чел.) в 2015 году	Темпы роста населения в 2010–2015 годах (в процентах)	Доля населения в возрасте от 10 до 24 лет, 2015 год	Население в возрасте 0–14 лет, (в процентах), 2015 год	Население в возрасте 15–64 лет, (в процентах), 2015 год	Население в возрасте 65 лет и старше, (в процентах), 2015 год	Коэффициент зависимости 2015 год	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (лет), 2010–2015 годы		
								мальчики	девочки	
Норвегия ¹³	5,2	1,3	19	18	66	16	52,2	79	83	1,8
Оман	4,5	8,4	21	21	77	3	30,0	75	79	2,9
Пакистан	188,9	2,1	30	35	61	5	65,3	65	67	3,7
Палестина ¹⁴	4,7	2,7	34	40	57	3	76,0	71	75	4,3
Панама	3,9	1,6	26	27	65	8	53,4	74	80	2,5
Новая Гвинея	7,6	2,1	31	37	60	3	67,1	60	64	3,8
Парагвай	6,6	1,3	30	30	64	6	56,6	71	75	2,6
Перу	31,4	1,3	27	28	65	7	53,2	72	77	2,5
Филиппины	100,7	1,6	30	32	64	5	57,6	65	72	3,0
Польша	38,6	0,0	16	15	70	16	43,8	73	81	1,4
Португалия	10,3	–0,4	16	14	65	21	53,5	77	84	1,3
Пуэрто-Рико	3,7	–0,1	22	19	67	15	50,0	75	83	1,6
Катар	2,2	4,7	19	16	83	1	20,1	77	80	2,1
Реюньон	0,9	0,7	23	24	66	10	51,2	76	83	2,2
Румыния	19,5	–0,8	16	16	67	17	48,9	71	78	1,5
Российская Федерация	143,5	0,0	16	17	70	13	43,1	64	76	1,7
Руанда	11,6	2,4	32	41	56	3	78,1	60	66	4,1
Сент-Китс и Невис	0,1	1,2	–	–	–	–	–	–	–	–
Сент-Люсия	0,2	0,8	26	23	68	9	47,3	72	78	1,9
Сент-Винсент и Гренадины	0,1	0,0	26	25	68	7	46,8	71	75	2,0
Самоа	0,2	0,8	31	37	58	5	74,0	70	76	4,2
Сан - Марино	0,0	0,7	–	–	–	–	–	–	–	–
Сан -Томе и Принсипи	0,2	2,2	32	43	54	3	84,2	64	68	4,7
Саудовская Аравия	31,5	2,3	24	29	69	3	45,9	73	75	2,9
Сенегал	15,1	3,1	32	44	53	3	87,6	64	68	5,2
Сербия ¹⁵	8,9	–0,5	19	16	67	17	50,1	72	78	1,6
Сейшельские острова	0,1	0,7	21	23	70	7	43,5	69	78	2,3
Сьерра-Леоне	6,5	2,2	33	42	55	3	81,9	50	51	4,8
Сингапур	5,6	2,0	19	16	73	12	37,4	80	86	1,2
Словакия	5,4	0,1	17	15	71	14	40,8	72	80	1,4
Словения	2,1	0,1	14	15	67	18	48,7	77	83	1,6
Соломоновы Острова	0,6	2,1	32	40	57	3	75,1	66	69	4,1
Сомали	10,8	2,4	33	47	51	3	98,1	53	57	6,6
ЮАР	54,5	1,1	29	29	66	5	52,1	55	59	2,4
Южный Судан	12,3	4,1	33	42	54	4	83,7	54	56	5,2
Испания ¹⁶	46,1	–0,2	14	15	66	19	50,8	79	85	1,3
Шри Ланка	20,7	0,5	23	25	66	9	51,2	71	78	2,1
Судан	40,2	2,2	32	41	56	3	78,0	62	65	4,5
Суринам	0,5	0,9	26	27	66	7	50,8	68	74	2,4
Свазиленд	1,3	1,5	35	37	59	4	69,3	50	49	3,4
Швеция	9,8	0,8	18	17	63	20	59,3	80	84	1,9
Швейцария	8,3	1,2	16	15	67	18	48,8	80	85	1,5
Сирийская Арабская Республика	18,5	–2,3	33	37	59	4	70,0	64	76	3,0
Таджикистан	8,5	2,2	30	35	62	3	60,9	66	73	3,6
Танзания, Объединенная Республика ¹⁷	53,5	3,2	32	45	52	3	93,8	63	66	5,2

Демографические показатели

Страна, территория или район	Население							Ожидаемая продолжительность жизни		Фертильность
	Общая численность населения (млн. чел.) в 2015 году	Темпы роста населения в 2010–2015 годах (в процентах)	Доля населения в возрасте от 10 до 24 лет (в процентах), 2015 год	Население в возрасте 0–14 лет (в процентах), 2015 год	Население в возрасте 15–64 лет (в процентах), 2015 год	Население в возрасте 65 лет и старше (в процентах), 2015 год	Коэффициент зависимости 2015 год	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (лет), 2010–2015 годы		Общий коэффициент фертильности на одну женщину, 2010–2015 годы
								мальчики	девочки	
Таиланд	68,0	0,4	19	18	72	11	39,2	71	78	1,5
Бывшая югославская Республика Македония	2,1	0,2	20	17	71	12	41,4	73	77	1,5
Тимор-Лешти, Демократическая Республика	1,2	2,3	32	42	52	6	92,3	66	70	5,9
Того	7,3	2,7	32	42	55	3	81,8	58	60	4,7
Тонга	0,1	0,4	32	37	57	6	74,3	70	76	3,8
Тринидад и Тобаго	1,4	0,5	20	21	70	9	43,2	67	74	1,8
Тунис	11,3	1,1	23	23	69	8	44,8	72	77	2,2
Турция	78,7	1,7	25	26	67	8	49,7	72	78	2,1
Туркменистан	5,4	1,3	28	28	68	4	47,9	61	70	2,3
Теркс и Кайкос острова	0,0	2,1	–	–	–	–	–	–	–	–
Тувалу	0,0	0,2	–	–	–	–	–	–	–	–
Уганда	39,0	3,3	34	48	49	3	102,3	56	59	5,9
Украина	44,8	–0,4	15	15	70	15	43,3	66	76	1,5
Объединенные Арабские Эмираты	9,2	1,9	17	14	85	1	17,8	76	78	1,8
Великобритания	64,7	0,6	18	18	65	18	55,1	78	82	1,9
США	321,8	0,8	20	19	66	15	50,9	76	81	1,9
Виргинские острова Соединенных Штатов	0,1	0,0	20	20	62	18	61,2	77	83	2,3
Уругвай	3,4	0,3	22	21	64	14	55,9	73	80	2,0
Узбекистан	29,9	1,5	27	29	67	5	49,7	65	72	2,5
Вануату	0,3	2,3	29	37	59	4	68,7	70	74	3,4
Венесуэла (Боливарианская Республика)	31,1	1,4	27	28	66	6	52,4	70	78	2,4
Вьетнам	93,4	1,1	24	23	70	7	42,5	71	80	2,0
Западная Сахара	0,6	2,2	25	26	71	3	40,2	66	70	2,2
Йемен	26,8	2,6	34	40	57	3	75,6	62	65	4,4
Замбия	16,2	3,1	33	46	51	3	95,4	57	60	5,5
Зимбабве	15,6	2,2	33	42	55	3	80,4	54	56	4,0

Данные по миру и по отдельным регионам

	Население						Ожидаемая продолжительность жизни			Фертильность
	Общая численность населения (млн. чел.) в 2015 году	Темпы роста населения в 2010–2015 годах (в процентах)	Доля населения в возрасте от 10 до 24 лет, (в процентах), 2015 год	Население в возрасте 0–14 лет, (в процентах), 2015 год	Население в возрасте 15–64 лет, (в процентах), 2015 год	Население в возрасте 65 лет и старше, (в процентах), 2015 год	Коэффициент зависимости 2015 год	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (лет), 2010–2015 годы		
								мальчики	девочки	
Арабские государства	339	2.0	29	34	61	5 a	63.9	67	71	3.5
Азия и Тихий океан	3865	1.0	25 b	25 b	68 b	7 b	46.3	68	72	2.2
Восточная Европа и Центральная Азия	265	0.8	22	22	68	10	47.7	68	76	2.0
Латинская Америка и Карибский бассейн	629 a	1.1	26 c	26 c	67 c	8 c	50.1	71	78	2.2
Восточная Африка и южная часть Африки	547	2.7	32	42	54	3	84.2	58	61	4.8
Западная и Центральная Африка	403	2.7	32	44	53	3	87.3	54	56	5.5
Более развитые регионы	1251	0.3	17	16	66	18	51.5	76	82	1.7
Менее развитые регионы	6098	1.4	26	28	66	6	52.5	68	72	2.6
Наименее развитые страны	954	2.4	32	40	57	4	77.1	63	66	4.3
Весь мир	7349	1.2	25	26	66	8	52.3	69	74	2.5

ПРИМЕЧАНИЯ

- Данные отсутствуют.
- a Показатели рассчитаны без учета данных по Нидерландским Антильским островам из-за их отсутствия.
- b Показатели рассчитаны без учета данных по островам Кука, Маршалловым островам, Науру, Ниуэ, Палау, Токелау и Тувалу из-за их отсутствия.
- c Показатели рассчитаны без учета данных по Англие, Бермудским островам, Британским Виргинским островам, Доминике, Каймановым островам, Монтсеррату, Нидерландским Антильским островам, Сент-Китс и Невису и островам Теркс и Кайкос из-за их отсутствия.
- 1 Показатели включают данные по острову Рождества, Кокосовым островам (Килинг) и острову Норфолк.
- 2 Показатели включают данные по Нагорному Карабаху.
- 3 Для целей статистики данные по Китаю не включают данные по Гонконгу и Макао (специальным административным районам (САР) Китая) и китайской провинции Тайвань.
- 4 С 1 июля 1997 года Гонконг стал специальным административным районом Китая.
- 5 С 20 декабря 1999 года Макао стало специальным административным районом Китая.
- 6 Показатели включают данные по Северному Кипру.
- 7 Показатели включают данные по Аландским островам.
- 8 Показатели включают данные по Абхазии и Южной Осетии.
- 9 Показатели включают данные по Сен-Бартельми и Сен-Мартену (французской части).
- 10 Показатели включают данные по Сабаху и Сараваку.
- 11 Показатели включают данные по островам Агалега, Родригес и Сент-Брандон.
- 12 Показатели включают данные по Приднестровью.
- 13 Показатели включают данные по островам Свальбард и Ян-Майен.
- 14 Показатели включают данные по Восточному Иерусалиму. 29 ноября 2012 года Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций приняла резолюцию 67/19, в которой предоставила Палестине «статус государства-наблюдателя в Организации Объединенных Наций, не являющегося ее членом ...».
- 15 Показатели включают данные по Косово.
- 16 Показатели включают данные по Канарским островам, Сеуте и Мелилье.
- 17 Показатели включают данные по Занзибару.

Технические примечания: Источники данных и определения

Статистические таблицы в издании «Народонаселение мира в 2015 году» включают показатели, которые отражают прогресс в достижении целей Программы действий Международной конференции по народонаселению и развитию (МКНР) и Целей развития тысячелетия (ЦРТ), в областях материнского здоровья, доступа к образованию и репродуктивного и сексуального здоровья. Кроме того, эти таблицы содержат различные демографические показатели. Статистические таблицы помогают ЮНФПА сосредоточивать внимание на достижении прогресса и результатов в построении мира, в котором каждая беременность стала бы желанной, каждые роды — безопасными, и все юноши и девушки могли бы реализовать свой потенциал.

Различные национальные ведомства и международные организации могут использовать разные методики сбора, экстраполяции и анализа данных. Для облегчения международной сопоставимости данных ЮНФПА опирается на стандартные методики, используемые главными источниками данных. Поэтому в некоторых случаях данные в этих таблицах отличаются от данных, подготовленных национальными ведомствами. Данные, представленные в настоящих таблицах, несопоставимы с данными, содержащимися в предыдущих докладах «Народонаселение мира», из-за обновления региональных классификаций и методик, а также пересмотра временных рядов данных.

Статистические таблицы построены на основе результатов, собранных в ходе национально репрезентативных обследований домохозяйств, таких как демографические и медицинские обследования (ДМО) и обследования по многим показателям с применением гнездовой выборки (ОПГВ), оценок организаций системы Организации Объединенных Наций и межучрежденческих оценок. Они также содержат последние оценки и прогнозы по народонаселению, взятые из «World Population Prospects: The 2012 revision» («Мировые демографические прогнозы: редакция 2012 года») и «Projections of Family Planning Indicators 2014» («Прогнозы показателей в области планирования семьи в 2014 году») (подготовленные Отделом народонаселения Департамента Организации Объединенных Наций по экономическим и социальным вопросам). Данные сопровождаются определениями, указанием источников и примечаниями. Статистические таблицы в докладе «Народонаселение мира в 2015 году», как правило, отражают информацию, имевшуюся на август 2015 года.

Мониторинг прогресса в достижении целей МКНР: отдельные показатели

Здоровье матери и новорожденного

Коэффициент материнской смертности на 100 000 живорождений.

Обновленные коэффициенты материнской смертности не приводятся в настоящем докладе, поскольку они еще отсутствовали на момент его передачи в печать.

Роды, принимаемые квалифицированным персоналом, в процентах, 2006–2014 годы.

Источник: Межучрежденческая группа экспертов Организации Объединенных Наций по показателям достижения целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия. Сводные показатели по регионам рассчитаны ЮНФПА на основе данных Межучрежденческой группы экспертов Организации Объединенных Наций по показателям достижения Целей развития тысячелетия. Показатель родов, принимаемых квалифицированным медицинским персоналом (врачами, медсестрами, акушерками), отражает процентную долю родов, принимаемых медицинским персоналом, который обладает необходимой квалификацией для оказания жизненно важной акушерской помощи, включая необходимое наблюдение и уход за женщинами во время беременности, родов и в послеродовой период и консультирование женщин; самостоятельно-

го принятия родов; а также ухода за новорожденными. К этим лицам не относятся традиционные повитухи, даже если они прошли краткий курс подготовки.

Показатель подростковой рождаемости на 1000 женщин в возрасте от 15 до 19 лет, 1999–2014 годы.

Источник: Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций и Межучрежденческая группа экспертов Организации Объединенных Наций по показателям достижения целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия. Сводные показатели по регионам рассчитаны ЮНФПА на основе данных Отдела народонаселения Организации Объединенных Наций. Показатель подростковой рождаемости показывает риск деторождения для девочек-подростков в возрасте от 15 до 19 лет. Для целей регистрации актов гражданского состояния следует иметь в виду, что эти данные могут быть ограниченными в зависимости от полноты данных о деторождениях, младенцах, которые родились живыми, но умерли до момента регистрации или в первые 24 часа своей жизни, качества представленной информации о возрасте матери и включения деторождений в предыдущие периоды. На оценки, касающиеся народонаселения, могут влиять ограничения, связанные с неправильной регистрацией возраста и неполнотой охвата. При проведении обследований и переписей населения как числитель, так и знаменатель относятся к одной и той же группе населения. Основными недостатками являются неправильная регистрация возраста, отсутствие регистрации деторождения, неправильная регистрация даты рождения ребенка и изменчивость выборки при проведении обследований.

Сексуальное и репродуктивное здоровье

Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций выпускает полный набор ежегодных оценок и прогнозов по ряду показателей в области планирования семьи, систематически рассчитывавшихся с использованием модели, за 60-летний период. Эти показатели включают масштабы применения средств контрацепции, неудовлетворенные потребности в средствах планирования семьи, совокупный спрос на средства планирования семьи и долю удовлетворенного спроса на средства планирования семьи у женщин, состоящих в браке или живущих в гражданском союзе, за период 1970–2030 годов. Для расчета оценок, прогнозов и оценок интервалов неопределенности использовалась байесовская иерархическая модель с учетом временных трендов по конкретным странам. Эта модель представляет собой дальнейшее развитие подготовленных ранее оценок и позволяет нивелировать различия в источниках данных, выборках населения и включенных в показатели количественной оценки масштабов применения методов контрацепции. Дополнительную информацию о рассчитанных с использованием этой модели оценках, методике и обновленных данных можно получить по адресу <<http://www.un.org/en/development/desa/population>>. Оценки рассчитаны на основе данных по конкретным странам, содержащихся в документе «World Contraceptive Use 2015» («Применение противозачаточных средств в мире, 2015 год»).

Масштабы применения противозачаточных средств женщинами в возрасте 15–49 лет, состоящими в браке или живущими в гражданском союзе и пользующимися любым или любым современным методом контрацепции, в 2015 году.

Источник: Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций. Оценки с использованием модели рассчитаны на основе данных, взятых из докладов о выборочных исследованиях. В рамках этих обследований оценивалась процентная доля замужних женщин (включая женщин, живущих в гражданском союзе), которые в настоящее время пользуются любым или только современным методом контрацепции. К современным методам, включающим клинические методы, а также препараты и устройства, относятся мужская и женская стерилизация, внутриматочные устройства, противозачаточные таблетки, инъекционные препараты, гормональные имплантаты, презервативы и барьерные методы для женщин.

Неудовлетворенная потребность в средствах планирования семьи у женщин в возрасте 15–49 лет, 2015 год Источник: Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций. Неудовлетворенные потребности в средствах планирования семьи. Женщины, испытывающие неудовлетворенные потребности в связи с регулированием продолжительности периодов между родами, — это женщины, которые находятся в детородном возрасте, ведут активную половую жизнь, но в настоящее время не применяют никаких методов контрацепции и сообщают о том, что хотели бы отсрочить рождение следующего ребенка. Это одна из подкатегорий совокупных неудовлетворенных потребностей в планировании семьи, которые включают также неудовлетворенную потребность в средствах ограничения числа деторождений. Концепция неудовлетворенных потребностей указывает на несоответствие репродуктивных намерений женщин и их поведения в плане применения средств контрацепции. Для контроля над ходом достижения ЦРТ показатель неудовлетворенных потребностей рассчитывается на основании процентной доли женщин, состоящих в браке или гражданском союзе.

Доля удовлетворенного спроса на средства планирования семьи у женщин в возрасте 15–49 лет, состоящих в браке или живущих в гражданском союзе, в 2015 году. Источник: Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций. Процентная доля удовлетворенного спроса на средства планирования семьи у женщин в возрасте 15–49 лет, состоящих в браке или живущих в гражданском союзе.

Доля удовлетворенного спроса (ДУС) = Масштабы применения противозачаточных средств (МППС), разделенные на Совокупный спрос на средства планирования семьи (СС),

где Совокупный спрос = Масштабы применения противозачаточных средств + Неудовлетворенная потребность в средствах контрацепции (НПК), то есть

$СС = МППС + НПК, а$

$ДУС = МППС / (МППС + НПК).$

Образование

Скорректированные показатели охвата мальчиков и девочек начальным школьным образованием (чистая доля в общей численности детей младшего школьного возраста), 1999–2014 годы. Источник: Институт статистики ЮНЕСКО (ИСЮ). Скорректированные показатели охвата мальчиков и девочек начальным школьным образованием отражают долю детей, обучающихся в начальной и средней школе, которые относятся к официальной возрастной группе для начального уровня образования.

Показатели охвата мальчиков и девочек средним школьным образованием (чистая доля в общей численности детей среднего школьного возраста), 1999–2014 годы. Источник: Институт статистики ЮНЕСКО (ИСЮ). Скорректированные показатели охвата мальчиков и девочек средним школьным образованием отражают долю детей, обучающихся в средней школе, которые относятся к официальной возрастной группе для среднего уровня образования.

Индекс гендерного равенства, начальное образование, 1999–2014 годы. Источник: Институт статистики ЮНЕСКО (ИСЮ). Индекс гендерного равенства (ИГР) показывает соотношение между значениями скорректированных чистых показателей охвата начальным школьным образованием для девочек и для мальчиков.

Индекс гендерного равенства, среднее образование, 1999–2014 годы. Источник: Институт статистики ЮНЕСКО (ИСЮ). Индекс гендерного равенства (ИГР) показывает соотношение между значениями чистых показателей охвата средним школьным образованием для девочек и для мальчиков.

Демографические показатели

Общая численность населения (млн. чел.) в 2015 году. Источник: Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций. Сводные показатели по регионам рассчитаны ЮНФПА на основе данных Отдела народонаселения Организации Объединенных Наций. Эти показатели отражают ориентировочную численность населения стран по состоянию на середину года.

Среднегодовые темпы изменения численности народонаселения (в процентах) в 2010–2015 годах. Источник: Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций. Сводные показатели по регионам рассчитаны ЮНФПА на основе данных Отдела народонаселения Организации Объединенных Наций. Эти показатели отражают средние экспоненциальные темпы прироста населения за определенный период в случае реализации среднего варианта развития событий.

Численность населения в возрасте 10–24 лет (в процентах) в 2015 году. Источник: Расчеты ЮНФПА подготовлены на основе данных Отдела народонаселения Организации Объединенных Наций. Эти показатели отражают долю населения в возрасте 10–24 лет.

Численность населения в возрасте 0–14 лет (в процентах) в 2015 году. Источник: Расчеты ЮНФПА подготовлены на основе данных Отдела народонаселения Организации Объединенных Наций. Эти показатели отражают долю населения в возрасте 0–14 лет.

Численность населения в возрасте 15–64 лет (в процентах) в 2015 году. Источник: Расчеты ЮНФПА подготовлены на основе данных Отдела народонаселения Организации Объединенных Наций. Эти показатели отражают долю населения в возрасте 15–64 лет.

Население в возрасте 65 лет и старше (в процентах) в 2015 году. Источник: Расчеты ЮНФПА подготовлены на основе данных Отдела народонаселения Организации Объединенных Наций. Эти показатели отражают долю населения в возрасте 65 лет и старше.

Коэффициент зависимости, 2015 год. Источник: Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций. Сводные показатели по регионам рассчитаны ЮНФПА на основе данных Отдела народонаселения Организации Объединенных Наций. Эти показатели отражают соотношение между иждивенцами (лицами моложе 15 лет или старше 64 лет) и населением трудоспособного возраста (лиц в возрасте 15–64 лет). Данные представлены в виде доли иждивенцев на 100 человек трудоспособного возраста.

Ожидаемая продолжительность жизни мужчин и женщин при рождении (лет), 2010–2015 годы. Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций. Сводные показатели по регионам рассчитаны ЮНФПА на основе данных Отдела народонаселения Организации Объединенных Наций. Эти показатели отражают среднюю ожидаемую продолжительность жизни новорожденных, если они на протяжении всей жизни будут подвергаться такому же риску смертности, что и население соответствующей страны в момент их рождения.

Общий коэффициент фертильности, 2010–2015 годы. Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций. Сводные показатели по регионам рассчитаны ЮНФПА на основе данных Отдела народонаселения Организации Объединенных Наций. Эти показатели отражают число детей, которых женщина могла бы родить в репродуктивном возрасте, если бы она дожила до выхода из репродуктивного возраста, а до этого рожала с периодичностью, характерной для соответствующей возрастной группы.

Региональная классификация

Приведенные в конце статистических таблиц средние данные рассчитаны ЮНФПА на основе данных по странам и районам в соответствии с приведенной ниже классификацией. В региональную классификацию включены только те страны, в которых ЮНФПА осуществляет свою деятельность.

Регион арабских государств

Алжир; Джибути; Египет; Иордания; Ирак; Йемен; Ливан; Ливия; Марокко; Оман; Палестина; Сирийская Арабская Республика; Сомали; Судан; Тунис.

Азиатско-Тихоокеанский регион

Афганистан; Бангладеш; Бутан; Вануату; Вьетнам; Индия; Индонезия; Иран (Исламская Республика); Камбоджа; Кирибати; Китай; Корейская Народно-Демократическая Республика; острова Кука; Лаосская Народно-Демократическая Республика; Малайзия; Мальдивские Острова; Маршалловы острова; Микронезия (Федеративные Штаты); Монголия; Мьянма; Науру; Непал; Ниуэ; Пакистан; Палау; Папуа-Новая Гвинея; Самоа; Соломоновы Острова; Таиланд; Тимор-Лешти, Демократическая Республика; Токелау; Тонга; Тувалу; Фиджи; Филиппины; Шри-Ланка.

Регион Восточной Европы и Центральной Азии

Азербайджан; Албания; Армения; Беларусь; Болгария; Босния и Герцеговина; бывшая югославская Республика Македония; Грузия; Казахстан; Кыргызстан; Молдова, Республика; Румыния; Сербия; Таджикистан; Туркменистан; Турция; Украина.

Регион Восточной и Южной Африки

Ангола; Ботсвана; Бурунди; Замбия; Зимбабве; Кения; Коморские Острова; Конго, Демократическая Республика; Лесото; Маврикий; Мадагаскар; Малави; Мозамбик; Намибия; Руанда; Свазиленд; Сейшельские Острова; Танзания, Объединенная Республика; Уганда; Эритрея; Эфиопия; Южная Африка; Южный Судан.

Регион Латинской Америки и Карибского бассейна

Ангилья; Антигуа и Барбуда; Аргентина; Аруба; Багамские Острова; Барбадос; Белиз; Бермудские острова; Боливия (Многонациональное Государство); Бразилия; Британские Виргинские острова; Венесуэла (Боливарианская Республика); Гайана; Гаити; Гватемала; Гондурас; Гренада; Доминика; Доминиканская Республика; Каймановы острова; Колумбия; Коста-Рика; Куба; Мексика; Монтсеррат; Нидерландские Антильские острова; Никарагуа; Панама; Парагвай; Перу; Сальвадор; Сент-Винсент и Гренадины; Сент-Китс и Невис; Сент-Люсия; Суринам; острова Теркс и Кайкос; Тринидад и Тобаго; Уругвай; Чили; Эквадор; Ямайка.

Регион Западной и Центральной Африки

Бенин; Буркина-Фасо; Габон; Гамбия; Гана; Гвинея; Гвинея-Бисау; Кабо-Верде; Камерун, Республика; Конго, Республика; Кот-д'Ивуар; Либерия; Мавритания; Мали; Нигер; Нигерия; Сан-Томе и Принсипи; Сенегал; Сьерра-Леоне; Того; Центральноафриканская Республика; Чад; Экваториальная Гвинея.

К более развитым регионам относятся Европа, Северная Америка, Австралия/Новая Зеландия и Япония.

К менее развитым регионам относятся все регионы Африки, Азии (кроме Японии), Латинской Америки и Карибского бассейна, а также Меланезия, Микронезия и Полинезия.

К наименее развитым странам, как они определены Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций в ее резолюциях (59/209, 59/210, 60/33, 62/97, 64/L.55, 67/L.43), в июне 2013 года относились 49 стран: 34 в Африке, 9 в Азии, 5 в Океании и одна в Латинской Америке и Карибском бассейне. Эта группа включает 49 стран: Ангола; Афганистан; Бангладеш; Бенин; Буркина-Фасо; Бурунди; Бутан; Вануату; Гаити; Гамбия; Гвинея; Гвинея-Бисау; Демократическая Республика Конго; Джибути; Замбия; Йемен; Камбоджа; Кирибати; Коморские Острова; Лаосская Народно-Демократическая Республика; Лесото; Либерия; Мавритания; Мадагаскар; Малави; Мали; Мозамбик; Мьянма; Непал; Нигер; Объединенная Республика Танзания; Руанда; Самоа; Сан-Томе и Принсипи; Сенегал; Соломоновы Острова; Сомали; Судан; Сьерра-Леоне; Тимор-Лешти; Того; Тувалу; Уганда; Центральноафриканская Республика; Чад; Экваториальная Гвинея; Эритрея; Эфиопия и Южный Судан. Эти страны также включены в менее развитые регионы.

Библиография

- ALNAP. 2015. Future Humanitarian Financing: Looking Beyond the Crisis. www.alnap.org/resource/20157. Accessed 3 November 2015.
- Amnesty International. 2014. *Escape from Hell: Torture and Sexual Slavery in Islamic State Captivity in Iraq*. London: Amnesty International.
- Anderlini, S. 2010. *WDR Gender Background Paper, Background Paper for World Development Report 2011* (draft).
- Barnett, M., and P. Walker. 2015. "Regime Change for Humanitarian Aid: How to Make Relief More Accountable." *Foreign Affairs*, July/August.
- Bond for International Development. 2015. "State of the World's Emergencies: A Briefing for New UK Parliamentarians." A briefing prepared by Bond's Humanitarian and Conflict Policy groups, London, July.
- Bradshaw, S. 2015. "Engendering Development and Disasters." *Disasters* 39 (s1): s54–s75. doi:10.1111/disa.12111.
- Bradshaw, S., and M. Fordham. 2013. *Women, Girls and Disasters: A Review for DFID*. Middlesex University and Northumbria University and Gender and Disaster Network.
- Burke, J. 2015. "Nepal Quake Survivors Face Threat from Human Traffickers Supplying Sex Trade." *The Guardian*, May 5. www.theguardian.com/world/2015/may/05/nepal-quake-survivors-face-threat-from-human-traffickers-supplying-sex-trade. Accessed 15 August 2015.
- Callimachi, R., and M. Limaaug. 2015. "ISIS Enshrines a Theology of Rape." *The New York Times*. www.nytimes.com/2015/08/14/world/middleeast/isis-enshrines-a-theology-of-rape.html?hp&action=click&pgtype=Homepage&module=first-column-region®ion=top-news&WT.nav=top-news&r=0. Accessed 14 August 2015.
- CARE. 2015. "To Protect Her Honor" *Child Marriage in Emergencies—The Fatal Confusion between Protecting Girls and Sexual Violence*. CARE International.
- CARE. 2015b. *CARE Rapid Gender Analysis: Cyclone Pam Vanuatu 2015*.
- CARE. 2014. "The Girl Has No Rights": *Gender-based Violence in South Sudan*.
- Casey, S. E. 2015. "Evaluations of Reproductive Health Programs in Humanitarian Settings: A Systematic Review." *Conflict and Health* 9 (Suppl 1): S1. doi:10.1186/1752-1505-9-S1-S1.
- Casey, S. E. et al. 2015. "Progress and Gaps in Reproductive Health Services in Three Humanitarian Settings: Mixed Methods Case Studies." *Conflict and Health* 9 (Suppl 1): S3. doi:10.1186/1752-1505-9-S1-S3.
- Castillejo, C. 2015. *Fragile States: An Urgent Challenge for EU Foreign Policy*. Madrid: Fundación para las Relaciones Internacionales y el Diálogo Exterior (FRIDE).
- Center for Reproductive Rights. 2014. *A Global View of Abortion Rights*. New York: Center for Reproductive Rights.
- Center for Systemic Peace. 2015. *Global Conflict Trends*. www.systemicpeace.org/conflictrends.html. Accessed 8 September 2015.
- Child Protection and Gender-Based Violence Sub-Working Group, Jordan. 2013. *Findings from the Inter-agency Child Protection and Gender-based Violence Assessment in the Za'atari Refugee Camp*.
- Chynoweth, S. K. 2015. "Advancing Reproductive Health on the Humanitarian agenda: The 2012-2014 Global Review." *Journal of Conflict and Health* 9 (1): 11. doi:10.1186/1752-1505-9-S1-I1.
- COHRE (Centre on Housing Rights and Evictions) 2008. *Women, Slums and Urbanization: Examining the Causes and Consequences*. Geneva: COHRE.
- Consortium. 2015. *Sexual and Reproductive Health and Disability: Examining the Needs, Risks and Capacities of Refugees with Disabilities in Kenya, Nepal and Uganda. Summary Report*. The Women's Refugee Commission, The Association of Medical Doctors of Asia-Nepal, The International Rescue Committee, The Refugee Law Project.
- CRED (Centre for Research on the Epidemiology of Disasters). 2015. *The Human Cost of Natural Disasters: A Global Perspective*. Brussels: CRED.
- CRED (Centre for Research on the Epidemiology of Disasters). 2015a. EM-DAT database. <http://www.emdat.be/>. Accessed 3 November 2015.
- Cummings, R. et al., n.d. "Data on Health in the Syrian Conflict: An NGO Perspective, 2013-2014." Unpublished.
- Delaney, S. 2007. *Protecting Children from Sexual Exploitation & Sexual Violence in Disaster & Emergency Situations*. Bangkok: ECPAT International (End Child Prostitution, Child Pornography and Trafficking of Children for Sexual Purposes).

- Development Initiatives. 2015. *Global Humanitarian Assistance Report*. www.globalhumanitarianassistance.org. Accessed 5 September 2015.
- DFID (United Kingdom Department for International Development). 2013. *Briefing Paper: Violence against Women and Girls in Humanitarian Emergencies*. London: DFID.
- DFID (United Kingdom Department for International Development). 2011. *Defining Disaster Resilience*. London: DFID.
- Diggins, J., and E. Mills. 2015. "The Pathology of Inequality: Gender and Ebola in West Africa." IDS Practice Paper in Brief #23. Institute of Development Studies Brighton.
- Erakit, J. 2014. "UNICEF Recovery Efforts Still Strong in Aftermath of Typhoon Haiyan." IPS, May 20. www.ipsnews.net/2014/05/unicef-recovery-efforts-still-strong-aftermath-typhoon-haiyan/. Accessed 28 August 2015.
- Feldman-Jacobs, C., and S. Ryniak. 2006. *Abandoning Female Genital Mutilation/Cutting: An In-depth Look at Promising Practices*. Washington, DC: Population Reference Bureau.
- FFP (Fund for Peace). 2015. *The Fragile States Index 2015*. Washington, DC: Fund for Peace.
- Foreman, M. 2015. Improving Reproductive Health Services for Forcibly Displaced Women." Population Reference Bureau, Washington, DC.
- Garfield, R., and J. Blore. 2009. "Direct Conflict Deaths 1989-2008." Calculations Based on Combined Count and Underreporting Estimates. Unpublished.
- Garfield, R. et al. 2012. "Changes in Size of Populations and Level of Conflict since World War II: Implications for Health and Health Services." *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 6 (3): 241–246. doi:10.1001/dmp.2012.37.
- Gates, S. et al. 2010. *Consequences of Civil Conflict*. Background paper for the World Development Report 2011. Washington, D.C.: World Bank.
- Gawaya, R. 2008. "Investing in Women Farmers to Eliminate Food Insecurity in Southern Africa: Policy-related Research from Mozambique." *Gender & Development* 16 (1): 147–159. doi:10.1080/13552070701876367.
- Gingerich, T., and M. J. Cohen. 2015. *Turning the Humanitarian System on its Head: Saving Lives and Livelihoods by Strengthening Local Capacity and Shifting Leadership to Local Actors*, Oxfam Research Reports, Oxfam America, Boston, MA, July.
- Global Coalition to Protect Education from Attack. 2015. *Lessons in War. Military Use of Schools and Universities during Armed Conflict*. New York: Global Coalition to Protect Education from Attack.
- Haar, R. J., and L. S. Rubenstein. 2012. *Health in Post Conflict and Fragile States. United States Institute of Peace Special Report 301*. January 2012.
- Harris, K. et al. 2013. *When Disasters and Conflicts Collide: Improving Links between Disaster Resilience and Conflict Prevention*. London: ODI.
- Hillier, D., and G. E. Castillo. 2013. *No Accident: Resilience and the Inequality of Risk*. Oxford: Oxfam International.
- Holmes, R., and D. Bhuvanendra. 2014. *Humanitarian Practice Network: Preventing and Responding to Gender-based Violence in Humanitarian Crises*. London: Overseas Development Institute.
- Howard, N. et al. 2011. "Reproductive Health for Refugees by Refugees in Guinea III : Maternal Health." *Conflict and Health* 5 (1): 5. doi:10.1186/1752-1505-5-5.
- Human Rights Watch. 2015a. *Iraq: ISIS Escapees Describe Systematic Rape—Yezidi Survivors in Need of Urgent Care*. <https://www.hrw.org/news/2015/04/14/iraq-isis-escapees-describe-systematic-rape>. Accessed 3 August 2015.
- Human Rights Watch. 2015b. *Country Summary: Somalia*.
- Human Rights Watch. 2010. 'As if We Weren't Human': *Discrimination and Violence against Women with Disabilities in Northern Uganda*.
- Human Security Report Project. 2012. *Human Security Report 2012: Sexual Violence, Education, and War: Beyond the Mainstream Narrative*. Vancouver: Human Security Press
- IASC (Inter-Agency Standing Committee). 2015. *Humanitarian Crisis in West Africa (Ebola) Gender Alert*.
- IASC (Inter-Agency Standing Committee). 2015. *Guidelines for Integrating Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Action: Reducing Risk, Promoting Resilience and Aiding Recovery*. Geneva: Inter-Agency Standing Committee.
- IASC (Inter-Agency Standing Committee). 2014. "Making the Links Work: How the Humanitarian and Development Community can Help Ensure No One is Left Behind." Paper presented at the 87th IASC Working Group Meeting, Geneva.

- IASC (Inter-Agency Standing Committee). 2005. *Guidelines for Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Settings*. Geneva: Inter-Agency Standing Committee.
- IAWG (Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Crises). 2014. *Inter-agency Working Group for Reproductive Health in Crises Information Sheet*. 7. iawg.net/wp-content/uploads/2012/04/6.-IAWG-One-Pager-2015_English.pdf. Accessed 5 September 2015.
- IAWG (Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Crises). 2010. *Inter-agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings*. New York: Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Crises.
- IEP (Institute for Economics and Peace). 2014. *Global Terrorism Index 2014: Measuring and Understanding the Impact of Terrorism*. Sydney: IEP.
- IFRC (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies). 2012. *The Road to Resilience: Bridging Relief and Development for a More Sustainable Future*. Geneva: International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies.
- INFORM (Information for Risk Management) 2015. *INFORM Database*. 2015. www.inform-index.org/Portals/0/InfoRM/INFORM%202015%20Report%20Print.pdf. Accessed 3 September 2015.
- Inomata, T. 2012. *Financing for Humanitarian Operations in the United Nations System*, Joint Inspection Unit, United Nations, Geneva.
- Inter-cluster Coordination Group for the Humanitarian Country Team. 2014. *2014: Final Periodic Monitoring Report - Typhoon Haiyan (Yolanda)*.
- Internal Displacement Monitoring Centre. 2015. *Global Figures*. www.internal-displacement.org/global-figures. Accessed 5 September 2015.
- Internal Displacement Monitoring Centre, International Rescue Committee. 2015. *Philippines: Long-term Recovery Challenges Remain in The Wake of Massive Displacement*.
- International Committee of the Red Cross. 2015. *Violent Incidents Affecting the Delivery of Health Care: January 2012–December 2014*. Third Interim Report of the ICRC Health Care in Danger project. Geneva: ICRC.
- International Organization for Migration. 2015. *Addressing Human Trafficking and Exploitation in Times of Crisis: Evidence and Recommendations for Further Action to Protect Vulnerable and Mobile Populations*. Geneva: International Organization for Migration.
- International Rescue Committee. 2015. *Private Violence, Public Concern: Intimate Partner Violence in Humanitarian Settings*. Practice Brief.
- International Rescue Committee. 2013. *Syria: A Regional Crisis—The IRC Commission on Syrian Refugees*. New York: IRC.
- International Rescue Committee. 2012. *The Condition of Women Girls in Yida Refugee Camp, South Sudan: A Reproductive Health and Gender-based Violence Rapid Assessment Yida Refugee Camp, Unity State, South Sudan*, IRC South Sudan Program, New York, February.
- Kieny, M. P., and D. Dovlo. 2015. "Beyond Ebola: A New Agenda for Resilient Health Systems." *The Lancet* 385 (9963): 91–92. doi:10.1016/S0140-6736(14)62479-X.
- Kim, S. E., et al. 2015. "Overview of Natural Disasters and their Impacts in Asia and the Pacific, 1970–2014." United Nations ESCAP Technical Paper, Information and Communications Technology and Disaster Risk Reduction Division, March. www.unescap.org/sites/default/files/Technical%20paper-Overview%20of%20natural%20hazards%20and%20their%20impacts_final.pdf. Accessed September 4.
- Klasing, A. M. 2011. "Nobody Remembers Us": Failure to Protect Women's and Girls' Right to Health and Security in Post-Earthquake Haiti. Human Rights Watch.
- Krause, S. et al. 2015. "Reproductive Health Services for Syrian Refugees in Zaatri Camp and Irbid City, Hashemite Kingdom of Jordan: An Evaluation of the Minimum Initial Services Package." *Conflict and Health* 9 (Suppl 1): S4. doi:10.1186/1752-1505-9-S1-S4.
- Kruk, M., et al. 2015. "What is a Resilient Health System? Lessons from Ebola." *The Lancet* 385 (9980): 1910–1912. doi:10.1016/S0140-6736(15)60755-3.
- Leaning, J., and D. Guha-Sapir. 2013. "Natural Disasters, Armed Conflict, and Public Health." *New England Journal of Medicine* 369 (19): 1836–1842. doi:10.1056/NEJMra1109877.
- Lwambo, D. 2011. *Before the War, I was a Man: Men and Masculinities in Eastern DR Congo*. Goma: HEAL Africa.
- Manyena, S. B. 2014. "Disaster Resilience: A Question of 'Multiple Faces' and 'Multiple Spaces'?" *International Journal of Disaster Risk Reduction* 8: 1–9. doi:10.1016/j.ijdr.2013.12.010.

- Matyas, D., and M. Pelling 2015. "Positioning Resilience for 2015: The Role of Resistance, Incremental Adjustment and Transformation in Disaster Risk Management Policy." *Disasters* 39 (s1): s1–s18. doi:10.1111/disa.12107.
- Mazurana, D. et al. 2011. *Sex and Age Matter: Improving Humanitarian Response in Emergencies*. Boston, MA: Feinstein International Center.
- McAslan, A. 2010. *Resilience Origins and Utility*. Adelaide: Torrens Resilience Institute.
- McDonell, N. 2015. "Dollars to Disasters: The Gamble of Emergency Relief." *The New Yorker*, August 18, New York.
- McGinn, T. 2000. "Reproductive Health of War-affected Populations: What Do We Know?" *International Family Planning Perspectives* 26 (4):174–180. doi:10.2307/2648255.
- Milner, J., and G. Loescher. 2011. *Responding to Protracted Refugee Situations: Lessons from a Decade of Discussion*. Refugee Studies Centre: Forced Migration Policy Brief 6. Oxford: University of Oxford.
- Ministère du Plan et al. 2014. *Enquête Démographique et de Santé en République Démocratique du Congo 2013-2014*. Rockville, MD: MPSMRM, MSP et ICF International.
- Norwegian Refugee Council, Internal Displacement Monitoring Centre. 2015. *Global Overview 2015: Internally Displaced by Conflict and Violence*. Geneva: IDMC and NRC.
- Norwegian Refugee Council, Internal Displacement Monitoring Centre. 2015. *Global Overview 2015: Internally Displaced by Conflict and Violence*. Geneva: IDMC and NRC.
- Norwegian Refugee Council, Internal Displacement Monitoring Centre. 2015a. *Urban Informal Settlers Displaced by Disasters: Challenges to Housing Responses*. Geneva: IDMC and NRC.
- ODI (Overseas Development Institute) et al. 2013. *The Geography of Poverty, Disasters and Climate Extremes in 2030*. London: ODI.
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development). 2015. *States of Fragility 2015: Meeting Post-2015 Ambitions*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development). 2013. *Fragile States: 2013: Resource Flows and Trends in Shifting World*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.
- OECD-DAC (Organisation for Economic Co-operation, Development Assistance Committee). 2014. *DAC Members' Net Official Development Assistance in 2014*, Tabulated OECD statistical data. www.oecd.org/dac/stats/documentupload/ODA%202014%20Tables%20and%20Charts.pdf. Accessed 4 September 2015.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights). 2015. "Report of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights on the Human Rights Situation in Iraq in the Light of Abuses Committed by the So-called Islamic State in Iraq and the Levant and Associated Groups." A/HRC/28/18. March 13.
- Ormhaug, C. 2009. *Armed Conflict Deaths Disaggregated by Gender*. Oslo: PRIO.
- Ortoleva, S., and H. Lewis. 2012. "Forgotten Sisters—A Report on Violence Against Women with Disabilities: An Overview of its Nature, Scope, Causes and Consequences." Northeastern University School of Law Research Paper No. 104.
- Osotimehin, B. 2015. *Young People on Frontlines of Humanitarian Response*. *The Huffington Post*. www.huffingtonpost.com/dr-babatunde-osotimehin/young-people-on-frontline_b_8072870.html. Accessed 5 September 2015.
- Oxfam. 2008. *Evaluation of 'Integrated Action on Poverty and Early Marriage' Programme in Yemen*. London: Oxfam.
- Patel, P. et al. 2009 "Tracking Official Development Assistance for Reproductive Health in Conflict-affected Countries." *PLoS Medicine* 6 (6): e1000090. doi:10.1371/journal.pmed.1000090.t006.
- Peek, L. 2008. "Children and Disasters: Understanding Vulnerability, Developing Capacities, and Promoting Resilience—An Introduction." *Children Youth and Environments* 18 (1): 1–29. doi:10.7721/chilyoutenvi.18.1.0001.
- Pincha, C. 2008. *Gender Sensitive Disaster Management: A Toolkit for Practitioners*. Mumbai: Oxfam America and NANBAN Trust.
- Plan International. 2013. *Because I am a Girl: The State of the World's Girls 2013: In Double Jeopardy: Adolescent Girls and Disasters*. Surrey: Plan International.
- Plan International. 2011. *Weathering the Storm: Adolescent Girls and Climate Change*. Plan International.
- Price, M. et al. 2014. *Updated Statistical Analysis of Documentation of Killings in the Syrian Arab Republic*. Human Rights Data Analysis Group for OHCHR.

- RAISE Initiative. 2015. *Safe Abortion in Emergencies, June 2015*. New York: RAISE Initiative.
- Reinl, J. 2015. *Q&A: Probing Islamic State's sex atrocities with the United Nations*. www.middleeasteye.net/news/qa-probing-islamic-state-s-sex-atrocities-united-nations-1064004421#sthash.jhyNuFVp.dpuf. Accessed 4 August 2015.
- Save the Children. 2014. *State of the World's Mothers 2014: Saving Mothers and Children in Humanitarian Crises*. Westport, CT: Save the Children.
- Save the Children and UNFPA. 2009. *Adolescent and Sexual Reproductive Health Toolkit for Humanitarian Settings: A Companion to the Inter-agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings*. New York: Save the Children and UNFPA.
- Schafer, A. et al. 2010. "Psychological first aid pilot: Haiti emergency response." *Intervention*, 8(3): 245-254.
- Searle, L. n.d. "Healing Communities, Transforming Society: Exploring the Interconnectedness between Psychosocial Needs, Practice and Peacebuilding." Unpublished conference proceedings.
- Shaikh, M. A. 2008. "Nurses' Use of Global Information Systems for Provision of Outreach Reproductive Health Services for Internally Displaced Persons." *Prehospital Disaster Medicine* 23 (3): s35-s38.
- Shiferaw, B. et al. 2014. "Managing Vulnerability to Drought and Enhancing Livelihood Resilience in Sub-Saharan Africa: Technological, Institutional and Policy Options." *Weather and Climate Extremes* 3: 67-79. doi:10.1016/j.wace.2014.04.004.
- Shteir, S. 2014. *Conflict-related Sexual and Gender-based Violence*. Australian Civil-Military Centre.
- START Network. 2014. *Crisis Briefing September 2014 Humanitarian Funding Analysis: Kurdish Refugees from Syria into Turkey*, Briefing note in collaboration with Global Humanitarian Assistance, September. www.globalhumanitarianassistance.org/wp-content/uploads/2014/09/Kurdish-Refugees-Turkey-23-Sept-2014_for-upload.pdf. Accessed 5 September 2015.
- Stoianova, V. 2013. *Private Funding for Humanitarian Assistance: Filling the Gap?* Global Humanitarian Assistance Development Initiatives, August. www.globalhumanitarianassistance.org/wp-content/uploads/2013/08/private-funding-2013-online1.pdf. Accessed 4 September 2015.
- Tanabe, M. et al., 2015. "Tracking Humanitarian Funding for Reproductive Health: A Systematic Analysis of Health and Protection Proposals from 2002-2013." *Journal of Conflict and Health* 9 (1): S2. doi:10.1186/1752-1505-9-S1-S2.
- Twigg, J. 2009. *Characteristics of a Disaster-Resilient Community*. London: University College London.
- UNAIDS. 2015. *HIV in Emergency Contexts: Background Note. Agenda Item 9. Thirty-sixth Meeting, 30 June-2 July*. Programme Coordinating Board. Geneva: UNAIDS.
- UNDP (United Nations Development Programme). 2015. *Confronting the Gender Impact of Ebola Virus Disease in Guinea, Liberia and Sierra Leone*. UNDP Africa Policy Note. 2(1).
- UNDP (United Nations Development Programme). 2015a. *Recovering from the Ebola Crisis*. www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/crisis-prevention-and-recovery/recovering-from-the-ebola-crisis---full-report.html. Accessed 7 October 2015.
- UNFPA. n.d. *HIV/AIDS and Gender Factsheets*.
- UNFPA. 2015. Abu Dhabi Declaration. www.unfpa.org/events/third-united-nations-world-conference-disaster-risk-reduction. Accessed November 3.
- UNFPA. 2015a. *Women & Girls Safe Spaces: A Guidance Note on the Lessons Learned from the Syrian Crisis*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2015b. *Young People on the Frontlines of Crisis*. <https://www.worldhumanitariansummit.org/file/504128/download/549328>. Accessed 11 September 2015.
- UNFPA. 2014. *UNFPA Situation Report for the Gaza Crisis—November 2014*.
- UNFPA. 2012. *Managing Gender-based Violence Programmes in Emergencies*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2012a. *Marrying Too Young*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2010. *State of World Population 2010—From Conflict and Crisis to Renewal: Generations of Change*. New York: UNFPA.
- UNFPA and Save the Children. 2009. *Adolescent Sexual and Reproductive Health Toolkit for Humanitarian Settings*. New York: UNFPA.
- UNFPA and Women's Refugee Commission. 2015. *Young People on the Frontlines of Crisis*.

- UNFTS (United Nations Financial Tracking System). 2015. www.fts.unocha.org. Accessed 5 September 2015.
- UN-HABITAT (United Nations Human Settlements Programme) 2013. *State of the World's Cities Report 2012/2013: Prosperity of Cities*. Nairobi: UN-HABITAT.
- UNHCR (United Nations High Commissioner for Refugees). 2015. *Global Trends: Forced Displacement in 2014*. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees.
- UNHCR (United Nations High Commissioner for Refugees). 2011. *Driven by Desperation: Transactional Sex as a Survival Strategy in Port-au-Prince IDP Camps*.
- UNHCR (United Nations High Commissioner for Refugees). 2011a. *Working with Persons with Disabilities in Forced Displacement*. Need to Know Guidance 1. Geneva: UNHCR.
- UNICEF. 2015. *Humanitarian Action for Children*. New York: UNICEF.
- UNIFEM. 2010. *Pakistan Floods 2010—Summary Report: Rapid Gender Needs Assessment of Flood-affected Communities*.
- UNISDR (United Nations International Strategy for Disaster Reduction). 2015. *Making Development Sustainable: The Future of Disaster Risk Management. Global Assessment Report on Disaster Risk Reduction*. Geneva: United Nations Office for Disaster Risk Reduction (United Nations International Strategy for Disaster Reduction).
- UNISDR (United Nations International Strategy for Disaster Reduction). 2015a. *Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015-2030*. Geneva: United Nations Office for Disaster Risk Reduction.
- UNISDR (United Nations International Strategy for Disaster Risk Reduction). 2014. *UNISDR's Annual Report 2014*, Geneva: United Nations, March 2015.
- UNISDR (United Nations International Strategy for Disaster Reduction). 2005. *Hyogo Framework for Action 2005-2015: Building the Resilience of Nations and Communities to Disasters*. New York: United Nations Office for Disaster Risk Reduction.
- United Nations. 2015. *Addis Ababa Action Agenda of the Third International Conference on Financing for Development*, Conference report, Addis Ababa, July.
- United Nations. 2015a. *Millennium Development Goals Report 2015*. New York: United Nations.
- United Nations. 2015b. *Report of the Secretary-General International Cooperation on Humanitarian Assistance in the Field of Natural Disasters, from Relief to Development*. New York: United Nations General Assembly.
- United Nations. 2015c. *Strengthening of the Coordination of Emergency Humanitarian Assistance of the United Nations. Report of the Secretary-General*. New York: United Nations General Assembly, Economic and Social Council.
- United Nations. 2015d. *Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development*.
- United Nations. 1995. *Report of the Fourth World Conference on Women*, Beijing, 4–15 September. New York: United Nations.
- United Nations. 1994. *International Conference on Population and Development Programme of Action*. New York: United Nations.
- United Nations Human Rights Council. 2012. *Thematic study on the issue of violence against women and girls and disability: Report of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights*. Twentieth session. A/HRC/20/5.
- United Nations Human Rights Council. 2011. *Report of the Special Rapporteur on violence against women, its causes and consequences, Rashida Manjoo*. Seventeenth session. A/HRC/17/26.
- United Nations Intergovernmental Committee of Experts on Sustainable Development Financing. 2014. *Report of the Intergovernmental Committee of Experts on Sustainable Development Financing*, New York, August. <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/4588FINAL%20REPORT%20ICESDF.pdf>. Accessed 5 September 2015.
- United Nations Iraq. 2014. *SRSB Bangura and SRSB Mladenov Gravely Concerned by Reports of Sexual Violence against Internally Displaced Persons*. Statement. www.uniraq.org/index.php?option=com_k2&view=item&id=2373:srsb-bangura-and-srsb-mladenov-gravely-concerned-by-reports-of-sexual-violence-against-internally-displaced-persons&Itemid=6-05&lang=en. Accessed 28 August 2015.
- UNOCHA (United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs). 2015. *"Humanitarian Assistance"* www.un.org/en/sections/priorities/humanitarian-assistance/index.html. Accessed 1 September 2015.
- UNOCHA (United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs). 2014. *World Humanitarian Data and Trends 2014*, Geneva, March, 2013. www.unocha.org/data-and-trends-2014/downloads/World%20Humanitarian%20Data%20and%20Trends%202014.pdf. Accessed 5 September 2015.

- UN Women. 2015. *Reaching Out to Survivors of Violence in Post-earthquake Nepal*. www.unwomen.org/en/news/stories/2015/7/reaching-out-to-survivors-of-violence-in-post-earthquake-nepal#sthash.BRG48Ej3.dpuf. Accessed 12 August 2015.
- UN Women. 2015a. *The Effect of Gender Equality Programming on Humanitarian Outcomes*. New York: UN Women.
- UN Women. 2013. "Gender-based violence and child protection among Syrian refugees in Jordan, with a focus on early marriage." Inter-agency assessment. Amman: UN Women.
- United Nations Security Council. 2015. "Conflict-related sexual violence: Report of the Secretary-General." S/2015/203.
- WHO (World Health Organization). 2012. *Integrating Sexual and Reproductive Health into Health Emergency and Disaster Risk Management*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (World Health Organization). 2002. *Gender and Health in Disasters*. Geneva: Department of Gender and Women's Health.
- Winderl, T. 2014. *Disaster Resilience Measurements—Stocktaking of Ongoing Efforts in Developing Systems for Measuring Resilience*.
- Wisner, B. 2006. *Let our children teach us! A review of the role of education and knowledge in disaster risk reduction*. A report by the ISDR System Thematic Cluster/Platform on Knowledge and Education. Bangalore: Books for Change.
- Women's Refugee Commission. 2014. *I'm here: Adolescent Girls in Emergencies: Approach and tools for improved response*. New York: WRC.
- Women's Refugee Commission. 2014a. *The Woman can Decide for Herself": The Intersection of Sexual and Reproductive Health and Disability for Refugees in Kakuma Refugee Camp, Kenya*." New York: Women's Refugee Commission.
- Women's Refugee Commission. 2013. *Gender-based Violence among Displaced Women and Girls with Disabilities: Findings from Field Visits 2011—2012*.
- Women's Refugee Commission. 2004. *Life Saving Reproductive Health Care in Chad: Ignored and Neglected*. New York: Women's Refugee Commission.
- Women's Refugee Commission et al. 2012. *Adolescent Sexual and Reproductive Health Programs in Humanitarian Settings: An In-depth Look at Family Planning Services*. New York: Women's Refugee Commission, Save the Children, UNHCR and UNFPA.
- Wood, E. J. 2015. *Conflict-related sexual violence and the policy implications of recent research*. International Review of the Red Cross.
- World Bank. 2015a. *Fragility, Conflict and Violence*. www.worldbank.org/en/topic/fragilityconflictviolence/overview#1. Accessed 5 September 2015.
- World Bank. 2015b. *Global Monitoring Report 2014/2015: Ending Poverty and Sharing Prosperity*. Washington, DC: World Bank.
- World Bank. 2013. *Turn Down the Heat: Climate Extremes, Regional Impacts, and the Case for Resilience*. Washington, DC: World Bank.
- World Vision. n.d. *Global Health—Nutrition: Supporting Breastfeeding in Emergencies: The Use of Baby-Friendly Tents*.
- World Vision UK. 2013. *Untying the Knot: Exploring Early Marriage in Fragile States*." *World Vision UK Research Report*. London: World Vision UK.
- Wulf, D. 1994. *Refugee Women and Reproductive Health Care: Reassessing Priorities*. New York: Women's Commission for Refugees.



СЛОЖНАЯ ЧРЕЗВЫЧАЙНАЯ СИТУАЦИЯ

Многоаспектный гуманитарный кризис в какой-либо стране, регионе или обществе, при котором происходит полное или значительное разрушение властных структур в результате внутреннего или внешнего конфликта и который требует международной реакции, выходящей за рамки мандата или возможностей какого-либо одного учреждения и/или осуществляемой страновой программы Организации Объединенных Наций. Такие чрезвычайные ситуации, в частности, причиняют колоссальный ущерб детям и женщинам и требуют принятия комплексных мер реагирования.



ПРЯМОЕ И КОСВЕННОЕ СЛЕДСТВИЕ

Прямое следствие – это смерть или иной исход, произошедшие непосредственно и главным образом из-за катастрофического события. Косвенное следствие – это смерть или иной исход, произошедшие как конечный, но не непосредственный, результат одного разрушительного действия. Зачастую эти исходы могут быть определены только применительно ко всему населению, в то время как прямые следствия могут быть соотнесены с конкретным лицом. Например, если показатель смертности увеличивается после какого-либо события и не выявлено никакой другой причины, эти дополнительные случаи смерти считаются косвенным следствием данного события.



ПРАВА ЧЕЛОВЕКА

Все права человека вытекают из достоинства и ценности, присущих человеческой личности. Концепция прав человека признает, что каждый отдельно взятый человек имеет право осуществлять свои права человека без каких-либо различий по признакам расы, цвета кожи, пола, языка, религии, политических или иных убеждений, национального или социального происхождения, имущественного положения, места рождения или другим признакам.



ГУМАНИТАРНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

Гуманитарная деятельность обеспечивает спасающие жизни услуги и способствует возвращению к нормальной жизни людей и общин, затронутых стихийными бедствиями и антропогенными катастрофами. Кроме того, она направлена на уменьшение разрушительного воздействия бедствий и сложных чрезвычайных ситуаций.



ГУМАНИТАРНЫЙ КРИЗИС

Событие или ряд событий, представляющие критическую угрозу здоровью, безопасности или благосостоянию какой-либо общины или другой большой группы людей, обычно на большой территории. Вооруженные конфликты, эпидемии, голод, стихийные бедствия и другие серьезные чрезвычайные ситуации – все эти события могут быть сопряжены с гуманитарным кризисом или повлечь его за собой.



МЕРЫ ГУМАНИТАРНОГО РЕАГИРОВАНИЯ

Материальная и логистическая помощь людям, обусловленная потребностями, которые возникли в результате конфликта или бедствия, и предоставляемая на основании обращения соответствующего правительства или международных организаций.



ВНУТРЕННЕ ПЕРЕМЕЩЕННЫЕ ЛИЦА

Лица, которых заставили или вынудили бросить или покинуть свои дома или места обычного проживания, в частности, в результате или во избежание последствий вооруженного конфликта, повсеместных проявлений насилия, нарушений прав человека, стихийных или вызванных деятельностью человека бедствий, и которые не пересекали международно признанных государственных границ.



СТИХИЙНОЕ БЕДСТВИЕ

Масштабное событие, которое ведет к гибели людей и/или уничтожению имущества. Для того, чтобы событие было зарегистрировано как бедствие в получившей международное признание базе данных Исследовательского центра по эпидемиологии стихийных бедствий, оно должно отвечать по меньшей мере одному из перечисленных ниже критериев:

- сообщение о гибели десяти и более человек;
- сообщение о том, что число пострадавших составило сто и более человек;
- объявление чрезвычайного положения;
- обращение за международной помощью.

К числу стихийных бедствий относятся засухи, землетрясения, эпидемии, экстремальная жара или холод, наводнения, ураганы, цунами, извержения вулканов и лесные пожары.



ЛИЦА, ПОСТРАДАВШИЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ КОНФЛИКТА ИЛИ БЕДСТВИЯ

Лица, нуждающиеся в немедленной помощи во время чрезвычайной ситуации, т.е. нуждающиеся в удовлетворении основных жизненно важных потребностей, таких как продовольствие, вода, убежище, средства санитарии и безотлагательная медицинская помощь, в результате чрезвычайной ситуации.



БЕЖЕНОЦ

Лицо, которое в силу вполне обоснованных опасений стать жертвой преследований по признаку расы, вероисповедания, гражданства, принадлежности к определенной социальной группе или политических убеждений находится вне страны своей гражданской принадлежности и не может пользоваться защитой этой страны или не желает пользоваться ее защитой вследствие таких опасений.



**Создание во всем мире условий,
при которых каждая беременность
стала бы желанной, каждые роды
– безопасными, и все юноши и
девушки могли бы полностью
реализовать свой потенциал**

**Фонд Организации Объединенных Наций
в области народонаселения
605 Third Avenue
New York, NY 10158
Тел.: +12122975000
www.unfpa.org**