

DÜNYA ÇOCUKLARININ DURUMU 2008 YÖNETİCİ ÖZETİ

Çocuk Yaşatma



çocuklar için
birleşin

unicef 

Rapor'un tamamını edinebilmek için, lütfen UNICEF Türkiye Temsilciliği ile irtibata geçiniz. Adresimiz için arka kapağa bakınız.

Tasarım *Prographics, Inc.*
Basım öncesi işler *Mullan'lar*
Basım *Pelin Ofset*

İÇİNDEKİLER

Giriş	2
Bölüm 1: Çocuk yaşatma: Şu an neredeyiz?	4
Bölüm 2: Gelişim halindeki sağlık hizmetleri sistem ve uygulamalarından çıkartılan dersler	8
Bölüm 3: Annelere, yenidoğanlara ve çocuklara yönelik temel sağlık hizmetlerinde topluluk ortaklıkları ...	12
Bölüm 4: Topluluk ortaklıklarının güçlendirilmesi, bakım bütünlüğü ve sağlık sistemleri	15
Bölüm 5: Çocuk yaşatma adına birleşmek	18
Özet göstergeler	
Sahra Güneyi Afrika	20
Doğu ve Güney Afrika	22
Batı ve Orta Afrika	24
Orta Doğu ve Kuzey Afrika	26
Güney Asya	28
Doğu Asya ve Pasifik	30
Latin Amerika ve Karayipler	32
Orta ve Doğu Avrupa/Bağımsız Devletler Topluluğu (ODA/BDT)	34
Sanayileşmiş ülkeler	36
Gelişmekte olan ülkeler	38
Az gelişmiş ülkeler	40

Giriş

Dünya Çocuklarının Durumu 2008, annelere, yenidoğanlara ve çocuklara yönelik yaşatma ve temel sağlık hizmetlerinin bugünkü durumunu etraflı biçimde değerlendirmektedir. Bu konular insani gelişmenin merkezinde yer almakta, bir ülkenin kalkınmışlık ve refah düzeyinin hassas barometreleri olarak işlev görmektedir, benimsenen önceliklerin ve değerlerin kanıtını sunmaktadır. Çocukların ve annelerinin sağlığı için yatırım yapmak yalnızca insan hakları açısından bir zorunluluk olarak kalmamaktadır; bu yatırım, aynı zamanda sağlıklı bir ekonomik karar, bir ülkenin daha iyi bir geleceğe taşınmasının en iyi yoludur.

UNICEF, henüz sağlık müdahalelerinin kapsamı dışında kalan milyonlarca çocuğa ulaşılmasını sağlayacak kararlı girişimler için çağrıda bulunmaktadır. Çocuk ölümlerinin azaltılması, sağlıkla ilgili Binyıl Kalkınma Hedefleri'ne (BKH) ulaşılmasını gerektirir. Bu hedefler arasında açlığın ve yoksulluğun azaltılması (BKH1); anne sağlığında iyileşmeler (BKH5); HIV ve AIDS, sıtma ve diğer önemli hastalıklara karşı mücadele (BKH6) ve su ve sanitasyonda gelişmeler (BKH7) özellikle önem taşımaktadır. Beş yaş altı çocuk ölümlerinde 1990 ile 2015 arasında üçte iki oranında azalma öngören BKH4'ün gerçekleştirilmesi mümkündür; ancak, bunun için hayli yoğun bir çaba gerekmektedir: Bu hedefe ulaşılması, 2006 yılında 9.7 milyon olan beş yaş altı çocuk ölümlerinin 2015 yılında 5 milyonun altına indirilmesi anlamına gelecektir. Bütün bu hedeflere ulaşılmasının, öncekilerden çok daha ötede siyasal kararlılığı, kaynakları ve sağlık stratejileri gerektireceği açıktır.

Çabalarımızın büyük bölümü, çocuk ölümlerinin hemen hemen yarısının meydana geldiği Sahra Güneyi Afrika'ya odaklanacaktır. Bu bölgede, özellikle Batı ve Orta Afrika'da, beş yaş altı çocuk ölümlerinin toplam sayısının azaltılması anlamında 1990 yılından bugüne pek az ilerleme kaydedilmiştir. Bu arada, çocuk ölümleri açısından ikinci sırada gelen Güney Asya'da da dikkat edilmesi gerekmektedir. Nihayet, halen temel hizmetlerden yoksun durumdaki diğer ülkeler ve topluluklar da gündemdedir.

Son birkaç on yıl içinde çocuk sağlığı alanında edinilen derslerin önümüzdeki yolu aydınlatması gerekir. *Dünya Çocuklarının Durumu 2008* bu dersleri değerlendirmekte ve ortaya çıkan en önemli ilkeleri şöyle özetlemektedir:

- Çocuk ölüm hızlarının ve düzeylerinin en yüksek olduğu ülkeler ve topluluklarla temel sağlık hizmetlerinden yararlanamama riski en fazla olan kesimlere odaklanma gerekliliği.
- Müdahalelerin kapsamının ve etkisinin artırılmasında temel hizmetleri bir pakette toplamanın avantajları.
- Topluluk üyelerinin sağlık görevlileri olarak aktif hale getirmede ve toplulukları daha gelişkin sağlık uygulamaları için seferber etmede topluluk ortaklıklarının yaşamsal önemi.
- Haneleri ve toplulukları dış hizmet ve yayım hizmetleriyle birlikte sağlık kuruluşu temelli bakım çerçevesinde bir arada toplayacak, tüm yaşamı kapsayan bir bakım–hizmet bütünlüğü sağlama zorunluluğu.
- Anne, yenidoğan ve çocuk sağlığı merkezde yer almak üzere, sağlık sistemlerinin geliştirilmesine stratejik ve sonuçlara odaklı bir yaklaşımın yararları.
- Siyasal sahiplenmenin, ulusal ve uluslararası önderliğin ve istikrarlı finansmanın sağlık sistemlerinin güçlendirilmesindeki belirleyici rolü.
- Küresel sağlık programlarının ve ortaklıklarının daha fazla uyumlulaştırılması gerekliliği.

Bu hedeflere ulaşılabilmesi için karar yetkisi taşıyanların; hükümetler ve topluluklar, donörler ve uluslararası kuruluşlar, sivil toplum kuruluşları ve özel sektörün ana–çocuk sağlığını desteklemek üzere eylemlerini ve ortaklıklarını birleştirmeleri gerekmektedir. Hep birlikte çalışarak, annelerin, yenidoğanların ve çocukların kaliteli temel hizmetleri almalarını, sağlık ve beslenme durumlarını iyileştirmelerini sağlayabiliriz ve çocuk yaşatmayı insanlığın ilerlemesine yönelik küresel çabaların merkezine yerleştirebiliriz.



© UNICEF/2007/David Anthony

Her çocuğun sağlıklı bir yaşam sürdürme hakkı vardır. *Topluluk çocuk merkezinde bir grup çocuk, Malavi.*

1 Çocuk yaşatma: Şu an neredeyiz?

Geride bıraktığımız yüzyıl içinde temel sağlık hizmetlerinin kapsamında ve kalitesinde, beş yaş altı çocuk ölümlerinin azaltılmasında, çocukların sağlık ve beslenme durumlarında kayda değer ilerlemeler sağlanmıştır. 1960 yılında, kabaca söylenirse yeni doğan 20 milyon çocuk beş yaşına gelemeden ölüyordu. Sağlıklı tahminlerin elde bulunduğu en son yıl olarak 2006'ya gelindiğinde ise, tüm dünyadaki yıllık çocuk ölüm sayısı, kayıt tutulan yıllar itibarıyla ilk kez 10 milyonun altına, 9.7 milyona inmiştir.

Hükümetlerin, donörlerin, uluslararası kuruluşların ve sağlık alanında görev yapanların kararlı çabaları sonucunda çiçek hastalığı ortadan kaldırılmış, ayrıca kızamık ve çocuk felci gibi önemli hastalıklara karşı ciddi ilerlemeler sağlanmıştır. Çocukların yeterince beslenmelerine giderek daha fazla önem verilmesi sonucunda birçok ülkede yetersiz beslenmeye maruz çocukların sayısı önemli ölçüde azalmıştır. Su, sanitasyon ve hijyen alanlarında daha gelişkin uygulamalar sayesinde ishalleri hastalıklarda azalma görülmüştür.

Son yıllarda, temel hizmetlerin sunumunda ve sağlıklı uygulama ve davranışların yaygınlaştırılmasında sağlanan kayda değer ilerlemeler, iyimserlik için bir zemin oluşturmaktadır. Örneğin, yılda en az bir doz A vitamini takviyesi yapılan 6–59 aylık çocukların sayısı 1999 yılında bu yana yüzde 50 artmıştır. Kızamık aşılarında kapsamın genişlemesi ve takip kampanyaları küresel kızamık ölümlerinde yüzde 60 azalma sağlanmasına katkıda bulunmuş, bu arada kızamık ölümleri 1999 ile 2005 yılları arasında Sahra Güneyi Afrika’da yüzde 75 azalmıştır. Bebeklerin belirli bir dönem yalnızca anne sütüyle beslenmesi şeklindeki uygulama da, gene Sahra Güneyi Afrika’nın birçok ülkesinde son on yılda önemli ölçüde yaygınlaşmıştır.

Bunların yanı sıra, kimi başka alanlar ve müdahalelerde de önemli ilerlemeler sağlanmıştır. Örnekler şöyle sıralanabilir: HIV’nin anneden çocuğa bulaşmasını önlemeye yönelik çabalar; HIV’li çocukların tedavisi; ilaçlanmış sivrisinek cibinliklerinin daha yaygın kullanımı ve artemisinin temelli karma tedavi yoluyla sıtmanın önlenmesi ve tedavisi; ve iyotlu tuz kullanan hanelerin artması. Bunlar, geçerliliği kanıtlanmış, etkili ve maliyet açısından da uygulanabilir müdahalelerdir. Bugün ortada duran görev ise, gerek bu sıralananlarda gerekse diğer temel müdahalelerde kapsamın daha da genişletilmesidir. Bu genişleme, başta Sahra Güneyi Afrika ve Güney Asya’dakiler olmak üzere hizmet ve müdahalelerin henüz sınırlı kaldığı ülkeler için özellikle gereklidir.

Buna karşılık, çocukluk dönemi hastalıklarının etkili tedavisinde kapsam olarak fazla gelişme sağlanamamıştır. Bugün zatürree başka herhangi bir hastalığa göre daha fazla çocuk ölümüne neden olduğu halde — beş yaş altı çocuk ölümlerinin yüzde 20’si bu hastalık yüzündendir — zatürree kuşkusu bulunan çocukların yalnızca yüzde 56’sı bakım için sağlık kuruluşlarına götürülmektedir. Çocuklarla ilgilenen her dört kişiden yalnızca biri çocuklarda zatürree vakalarının başlıca belirtilerini, yani sık ve güç soluk alma durumunu tanıyabilmektedir. İshal, beş yaş altı çocuklar arasında her yıl 2 milyon civarında ölüme neden olmaktadır. Tavsiye edilen tedavi — ağızdan sıvı tedavisi veya beslenmenin sürdürülmesiyle birlikte çocuğa ek sıvı verilmesi — 1995 ile 2005 yılları arasında giderek daha geniş bir kesimi kapsasa bile, gelişmekte olan ülkelerde ishale yakalanan çocukların halen yalnızca üçte biri uygun tedavi görmektedir. Yetersiz beslenme sorununun aşılması bir başka gündemdir; çünkü çocuk ölümlerinin yüzde 50’sinde yetersiz beslenmenin payı vardır.

Bir başka görev de, gebelik, doğum, doğum sonrası ve erken çocukluk döneminde ergenlere ve çocuklara yönelik temel sağlık hizmetlerinin ölçeğinin genişletilmesidir. Gelişmekte olan ülkeler ve bölgeler söz konusu olduğunda gebe her 4 kadından biri hiç doğum öncesi bakım almamakta, ayrıca kadınların yüzde 40 vasıflı herhangi bir sağlık görevlisi yanlarında bulunmadan doğum yapmaktadır. Beş yaş altı çocuklar arasındaki ölümlerin neredeyse yüzde 40'ı, çeşitli komplikasyonlar yüzünden neonatal dönemde, yaşamın ilk 28 günü içinde meydana gelmektedir.

Dolayısıyla, genel olarak bakıldığında, sağlanan bütün kazanımlara karşın çocuk ölümlerindeki durum bundan 25 yıl öncesine göre daha az can yakıcı veya üzücü değildir. Bilindiği gibi Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) 'çocuk yaşatma devrimini' bundan 25 yıl önce başlatmıştı. Her gün, dünyanın şurasında veya burasında beş yaş altı ortalama 26 bin çocuk ölmektedir ve bu ölümlerin çoğu önlenemez nedenler yüzündendir. Bu çocukların neredeyse tamamı gelişmekte olan ülkelerde, daha somut söylemek gerekirse gelişmekte olan 60 ülkededir. Dünyadaki bölgelerin yarısı BKH 4'e ulaşma yolunda olsa bile (*bakınız sayfa 7*) birçok ülke geride kalmış durumdadır ve bu ülkelerin hedefe ulaşmak için ilerlemeyi hızlandırmaları gerekmektedir.

BKH 4'e küresel ölçekte ulaşılması, çeşitli cephelerde daha fazla çaba gerektirmektedir. Kaliteli sağlık hizmetlerinde kapsamı genişleterek sağlıkla ilgili diğer BKH'lere ulaşılması da bu görevler arasındadır. Ayrıca, en yoksul, marjinal konumdaki topluluklara ulaşma açısından stratejilerin yeni baştan gözden geçirilmesine gerek vardır.

Son birkaç on yıl içinde gelişmekte olan birçok ülkenin çocuk ölümlerini azaltmada sağladığı kayda değer ilerleme, iyimserlik gerekçeleri sunmaktadır. Çocuk ölümlerinin nedenleri de, çözüm yolları da iyi bilinmektedir. Milyonlarca çocuğun yaşamını kurtarabilecek basit, güvenilir ve maliyet açısından etkili müdahaleler elimizin altındadır. Ortada duran görev, bu tür müdahale veya çarelerin — anne, yenidoğan ve çocuk sağlığının oluşturduğu bütünlük içinde — bugüne dek hizmetin götürülemediği milyonlarca çocuğa ve aileye ulaştırılmasıdır.

Anne, yenidoğan ve çocuk sağlığında zamana ve mekâna göre durum

Annelerin ve çocukların yaşamlarının yaşam boyu gerçekleştirilecek birtakım temel müdahalelerle kurtarılması, anne, yenidoğan ve çocuk sağlığı bütünlüğünün temel hedefidir. Bakım bütünlüğü kavramı, anne, yenidoğan ve çocuk ölümlerinin, beslenme yetersizliği ile benzer ve bağlantılı bir dizi ortak nedene sahip olduklarının saptanmasından kaynaklanmıştır. Bu nedenler şöyle sıralanabilir: gıda güvensizliği, kadınlarda okumaz yazmazlık, erken gebelikler ve düşük ağırlıklı doğum dahil sorunlu doğumlar, yetersiz besleme uygulamaları, hijyene özen göstermeme, temiz su ve yeterli sanitasyon imkanlarının olmayışı; yoksulluk, coğrafi veya siyasal marjinalite yüzünden hizmetlere ulaşamama veya hizmet kapsamı dışında bırakılma; kaynak bakımından sıkıntılı, duyarsız ve kültürel ortamlara uygun düşmeyen sağlık ve beslenme hizmetleri.

Bakım bütünlüğü, son birkaç on yıl içinde biriken kanıtlar ve deneyimlerden çıkarılan dersleri yansıtmaktadır. Konunun iki boyutu, uygulamaya da ışık tutmaktadır. Zaman: Annelere ve çocuklara, gebelik, doğum, postpartum dönem, bebeklik ve erken dönem çocuklukta temel hizmetlerin ulaşmasının sağlanması. Yer: Temel hizmetlerin sunumunun, ev, topluluk, dışarıya hizmet ve sağlık kuruluşu temelli bakımı bütünleş-tiren dinamik bir temel sağlık sistemi ile ilişkilendirilmesi. Bu etmenler, annelerin ve çocukların hastalık ve ölüm risklerinin gerek doğum öncesinde gerekse sonrasında en yüksek düzeye ulaştığını, ayrıca hizmet ve bakım açıklarının bunlara en fazla gereksinim duyan hane ve topluluklarda en fazla görüldüğünü kabul etmektedir.

Sağlık bakımı hizmetleri bütünlüğünde geniş kapsama ulaşılmasının öngörülen etkisi çok çarpıcı olabilir. Örneğin, Sahra Güneyi Afrika'da bakım bütünlüğünün annelerin ve yeni doğan bebeklerin yüzde 90'ını kapsaması durumunda yenidoğan ölümlerinin üçte ikisinin önlenmesi ve her yıl 800.000 yaşamın kurtarılması mümkün olabilecektir.

Çocuk ölümlerini azaltmada sağlanan küresel ilerleme BKH 4'e ulaşma açısından yetersiz*

1990–2006 durumunda gözlenen beş yaş altı ölüm oranında (5YKÖ) 1990–2006 döneminde gözlenen yıllık ortalama düşüş oranı (YODO) ve BKH 4'e ulaşmak için 2007–2015 döneminde sağlanması gereken YODO.

	5YKÖ		YODO		BKH doğrultusunda sağlanan ilerleme
	Bin canlı doğumda ölüm sayısı	2006	Gözlenen %	Gerekten %	
Sahra Güneyi Afrika	187	160	1.0	10.5	İlerleme yetersiz
Doğu ve Güney Afrika	165	131	1.4	9.6	İlerleme yetersiz
Batı ve Orta Afrika	208	186	0.7	11.0	İlerleme yok
Orta Doğu ve Kuzey Afrika	79	46	3.4	6.2	İlerleme yetersiz
Güney Asya	123	83	2.5	7.8	İlerleme yetersiz
Doğu Asya ve Pasifik	55	29	0.5	1	Ulaşma yolunda
Latin Amerika ve Karayipler	55	27	4.4	4.3	Ulaşma yolunda
ODA/BDT	53	27	4.2	4.7	Ulaşma yolunda
Sanayileşmiş ülkeler/bölgeler	10	6	2.6	6	Ulaşma yolunda
Gelişmekte olan ülkeler/bölgeler	103	79	1.7	9.3	İlerleme yetersiz
Dünya	93	72	1.6	9.4	İlerleme yetersiz

* BKH doğrultusunda sağlanan ilerleme, ülkelerin sınıflandırılması aşağıdaki eşiklere göre yapılmıştır:

Ulaşma yolunda – 5YKÖ 40'ın altında veya 5YKÖ 40 veya daha yüksek olduğu halde 1990–2006 döneminde gözlenen beş yaş altı çocuk ölümleri yıllık ortalama düşüş oranı (YODO) yüzde 4.0 veya daha yüksek.

İlerleme yetersiz – 5YKÖ 40 veya daha yüksek ve 1990–2006 dönemindeki YODO yüzde 1.0 ile yüzde 3.9 arasında.

İlerleme yok – 5YKÖ 40 veya daha yüksek ve 1990–2006 dönemindeki YODO yüzde 1.0'in de altında.

Kaynak: UNICEF tahminleri, Kuruluşlar Arası Çocuk Ölümleri Tahmin grubu'nun çalışmalarını temel almaktadır.



© UNICEF/HQ99-0390/Mark Thomas

Annelere, yenidoğanlara ve çocuklara yönelik sağlık hizmetleri bütünlüğünde, ilerlemeyi hızlandıracak stratejilere odaklanmak gerekiyor. *Bir mülteci kampındaki klinik, Eski Yugoslav Cumhuriyeti Makedonya.*

2 Gelişen sağlık hizmetleri sistem ve uygulamalarından çıkartılan dersler

20. yüzyılın başlarından bugüne temel hizmetlerin verilmesine yönelik farklı yaklaşımların incelenmesi, bir dizi etkili müdahalenin ve politikanın ilerlemenin hızlandırılması açısından potansiyel taşıdığını göstermektedir. Bu farklı yaklaşımlar, örneğin sıtma veya yetersiz beslenme gibi tek bir hastalığa veya duruma yönelik girişimlerden, hastane ve klinik imkanlarını, ayakta tedavi ve topluluklara uzanmayı, hane ve topluluk temelli bakımı bütünleştiren yaklaşıma kadar geniş bir alana yayılmaktadır.

Hastalık kontrolü: Belirli hastalıkların kontrol altına alınmasına yönelik çabalar 20. yüzyılın başlarında başlamış, ardından belirli bir teknolojiye dayanarak belirli bir hastalığın ortadan kaldırılmasına veya azaltılmasına yönelik çalışmalar, ‘kitlesel kampanyaların’

yaygınlaşmasıyla 1950'ler, 60'lar ve 70'lerde belirgin bir hız kazanmıştır. Bu 'dikey' kitlesel kampanyalardan bazılarının, özellikle de çiçek eradikasyon kampanyasının başarısı, muhtemelen tarihteki en başarılı önleyici halk sağlığı programının temel taşlarından birini oluşturmuştur: 1974 yılında başlatılan Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP). Örneğin kızamık gibi belirli hastalıkları kontrol altına almaya yönelik çabalar bugün gene gündemdedir ve bunlara hatırı sayılır donör desteği sağlanmaktadır.

Kapsayıcı temel sağlık hizmetleri: İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra Çin, Endonezya ve Nijerya gibi birbirinden farklı ülkelerde topluluk sağlığı alanında ortaya çıkan başarılı yenilikler, bir dizi sağlık hizmetinin, belirli hastalıkları hedef alan çalışmaların ötesine taşınabileceğini göstermiştir. Önemli bir dönemeç oluşturan 1978 Alma-Ata Uluslararası Konferansı'nda teyit edilen ve pekiştirilen önceliklendirilmiş temel sağlık hizmetleri yaklaşımı, sağlık hizmetleri kavramının kapsamını belirli hastalıkların kontrolünün ötesine taşıyarak yeni kavram ve alanlara uzandı. Bunlar, topluluk katılımı, hakkaniyet, sağlık koşullarının iyileştirilmesi, sağlık hizmetlerinin sunumuna entegre yaklaşım ve sektörler arası işbirliği idi. Temel sağlık alanındaki bu ve benzeri diğer ilkeler, son birkaç on yıl içinde sağlık sistemlerinin yapılanmasında ve gelişmesinde yol gösterici bir işlev görmüştür.

Önceliklendirilmiş temel sağlık hizmetleri: Ekonomik sıkıntılar ve diğer etmenler, temel sağlık hizmetleri yaklaşımının yaşama geçirilmesini 1980'li yıllarda engelleyen etmenler oldu. Bunun yerine, alternatif bir çerçeve olarak önceliklendirilmiş temel sağlık hizmetleri anlayışı ön plana çıktı. Burada, belli başlı hastalıklar ve durumlardan hareketle bir alt küme tanımlanıyor, ardından belirli hedeflere ulaşmak üzere görece ucuz tıbbi teknolojilerle bu kümeye odaklanılıyordu. Önceliklendirilmiş temel sağlık hizmetleri donörlerden güçlü bir destek buldu. UNICEF'in öncülüğünde 1982 yılında başlatılan 'çocuk yaşatma devrimi' de bu çerçeveye dayanıyordu. Devrim, özel olarak odaklandığı düşük maliyetli dört müdahalenin baş harflerinden hareketle 'GOBI' şeklinde adlandırılıyordu — yetersiz beslenmeye karşı büyümenin izlenmesi, çocuklarda ishal vakalarına karşı ağızdan sıvı tedavisi, küçük çocuk sağlığı için anne sütüyle besleme ve altı ölümcül çocuk hastalığına karşı bağışıklama. DSÖ tarafından yürütülen önemli programlar da GOBI'yi destekliyordu. Bunlar, Genişletilmiş Bağışıklama Programı ile birlikte, ishali hastalıkları ve akut solunum yolu enfeksiyonlarını kontrole yönelik programlardı. Bütün bunlar, 1980'li yıllarda çocuk ölümlerinin azaltılmasına önemli bir katkı sağlamıştır.

Entegre yaklaşımlar: 1990'larla birlikte içinde bulunduğumuz on yılın ilk dönemleri sağlık hizmetlerinin sunumunda entegre yaklaşımların yeniden ön plana çıkmasına tanıklık etmiştir. Bu entegre yaklaşımlar, sağlık alanındaki belirli sorunlara yönelik maliyet etkin çözümler üzerinde odaklanmaktadır. Temel özellikleri, topluluk katılımının, sektörler arası işbirliğinin ve yaklaşımların genel sağlık sistemine içselleştirilmesinin öngörülmesidir. Bu tür yaklaşımlardan biri de Bamako Girişimidir. Sponsorluğunu UNICEF ve DSÖ'nün yaptığı Bamako Girişimi, 1987 yılında Afrikalı sağlık bakanları tarafından benimsenmiştir. Bu strateji, sağlık ocakları aracılığıyla entegre asgari sağlık paketlerinin halka ulaştırılmasına dayanıyor, topluluk ortaklıklarına ve ilaçların bulunabilirliğine özel önem veriyordu.

Entegrasyonla ilgili bugünkü başat çerçeve IMCI'dir (Çocuk Hastalıklarının Entegre Yönetimi). IMCI çocuk hastalıklarının vaka bazında ele alınmasında geniş kapsamlı ve öğeleri birbiriyle kesişen bir yaklaşıma dayanmaktadır. Sağlık görevlilerinin performansını artırmayı, sağlık sistemlerini güçlendirmeyi, topluluk ve aile düzeyindeki uygulamaları iyileştirmeyi hedefleyen IMCI stratejileri, ilk ortaya çıktıkları 1992 yılından bu yana 100'ü aşkın ülke tarafından benimsenmiştir.

Temel sağlık hizmetlerine entegre yaklaşımın daha yakın zamanlardan bir örneğini 'Hızlandırılmış Çocuk Yaşatma ve Gelişim' (ACSD) girişimi oluşturmaktadır. 2001 yılında Kanada Uluslararası Kalkınma Ajansı tarafından başlatılan ACSD bugün beş yaş altı ölüm oranının yüksek olduğu 11 Batı ve Orta Afrika ülkesinde 16 milyondan fazla insanı kapsayacak konuma gelmiştir. 'Hızlandırılmış Çocuk Yaşatma ve Gelişim' şu noktalara odaklanmaktadır: aile sağlığı, beslenme ve hijyen uygulamalarında topluluk temelli gelişme; temel hizmet ve ürünlerin halka ulaştırılmasını amaçlayan dış hizmetler ve kampanyalar; ve temel hizmetlerden oluşan asgari entegre paketin sağlık kuruluşu temelinde sunumu. ACSD, mevcut bazı yaklaşımların güçlü yanlarını temel almaktadır. Bu yaklaşımlar, Doğum Öncesi Bakımda 'artı' programları, Genişletilmiş Bağışıklama Programı ve Çocuk Hastalıklarının Entegre Yönetimidir.

Birleşik bir çerçeveye doğru: Anne, yenidoğan ve çocuk sağlığı uzmanları, geçtiğimiz yüzyılın derslerini bir süzgeçten geçirerek artık yavaş yavaş bir dizi stratejik ilke üzerinde mutabakata ulaşmaktadır. Bunlar:

- *Temel sağlık hizmetleri ilkelerinin bir kez daha teyidi:* Çocuk yaşatma, büyütme ve gelişim alanlarında aile ve topluluk ortaklıklarının birincil öneminin vurgulanması.
- *Sağlık hizmetlerinin sunumuna ‘sağlık sistemlerinin sonuçlara dönük geliştirilmesi’ yaklaşımı,* maliyet etkin müdahale paketlerinde ölçek büyütülmesi ve bunların anne ve çocuklara yönelik bakım btnlğne dahil edilmesi yoluyla seçici/dikey ve kapsamlı/yatay yaklaşımların gcl yanlarını bir araya getirmektedir. Bu yaklaşım, her ikisinin de sistemleri sonuç alıcı hale getirerek gerçekleştirilebileceğini savunarak, sonuç elde etmeye yönelik dikey yaklaşımlarla sistemleri gclendirmeye yönelik entegre yaklaşımlar arasında sürüp giden dikotominin dışında kalmaktadır.
- *Ulusal ve uluslararası düzeylerde çalışmanın geliştirilmiş yolları,* eşgüdüm, uyumlulaştırma ve sonuç boyutlarına özel vurgu yapmaktadır — en belirgin rneği, sağlıkla ilgili Binyıl Kalkınma Hedefleri’ne ulaşılması bağlamında görülmektedir.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda yaklaşık yüz yıllık geçmişe sahip yaklaşımlardan ortaya çıkan bir genel ve kucaklayıcı ilke varsa o da şudur: Tek başına hiçbir yaklaşım her koşulda uygulanabilir nitelik taşımaz. Sağlık hizmetlerinin organizasyonu, sunumu ve müdahale yönelimi, insani ve finansal kaynak sıkıntılarını, sosyoekonomik koşulları, sağlık sisteminin mevcut kapasitesini ve nihayet sonuca ulaşmada öngörülen ivediliği karşılayacak biçimde uyarlanmalıdır.



© UNICEF/HQ06-2052/Pablo Bartholomew

Topluluk ortaklıkları, anne, yenidoğan ve beş yaşından küçük çocuk ölümlerinin azaltılmasında temel önemdedir. *Bir topluluk kalkınma çalışması, Hindistan.*

3 Annelere, yenidoğanlara ve çocuklara yönelik temel sağlık hizmetlerinde topluluk ortaklıkları

Sağlık alanındaki Binyıl Kalkınma Hedefleri'ne ulaşılması, sağlık sistemlerinin her düzeyde güçlendirilmesini gerektirecektir: tesis temelli hizmetler, resmi halk sağlığı programları ve topluluk ortaklıkları. Giderek biriken kanıtlar, toplulukta ve hanelerde daha gelişkin sağlık uygulamalarının, sağlık sistemindeki sevk işlemleriyle birlikte, beş yaş altı çocuk ölümlerinin azaltılmasında çok önemli bir etki yaratabildiğini göstermektedir. Sonuçta, gerek ulusal politikalarda, gerekse sağlık alanındaki uluslararası ortaklık ve programlarda, entegre sağlık sistemlerine ve topluluk temelli sağlık hizmetlerine bir kez daha özel vurgu yapılmaktadır.

Topluluk ortaklıkları ve topluluk katılımı, özellikle sağlık sistemlerinde kapasite yetersizliği olan ülkelerde ve gene özellikle en

yoksul ve marjinal nüfus kesimleri açısından, sağlık, beslenme ve çevre koşullarının iyileştirilmesinde büyük bir potansiyele sahiptir. Deneyler, başarılı topluluk ortaklıklarının birkaç temel etmende ortaklaştıklarını göstermektedir:

- *Sıkı ve kapsayıcı bir topluluk örgütlenmesi ve katılımı:* Belirli bir topluluktaki yerleşik yapılara dayanan, toplumsal açıdan kapsayıcı, topluluk üyelerini planlama ve değerlendirme süreçlerinin yanı sıra uygulamaya da dahil eden programlar, gelişmekte olan ülkelerde en fazla başarı kazanan programlardır.
- *Topluluk sağlık görevlilerinin desteklenmesi ve özendirilmesi:* Topluluk temelli tedavinin, eğitimin ve danışmanlığın başlıca öz-neleri durumunda olan topluluk sağlık görevlilerinin, yükümlülüklerini yerine getirebilmeleri, motivasyonlarını sürekli kılabilmeleri ve görevlerini bırakmamaları için teşvik ve desteğe gereksinimi vardır.
- *Yeterli program denetimi ve desteği:* Topluluk üyelerinin ilgi ve motivasyonlarının canlı tutulması ve işi bırakmalarının önlenmesi için denetim gereklidir. Lojistik, malzeme ve donanım temini, diğer önemli destek türleridir.
- *Sağlık kuruluşu temelli bakım için iyi işleyen bir sevk sistemi:* Hastaneler ve klinikler, topluluk ortaklıklarının başarısında önemli bir bileşeni oluşturmaktadır. Bu kuruluşlar, örneğin acil obstetrik müdahale gibi, başka yer ve ortamlarda güvenli biçimde yapılamayacak hizmetler verirler. İlçe sağlık sistemleri, halk sağlığı programının eşgüdümünde odak nokta olarak işlev görür.
- *Diğer programlar ve sektörlerle işbirliği ve eşgüdüm:* Anne, yenidoğan ve çocuk sağlığına bütünlüklü bir yaklaşım, sağlık, beslenme, hijyen, başlıca hastalıklar ve gıda güvenliği gibi konuları ele alan programlar ve sektörler arasında ortak hareketi gerektirir. Ulaşım altyapısının yetersizliği, su ve sanitasyon imkanlarına erişim gibi alanlardaki girişimlerin de gene bu çerçevede ele alınması gerekir.
- *Gerekli finansmanın sağlanması:* uzun vadede başarılı olmak için, topluluk ortaklıklarının finansmanında sürdürülebilirlik ve hakkaniyet gibi öğeler de dikkate alınmalıdır. Maliyet paylaşımı ve topluluk sağlık görevlilerine yönelik finansal özendiriciler de bu kapsamdadır.

- *İlçe-ülke düzeyi programlar ve politikalarla entegrasyon:*
Gerekli stratejilerin geliştirilmesi, anne ve çocuk yaşatmanın net hedefler ve somut ölçütlerle ulusal ve yerel planlarda ve bütçelerde ön planda yer alması için, karşılıklı fikir alışverişine dayanan çok paydaşlı süreçler gerekmektedir.

En yoksulları da aralarında olmak üzere dünyadaki birçok ülke topluluk temelli sağlık programlarını başarıyla uygulamıştır. Bangladeş'te (BRAC), Hindistan'da (Jamkhed ve diğerleri) ve Pakistan'da (Kadın Sağlık Görevlileri) uygulanan geniş ölçekli topluluk sağlık görevlisi girişimlerinin başını, çoğu kez kadın grupları olmak üzere, hep yerel kuruluşlar çekmiştir. Bu gruplar, kendi topluluklarında yerleşik durumda olup örneğin eğitim ve kredi, ayrıca sağlık dahil olmak üzere diğer kalkınma alanlarına da uzanan yapılanmaları temel almıştır

Filipinler'de, ülkedeki en küçük idari birim olan *barangay* düzeyindeki sağlık görevlileri çocuk yaşatma alanındaki iyileşmelerin itici gücünü oluşturmuşlardır. Bu başarıyı getiren, 1995 tarihli Barangay Sağlık Görevlileri Hakları ve Özendiricileri Yasası'dır. Bu yasa, geçim ödeneği, kariyer zenginleştirme ve özel eğitim programları ve kredilerde öncelik gibi öğeler öngörmektedir. Kuruluşlar, diğer programlarla işbirliği ve eşgüdüm içinde tüm dünyadaki örnek uygulamalara ilişkin bilgileri paylaşmışlardır. Örneğin, beş yaş altı çocuk ölümlerinin azaltılmasına yönelik 'Temel Grup' yaklaşımında toplulukları eğitecek kişiler grup etkileşimi yoluyla eğitilmektedir ve buna ilişkin yöntemler Kamboçya, Malavi, Mozambik ve Ruanda gibi ülkelerde başarıyla uygulanmaktadır.

Annelere ve çocuklara yönelik temel sağlık hizmetlerinde başarılı topluluk ortaklıklarına çeşitli örnekler verilebilir. Bu örnekler, Orta ve Doğu Avrupa ve Bağımsız Devletler Topluluğu, Doğu Asya ve Pasifik, Latin Amerika ve Karayipler, Orta Doğu ve Kuzey Afrika, Güney Asya ve giderek artan şekilde Sahra Güneyi Afrika gibi bölgelerde görülmektedir. Şimdi ortada duran görev bu deneyimlerden dersler çıkarmak, programların ölçeğini büyütme ve sağlık sistemlerinin bugüne dek es geçtiği milyonlarca çocuğa ulaşmaktır.



© UNICEF/HQ96-1005/Shehzad Noorani

Sağlık alanındaki temel müdahalelerde ve yaklaşımlarda ölçek büyütülmesi, gerek ilerlemeyi hızlandıran stratejilerin gerekse engellerin iyi kavranmasını gerektirir. *Büyüme izlemesinde bir bebeği tartan bir sağlık görevlisi, Filipinler.*

4 Topluluk ortaklıklarının, bakım–tedavi bütünlüğünün ve sağlık sistemlerinin güçlendirilmesi

Çocuk yaşatma alanındaki ilerlemelerin hızlandırılması, sağlık sektöründe yüzyıl boyunca meydana gelen gelişmelerden dersler çıkarılıp uygulanmasını ve topluluk ortaklıklarını, bakım ve sağlık sistemleri bütünlüğünü güçlendirici etkili yaklaşımlar benimsenmesini gerektirir. Dünya Bankası, Dünya Sağlık Örgütü ve UNICEF dahil önde gelen uluslararası kuruluşlar tarafından geliştirilen ortak çerçeveyi temel alan *Dünya Çocuklarının Durumu 2008*, gelişmekte olan ülkelerde ve bölgelerde sağlık sistemlerinin güçlendirilmesi açısından, gelecek on yıldaki politikalar, programlar ve ortaklıklar için gerekli, her biri kendine özgü, ancak birbiriyle ilişkili beş eylem belirlemektedir.

Eylem I: *Bakım–tedavi bütünlüğününin sağlanabilmesi için, belirli hastalıklara özgü müdahalelerin, kanıtlara dayalı, etkisi yüksek ve bütünlüklü paketlerle bütünleştirilmesi.* Burada müdahale paketlerinin belirlenmesi, kapsam ve hizmet sunumuna ilişkin ölçü ve hedefler konulması ve kombine hizmetlerin üç ana yoldan sunumu gerekir: vasıflı profesyonellerce düzenli aralıklarla denetlenmek üzere aile yönelimli, topluluk temelli hizmetler; vasıflı veya yarı vasıflı görevliler tarafından sağlanan nüfus yönelimli, programlı hizmetler; ve gelişkin becerilere sahip sağlık görevlilerini gerektiren, kişiye yönelik klinik hizmetler.

Eylem II: *Temel hizmetlerin ölçeğinin büyütülmesinde, ana–çocuk sağlığının entegre ulusal planlama süreçlerinin merkezi bir ilkesi haline getirilmesi.* Paket halinde toplanmış müdahalelerde ölçek büyütülmesine yönelik ulusal stratejik planlarda alınması gereken önlemler şunlardır: sağlık sistemindeki darboğazların belirlenmesi ve giderilmesi; kapsamadaki ilerlemelerin ve sorunların izlenmesi; müdahale paketlerinin devreye sokulması ve sağlık sisteminin güçlendirilmesi; birçok ülkede sağlık hizmetlerinde görülen insan kaynakları krizinin ele alınması; sağlık sistemlerinin geliştirilmesinde sonuçlara odaklı yaklaşımlar geliştirilmesi; ve sağlık sistemlerinin ilçe düzeyinde güçlendirilmesi.

Eylem III: *Sağlık sistemlerinin güçlendirilmesine yönelik finansmanda kalite ve tutarlılığın sağlanması.* Sağlık sistemlerinde ölçek büyütülmesine yönelik planların finansmanında gözetilecek beş ilke konusunda bir mutabakat şekillenmektedir. Bunlar: yapılan anlaşmalar yoluyla performansın öngörülebilir bir çerçevede ödüllendirilmesi; kalkınma yardımlarının ülkelerde mevcut sistemlerle uyumlu hale getirilmesi; sonuçlara dayalı finansman; sağlık sistemlerinin geliştirilmesiyle ilgili ölçü eşiklerinin ve sonuç göstergelerinin belirlenmesi; ve yenilikçi ve eşitlikçi finansman stratejileri geliştirilmesidir.

Eylem IV: *Siyasal kararlılığın sağlanması.* Defalarca kanıtlanmıştır ki, hükümetler öncülüğünde üzerlerine aldıklarında, başarı kazanan küçük ölçekli ve pilot projeleri yaygınlaştırma kararlılığı gösterdiklerinde, bu girişimler hızla bütün ülkeye kalıyor. Brezilya'daki topluluk sağlık çalışanları programı ve Bolsa Familia girişimi, Meksika'daki sağlık, beslenme ve eğitim programı PROGRESA ve Seguro Popular de Salud sağlık sigortası sistemi, Endonezya'daki topluluk sağlık görevlileri, Mısır'daki ağızdan sıvı tedavisi girişimleri ve Etiyopya'daki Sağlık Programı, hükümetler

sağlık ve sosyal refah programlarına bir küçük finansman sağladıklarında bile ölçek büyütmede ne ölçüde zengin bir potansiyel yaratılabileceğini göstermektedir. Finansman artışına ek olarak, Hükümetlerin, ayrıca, gerekli teknik ve idari kapasiteyi oluşturup bunu sürekli kılmaya da kararlı olmaları gerekir

Eylem V: Küresel sağlık programlarının ve ortaklıklarının daha ileri düzeyde uyumlulaştırılmasına yönelik koşulların oluşturulması. Sağlık alanında yeni programlar ve ortaklıkların hızla yaygınlaşması, gelişmekte olan ülkeler açısından, yönetme ve eşgüdüm sağlama şöyle dursun izleme açısından bile zorlu bir görev ortaya koymaktadır. Bunu dikkate alan OECD Kalkınma Yardımları Komitesi küresel programların ülke ölçeğinde uyumlulaştırılması için bir Örnek Uygulamalar Kılavuzu hazırlamıştır. Bu kılavuz, uygulamaların ülkelere daha fazla sahiplenilmesi, uyumlulaştırma ve ortaklaştırma bakımından küresel ölçekteki programların yönetim ve uygulamasını güçlendirmeyi, böylece ana-çocuk sağlığında karşılıklı hesap verebilirliği sağlamayı amaçlamaktadır.

Hükümetler, donörler, uluslararası kuruluşlar ve küresel sağlık ortaklıkları açısından etkili bir ölçek büyütme, başlıca paydaşların temel sağlık hizmetlerinde yeni bir çalışma tarzını benimsemelerini gerektirmektedir. Bu paradigmanın merkezi paradigması birliktir. Ana-çocuk sağlığının çeşitli alanlarında gelişme sağlamaya yönelik girişimler ve ortaklıklar sayıca hayli fazladır ve bu sayı giderek artmaktadır. Ancak, annelere ve çocuklara ilişkin Binyıl Kalkınma Hedefleri'nin gerçekleşebilmesi için bu girişimler ve ortaklıkların daha fazla bütünlüğe ve uyuma taşınması gerekmektedir.



© UNICEF/HQ06-0963/Shehzad Noorani

Sağlıkla ilgili BKH'lerin gerçekleştirilmesi, anne, yenidoğan ve çocuk ağırlığı alanlarında birleşik girişimleri ve ortaklıkları gerektirir. *Aşı sıralarını bekleyen çocuklar, Bangladeş*

5 Çocuk yaşatma adına birleşmek

Binyıl Kalkınma Hedefleri ütopyik bir dizi hedeften ibaret değildir. Dünyanın kimi önde gelen siyasetçilerinin, kalkınma uzmanlarının, iktisatçılarının ve bilim insanlarının yoğun düşüncelerinin ve titiz hesaplamalarının ürünüdür ve insani gelişmenin hızlandırılması açısından dünyanın besleyebileceği en aydınlık umudu temsil etmektedir.

Söz konusu hedeflere ulaşılması, 2005 ile 2015 yılları arasında 30 milyon çocuğun ve 2 milyon annenin yaşamının kurtarılması anlamına gelecektir. Böylece, yüz milyonlarca çocuk, erkek ve kadın açlıktan kurtulacak, temiz su ve sanitasyon imkanlarından yararlanacak, eğitim görme ve başkalarının yararlandıkları aynı ekonomik avantajlara ve siyasal fırsatlara kavuşma olanakları bulacaktır.

Belirli bölgeler ve ülkeler geride kalsa bile, siyasal kararlılık gösterilmesi, gerekli kaynakların ve uygun stratejilerin devreye sokulması durumunda geri kalan zaman süresi içinde bütün bu hedeflere ulaşılması mümkündür. Birleşik bir tepki için sekiz merkezi eyleme gerek vardır:

- Çocuk yaşatma ve çocuk sağlığı alanında destekleyici bir ortam yaratılması: sağlık sistemlerinin ve programlarının hakları temel olması; barış, güvenlik, çocuk koruma, ayırım gözetmeme, toplumsal cinsiyet eşitliği ve kadının güçlendirilmesi gibi alanlardaki çalışmaları desteklemesi.
- Bakım–hizmet bütünlüğünün zaman ve mekan itibarıyla geliştirilip güçlendirilmesi: Bakım–hizmet bütünlüğünde, annelerin ve çocukların yaşamlarının kritik dönemlerinde temel hizmetler sağlanmalıdır. Ayrıca, hane, topluluk, kaliteli dış hizmet ve birinci kademe sağlık kuruluşlarıyla hastanelerde sağlanan klinik hizmetler gibi ögeler arasında güçlü bağlantılar oluşturulmalıdır.
- Sağlık sistemlerinin ve topluluk ortaklıklarının güçlendirilmesiyle temel hizmetlerden oluşan paketlerin uzandığı kesimlerin genişletilmesi: sağlık görevlilerinin eğitilmesine, dışarıya hizmet verilmesine, darboğazların aşılmasına ve yeni teknolojilerden yararlanılmasına yönelik girişimler.
- Veri, araştırma ve kanıt dayanaklarının genişletilmesi: ana–çocuk sağlığı alanında kanıtlar hayli zengin kaynaklarca sağlanıyor olsa bile, veri toplama ve yayma, araştırma ve değerlendirme gibi alanlarda daha titiz çalışmalara gerek vardır.
- Kaynakların anneler, yenidoğanlar ve çocuklar için harekete geçirilmesi: Donörlerce sağlanan yardımlar artmaktadır. Ancak bu artış hedeflere ulaşma açısından yeterli değildir. Ulusal hükümetlerin de sağlık alanındaki harcamaları arttırma sözlerini yerine getirmeleri gerekir.
- Anne, yenidoğan ve çocuk sağlığının küresel bir zorunluluk haline getirilmesi

İlerlemenin hızlandırılması, Binyıl Kalkınma Hedefleri için son tarih olan 2015'e uzanan süreçte bu hedeflerin uluslararası gündemin merkezine yerleştirilmesini gerektirmektedir. Ortada duran görev, dış ulaşım aktiviteleri gerçekleştirilen önleyici müdahaleler sayesinde gelişmekte olan ülkelerde özellikle son dönemde sağlanan ilerlemeleri temel almaktır. Eylemlerin temelini oluşturacak ögeler — veriler, araştırmalar ve değerlendirmeler — elde hazırdır. Başvurulacak çerçeveler–topluluk ortaklıkları, bakım–hizmet bütünlüğü ve sonuçlara yönelik olarak sağlık sistemlerinin güçlendirilmesi — iyi tanımlanmıştır. Artık iş kararlılığa ve harekete geçmeye kalmıştır; bir çocuğun yaşamını kurtarmaktan daha soylu veya getirileri açısından daha değerli başka hiçbir girişim düşünülemez.

SAHRA GÜNEYİ AFRİKA

GÖSTERGE	BÖLGE	DÜNYA
Nüfus göstergeleri		
Toplam nüfus (2006)	748,886,000	6,577,236,000
18 yaş altı nüfus (2006)	376,047,000	2,212,024,000
5 yaş altı nüfus (2006)	125,254,000	625,781,000
Yaşam		
Doğumda yaşam beklentisi (2006)	50	68
Yeni doğan ölüm hızı (28 günün altında), her 1,000 canlı doğum (2000)	44	30
Bebek ölüm hızı (1 yaş altı), her 1,000 canlı doğum (2006)	95	49
5 yaş altı ölüm hızı, her 1,000 canlı doğum (2006)	160	72
5 yaş altı ölüm hızı, ortalama yıllık düşüş hızı (1990-2006)	1.0	1.6
Anne ölüm oranı, her 100,000 canlı doğum (2005, düzeltilmiş)	920	400
Sağlık ve beslenme		
Düşük doğum ağırlıklı bebek %'si (1999-2006*)	14	15
Orta veya aşırı düşük ağırlık etkisinde olan 5 yaş altı çocukların %'si (2000-2006*)	28	25
Sağlıklı içme suyuna ulaşabilen nüfus %'si (2004)	55	83
Kentsel	81	95
Kırsal	41	73
Yeterli sanitasyon imkanlarına sahip nüfus %'si (2004)	37	59
Bu hastalıklara karşı aşılanan 1 yaşındaki çocuklar %'si (2006):		
Tüberküloz (BCG)	82	87
Difteri/boğmaca/tetanoz (DPT1)	83	89
Difteri/boğmaca/tetanoz (DPT3)	72	79
Çocuk felci (polio3)	74	80
Kızamık	72	80
Hepatit B (hepB3)	48	60
<i>Haemophilus influenzae (Hib3)</i>	24	22
Eğitim		
İlköğretime başlayıp 5'inci sınıfa kadar gelenlerin %'si (İdari veriler; 2000-2006*)	70	78 **
İlköğretim devamlılık oranı (2000-2006*) net		
Erkek	64	80
Kız	60	78
Ortaöğretim devamlılık oranı (1996-2005*) net		
Erkek	25	50**
Kız	22	47**
Yetişkinler okur-yazarlık oranı (2000-2005*)	58	78

GÖSTERGE	BÖLGE	DÜNYA
Ekonomik göstergeler		
Kişi başına GSMG (ABD\$, 2006)	851	7,406
Günde 1 dolardan az kazanan nüfus %'si (1995-2005*)	43	19
Merkezi hükümet harcamalarından sağlık, eğitim ve savunmaya ayrılan pay %'si (1995-2005*):		
Sağlık	-	14
Eğitim	-	5
Savunma	-	11
Hanehalkı gelirinden alınan % pay (1994-2004*):		
En düşük yüzde 40'ı	13	20
En yüksek yüzde 20'si	55	42
HIV/AIDS		
Yetişkinlerde (15-49 yaş) tahmini HIV prevalansı, 2005 yılı sonu	6.1	1.0
HIV'li olarak yaşayan tahmini insan sayısı (bütün yaşlar), 2005 (1,000)	24,500,000	38,600,000
HIV'li olarak yaşayan tahmini çocuk (0-14 yaş) sayısı (2005)	2,000,000	2,300,000
AIDS nedeniyle kimsesiz kalan tahmini çocuklar (0-17 yaş, 2005)	12,000,000	15,200,000
Çocuk korunması		
Doğum kaydı (1999-2005*)	34	-
Kentsel	52	-
Kırsal	28	-
Çocuk evlilikleri (1987-2005*)	40	-
Kentsel	24	-
Kırsal	47	-
Çocuk işçiliği (5-14 yaş, 1999-2005*)	35	-
Erkek	36	-
Kız	34	-
Kadınlar		
Yetişkin erkek okur-yazarlığının %'si olarak kadın okur yazarlığı (2000-2006*)	72	86
Doğum öncesi yardım alanların %'si (2000-2006*)	69	71
Doğumlarını eğitilmiş kişi nezaretinde yapanların %'si (2000-2006*)	43	63
Yaşam boyunca anne ölüm riski (2005)	22'de 1	72

NOTLAR: * Veriler bulunabildikleri en yakın yıla aittir.

** Çin hariç.

- Veri yok.

§ Bu tabloda verilen doğum kaydıyla ilgili küresel ve bölgesel tahminler 1999-2006 dönemi için elde verileri bulunan ülkeler alt kümesini esas almaktadır. Daha geniş ülkeler kümesi için 1997-2006 dönemine ilişkin küresel ve bölgesel tahminler ise mevcut olup www.childinfo.org/areas/birthregistration adresinden bulunabilir.

DOĞU VE GÜNEY AFRİKA

GÖSTERGE	BÖLGE	DÜNYA
Nüfus göstergeleri		
Toplam nüfus (2006)	370,361,000	6,577,236,000
18 yaş altı nüfus (2006)	183,232,000	2,212,024,000
5 yaş altı nüfus (2006)	60,197,000	625,781,000
Yaşam		
Doğumda yaşam beklentisi (2006)	50	68
Yeni doğan ölüm hızı (28 günün altında), her 1,000 canlı doğum (2000)	40	30
Bebek ölüm hızı (1 yaş altı), her 1,000 canlı doğum (2006)	83	49
5 yaş altı ölüm hızı, her 1,000 canlı doğum (2006)	131	72
5 yaş altı ölüm hızı, ortalama yıllık düşüş hızı (1990-2006)	1.4	1.6
Anne ölüm oranı, her 100,000 canlı doğum (2005, düzeltilmiş)	760	400
Sağlık ve beslenme		
Düşük doğum ağırlıklı bebek %'si (1999-2006*)	14	15
Orta veya aşırı düşük ağırlık etkisinde olan 5 yaş altı çocukların %'si (2000-2006*)	28	25
Sağlıklı içme suyuna ulaşabilen nüfus %'si (2004)	56	83
Kentsel	86	95
Kırsal	42	73
Yeterli sanitasyon imkanlarına sahip nüfus %'si (2004)	38	59
Bu hastalıklara karşı aşılanan 1 yaşındaki çocuklar %'si (2006):		
Tüberküloz (BCG)	85	87
Difteri/boğmaca/tetanoz (DPT1)	86	89
Difteri/boğmaca/tetanoz (DPT3)	78	79
Çocuk felci (polio3)	77	80
Kızamık	76	80
Hepatit B (hepB3)	58	60
<i>Haemophilus influenzae (Hib3)</i>	36	22
Eğitim		
İlköğretime başlayıp 5'inci sınıfa kadar gelenlerin %'si (İdari veriler; 2000-2006*)	69	78
İlköğretim devamlılık oranı (2000-2006*) net		
Erkek	66	80
Kız	67	78
Ortaöğretim devamlılık oranı (1996-2005*) net		
Erkek	20	50**
Kız	19	47**
Yetişkinler okur-yazarlık oranı (2000-2005*)	60	78

GÖSTERGE

BÖLGE

DÜNYA

Ekonomik göstergeler

Kişi başına GSMG (ABD\$, 2006)	1,171	7,406
Günde 1 dolardan az kazanan nüfus %'si (1995-2005*)	34	19
Merkezi hükümet harcamalarından sağlık, eğitim ve savunmaya ayrılan pay %'si (1995-2005*):		
Sağlık	-	14
Eğitim	-	5
Savunma	-	11
Hanehalkı gelirinden alınan % pay (1994-2004*):		
En düşük yüzde 40'ı	11	20
En yüksek yüzde 20'si	58	42

HIV/AIDS

Yetişkinlerde (15-49 yaş) tahmini HIV prevalansı, 2005 yılı sonu	8.6	1.0
HIV'li olarak yaşayan tahmini insan sayısı (bütün yaşlar), 2005 (1,000)	17,500,000	38,600,000
HIV'li olarak yaşayan tahmini çocuk (0-14 yaş) sayısı (2005)	1,400,000	2,300,000
AIDS nedeniyle kimsesiz kalan tahmini çocuklar (0-17 yaş, 2005)	8,700,000	15,200,000

Çocuk korunması

Doğum kaydı (1999-2005*)	24	-
Kentsel	39	-
Kırsal	21	-
Çocuk evlilikleri (1987-2005*)	36	-
Kentsel	20	-
Kırsal	44	-
Çocuk işçiliği (5-14 yaş, 1999-2005*)	36	-
Erkek	38	-
Kız	33	-

Kadınlar

Yetişkin erkek okur-yazarlığının %'si olarak kadın okur yazarlığı (2000-2006*)	74	86
Doğum öncesi yardım alanların %'si (2000-2006*)	71	75
Doğumlarını eğitilmiş kişi nezaretinde yapanların %'si (2000-2006*)	40	63
Yaşam boyunca anne ölüm riski (2005)	29'da 1	92

NOTLAR:

* Veriler bulunabildikleri en yakın yıla aittir.

** Çin hariç.

- Veri yok.

§ Bu tabloda verilen doğum kaydıyla ilgili küresel ve bölgesel tahminler 1999-2006 dönemi için elde verileri bulunan ülkeler alt kümesini esas almaktadır. Daha geniş ülkeler kümesi için 1997-2006 dönemine ilişkin küresel ve bölgesel tahminler ise mevcut olup www.childinfo.org/areas/birthregistration adresinden bulunabilir.

BATI VE ORTA AFRİKA

GÖSTERGE	BÖLGE	DÜNYA
Nüfus göstergeleri		
Toplam nüfus (2006)	378,525,000	6,577,236,000
18 yaş altı nüfus (2006)	192,816,000	2,212,024,000
5 yaş altı nüfus (2006)	65,057,000	625,781,000
Yaşam		
Doğumda yaşam beklentisi (2006)	50	68
Yeni doğan ölüm hızı (28 günün altında), her 1,000 canlı doğum (2000)	48	49
Bebek ölüm hızı (1 yaş altı), her 1,000 canlı doğum (2006)	107	52
5 yaş altı ölüm hızı, her 1,000 canlı doğum (2006)	186	72
5 yaş altı ölüm hızı, ortalama yıllık düşüş hızı (1990-2006)	0.7	1.6
Anne ölüm oranı, her 100,000 canlı doğum (2005, düzeltilmiş)	1,100	400
Sağlık ve beslenme		
Düşük doğum ağırlıklı bebek %'si (1999-2006*)	14	15
Orta veya aşırı düşük ağırlık etkisinde olan 5 yaş altı çocukların %'si (2000-2006*)	28	25
Sağlıklı içme suyuna ulaşabilen nüfus %'si (2004)	55	83
Kentsel	76	95
Kırsal	40	73
Yeterli sanitasyon imkanlarına sahip nüfus %'si (2004)	36	59
Bu hastalıklara karşı aşılanan 1 yaşındaki çocuklar %'si (2006):		
Tüberküloz (BCG)	79	87
Difteri/boğmaca/tetanoz (DPT1)	81	89
Difteri/boğmaca/tetanoz (DPT3)	67	79
Çocuk felci (polio3)	68	80
Kızamık	68	80
Hepatit B (hepB3)	38	60
<i>Haemophilus influenzae (Hib3)</i>	13	22
Eğitim		
İlköğretime başlayıp 5'inci sınıfa kadar gelenlerin %'si (İdari veriler; 2000-2006*)	71	78**
İlköğretim devamlılık oranı (2000-2006*) net		
Erkek	62	80
Kız	55	78
Ortaöğretim devamlılık oranı (1996-2005*) net		
Erkek	30	50**
Kız	25	47**
Yetişkinler okur-yazarlık oranı (2000-2005*)	57	78

GÖSTERGE

BÖLGE

DÜNYA

Ekonomik göstergeler

Kişi başına GSMG (ABD\$, 2006)	553	7,406
Günde 1 dolardan az kazanan nüfus %'si (1995-2005*)	52	19
Merkezi hükümet harcamalarından sağlık, eğitim ve savunmaya ayrılan pay %'si (1995-2005*):		
Sağlık	-	14
Eğitim	-	5
Savunma	-	11
Hanehalkı gelirinden alınan % pay (1994-2004*):		
En düşük yüzde 40'ı	16	20
En yüksek yüzde 20'si	49	42

HIV/AIDS

Yetişkinlerde (15-49 yaş) tahmini HIV prevalansı, 2005 yılı sonu	3.5	1.0
HIV'li olarak yaşayan tahmini insan sayısı (bütün yaşlar), 2005 (1,000)	6,900,000	38,600,000
HIV'li olarak yaşayan tahmini çocuk (0-14 yaş) sayısı (2005)	650,000	2,300,000
AIDS nedeniyle kimsesiz kalan tahmini çocuklar (0-17 yaş, 2005)	3,300,000	15,200,000

Çocuk korunması

Doğum kaydı (1999-2005*)	41	-
Kentsel	58	-
Kırsal	35	-
Çocuk evlilikleri (1987-2005*)	44	-
Kentsel	27	-
Kırsal	53	-
Çocuk işçiliği (5-14 yaş, 1999-2005*)	34	-
Erkek	33	-
Kız	34	-

Kadınlar

Yetişkin erkek okur-yazarlığının %'si olarak kadın okur yazarlığı (2000-2006*)	69	86
Doğum öncesi yardım alanların %'si (2000-2006*)	67	75
Doğumlarını eğitilmiş kişi nezaretinde yapanların %'si (2000-2006*)	46	63
Yaşam boyunca anne ölüm riski (2005)	17'de 1	92

NOTLAR:

* Veriler bulunabildikleri en yakın yıla aittir.

** Çin hariç.

- Veri yok.

§ Bu tabloda verilen doğum kaydıyla ilgili küresel ve bölgesel tahminler 1999-2006 dönemi için elde verileri bulunan ülkeler alt kümesini esas almaktadır. Daha geniş ülkeler kümesi için 1997-2006 dönemine ilişkin küresel ve bölgesel tahminler ise mevcut olup www.childinfo.org/areas/birthregistration adresinden bulunabilir.

ORTA DOĞU VE KUZAY AFRIKA

GÖSTERGE	BÖLGE	DÜNYA
Nüfus göstergeleri		
Toplam nüfus (2006)	382,048,000	6,577,236,000
18 yaş altı nüfus (2006)	152,632,000	2,212,024,000
5 yaş altı nüfus (2006)	44,126,000	625,781,000
Yaşam		
Doğumda yaşam beklentisi (2006)	69	68
Yeni doğan ölüm hızı (28 günün altında), her 1,000 canlı doğum (2000)	26	30
Bebek ölüm hızı (1 yaş altı), her 1,000 canlı doğum (2006)	36	49
5 yaş altı ölüm hızı, her 1,000 canlı doğum (2006)	46	72
5 yaş altı ölüm hızı, ortalama yıllık düşüş hızı (1990-2006)	3.4	1.6
Anne ölüm oranı, her 100,000 canlı doğum (2005, düzeltilmiş)	210	400
Sağlık ve beslenme		
Düşük doğum ağırlıklı bebek %'si (1999-2006*)	16	15
Orta veya aşırı düşük ağırlık etkisinde olan 5 yaş altı çocukların %'si (2000-2006*)	17	25
Sağlıklı içme suyuna ulaşabilen nüfus %'si (2004)	88	83
Kentsel	95	95
Kırsal	78	73
Yeterli sanitasyon imkanlarına sahip nüfus %'si (2004)	74	59
Bu hastalıklara karşı aşılanan 1 yaşındaki çocuklar %'si (2006):		
Tüberküloz (BCG)	92	87
Difteri/boğmaca/tetanoz (DPT1)	95	89
Difteri/boğmaca/tetanoz (DPT3)	91	79
Çocuk felci (polio3)	91	80
Kızamık	89	80
Hepatit B (hepB3)	88	60
<i>Haemophilus influenzae (Hib3)</i>	24	22
Eğitim		
İlköğretime başlayıp 5'inci sınıfa kadar gelenlerin %'si (İdari veriler; 2000-2006*)	88	78**
İlköğretim devamlılık oranı (2000-2006*) net		
Erkek	89	80
Kız	86	78
Ortaöğretim devamlılık oranı (1996-2005*) net		
Erkek	54	50**
Kız	52	47**
Yetişkinler okur-yazarlık oranı (2000-2005*)	73	78

GÖSTERGE

BÖLGE

DÜNYA

Ekonomik göstergeler

Kişi başına GSMG (ABD\$, 2006)	2,104	7,406
Günde 1 dolardan az kazanan nüfus %'si (1995-2005*)	4	19
Merkezi hükümet harcamalarından sağlık, eğitim ve savunmaya ayrılan pay %'si (1995-2005*):		
Sağlık	5	14
Eğitim	13	5
Savunma	15	11
Hanehalkı gelirinden alınan % pay (1994-2004*):		
En düşük yüzde 40'ı	17	20
En yüksek yüzde 20'si	46	42

HIV/AIDS

Yetişkinlerde (15-49 yaş) tahmini HIV prevalansı, 2005 yılı sonu	0.2	1.0
HIV'li olarak yaşayan tahmini insan sayısı (bütün yaşlar), 2005 (1,000)	510,000	38,600,000
HIV'li olarak yaşayan tahmini çocuk (0-14 yaş) sayısı (2005)	33,000	2,300,000
AIDS nedeniyle kimsesiz kalan tahmini çocuklar (0-17 yaş, 2005)	-	15,200,000

Çocuk korunması

Doğum kaydı (1999-2005*)	-	-
Kentsel	-	-
Kırsal	-	-
Çocuk evlilikleri (1987-2005*)	17	-
Kentsel	11	-
Kırsal	19	-
Çocuk işçiliği (5-14 yaş, 1999-2005*)	9	-
Erkek	10	-
Kız	8	-

Kadınlar

Yetişkin erkek okur-yazarlığının %'si olarak kadın okur yazarlığı (2000-2006*)	77	86
Doğum öncesi yardım alanların %'si (2000-2006*)	72	75
Doğumlarını eğitilmiş kişi nezaretinde yapanların %'si (2000-2006*)	79	63
Yaşam boyunca anne ölüm riski (2005)	140 'ta 1	92

NOTLAR:

* Veriler bulunabildikleri en yakın yıla aittir.

** Çin hariç.

- Veri yok.

§ Bu tabloda verilen doğum kaydıyla ilgili küresel ve bölgesel tahminler 1999-2006 dönemi için elde verileri bulunan ülkeler alt kümesini esas almaktadır. Daha geniş ülkeler kümesi için 1997-2006 dönemine ilişkin küresel ve bölgesel tahminler ise mevcut olup www.childinfo.org/areas/birthregistration adresinden bulunabilir.

GÜNEY ASYA

GÖSTERGE	BÖLGE	DÜNYA
Nüfus göstergeleri		
Toplam nüfus (2006)	1,542,571,000	6,577,236,000
18 yaş altı nüfus (2006)	612,647,000	2,212,024,000
5 yaş altı nüfus (2006)	174,830,000	625,781,000
Yaşam		
Doğumda yaşam beklentisi (2006)	64	68
Yeni doğan ölüm hızı (28 günün altında), her 1,000 canlı doğum (2000)	44	30
Bebek ölüm hızı (1 yaş altı), her 1,000 canlı doğum (2006)	62	49
5 yaş altı ölüm hızı, her 1,000 canlı doğum (2006)	83	72
5 yaş altı ölüm hızı, ortalama yıllık düşüş hızı (1990-2006)	2.5	1.6
Anne ölüm oranı, her 100,000 canlı doğum (2005, düzeltilmiş)	500	400
Sağlık ve beslenme		
Düşük doğum ağırlıklı bebek %'si (1999-2006*)	29	15
Orta veya aşırı düşük ağırlık etkisinde olan 5 yaş altı çocukların %'si (2000-2006*)	42	25
Sağlıklı içme suyuna ulaşabilen nüfus %'si (2004)	85	83
Kentsel	94	95
Kırsal	81	73
Yeterli sanitasyon imkanlarına sahip nüfus %'si (2004)	37	59
Bu hastalıklara karşı aşılanan 1 yaşındaki çocuklar %'si (2006):		
Tüberküloz (BCG)	82	87
Difteri/boğmaca/tetanoz (DPT1)	82	89
Difteri/boğmaca/tetanoz (DPT3)	63	79
Çocuk felci (polio3)	66	80
Kızamık	65	80
Hepatit B (hepB3)	25	60
<i>Haemophilus influenzae (Hib3)</i>	-	22
Eğitim		
İlköğretime başlayıp 5'inci sınıfa kadar gelenlerin %'si (İdari veriler; 2000-2006*)	72	78**
İlköğretim devamlılık oranı (2000-2006*) net		
Erkek	81	80
Kız	79	78
Ortaöğretim devamlılık oranı (1996-2005*) net		
Erkek	55	50**
Kız	50	47**
Yetişkinler okur-yazarlık oranı (2000-2005*)	58	78

GÖSTERGE

BÖLGE

DÜNYA

Ekonomik göstergeler

Kişi başına GSMG (ABD\$, 2006)	777	7,406
Günde 1 dolardan az kazanan nüfus %'si (1995-2005*)	32	19
Merkezi hükümet harcamalarından sağlık, eğitim ve savunmaya ayrılan pay %'si (1995-2005*):		
Sağlık	2	14
Eğitim	3	5
Savunma	14	11
Hanehalkı gelirden alınan % pay (1994-2004*):		
En düşük yüzde 40'	19	20
En yüksek yüzde 20'si	46	42

HIV/AIDS

Yetişkinlerde (15-49 yaş) tahmini HIV prevalansı, 2005 yılı sonu	0.7	1.0
HIV'li olarak yaşayan tahmini insan sayısı (bütün yaşlar), 2005 (1,000)	5,900,000	38,600,000
HIV'li olarak yaşayan tahmini çocuk sayısı (0-14 yaş, 2005)	130,000	2,300,000
AIDS nedeniyle kimsesiz kalan tahmini çocuklar (0-17 yaş, 2005)	-	15,200,000

Çocuk korunması

Doğum kaydı (1999-2005*)	36	-
Kentsel	52	-
Kırsal	30	-
Çocuk evlilikleri (1987-2005*)	45	-
Kentsel	30	-
Kırsal	53	-
Çocuk işçiliği (5-14 yaş, 1999-2005*)	13	-
Erkek	-	-
Kız	-	-

Kadınlar

Yetişkin erkek okur-yazarlığının %'si olarak kadın okur yazarlığı (2000-2006*)	66	86
Doğum öncesi yardım alanların %'si (2000-2006*)	65	75
Doğumlarını eğitilmiş kişi nezaretinde yapanların %'si (2000-06*)	41	63
Yaşam boyunca anne ölüm riski (2005)	59'da 1	92

NOTLAR:

* Veriler bulunabildikleri en yakın yıla aittir.

** Çin hariç.

- Veri yok.

§ Bu tabloda verilen doğum kaydıyla ilgili küresel ve bölgesel tahminler 1999-2006 dönemi için elde verileri bulunan ülkeler alt kümesini esas almaktadır. Daha geniş ülkeler kümesi için 1997-2006 dönemine ilişkin küresel ve bölgesel tahminler ise mevcut olup www.childinfo.org/areas/birthregistration adresinden bulunabilir.

Hindistan için gözden geçirilmiş yetişkinler arası HIV prevalansı verileri rapor yayına hazırlanırken elde bulunmuyordu. Dolayısıyla, Hindistan'ın 'HIV'lı tahmini insan (her yaştan) sayısı' ile ilgili en son verileri bölge özetlerine dahil edilmemiştir.

DOĞU ASYA VE PASİFİK

GÖSTERGE BÖLGE DÜNYA

Nüfus göstergeleri

Toplam nüfus (2006)	1,968,675,000	6,577,236,000
18 yaş altı nüfus (2006)	566,804,000	2,212,024,000
5 yaş altı nüfus (2006)	144,870,000	625,781,000

Yaşam

Doğumda yaşam beklentisi (2006)	72	68
Yeni doğan ölüm hızı (28 günün altında), her 1,000 canlı doğum (2000)	20	30
Bebek ölüm hızı (1 yaş altı), her 1,000 canlı doğum (2006)	23	49
5 yaş altı ölüm hızı, her 1,000 canlı doğum (2006)	29	72
5 yaş altı ölüm hızı, ortalama yıllık düşüş hızı (1990-2006)	4.0	1.6
Anne ölüm oranı, her 100,000 canlı doğum (2005, düzeltilmiş)	150	400

Sağlık ve beslenme

Düşük doğum ağırlıklı bebek %'si (1999-2006*)	6	15
Orta veya aşırı düşük ağırlık etkisinde olan 5 yaş altı çocukların %'si (2000-2006*)	14	25
Sağlıklı içme suyuna ulaşabilen nüfus %'si (2004)	79	83
Kentsel	92	95
Kırsal	70	73
Yeterli sanitasyon imkanlarına sahip nüfus %'si (2004)	51	59
Bu hastalıklara karşı aşılanan 1 yaşındaki çocuklar %'si (2006):		
Tüberküloz (BCG)	91	87
Difteri/boğmaca/tetanoz (DPT1)	92	89
Difteri/boğmaca/tetanoz (DPT3)	89	79
Çocuk felci (polio3)	89	80
Kızamık	89	80
Hepatit B (hepB3)	86	60
<i>Haemophilus influenzae (Hib3)</i>	2	22

Eğitim

İlköğretime başlayıp 5'inci sınıfa kadar gelenlerin %'si (İdari veriler; 2000-2006*)	84	78**
İlköğretim devamlılık oranı (2000-2006*) net		
Erkek	91	80
Kız	92	78
Ortaöğretim devamlılık oranı (1996-2005*) net		
Erkek	60**	50**
Kız	63**	47**
Yetişkinler okur-yazarlık oranı (2000-2005*)	91	78

GÖSTERGE

BÖLGE

DÜNYA

Ekonomik göstergeler

Kişi başına GSMG (ABD\$, 2006)	2,371	7,406
Günde 1 dolardan az kazanan nüfus %'si (1995-2005*)	9	19
Merkezi hükümet harcamalarından sağlık, eğitim ve savunmaya ayrılan pay %'si (1995-2005*):		
Sağlık	1	14
Eğitim	7	5
Savunma	11	11
Hanehalkı gelirinden alınan % pay (1994-2004*):		
En düşük yüzde 40'ı	17	20
En yüksek yüzde 20'si	46	42

HIV/AIDS

Yetişkinlerde (15-49 yaş) tahmini HIV prevalansı, 2005 yılı sonu	0.2	1.0
HIV'li olarak yaşayan tahmini insan sayısı (bütün yaşlar), 2005 (1,000)	2,300,000	38,600,000
HIV'li olarak yaşayan tahmini çocuk (0-14 yaş) sayısı (2005)	50,000	2,300,000
AIDS nedeniyle kimsesiz kalan tahmini çocuklar (0-17 yaş, 2005)	-	15,200,000

Çocuk korunması

Doğum kaydı (1999-2005*)	72**	-
Kentsel	80**	-
Kırsal	67**	-
Çocuk evlilikleri (1987-2005*)	19**	-
Kentsel	12**	-
Kırsal	25**	-
Çocuk işçiliği (5-14 yaş, 1999-2005*)	10**	-
Erkek	11**	-
Kız	10**	-

Kadınlar

Yetişkin erkek okur-yazarlığının %'si olarak kadın okur yazarlığı (2000-2006*)	92	86
Doğum öncesi yardım alanların %'si (2000-2006*)	89	75
Doğumlarını eğitilmiş kişi nezaretinde yapanların %'si (2000-2006*)	87	63
Yaşam boyunca anne ölüm riski (2005)	350'de 1	92

NOTLAR:

* Veriler bulunabildikleri en yakın yıla aittir.

** Çin hariç.

- Veri yok.

§ Bu tabloda verilen doğum kaydıyla ilgili küresel ve bölgesel tahminler 1999-2006 dönemi için elde verileri bulunan ülkeler alt kümesini esas almaktadır. Daha geniş ülkeler kümesi için 1997-2006 dönemine ilişkin küresel ve bölgesel tahminler ise mevcut olup www.childinfo.org/areas/birthregistration adresinden bulunabilir.

LATİN AMERİKA VE KARAYİPLER

GÖSTERGE	BÖLGE	DÜNYA
Nüfus göstergeleri		
Toplam nüfus (2006)	559,525,000	6,577,236,000
18 yaş altı nüfus (2006)	197,134,000	2,212,024,000
5 yaş altı nüfus (2006)	55,715,000	625,781,000
Yaşam		
Doğumda yaşam beklentisi (2006)	73	68
Yeni doğan ölüm hızı (28 günün altında), her 1,000 canlı doğum (2000)	15	30
Bebek ölüm hızı (1 yaş altı), her 1,000 canlı doğum (2006)	22	49
5 yaş altı ölüm hızı, her 1,000 canlı doğum (2006)	27	72
5 yaş altı ölüm hızı, ortalama yıllık düşüş hızı (1990-2006)	4.4	1.6
Anne ölüm oranı, her 100,000 canlı doğum (2005, düzeltilmiş)	130	400
Sağlık ve beslenme		
Düşük doğum ağırlıklı bebek %'si (1999-2006*)	9	15
Orta veya aşırı düşük ağırlık etkisinde olan 5 yaş altı çocukların %'si (2000-2006*)	7	25
Sağlıklı içme suyuna ulaşabilen nüfus %'si (2004)	91	83
Kentsel	96	95
Kırsal	73	73
Yeterli sanitasyon imkanlarına sahip nüfus %'si (2004)	77	59
Bu hastalıklara karşı aşılanan 1 yaşındaki çocuklar %'si (2006):		
Tüberküloz (BCG)	96	87
Difteri/boğmaca/tetanoz (DPT1)	96	89
Difteri/boğmaca/tetanoz (DPT3)	92	79
Çocuk felci (polio3)	92	80
Kızamık	93	80
Hepatit B (hepB3)	89	60
<i>Haemophilus influenzae (Hib3)</i>	90	22
Eğitim		
İlköğretime başlayıp 5'inci sınıfa kadar gelenlerin %'si (İdari veriler; 2000-2006*)	85	78**
İlköğretim devamlılık oranı (2000-2006*) net		
Erkek	90	80
Kız	91	78
Ortaöğretim devamlılık oranı (1996-2005*) net		
Erkek	-	50**
Kız	-	47**
Yetişkinler okur-yazarlık oranı (2000-2005*)	90	78

GÖSTERGE

BÖLGE

DÜNYA

Ekonomik göstergeler

Kişi başına GSMG (ABD\$, 2006)	4,847	7,406
Günde 1 dolardan az kazanan nüfus %'si (1995-2005*)	9	19
Merkezi hükümet harcamalarından sağlık, eğitim ve savunmaya ayrılan pay %'si (1995-2005*):		
Sağlık	7	14
Eğitim	15	5
Savunma	4	11
Hanehalkı gelirinden alınan % pay (1994-2004*):		
En düşük yüzde 40'ı	12	20
En yüksek yüzde 20'si	56	42

HIV/AIDS

Yetişkinlerde (15-49 yaş) tahmini HIV prevalansı, 2005 yılı sonu	0.6	1.0
HIV'li olarak yaşayan tahmini insan sayısı (bütün yaşlar), 2005 (1,000)	1,900,000	38,600,000
HIV'li olarak yaşayan tahmini çocuk (0-14 yaş) sayısı (2005)	54,000	2,300,000
AIDS nedeniyle kimsesiz kalan tahmini çocuklar (0-17 yaş, 2005)	-	15,200,000

Çocuk korunması

Doğum kaydı (1999-2005*)	89	-
Kentsel	93	-
Kırsal	83	-
Çocuk evlilikleri (1987-2005*)	26	-
Kentsel	24	-
Kırsal	31	-
Çocuk işçiliği (5-14 yaş, 1999-2005*)	11	-
Erkek	12	-
Kız	10	-

Kadınlar

Yetişkin erkek okur-yazarlığının %'si olarak kadın okur yazarlığı (2000-2006*)	99	86
Doğum öncesi yardım alanların %'si (2000-2006*)	94	75
Doğumlarını eğitilmiş kişi nezaretinde yapanların %'si (2000-2006*)	-	63
Yaşam boyunca anne ölüm riski (2005)	280'de 1	92

NOTLAR:

* Veriler bulunabildikleri en yakın yıla aittir.

** Çin hariç.

- Veri yok.

§ Bu tabloda verilen doğum kaydıyla ilgili küresel ve bölgesel tahminler 1999-2006 dönemi için elde verileri bulunan ülkeler alt kümesini esas almaktadır. Daha geniş ülkeler kümesi için 1997-2006 dönemine ilişkin küresel ve bölgesel tahminler ise mevcut olup www.childinfo.org/areas/birthregistration adresinden bulunabilir.

GÖSTERGE	BÖLGE	DÜNYA
Nüfus göstergeleri		
Toplam nüfus (2006)	405,584,000	6,577,236,000
18 yaş altı nüfus (2006)	101,837,000	2,212,024,000
5 yaş altı nüfus (2006)	26,218,000	625,781,000
Yaşam		
Doğumda yaşam beklentisi (2006)	68	68
Yeni doğan ölüm hızı (28 günün altında), her 1,000 canlı doğum (2000)	18	30
Bebek ölüm hızı (1 yaş altı), her 1,000 canlı doğum (2006)	24	49
5 yaş altı ölüm hızı, her 1,000 canlı doğum (2006)	27	72
5 yaş altı ölüm hızı, ortalama yıllık düşüş hızı (1990-2006)	4.2	1.6
Anne ölüm oranı, her 100,000 canlı doğum (2005, düzeltilmiş)	46	400
Sağlık ve beslenme		
Düşük doğum ağırlıklı bebek %'si (1999-2006*)	9	15
Orta veya aşırı düşük ağırlık etkisinde olan 5 yaş altı çocukların %'si (2000-2006*)	5	25
Sağlıklı içme suyuna ulaşabilen nüfus %'si (2004)	91	83
Kentsel	98	95
Kırsal	79	73
Yeterli sanitasyon imkanlarına sahip nüfus %'si (2004)	84	59
Bu hastalıklara karşı aşılanan 1 yaşındaki çocuklar %'si (2006):		
Tüberküloz (BCG)	95	87
Difteri/boğmaca/tetanoz (DPT1)	96	89
Difteri/boğmaca/tetanoz (DPT3)	95	79
Çocuk felci (polio3)	95	80
Kızamık	97	80
Hepatit B (hepB3)	92	60
<i>Haemophilus influenzae (Hib3)</i>	3	22
Eğitim		
İlköğretime başlayıp 5'inci sınıfa kadar gelenlerin %'si (İdari veriler; 2000-2006*)	97	78**
İlköğretim devamlılık oranı (2000-2006*) net		
Erkek	93	80
Kız	91	78
Ortaöğretim devamlılık oranı (1996-2005*) net		
Erkek	80	50**
Kız	78	47**
Yetişkinler okur-yazarlık oranı (2000-2005*)	97	78

GÖSTERGE

BÖLGE

DÜNYA

Ekonomik göstergeler

Kişi başına GSMG (ABD\$, 2006)	4,264	7,406
Günde 1 dolardan az kazanan nüfus %'si (1995-2005*)	2	19
Merkezi hükümet harcamalarından sağlık, eğitim ve savunmaya ayrılan pay %'si (1995-2005*):		
Sağlık	7	14
Eğitim	6	5
Savunma	9	11
Hanehalkı gelirinden alınan % pay (1994-2004*):		
En düşük yüzde 40'ı	20	20
En yüksek yüzde 20'si	42	42

HIV/AIDS

Yetişkinlerde (15-49 yaş) tahmini HIV prevalansı, 2005 yılı sonu	0.6	1.0
HIV'li olarak yaşayan tahmini insan sayısı (bütün yaşlar), 2005 (1,000)	1,500,000	38,600,000
HIV'li olarak yaşayan tahmini çocuk (0-14 yaş) sayısı (2005)	9,000	2,300,000
AIDS nedeniyle kimsesiz kalan tahmini çocuklar (0-17 yaş, 2005)	-	15,200,000

Çocuk korunması

Doğum kaydı (1999-2005*)	-	-
Kentsel	-	-
Kırsal	-	-
Çocuk evlilikleri (1987-2005*)	11	-
Kentsel	7	-
Kırsal	9	-
Çocuk işçiliği (5-14 yaş, 1999-2005*)	5	-
Erkek	5	-
Kız	5	-

Kadınlar

Yetişkin erkek okur-yazarlığının %'si olarak kadın okur yazarlığı (2000-2006*)	96	86
Doğum öncesi yardım alanların %'si (2000-2006*)	90	75
Doğumlarını eğitilmiş kişi nezaretinde yapanların %'si (2000-2006*)	95	63
Yaşam boyunca anne ölüm riski (2005)	1,330'da 1	92

NOTLAR:

* Veriler bulunabildikleri en yakın yıla aittir.

** Çin hariç.

- Veri yok.

§ Bu tabloda verilen doğum kaydıyla ilgili küresel ve bölgesel tahminler 1999-2006 dönemi için elde verileri bulunan ülkeler alt kümesini esas almaktadır. Daha geniş ülkeler kümesi için 1997-2006 dönemine ilişkin küresel ve bölgesel tahminler ise mevcut olup www.childinfo.org/areas/birthregistration adresinden bulunabilir.

SANAYİLEŞMİŞ ÜLKELER

GÖSTERGE	BÖLGE	DÜNYA
Nüfus göstergeleri		
Toplam nüfus (2006)	969,949,000	6,577,236,000
18 yaş altı nüfus (2006)	204,920,000	2,212,024,000
5 yaş altı nüfus (2006)	54,768,000	625,781,000
Yaşam		
Doğumda yaşam beklentisi (2006)	79	68
Yeni doğan ölüm hızı (28 günün altında), her 1,000 canlı doğum (2000)	4	30
Bebek ölüm hızı (1 yaş altı), her 1,000 canlı doğum (2006)	5	49
5 yaş altı ölüm hızı, her 1,000 canlı doğum (2006)	6	72
5 yaş altı ölüm hızı, ortalama yıllık düşüş hızı (1990-2006)	3.2	1.6
Anne ölüm oranı, her 100,000 canlı doğum (2005, düzeltilmiş)	8	400
Sağlık ve beslenme		
Düşük doğum ağırlıklı bebek %'si (1999-2006*)	7	15
Orta veya aşırı düşük ağırlık etkisinde olan 5 yaş altı çocukların %'si (2000-2006*)	-	25
Sağlıklı içme suyuna ulaşabilen nüfus %'si (2004)	100	83
Kentsel	100	95
Kırsal	100	73
Yeterli sanitasyon imkanlarına sahip nüfus %'si (2004)	100	59
Bu hastalıklara karşı aşılanan 1 yaşındaki çocuklar %'si (2006):		
Tüberküloz (BCG)	-	87
Difteri/boğmaca/tetanoz (DPT1)	98	89
Difteri/boğmaca/tetanoz (DPT3)	96	79
Çocuk felci (polio3)	94	80
Kızamık	93	80
Hepatit B (hepB3)	64	60
<i>Haemophilus influenzae (Hib3)</i>	82	22
Eğitim		
İlköğretime başlayıp 5'inci sınıfa kadar gelenlerin %'si (İdari veriler; 2000-2006*)	-	78**
İlköğretim devamlılık oranı (2000-2006*) net		
Erkek	-	80
Kız	-	78
Ortaöğretim devamlılık oranı (1996-2005*) net		
Erkek	-	50**
Kız	-	47**
Yetişkinler okur-yazarlık oranı (2000-2005*)	-	78

GÖSTERGE

BÖLGE

DÜNYA

Ekonomik göstergeler

Kişi başına GSMG (ABD\$, 2006)	37,217	7,406
Günde 1 dolardan az kazanan nüfus %'si (1995-2005*)	-	19
Merkezi hükümet harcamalarından sağlık, eğitim ve savunmaya ayrılan pay %'si (1995-2005*):		
Sağlık	18	14
Eğitim	4	5
Savunma	12	11
Hanehalkı gelirinden alınan % pay (1994-2004*):		
En düşük yüzde 40'ı	21	20
En yüksek yüzde 20'si	40	42

HIV/AIDS

Yetişkinlerde (15-49 yaş) tahmini HIV prevalansı, 2005 yılı sonu	0.4	1.0
HIV'li olarak yaşayan tahmini insan sayısı (bütün yaşlar), 2005 (1,000)	2,000,000	38,600,000
HIV'li olarak yaşayan tahmini çocuk (0-14 yaş) sayısı (2005)	13,000	2,300,000
AIDS nedeniyle kimsesiz kalan tahmini çocuklar (0-17 yaş, 2005)	-	15,200,000

Çocuk korunması

Doğum kaydı (1999-2005*)	-	-
Kentsel	-	-
Kırsal	-	-
Çocuk evlilikleri (1987-2005*)	-	-
Kentsel	-	-
Kırsal	-	-
Çocuk işçiliği (5-14 yaş, 1999-2005*)	-	-
Erkek	-	-
Kız	-	-

Kadınlar

Yetişkin erkek okur-yazarlığının %'si olarak kadın okur yazarlığı (2000-2006*)	-	86
Doğum öncesi yardım alanların %'si (2000-2006*)	-	75
Doğumlarını eğitilmiş kişi nezaretinde yapanların %'si (2000-2006*)	99	63
Yaşam boyunca anne ölüm riski (2005)	8,000'de 1	92

NOTLAR:

* Veriler bulunabildikleri en yakın yıla aittir.

** Çin hariç.

- Veri yok.

§ Bu tabloda verilen doğum kaydıyla ilgili küresel ve bölgesel tahminler 1999-2006 dönemi için elde verileri bulunan ülkeler alt kümesini esas almaktadır. Daha geniş ülkeler kümesi için 1997-2006 dönemine ilişkin küresel ve bölgesel tahminler ise mevcut olup www.childinfo.org/areas/birthregistration adresinden bulunabilir.

GELİŞMEKTE OLAN ÜLKELER

GÖSTERGE	BÖLGE	DÜNYA
Nüfus göstergeleri		
Toplam nüfus (2006)	5,358,223,000	6,577,236,000
18 yaş altı nüfus (2006)	1,958,948,000	2,212,024,000
5 yaş altı nüfus (2006)	559,069,000	625,781,000
Yaşam		
Doğumda yaşam beklentisi (2006)	66	68
Yeni doğan ölüm hızı (28 günün altında), her 1,000 canlı doğum (2000)	33	30
Bebek ölüm hızı (1 yaş altı), her 1,000 canlı doğum (2006)	54	49
5 yaş altı ölüm hızı, her 1,000 canlı doğum (2006)	79	72
5 yaş altı ölüm hızı, ortalama yıllık düşüş hızı (1990-2006)	1.7	1.6
Anne ölüm oranı, her 100,000 canlı doğum (2005, düzeltilmiş)	450	400
Sağlık ve beslenme		
Düşük doğum ağırlıklı bebek %'si (1999-2006*)	16	15
Orta veya aşırı düşük ağırlık etkisinde olan 5 yaş altı çocukların %'si (2000-2006*)	26	25
Sağlıklı içme suyuna ulaşabilen nüfus %'si (2004)	80	83
Kentsel	92	95
Kırsal	70	73
Yeterli sanitasyon imkanlarına sahip nüfus %'si (2004)	50	59
Bu hastalıklara karşı aşılanan 1 yaşındaki çocuklar %'si (2006):		
Tüberküloz (BCG)	86	87
Difteri/boğmaca/tetanoz (DPT1)	88	89
Difteri/boğmaca/tetanoz (DPT3)	78	79
Çocuk felci (polio3)	79	80
Kızamık	78	80
Hepatit B (hepB3)	59	60
<i>Haemophilus influenzae (Hib3)</i>	17	22
Eğitim		
İlköğretime başlayıp 5'inci sınıfa kadar gelenlerin %'si (İdari veriler; 2000-2006*)	77**	78**
İlköğretim devamlılık oranı (2000-2006*) net		
Erkek	80	80
Kız	78	78
Ortaöğretim devamlılık oranı (1996-2005*) net		
Erkek	50**	50**
Kız	46**	47**
Yetişkinler okur-yazarlık oranı (2000-2005*)	76	78

GÖSTERGE

BÖLGE

DÜNYA

Ekonomik göstergeler

Kişi başına GSMG (ABD\$, 2006)	1,967	7,406
Günde 1 dolardan az kazanan nüfus %'si (1995-2005*)	20	19
Merkezi hükümet harcamalarından sağlık, eğitim ve savunmaya ayrılan pay %'si (1995-2005*):		
Sağlık	3	14
Eğitim	9	5
Savunma	10	11
Hanehalkı gelirinden alınan % pay (1994-2004*):		
En düşük yüzde 40'ı	15	20
En yüksek yüzde 20'si	50	42

HIV/AIDS

Yetişkinlerde (15-49 yaş) tahmini HIV prevalansı, 2005 yılı sonu	1.1	1.0
HIV'li olarak yaşayan tahmini insan sayısı (bütün yaşlar), 2005 (1,000)	35,100,000	38,600,000
HIV'li olarak yaşayan tahmini çocuk (0-14 yaş) sayısı (2005)	2,300,000	2,300,000
AIDS nedeniyle kimsesiz kalan tahmini çocuklar (0-17 yaş, 2005)	-	15,200,000

Çocuk korunması

Doğum kaydı (1999-2005*)	49**	-
Kentsel	64**	-
Kırsal	37**	-
Çocuk evlilikleri (1987-2005*)	34**	-
Kentsel	23**	-
Kırsal	45**	-
Çocuk işçiliği (5-14 yaş, 1999-2005*)	16**	-
Erkek	19**	-
Kız	17**	-

Kadınlar

Yetişkin erkek okur-yazarlığının %'si olarak kadın okur yazarlığı (2000-2006*)	83	86
Doğum öncesi yardım alanların %'si (2000-2006*)	75	75
Doğumlarını eğitilmiş kişi nezaretinde yapanların %'si (2000-2006*)	59	63
Yaşam boyunca anne ölüm riski (2005)	76'da 1	92

NOTLAR:

* Veriler bulunabildikleri en yakın yıla aittir.

** Çin hariç.

- Veri yok.

§ Bu tabloda verilen doğum kaydıyla ilgili küresel ve bölgesel tahminler 1999-2006 dönemi için elde verileri bulunan ülkeler alt kümesini esas almaktadır. Daha geniş ülkeler kümesi için 1997-2006 dönemine ilişkin küresel ve bölgesel tahminler ise mevcut olup www.childinfo.org/areas/birthregistration adresinden bulunabilir.

AZ GELİŞMİŞ ÜLKELER

GÖSTERGE	BÖLGE	DÜNYA
Nüfus göstergeleri		
Toplam nüfus (2006)	785,444,000	6,577,236,000
18 yaş altı nüfus (2006)	376,727,000	2,212,024,000
5 yaş altı nüfus (2006)	122,114,000	625,781,000
Yaşam		
Doğumda yaşam beklentisi (2006)	55	68
Yeni doğan ölüm hızı (28 günün altında), her 1,000 canlı doğum (2000)	43	30
Bebek ölüm hızı (1 yaş altı), her 1,000 canlı doğum (2006)	90	49
5 yaş altı ölüm hızı, her 1,000 canlı doğum (2006)	142	72
5 yaş altı ölüm hızı, ortalama yıllık düşüş hızı (1990-2006)	1.5	1.6
Anne ölüm oranı, her 100,000 canlı doğum (2005, düzeltilmiş)	870	400
Sağlık ve beslenme		
Düşük doğum ağırlıklı bebek %'si (1999-2006*)	17	15
Orta veya aşırı düşük ağırlık etkisinde olan 5 yaş altı çocukların %'si (2000-2006*)	35	25
Sağlıklı içme suyuna ulaşabilen nüfus %'si (2004)	59	83
Kentsel	79	95
Kırsal	51	73
Yeterli sanitasyon imkanlarına sahip nüfus %'si (2004)	36	59
Bu hastalıklara karşı aşılanan 1 yaşındaki çocuklar %'si (2006):		
Tüberküloz (BCG)	85	87
Difteri/boğmaca/tetanoz (DPT1)	87	89
Difteri/boğmaca/tetanoz (DPT3)	77	79
Çocuk felci (polio3)	77	80
Kızamık	74	80
Hepatit B (hepB3)	50	60
<i>Haemophilus influenzae (Hib3)</i>	17	22
Eğitim		
İlköğretime başlayıp 5'inci sınıfa kadar gelenlerin %'si (İdari veriler; 2000-2006*)	67	78**
İlköğretim devamlılık oranı (2000-2006*) net		
Erkek	65	80
Kız	63	78
Ortaöğretim devamlılık oranı (1996-2005*) net		
Erkek	26	50**
Kız	24	47**
Yetişkinler okur-yazarlık oranı (2000-2005*)	55	78

GÖSTERGE

BÖLGE

DÜNYA

Ekonomik göstergeler

Kişi başına GSMG (ABD\$, 2006)	438	7,002
Günde 1 dolardan az kazanan nüfus %'si (1995-2005*)	38	19
Merkezi hükümet harcamalarından sağlık, eğitim ve savunmaya ayrılan pay %'si (1995-2005*):		
Sağlık	5	14
Eğitim	14	5
Savunma	14	11
Hanehalkı gelirinden alınan % pay (1994-2004*):		
En düşük yüzde 40'ı	15	20
En yüksek yüzde 20'si	50	42

HIV/AIDS

Yetişkinlerde (15-49 yaş) tahmini HIV prevalansı, 2005 yılı sonu	2.7	1.0
HIV'li olarak yaşayan tahmini insan sayısı (bütün yaşlar), 2005 (1,000)	11,700,000	38,600,000
HIV'li olarak yaşayan tahmini çocuk (0-14 yaş) sayısı (2005)	1,100,000	2,300,000
AIDS nedeniyle kimsesiz kalan tahmini çocuklar (0-17 yaş, 2005)	-	15,200,000

Çocuk korunması

Doğum kaydı (1999-2005*)	30	-
Kentsel	43	-
Kırsal	24	-
Çocuk evlilikleri (1987-2005*)	49	-
Kentsel	37	-
Kırsal	57	-
Çocuk işçiliği (5-14 yaş, 1999-2005*)	29	-
Erkek	31	-
Kız	28	-

Kadınlar

Yetişkin erkek okur-yazarlığının %'si olarak kadın okur yazarlığı (2000-2006*)	68	86
Doğum öncesi yardım alanların %'si (2000-2006*)	61	75
Doğumlarını eğitilmiş kişi nezaretinde yapanların %'si (2000-2006*)	38	63
Yaşam boyunca anne ölüm riski (2005)	24 'te 1	92

NOTLAR:

* Veriler bulunabildikleri en yakın yıla aittir.

** Çin hariç.

- Veri yok.

§ Bu tabloda verilen doğum kaydıyla ilgili küresel ve bölgesel tahminler 1999-2006 dönemi için elde verileri bulunan ülkeler alt kümesini esas almaktadır. Daha geniş ülkeler kümesi için 1997-2006 dönemine ilişkin küresel ve bölgesel tahminler ise mevcut olup www.childinfo.org/areas/birthregistration adresinden bulunabilir.

Her çocuk için
Sağlık, Eğitim, Eşitlik, Koruma
İNSANLIğIN GELİŐMESİ

Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
Birleşmiş Milletler Binası,
2. Cadde, No. 11, Birlik Mahallesi, Çankaya,
Ankara, TÜRKİYE
ankara@unicef.org
www.unicef.org/turkey

© Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu

Ocak 2008