

وضعیت کودکان جهان در سال ۲۰۰۸

خلاصه اجرایی

بقای
کودک



متحد برای
کودکان

unicef 

فهرست مطالب

۲	مقدمه
۴	فصل ۱: بقای کودک - وضعیت موجود
	فصل ۲: تجارب به دست آمده از نظامها و رویه‌های
۸	در حال تکامل بهداشت و درمان
	فصل ۳: مشارکت جوامع محلی در ارائه
۱۲	خدمات بهداشتی اولیه به مادران، نوزادان و کودکان
	فصل ۴: تقویت مشارکت جوامع محلی،
۱۵	طیف مراقبتهای بهداشتی و نظامهای بهداشتی
۱۸	فصل ۵: اتحاد برای بقای کودک

شاخصهای وضعیت

۲۰	کشورهای صحرای آفریقا
۲۲	شرق و جنوب آفریقا
۲۴	غرب و مرکز آفریقا
۲۶	خاورمیانه و شمال آفریقا
۲۸	جنوب آسیا
۳۰	شرق آسیا و پاسیفیک
۳۲	آمریکای لاتین و کارائیب
۳۴	اروپای مرکزی و شرقی/کشورهای مستقل مشترک المنافع
۳۶	کشورهای صنعتی
۳۸	کشورهای در حال توسعه
۴۰	کشورهای کمتر توسعه یافته

وضعیت کودکان جهان در سال ۲۰۰۸ یک ارزیابی گسترده، از وضعیت کنونی بقای کودکان و مراقبتهای بهداشتی مادران، کودکان و نوزادان ارائه می‌دهد. این موضوعات در قلب پیشرفت بشری قرار داشته و می‌توانند به عنوان مقیاسی جهت اندازه‌گیری میزان توسعه و رفاه در هر کشور و همچنین مدرکی گویا دال بر اولویتها و ارزشهای موجود در هر جامعه مورد استفاده قرار گیرند.

سرمایه‌گذاری در زمینه بهداشت کودکان و مادران تنها موضوعی مرتبط با حقوق بشر نیست، بلکه در عین حال یک تصمیم اقتصادی خردمندانه و یکی از مطمئن‌ترین راهها جهت قرارگرفتن یک کشور در مسیر دستیابی به آینده‌ای بهتر می‌باشد.

یونیسف خواهان حرکتی همه‌جانبه جهت تحت پوشش قراردادن میلیونها کودکی می‌باشد که هنوز از اقدامات صورت‌گرفته در زمینه بهداشت محروم هستند. کاهش میزان مرگ‌ومیر کودکان نیازمند دستیابی به اهداف توسعه هزاره مرتبط با بهداشت است - به ویژه کاهش فقر و گرسنگی (هدف اول توسعه هزاره)، بهبود وضعیت سلامت مادران (هدف پنجم توسعه هزاره)، مبارزه با اچ. آی. وی/ایدز، مالاریا و دیگر بیماریهای عمده (هدف ششم توسعه هزاره) و بهبود بهداشت در زمینه آب سالم و محیط (هدف هفتم توسعه هزاره).

تحقق هدف چهارم توسعه هزاره - کاهش میزان مرگ و میر زیر پنج سال به میزان دوسوم بین سالهای ۱۹۹۰ و ۲۰۱۵ - هنوز امکان‌پذیر است، اما انجام آن با چالشی بزرگ روبروست: تحقق این هدف به معنای کاهش میزان مرگ و میر زیر پنج سال از ۹/۷ میلیون در سال ۲۰۰۶ به کمتر از ۵ میلیون در سال ۲۰۱۵ می‌باشد. روشن است دستیابی به کلیه این اهداف نیازمند اراده سیاسی، منابع و راهکارهای کارآمد در مقیاسی بی‌سابقه خواهد بود.

بخش عمده‌ای از تلاشهای ما در این رابطه به‌طور خاص بر صحرای آفریقا که تقریباً نیمی از کل موارد مرگ و میر کودکان در آن رخ می‌دهد و آفریقای مرکزی و غربی که در زمینه کاهش نرخ کل مرگ و میر کودکان زیر پنج سال از سال ۱۹۹۰ در آن پیشرفت اندکی حاصل شده‌است متمرکز خواهد بود. در عین حال باید به منطقه جنوب آسیا، که از لحاظ میزان مرگ و میر کودکان در جایگاه دوم قرار دارد و همچنین کشورها و جوامع دیگری که در حال حاضر فاقد خدمات اساسی در این رابطه هستند توجه شود.

تجارب به‌دست آمده در رابطه با بهداشت کودکان طی دهه‌های اخیر باید

راهنمای مسیر آینده باشد. وضعیت کودکان جهان در سال ۲۰۰۸ این آموخته‌ها را بررسی کرده و به مهمترین موضوعات و مفاهیم تازه از جمله موارد زیر توجه خاص دارد:

- نیاز به تمرکز بر کشورها و جوامعی که دارای بالاترین میزان مرگ‌ومیر کودکان هستند و همچنین کشورها و جوامعی که در معرض بیشترین خطر در زمینه فقدان خدمات اساسی مربوط به بهداشت اولیه قرار دارند.
 - مزایای ارائه بسته‌های خدمات اساسی جهت بهبود میزان پوشش‌دهی و کارایی اقدامات صورت گرفته.
 - اهمیت حیاتی مشارکت جوامع محلی از راه دخالت فعالانه اعضای جامعه در ارائه خدمات بهداشتی و بسیج جوامع محلی جهت حمایت از رویه‌های بهبود یافته ارائه خدمات بهداشتی.
 - ارائه طیفی از خدمات مراقبتی در طول چرخه حیات افراد و ایجاد پیوند میان خانوارها و جوامع محلی از راه گسترش مراکز ارائه خدمات - که افراد بتوانند به آنها مراجعه کنند - و همچنین از راه یافتن و ارائه خدمات به افراد نیازمندی که قادر به مراجعه به چنین مراکزی نیستند.
 - مزایای اتخاذ یک رویکرد استراتژیک و نتیجه محور برای توسعه نظام بهداشتی با محوریت سلامت مادران، کودکان و نوزادان.
 - نقش اساسی تعهد سیاسی، رهبری ملی و بین‌المللی و تامین منابع مالی به صورت پایدار در تقویت نظام‌های بهداشتی.
 - ضرورت هماهنگ‌سازی بیشتر مشارکت‌ها و برنامه‌های بهداشتی جهانی.
- به منظور دستیابی به این اهداف، لازمست تا تصمیم‌گیران کلیدی - دولت‌ها و جوامع محلی، حمایت کنندگان مالی و آژانسهای بین‌المللی، سازمان‌های غیردولتی و فعالان بخش خصوصی - در حمایت از بقا و سلامت مادران و کودکان، اقدامات و مشارکتهای خود را متحد سازند. ما می‌توانیم با همکاری، برخورداری مادران، کودکان و نوزادان از خدمات اساسی باکیفیت را تضمین کرده، وضعیت سلامت و تغذیه آنان را بهبود بخشیده و بقای کودکان را در مرکز تلاشهای جهانی برای پیشرفت بشریت جای دهیم.



همه کودکان دارای حق برخورداری از یک زندگی سالم می باشند. گروهی از کودکان در یک مرکز محلی کودکان، مالاوی.

بقای کودک: وضعیت موجود

طی قرن گذشته پیشرفتهای قابل توجهی در زمینه بهبود کیفیت و میزان پوشش‌دهی خدمات بهداشتی اولیه، کاهش میزان مرگ‌ومیر کودکان زیر پنج سال و بهبود وضعیت سلامت و تغذیه کودکان صورت گرفته است. در سال ۱۹۶۰، تقریباً ۲۰ میلیون کودک پیش از رسیدن به پنج سالگی جان باختند؛ در سال ۲۰۰۶، یعنی آخرین سالی که تخمینهای موثقی در رابطه با آن موجود است برای اولین بار میزان سالانه مرگ‌ومیر کودکان زیر پنج سال در سطح جهان به کمتر از ۱۰ میلیون (۹/۷ میلیون) کاهش یافته است.

تلاشهای همه‌جانبه و یکپارچه صورت گرفته توسط دولت‌ها، حمایت‌کنندگان مالی، آژانسهای بین‌المللی و متخصصان بهداشت منجر به ریشه‌کنی بیماری آبله و کاهش قابل‌توجه بیماریهای مهمی از جمله سرخک و فلج اطفال گردیده است. تاکید فزاینده بر لزوم حصول اطمینان از وجود تغذیه مناسب برای کودکان، کاهش سریع سوءتغذیه در بسیاری از کشورها را در پی داشته است. بهبود آب آشامیدنی، فاضلاب و رفتارهای بهداشتی به کاهش بروز بیماریهای اسهالی کمک کرده است.

پیشرفتهای قابل توجه در زمینه ارائه خدمات اساسی و ترویج رفتارهای بهداشتی در سالهای اخیر، موجب امیدواری است. بطور مثال، پوشش‌دهی کودکان ۶-۵۹ ماهه توسط حداقل یک دوز مکمل غذایی ویتامین آ از سال ۱۹۹۹ پنجاه درصد افزایش داشته است. افزایش پوشش‌دهی واکسیناسیون سرخک و برنامه‌های پیگیری آن منجر به کاهش ۶۰ درصدی در نرخ جهانی مرگ‌ومیر ناشی از این بیماری و کاهش ۷۵ درصدی آن در کشورهای صحرای آفریقا بین سالهای ۱۹۹۹ و ۲۰۰۵ گردیده است. طی ده سال گذشته استفاده از شیر مادر بعنوان تنها منبع تغذیه کودک در کشورهای صحرای آفریقا به میزان قابل توجهی افزایش داشته است.

پیشرفتهای ارزشمندی نیز در دیگر زمینه‌ها صورت گرفته است از جمله: پیشگیری از انتقال ایدز از مادر به کودک؛ ارائه خدمات درمانی مربوط به ایدز به کودکان؛ پیشگیری و درمان مالاریا از راه ترویج استفاده از تورهای آغشته به آفت‌کش و روشهای درمانی ترکیبی و افزایش مصرف نمک یددار توسط خانوارها. کارایی و کم هزینه بودن این گونه اقدامات ثابت شده است. اما چالش موجود در این زمینه عبارت است از افزایش بیشتر میزان پوشش‌دهی این برنامه‌ها و دیگر اقدامات اساسی به‌ویژه در کشورها و جوامعی که ارائه خدمات در آنها هنوز در مقیاس محدود صورت می‌گیرد - بطور مثال در کشورهای صحرای آفریقا و جنوب آسیا.

تاکنون پیشرفت کمی در زمینه افزایش میزان پوشش‌دهی با روشهای درمانی موثر برای بیماریهای کودکان وجود داشته است. اگرچه ذات‌الریه بیش از هر علت دیگری باعث مرگ‌ومیر کودکان در سطح جهان می‌باشد - و تقریباً ۲۰ درصد از کل موارد مرگ‌ومیر کودکان زیر ۵ سال را موجب می‌شود - تنها ۵۶ درصد از کودکانی که احتمال ابتلای آنان به ذات‌الریه می‌رود به مراکز درمانی مناسب برده می‌شوند. به طور تقریبی تنها یک نفر از هر ۴ سرپرست کودک با علائم اصلی بیماری ذات‌الریه در کودکان از جمله تنفس سریع یا همراه با دشواری آشنایی دارد. بیماریهای اسهالی علت حدود ۲ میلیون مرگ و میر در سال در بین کودکان زیر ۵ سال بوده است، اگرچه میزان پیروی از معالجات توصیه شده شامل مایع درمانی خوراکی و یا ادامه تغذیه خوراکی بین سالهای ۱۹۹۵ و ۲۰۰۵ افزایش قابل توجهی داشته است، تنها حدود یک‌سوم کودکان مبتلا به این‌گونه بیماریها در کشورهای در حال توسعه از درمان مناسب برخوردارند. از آنجا که سوءتغذیه با ۵۰ درصد از موارد مرگ‌ومیر کودکان در ارتباط است، مقابله با آن همچنان موضوعی کلیدی بشمار می‌رود.

چالش دیگر، افزایش میزان ارائه خدمات اساسی به کودکان و مادران طی دوران بارداری، زایمان، پس از زایمان و اوایل کودکی می‌باشد. در مناطق و کشورهای در حال توسعه، از هر ۴ زن باردار ۱ زن مراقبتهای پیش از زایمان

دریافت نکرده و بیش از ۴۰ درصد از زنان بدون کمک یک فرد ماهر زایمان می‌کنند. تقریباً ۴۰ درصد از کلیه موارد مرگ‌ومیر زیر پنج سال طی دوره نوزادی - ۲۸ روز اول زندگی کودک - در نتیجه علل مختلف رخ می‌دهد.

از اینرو، در مجموع، علیرغم پیشرفتهای حاصل شده، از تلخی مشکل مرگ‌ومیر کودکان در مقایسه با ۲۵ سال پیش - زمانی که یونیسف برنامه انقلاب بقای کودکان را آغاز کرد - کاسته نشده است. همه روزه، به‌طور متوسط، بیش از ۲۶۰۰۰ کودک زیر پنج سال در نقاط مختلف جهان جان خود را از دست می‌دهند که علت بیشتر این موارد مرگ‌ومیر قابل پیشگیری است. تقریباً کلیه این کودکان در مناطق در حال توسعه یا به عبارت دقیقتر در ۶۰ کشور در حال توسعه زندگی می‌کنند. اگرچه نیمی از مناطق جهان در مسیر دستیابی به هدف چهارم توسعه هزاره حرکت می‌کنند، بسیاری از کشورها در این زمینه از سایرین عقب افتاده و نیازمند آنند که بر سرعت پیشرفت خود به میزان قابل توجهی بیفزایند تا قادر به تحقق اهداف مذکور باشند.

دستیابی به هدف چهارم توسعه هزاره در سطح جهانی نیازمند تلاشهای بیشتر در جبهه‌های مختلف می‌باشد از جمله تحقق دیگر اهداف توسعه هزاره از راه افزایش خدمات بهداشتی اولیه باکیفیت. دستیابی به هدف چهارم در عین حال مستلزم بررسی مجدد راهکارهای مربوط به پوشش‌دهی فقیرترین و در حاشیه‌ترین جوامع می‌باشد.

پیشرفتهای قابل توجه در زمینه کاهش میزان مرگ‌ومیر کودکان که طی دهه‌های اخیر در بسیاری از کشورهای در حال توسعه حاصل گردیده است زمینه‌ای برای خوشبینی به آینده فراهم کرده است. علل و راه‌حل‌های مربوط به مرگ‌ومیر کودکان نیز شناسایی و مورد پذیرش قرار گرفته‌اند. در حال حاضر اقدامات ساده، قابل اطمینان و مقرون به صرفه‌ای در دسترس ما قرار دارند که می‌توان با استفاده از آنها دوسوم کودکانی را که هم‌اکنون در معرض خطر قرار دارند نجات داد. چالش موجود، اطمینان از این امر است که راه‌حلهای مذکور - به همراه خدمات بهداشتی اولیه باکیفیت و طیفی از مراقبتهای بهداشتی برای مادران، کودکان و نوزادان - میلیونها کودک و خانواده‌ای را که تا کنون نادیده گرفته شده‌اند پوشش می‌دهند.

گستره مراقبت‌های بهداشتی مربوط به مادران، نوزادان و کودکان در زمان و مکان مناسب

نجات زندگی مادران و کودکان از راه ارائه پوشش فراگیر خدمات اساسی در سراسر چرخه زندگی افراد هدف بنیادی طیف مراقبت‌های بهداشتی مادران، کودکان و نوزادان را تشکیل می‌دهد. این مفهوم در راستای پذیرش این حقیقت پدید آمده است که مرگ‌ومیر مادران، نوزادان و کودکان دارای علل ساختاری مرتبط با سوءتغذیه می‌باشد. این علل شامل موارد زیر می‌گردند:

نامنی غذایی، بی‌سوادی زنان، بارداری در سنین پایین، زایمان نامناسب، تغذیه ناکافی، نبود آب سالم و محیط بهداشتی - همچنین محرومیت از خدمات بهداشتی و تغذیه‌ای در نتیجه فقر، در حاشیه بودن و ارائه خدمات به صورت غیر موثر و بدون توجه به شرایط فرهنگی و عدم برخورداری از منابع کافی.

طیف مراقبت‌ها منعکس کننده آموخته‌هایی است که از شواهد و تجربیات مربوط به دهه‌های اخیر بدست آمده است: زمان، حصول اطمینان از ارائه خدمات اساسی طی دوران بارداری، زایمان و پس از آن، دوران نوزادی و اوایل کودکی؛ و مکان، ایجاد پیوند میان ارائه خدمات اساسی گوناگون در قالب یک نظام پویای مراقبت‌های بهداشتی اولیه که در برگیرنده خانه، جامعه محلی و مراکز بهداشتی بوده و به پوشش‌دهی افراد نیازمند توجه دارد. این عوامل بر اساس پذیرش این نکته قرار دارند که خطر مرگ‌ومیر و بیماری، هم برای کودکان و هم برای مادران قبل و بعد از زایمان دارای بیشترین میزان بوده و خلاءهای مربوط به مراقبت‌ها در خانوارها، جوامع و مناطقی که بیش از سایرین به این مراقبت‌ها نیازمندند بیشتر یافت می‌شوند.

میزان بالای پوشش‌دهی طیف مراقبت‌ها می‌تواند تاثیری ژرف در پی داشته باشد. در کشورهای صحرای آفریقا، دستیابی به طیفی از مراقبت‌ها که ۹۰ درصد مادران و کودکان تازه متولد شده را پوشش می‌داد توانست دوسوم از موارد مرگ‌ومیر را کاهش داده و هشتصد هزار زندگی را در هر سال نجات دهد.

پیشرفت جهانی در کاهش مرگ‌ومیر کودکان برای تحقق هدف چهارم توسعه هزاره ناکافی است*

نرخ متوسط کاهش سالانه مرگ‌ومیر کودکان زیر پنج سال (U5MR) در ۲۰۰۶-۱۹۹۰ و نرخ مورد نیاز در ۲۰۱۵-۲۰۰۷ به منظور دستیابی به هدف چهارم توسعه هزاره

نرخ متوسط کاهش سالانه	نرخ مرگ و میر کودکان		تعداد موارد مرگ و میر در هر ۱۰۰۰ زایمان زنده		
	% مشاهده شده	% مورد نیاز	۱۹۹۰	۲۰۰۶	
چهارم توسعه هزاره	۲۰۰۶-۲۰۱۵	۲۰۰۷-۲۰۱۵	۱۹۹۰	۲۰۰۶	
پیشرفت ناکافی	۱۰/۵	۱/۰	۱۶۰	۱۸۷	کشورهای صحرای آفریقا
پیشرفت ناکافی	۹/۶	۱/۴	۱۳۱	۱۶۵	جنوب و شرق آفریقا
عدم پیشرفت	۱۱/۰	۰/۷	۱۸۶	۲۰۸	غرب و مرکز آفریقا
پیشرفت ناکافی	۶/۲	۳/۴	۴۶	۷۹	خاور میانه و شمال آفریقا
پیشرفت ناکافی	۷/۸	۲/۵	۸۳	۱۲۳	جنوب آسیا
پیشرفت مناسب	۵/۱	۴/۰	۲۹	۵۵	شرق آسیا و پاسیفیک
پیشرفت مناسب	۴/۳	۴/۴	۲۷	۵۵	امریکای لاتین و کارائیب اروپای مرکزی و شرقی / کشورهای مستقل
پیشرفت مناسب	۴/۷	۴/۲	۲۷	۵۳	مشترک المنافع
پیشرفت مناسب	۶/۶	۳/۲	۶	۱۰	کشورهای صنعتی
پیشرفت ناکافی	۹/۳	۱/۷	۷۹	۱۰۳	کشورهای در حال توسعه
پیشرفت ناکافی	۹/۴	۱/۶	۷۲	۹۳	جهان

*پیشرفت بسوی هدف چهارم توسعه هزاره با طبقه بندی کشورها برطبق آستانه‌های زیر:

دارای پیشرفت مناسب - نرخ مرگ‌ومیر کودکان پایین‌تر از ۴۰، یا نرخ مذکور برابر یا بیشتر از ۴۰ و نرخ متوسط کاهش سالانه مرگ‌ومیر کودکان زیر پنج سال مربوط به سال ۱۹۹۰-۲۰۰۶ معادل یا بیشتر از ۴/۰ درصد. پیشرفت ناکافی - نرخ مرگ‌ومیر کودکان زیر پنج سال، ۴۰ یا بیشتر و نرخ متوسط کاهش سالانه مربوط به ۲۰۰۶-۱۹۹۰ بین ۱ و ۳/۹ درصد. عدم پیشرفت - نرخ مرگ‌ومیر کودکان زیر پنج سال، ۴۰ یا بیشتر و نرخ متوسط کاهش سالانه ۱۹۹۰-۲۰۰۶ کمتر از ۱ درصد.

منبع: تخمین‌های ارائه شده توسط یونیسف (Interagency Child Mortality Estimation Group)



توجه بیشتری به راهکارهای مربوط به تسریع پیشرفت در طیف مراقبتهای بهداشتی مادران، نوزادان و کودکان مورد نیاز است. کلینیکی در اردوگاه پناهندگان، جمهوری مقدونیه، یوگسلاوی سابق.

تجربیات به دست آمده از نظامها و رویه‌های در حال تکامل بهداشت و درمان

بررسی رویکردهای مختلف در زمینه ارائه خدمات اساسی بهداشتی از ابتدای قرن بیستم تا زمان حال نشان می‌دهد که با بهره‌گیری از طیفی از سیاستها و اقدامات موثر می‌توان بیشترین ظرفیت را برای تسریع پیشرفت در این زمینه‌ها ایجاد کرد. از جمله این سیاستها و اقدامات می‌توان به آن دسته اشاره کرد که در مورد بیماریهایی مانند مالاریا یا سوءتغذیه به کار گرفته شده و یا در شرایط ایده‌آل ارائه طیفی از خدمات جامع مراقبتهای بهداشتی شامل استفاده از بیمارستانها و کلینیک‌ها، معالجه سرپایی بیماران و پوشش‌دهی افرادی که توانایی مراجعه به مراکز درمانی ندارند و ارائه خدمات به خانوارها و جوامع محلی را در بر می‌گیرد.

کنترل بیماریها: تلاشهای مربوط به کنترل بیماریهای خاص در اوایل قرن بیستم آغاز شده و با پیدایش برنامه‌های «بسیج همگانی» متمرکز بر کاهش یا ریشه‌کنی یک بیماری با استفاده از تکنولوژیهای مشخص بطور قابل توجهی

در دهه‌های ۱۹۵۰، ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ ارتقاء و تسریع یافت. موفقیت‌های به دست آمده توسط برخی از این بسیج‌های همگانی «عمودی»، بویژه برنامه مربوط به آبله، زمینه را برای طراحی برنامه‌ای به نام برنامه گسترده واکسیناسیون (Expanded Programme on Immunization) فراهم ساخت که بدون شک موفق‌ترین برنامه بهداشتی عمومی در تاریخ می‌باشد که از سال ۱۹۷۴ آغاز شد. تلاش برای کنترل بیماری‌های خاص مانند سرخک در حال حاضر نیز ادامه داشته و فواید زیادی به دست می‌دهند.

مراقبت‌های بهداشتی اولیه جامع: برنامه‌های نوآورانه موفق در زمینه بهداشت جامعه که پس از جنگ جهانی دوم در کشورهای چین، اندونزی و نیجریه ایجاد شدند امکان بالقوه ارائه طیفی از خدمات بهداشتی فراتر از بیماری‌های خاص را نشان دادند. رویکرد جامع به بهداشت اولیه که در کنفرانس بین‌المللی آما-آتا در سال ۱۹۷۸ تحکیم گردید مفهوم ارائه خدمات بهداشتی را از بیماری‌های خاص فراتر برد تا مفاهیمی چون مشارکت جامعه، برابری، ترویج بهداشت، رویکردهای یکپارچه به ارائه خدمات بهداشتی و همکاری میان بخشی را نیز در برگیرد. این یافته‌ها و دیگر تجارب مربوط به خدمات بهداشتی به اصول راهنمای توسعه نظام‌های بهداشتی در دهه‌های اخیر منجر گردیده‌اند.

خدمات بهداشتی اولیه انتخابی: مشکلات اقتصادی و عوامل دیگر مانع از اجرای رویکرد خدمات بهداشتی اولیه طی دهه ۱۹۸۰ گردیدند. در این زمان، چارچوبی جایگزین یعنی ارائه خدمات بهداشتی به صورت انتخابی متمرکز بر زیر مجموعه‌ای معین از بیماری‌های مهم، از راه بکارگیری تکنولوژی‌های نسبتاً ارزان پزشکی در پی دستیابی به اهداف خاص، ایجاد گردید. این رویکرد به شدت مورد پشتیبانی حمایت‌کنندگان مالی قرار گرفت و برنامه اجرا شده توسط یونیسف در سال ۱۹۸۲ تحت عنوان انقلاب بقای کودک (Child Survival Revolution) نیز بر پایه این چارچوب قرار داشت. این برنامه بر چهار فعالیت کم هزینه پایه‌ریزی گردیده بود که مجموعاً "به آنها GOBI (پایش رشد برای کشف سوءتغذیه، جبران آب از دست رفته در کودکان مبتلا به بیماری‌های اسهالی، تغذیه توسط شیر مادر به منظور تضمین سلامت کودکان خردسال و واکسیناسیون در برابر شش بیماری کشنده دوران کودکی) گفته می‌شد. GOBI به همراه برنامه گسترده واکسیناسیون و برنامه‌های اجرا شده با هدف کنترل بیماری‌های اسهالی و عفونت‌های شدید تنفسی - توسط سازمان جهانی بهداشت - سهمی انکارناپذیر در کاهش میزان مرگ‌ومیر کودکان در دهه ۱۹۸۰ داشتند.

رویکردهای یکپارچه: دهه ۱۹۹۰ و سال‌های اولیه دهه کنونی شاهد توجه دوباره به رویکردهای یکپارچه در زمینه ارائه خدمات بهداشتی بوده است. این گونه رویکردها بر راه‌های مقرون بصره جهت مقابله با چالش‌های بهداشتی متمرکز داشته و بر پایه مشارکت جوامع، همکاری میان بخشی و تلفیق با

نظامهای عمومی ارائه خدمات بهداشتی قرار دارند. یکی از برنامه‌هایی که بر اساس چنین رویکردی قرار داشت برنامه Bamako بود که توسط یونیسف و سازمان جهانی بهداشت تامین مالی شده و از سوی وزرای بهداشت کشورهای آفریقایی در سال ۱۹۸۷ پذیرفته و تصویب گردید. هدف این برنامه ارائه بسته‌های یکپارچه خدمات بهداشتی، حداقل از طریق مراکز درمانی با تاکید بر مشارکت جوامع محلی و امکان پذیر ساختن دسترسی به دارو بود.

مدیریت یکپارچه بیماریهای کودکان (IMCI) چارچوب غالب رویکردهای یکپارچه را تشکیل می‌دهد. راهکارهای IMCI که هدف از آنها بهبود عملکرد افراد شاغل در این بخش، تقویت نظامهای بهداشتی و درمانی و بهبود رویه‌های موجود در سطح خانوار و جامعه است از زمان شکل‌گیری خود در سال ۱۹۹۲ توسط بیش از ۱۰۰ کشور مورد استفاده قرار گرفته‌اند.

یکی از نمونه‌های اخیر رویکرد یکپارچه، برنامه تسریع بقا و تکامل رشد کودکان (Accelerated Child Survival and Development) است. این برنامه در سال ۲۰۰۱ توسط آژانس کانادایی توسعه بین‌المللی، یونیسف و دولتهای منطقه غرب و مرکز آفریقا آغاز به کار کرد و هم‌اکنون بیش از ۱۶ میلیون نفر را در ۱۱ کشور که از درصد بالایی از نظر مرگ‌ومیر کودکان زیر پنج سال دارا بودند، تحت پوشش قرار می‌دهد. برنامه مذکور حاوی فعالیت‌های مبتنی بر جوامع محلی در زمینه ترویج و ارتقاء بهداشت خانواده، اقدامات بهداشتی و تغذیه‌ای، پوشش‌دهی افرادی که قادر به مراجعه به مراکز بهداشتی نیستند، ارائه محصولات و خدمات اساسی درمانی و بسته‌های بهداشتی درمانی حداقل در مراکز درمانی می‌باشد. این برنامه بر پایه نقاط قوت رویکردهای موجود از جمله برنامه‌های "Plus" برای مراقبتهای پیش از زایمان، برنامه گسترده واکسیناسیون و مدیریت یکپارچه بیماریهای کودکان قرار دارد.

به سوی چارچوبی متحد: متخصصان در زمینه بهداشت مادران، نوزادان و کودکان بر پایه تجربیات بدست‌آمده طی قرن گذشته بیش از پیش حول مجموعه‌ای از اصول راهبردی گردآمده و اتفاق نظر حاصل کرده‌اند:

- پذیرش مجدد اصول خدمات بهداشتی درمانی اولیه، که بر برتری و تقدم مشارکت در سطح جامعه و خانوار در بقا، رشد و توسعه کودکان تاکید دارد.
- رویکرد به ارائه خدمات بهداشتی بر مبنای "توسعه نظامهای بهداشتی در راستای تحقق دستاوردها" که از راه افزایش استفاده از بسته‌های کم‌هزینه خدمات درمانی و ادغام آنها در طیفی از خدمات درمانی و بهداشتی برای کودکان و مادران نقاط قوت رویکردهای انتخابی/عمودی و جامع/افقی را با یکدیگر ترکیب می‌کند. این رویکرد با دوگانگی قدیمی میان رویکردهای

عمودی با هدف دستیابی به دستاوردهای خاص و رویکردهای یکپارچه با هدف تقویت نظامهای درمانی و ارتقاء بهداشت عمومی موافق نبوده و بر این عقیده استوار است که هر دو هدف فوق را می‌توان از راه تطبیق نظامهای بهداشتی به‌منظور کسب نتایج مورد نظر محقق ساخت.

- بهبود روشهای فعالیت در سطوح ملی و بین‌المللی با تمرکز بر تعاون، هماهنگی و کسب نتایج (به‌خصوص تحقق آن دسته اهداف توسعه هزاره که به بهداشت و درمان مربوط می‌گردند).

- یکی از اصول فراگیر که از بررسی رویکردهای مربوط به خدمات درمانی در قرن گذشته بدست می‌آید این است که هیچ رویکردی به‌تنهایی قابل استفاده در همه شرایط نیست. سازماندهی، ارائه و جهت‌گیری فعالیت‌های مرتبط با خدمات درمانی باید با محدودیت‌های منابع انسانی و مالی، شرایط اقتصادی-اجتماعی، ظرفیتهای موجود نظام خدمات درمانی و میزان فوریت دستیابی به نتایج هماهنگ باشد. توجه به نتایج، نیازمند راهکارهایی است که بر پایه دانش جمعی موجود در زمینه بقا و سلامت مادران، کودکان و نوزادان قرار داشته و از این راه بتوانند راه‌حلهایی را شناسایی کنند که برای استفاده در هر کشور و جامعه بهترین باشند.



مشارکت جوامع محلی برای کاهش مرگ‌ومیر مادران، نوزادان و کودکان زیر پنج سال ضروری است. صحبت با اعضای جامعه محلی به منظور انگیزه دادن به آنان برای مشارکت، کشور هندوستان.

۳ مشارکت جوامع محلی در ارائه خدمات بهداشتی به مادران، نوزادان و کودکان

دستیابی به اهداف توسعه هزاره مرتبط با بهداشت و درمان، مستلزم تقویت نظام‌های بهداشتی در تمام سطوح می‌باشد- از جمله خدمات مبتنی بر مراکز درمانی، برنامه‌های رسمی بهداشت عمومی و مشارکت جوامع محلی. شواهد فزاینده حاکی از آن است که رویه‌های بهبودیافته بهداشتی در سطح جوامع محلی و خانوارها در ترکیب با فرایند ارجاع افراد نیازمند به مراکز بهداشتی می‌تواند تاثیر زیادی در کاهش میزان مرگ‌ومیر زیر پنج سال داشته باشد. در نتیجه این دیدگاه، هم‌اکنون نظام‌های یکپارچه بهداشتی و خدمات درمانی مبتنی بر جوامع محلی بار دیگر در سیاست‌های ملی و مشارکتها و برنامه‌های بهداشتی بین‌المللی مورد توجه و تاکید قرار گرفته‌اند.

مشارکت در سطح جوامع محلی دارای قابلیت‌های بالقوه بسیاری جهت بهبود وضعیت بهداشت و درمان، تغذیه و شرایط محیطی می‌باشد به‌ویژه در کشورهای دارای ظرفیت پایین نظام بهداشتی و به ویژه در رابطه با فقیرترین

و درحاشیه‌ترین گروه‌ها. تجربه نشان می‌دهد مشارکتهای موفق جوامع محلی بر پایه چند عامل مشترک قرار دارند:

- سازماندهی و مشارکت منسجم و فراگیر جوامع محلی: برنامه‌هایی که بر پایه ساختارهای موجود در یک جامعه قرار داشته، از نقطه نظر اجتماعی فراگیر بوده و اعضای جامعه را در برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی دخالت می‌دهند جزء موفق‌ترین برنامه‌ها در کشورهای در حال توسعه‌اند.
- حمایت و تشویق کارکنان بهداشتی در جوامع محلی: کارکنان بهداشتی در جوامع محلی که عاملان اصلی فعالیتهای درمانی، آموزشی و مشاوره‌ای مبتنی بر جوامع محلی هستند، نیازمند تشویق و حمایت می‌باشند تا از این‌راه از یأس آنها جلوگیری شده و آنان قادر گردند تا با انگیزه کافی به انجام وظایف خود ادامه دهند.
- حمایت و نظارت کافی بر برنامه‌ها: نظارت نیز برای حفظ علاقه و انگیزه اعضای جوامع محلی ضروری بوده و ریسک مایوس شدن نیروها را کاهش می‌دهد. دیگر جنبه‌های مهم حمایت عبارتند از تدارکات، ملزومات و تجهیزات.
- نظامهای موثر جهت ارجاع افراد به مراکز درمانی: بیمارستانها و کلینیک‌ها اجزای ضروری مشارکتهای موفق در سطح جامعه محلی بوده و خدماتی را ارائه می‌دهند که نمی‌توان در جای دیگری آنها را با اطمینان یافت از جمله فوریتهای درمانی زایمان. نظامهای بهداشتی ناحیه‌ای نیز عاملی مهم در هماهنگی برنامه‌های عمومی در زمینه بهداشت و درمان به شمار می‌روند.
- همکاری و هماهنگی با دیگر برنامه‌ها و بخش‌ها: رویکرد یکپارچه سلامت مادران، نوزادان و کودکان مستلزم همکاری میان برنامه‌ها و بخش‌هایی که به سلامت، تغذیه، بهداشت، بیماریهای مهم و امنیت غذایی می‌پردازند و همچنین همکاری میان‌بخشی جهت پرداختن به ساختارهای حمل و نقل و دسترسی به آب سالم و امکانات بهداشتی می‌باشد.
- تامین مالی: به منظور موفقیت در درازمدت، لازم است فرایند تامین مالی مشارکت جوامع محلی به موضوعات پایداری و عدالت، منجمله مسایلی از قبیل تقسیم هزینه‌ها و ارائه مشوق‌های مالی به افرادی که مشارکت می‌کنند، توجه داشته باشد.

- ادغام در سیاستها و برنامه‌های ناحیه‌ای و ملی: فرایندهای مشورتی با حضور ذینفعان مختلف لازم است تا با استفاده از آنها راهکارهای مربوطه تدوین شده و از این نکته اطمینان حاصل گردد که بقای مادران و کودکان با اهداف روشن و معیارهای ملموس به طور شایسته در برنامه‌ها و بودجه‌های

ملی و تمرکززدایی شده مورد توجه قرار می‌گیرند.

بسیاری از کشورها از جمله برخی از فقیرترین کشورهای جهان برنامه‌های مبتنی بر مشارکت جوامع محلی موفق در زمینه بهداشت و درمان اجرا کرده‌اند. برنامه‌های گسترده با استفاده از کارکنان محلی اجرا شده در بنگلادش (BRAC)، هندوستان (Jamkhed and others) و پاکستان (Ladz Health Workers) همگی توسط سازمان‌های محلی - در اغلب موارد گروه‌های زنان - هدایت شده‌اند. این گروه‌ها، کار خود را بر پایه ساختارهای موجود در جامعه قرار می‌دهند که شامل جنبه‌های مختلف توسعه همچون آموزش، اقتصاد و بهداشت می‌گردد.

در کشور فیلیپین، کارکنان بهداشتی مشغول در سطح barangay، که کوچکترین واحد سیاسی کشور را تشکیل می‌دهد، توسط قانون مزایای کارکنان بهداشت Barangay که در سال ۱۹۹۵ به تصویب رسیده مورد تشویق قرار می‌گیرند. این قانون در برگیرنده مفادی چون پرداخت مقرری، ارتقاء حرفه‌ای، آموزش تخصصی و پرداخت وام می‌باشد. سازمانهایی که در نقاط مختلف جهان به انجام این‌گونه برنامه‌ها می‌پردازند از راه همکاری و هماهنگی با یکدیگر تجربیات موفق خود را با یکدیگر تبادل می‌کنند. بطور مثال، رویکرد گروه مراقبتی* به کاهش مرگ‌ومیر کودکان بر پایه آموزش مربیان محلی در قالب تعاملات گروهی قرار داشته و روش‌های بکارگرفته شده توسط آن هم‌اکنون با موفقیت در کشورهای چوچ کامبوج، مالاوی، موزامبیک و رواندا مورد استفاده قرار می‌گیرند.

مثالهای متعددی از مشارکت موفق جوامع محلی در ارائه خدمات درمانی اولیه به مادران و کودکان در اروپای مرکزی و شرقی، کشورهای مستقل مشترک المنافع، شرق آسیا و پاسیفیک، آمریکای لاتین و کارائیب، خاورمیانه و شمال آفریقا، جنوب آسیا و به‌طور فزاینده در کشورهای صحرای آفریقا به چشم می‌خورند. چالش کنونی عبارتست از به‌کارگیری آموخته‌ها، افزایش پوشش برنامه‌ها و تحت پوشش قراردادن میلیونها کودکی که نظام بهداشتی تا زمان حاضر آنها را نادیده گرفته است.

Care Group *



ارتقاء رویکردها و برنامه‌های خدمات اساسی بهداشتی نیازمند درکی جامع از راهکارهای تسریع‌کننده پیشرفت و چالش‌های مرتبط با آن می‌باشد. یکی از کارکنان بهداشت کودک را به منظور پایش رشد وزن می‌کند، فیلیپین.

تقویت مشارکت جوامع محلی، طیف خدمات و نظامهای بهداشتی



تسریع پیشرفت در زمینه بقای کودکان نیازمند بکارگیری تجربیات به‌دست‌آمده از یک قرن توسعه بخش بهداشت و اتخاذ رویکردهای موثر برای تقویت مشارکت جوامع محلی، طیف مراقبت و نظامهای بهداشتی است. بر پایه چارچوب مشترک ایجاد شده توسط آژانسهای بین‌المللی، شامل بانک جهانی، سازمان جهانی بهداشت و یونیسف، گزارش وضعیت کودکان جهان در سال ۲۰۰۸، پنج اقدام متمایز اما مرتبط جهت ایجاد نظامهای بهداشتی در مناطق و کشورهای درحال توسعه از راه برنامه‌ها، سیاست‌ها و مشارکت طی دهه آینده را شناسایی و بیان می‌کند.

اقدام اول: تغییر جهت برنامه‌ها از توجه به بیماریهای خاص به سوی ارائه بسته‌های یکپارچه مراقبتهای درمانی مبتنی بر شواهد موجود و با تاثیر بالا. این امر مستلزم مشخص کردن بسته‌های حاوی مداخلات مربوطه، تعیین معیارها و اهداف لازم برای پوشش‌دهی، خدمات‌دهی و ارائه آمیزه‌ای از

خدمات به سه شکل زیر می‌باشد: خدمات مبتنی بر جوامع محلی و خانواده-محور به همراه نظارت دوره‌ای از سوی متخصصان ماهر، خدمات برنامه ریزی شده جمعیت-محور ارائه شده توسط کارکنان بهداشتی ماهر یا نیمه ماهر، و خدمات فرد-محور ارائه شده در کلینیک‌ها و مراکز درمانی توسط کارکنان بهداشتی دارای مهارت‌های پیشرفته.

اقدام ۲: تبدیل سلامت مادر و کودک به اصل مرکزی فرایند برنامه‌ریزی یکپارچه در سطح ملی برای گسترش ارائه خدمات اساسی. اقدامات کلیدی مورد نیاز در برنامه‌های راهبردی ملی جهت بسط و گسترش ارائه بسته‌های خدمات درمانی و بهداشتی شامل این موارد می‌گردند: شناسایی و از بین بردن تنگناهای نظام بهداشتی، نظارت بر پیشرفت و مشکلات موجود در پوشش‌دهی خدمات، استفاده از بسته‌های اقدامات و تقویت نظام بهداشتی و درمان، پرداختن به بحران منابع انسانی در خدمات درمانی که در بسیاری از کشورهای در حال توسعه وجود دارد، وضع رویکردی نتیجه-محور در رابطه با توسعه نظام بهداشتی و تقویت نظام‌های بهداشتی ناحیه‌ای.

اقدام ۳: ارتقاء کیفیت و پایداری برنامه‌های تامین مالی به منظور تقویت نظام بهداشتی. هم‌اکنون اتفاق نظری عمومی در رابطه با پنج اصل برای برنامه‌های تامین مالی به منظور ارتقاء سطح نظام‌های بهداشتی در حال شکل‌گیری است: پاداش‌دهی به عملکرد خوب به شیوه‌ای پایدار، هماهنگ‌سازی کمک‌های توسعه با نظام‌های کشوری، ترویج بودجه‌بندی مبتنی بر نتایج، تعیین شاخصها و ابزارهای ارزیابی نتایج برای توسعه نظام سلامت و طراحی راهکارهای تامین مالی نوآورانه و عادلانه.

اقدام ۴: احراز تعهد سیاسی ملی به تکرار مشاهده شده است زمانی که دولت‌ها رهبری فرایندی را برعهده گرفته و به گسترش پروژه‌های آزمایشی و کوچک متعهد شوند، این برنامه‌ها می‌توانند سرعت رشد کرده و ابعاد ملی را پوشش دهند. برنامه کارکنان محلی بهداشت و برنامه Bolsa Familia در برزیل، برنامه بهداشت، تغذیه و سلامت (PROGRESA) و الگوی بیمه سلامت Seguro Popular de Salud در مکزیک، برنامه کارکنان بهداشت محلی اندونزی، برنامه‌های مربوط به مداوای کودکان دارای اسهال در مصر و برنامه گسترش خدمات درمانی اتیوپی، تنها تعدادی از مثالهایی هستند که نشان می‌دهند زمانی که دولت‌ها مایل به قبول تعهد حتی با تامین مقادیر اندک مالی برای برنامه‌های بهداشتی و اجتماعی باشند، این برنامه‌ها با چه سرعتی رشد می‌کنند. علاوه بر کمک به تامین مالی در رابطه با منابع انسانی لازم برای ارائه خدمات درمانی اولیه، لازمست دولت‌ها جهت ایجاد ظرفیت تکنیکی و اجرایی مورد نیاز در این رابطه نیز متعهد گردند.

اقدام ۵: ایجاد شرایطی برای هماهنگ‌سازی بیشتر برنامه‌ها و مشارکت‌های بهداشتی در سطح جهانی. برای کشورهای در حال توسعه همگام ماندن

با برنامه‌ها و مشارکت‌های جدید در زمینه بهداشت و درمان که با سرعت بسیار در حال گسترش‌اند خود امری چالش برانگیز است چه‌رسد به مدیریت و هماهنگی آنها. کمیته کمک‌های توسعه OECD اقدام به تهیه راهنمای رویه‌های مطلوب برای هماهنگی با برنامه‌های جهانی در سطح کشوری کرده است. هدف این دستورالعمل بهبود نحوه مدیریت و اجرای برنامه‌ها و مشارکت‌های جهانی به منظور ارتقاء حس مالکیت این‌گونه برنامه‌ها توسط کشورها و هماهنگ‌سازی و ترویج پاسخگویی متقابل در زمینه اقدامات مرتبط با بهداشت مادران و کودکان است.

دولتها، حمایت‌کنندگان مالی، آژانسهای بین‌المللی و مشارکت‌های جهانی در زمینه بهداشت نیازمند شیوه‌ای جدید برای کار در رابطه با ارائه خدمات درمانی و بهداشتی در میان ذینفعان کلیدی آن هستند. موضوع اصلی در این الگو یکپارچگی و اتحاد است. برنامه‌ها و مشارکت‌هایی که هدف آنها بهبود ارتقاء جنبه‌های مختلف بهداشت و سلامت مادران و کودکان است متعدد بوده و همچنان در حال گسترش‌اند. این برنامه‌ها و مشارکت‌ها در عین حال نیازمند انسجام و هماهنگی بیشتر می‌باشند تا بتوانند به تحقق اهداف توسعه هزاره مرتبط با مادران و کودکان منجر شوند.



تحقق اهداف توسعه هزاره مرتبط با بهداشت نیازمند اقدامات و مشارکت های متحد و یکپارچه در حمایت از بقا و سلامت مادران، نوزادان و کودکان است. کودکان در صف واکسیناسیون انتظار می کشند، بنگلادش.

اتحاد برای بقای کودکان



اهداف توسعه هزاره، اهدافی آرمانی و غیرقابل دسترس نبوده بلکه محصول تفکرات و محاسبات دشوار صورت گرفته توسط سیاستمداران، متخصصان توسعه، اقتصاددانان و دانشمندان برجسته بوده و بیانگر امید ما به تسریع پیشرفت بشری هستند.

تحقق این اهداف بدین معناست که زندگی حدود ۳۰ میلیون کودک و ۲ میلیون مادر بین سالهای ۲۰۰۵ و ۲۰۱۵ نجات داده خواهد شد. تحقق اهداف مذکور یعنی رهایی صدها میلیون کودک، مرد و زن از گرسنگی و بر خورداری آنان از آب سالم و فاضلاب بهداشتی، آموزش، مزایای اقتصادی و فرصتهای سیاسی که دیگران از آن بهره مند می باشند.

اگرچه در حال حاضر چندین منطقه و کشور از سایر کشورها عقب تر هستند، ولی در صورت مهیا شدن تعهد سیاسی، منابع و راهکارهای لازم همه اهداف توسعه هزاره در زمان مناسب قابل دسترس خواهند بود. در حال حاضر شش زمینه وجود دارد که نیازمند اقدام فوری و اتحاد عمل می باشد:

- ایجاد محیطی حمایتی برای بقا و سلامت مادران، نوزادان و کودکان با اطمینان از اینکه برنامه‌ها و نظام‌های بهداشتی مبتنی بر حقوق بشر هستند و همچنین از طریق حمایت از صلح، امنیت، کودکان، عدم تبعیض، برابری جنسیتی و توانمندسازی زنان.
 - ایجاد و تقویت طیف مراقبت‌های بهداشتی در زمان و مکان مناسب. این طیف باید خدمات اساسی را در مقاطع کلیدی در چرخه زندگی مادران و کودکان به آنان ارائه دهد. در این رابطه همچنین پیوندی قوی میان خانواده، جامعه محلی و خدمات مطلوب محلی و کلینیکی در مراکز بهداشتی اولیه و بیمارستان‌های منطقه‌ای مورد نیاز است.
 - افزایش ارائه بسته‌های خدمات اساسی بهداشتی از راه تقویت نظامهای بهداشتی و درمانی و مشارکت جوامع محلی از طریق اجرای برنامه‌های آموزشی برای کارکنان بهداشت، یافتن و ارائه خدمات به کسانی که به مراکز درمانی دسترسی ندارند و گسترش اینگونه خدمات، غلبه بر تنگناها و بهره‌گیری از فناوری‌های جدید.
 - گسترش پایگاه داده‌ها، تحقیقات و شواهد. اگرچه در حال حاضر مجموعه‌ای از منابع برای ارائه شواهد مربوط به بهداشت مادران و کودکان وجود دارد، هنوز نیاز به جمع‌آوری و انتشار داده‌های بیشتر و همچنین تحقیق و ارزیابی گسترده‌تر احساس می‌شود.
 - تقویت منابع مالی جهت حمایت از مادران، نوزادان و کودکان. کمکهای حمایت‌کنندگان مالی در حال افزایش است، اما نه با سرعتی کافی که بتواند به تحقق اهداف مورد نظر منجر گردد. دولت‌ها باید در عین حال به وعده‌های خود در رابطه با افزایش بودجه بهداشت عمل کنند.
 - تبدیل بقای مادران، نوزادان و کودکان به یک ضرورت.
- تسریع پیشرفت مستلزم قراردادن این اهداف در مرکز برنامه کار بین‌المللی جهت تحقق اهداف توسعه هزاره تا سال ۲۰۱۵ می‌باشد. چالش موجود عبارت است از ادامه پیشرفتی که در جهان در حال توسعه بویژه طی سالهای اخیر در زمینه اقدامات پیشگیرانه از راه یافتن افراد نیازمند کمک و ارائه خدمات به آنها صورت گرفته است. داده‌ها، تحقیقات و ارزشیابی‌ها که پایه‌ای برای اقدام هستند به خوبی انجام شده‌اند. چارچوبها - مشارکت جوامع محلی، طیف مراقبتهای بهداشتی و تقویت نظام بهداشتی با هدف کسب نتایج - بدرستی تعریف شده‌اند. در نتیجه، ابزار لازم در دستان ما قرار دارند. حال همه چیز به اراده و عمل ما بستگی دارد و سخن آخر آنکه هیچ عملی شریف‌تر و هیچ پاداشی ارزشمندتر از نجات دادن زندگی یک کودک نیست.

کشورهای صحرای آفریقا

شاخص	منطقه	جهان
شاخصهای جمعیتی		
کل جمعیت (۲۰۰۶)	۷۴۸,۸۸۶,۰۰۰	۶,۵۷۷,۲۳۶,۰۰۰
جمعیت زیر ۱۸ سال (۲۰۰۶)	۳۷۶,۰۴۷,۰۰۰	۲,۲۱۲,۰۲۴,۰۰۰
جمعیت زیر ۵ سال (۲۰۰۶)	۱۲۵,۲۵۴,۰۰۰	۶۲۵,۷۸۱,۰۰۰

بقا		
امید به زندگی در زمان تولد (۲۰۰۶)	۵۰	۶۸
مرگ و میر نوزادان (زیر ۲۸ روز)		
در هر هزار تولد زنده (۲۰۰۶)	۴۴	۳۰
مرگ و میر کودکان (زیر ۱ سال)		
در هر هزار تولد زنده (۲۰۰۶)	۹۵	۴۹
مرگ و میر زیر پنج سال		
در هر هزار تولد زنده (۲۰۰۶)	۱۶۰	۷۲
مرگ و میر زیر پنج سال، نرخ متوسط کاهش سالانه (۱۹۹۰-۲۰۰۶)	۱/۰	۱/۶
مرگ و میر مادران		
در هر ۱۰۰۰۰ تولد زنده (۲۰۰۵)	۹۲۰	۴۰۰

بهداشت و تغذیه		
درصد نوزادان دارای وزن پایین هنگام تولد		
(۱۹۹۹-۲۰۰۶)*	۱۴	۱۵
درصد کودکان زیر پنج سال دارای کمبود وزن خفیف یا شدید (۲۰۰۰-۲۰۰۶)*	۲۸	۲۵
درصد جمعیت برخوردار از منابع آب آشامیدنی بهبود یافته (۲۰۰۴)	۵۵	۸۳
شهری	۸۱	۹۵
روستایی	۴۱	۷۳
درصد جمعیت برخوردار از سیستم دفع فاضلاب بهداشتی (۲۰۰۴)	۳۷	۵۹
درصد کودکان ۱ ساله واکسینه شده در برابر: سل (BCG)	۸۲	۸۷
دیفتری /سپاه سرفه / کزاز (DPT1)	۸۳	۸۹
دیفتری /سپاه سرفه /کزاز (DPT3)	۷۲	۷۹
فلج اطفال (polio3)	۷۴	۸۰
سرخک	۷۲	۸۰
هپاتیت ب (hepB3)	۴۸	۶۰
Haemophilus influenzae نوع ب (Hib3)	۲۴	۲۲

آموزش		
درصد ورودی‌های مقطع ابتدایی		
که به کلاس پنجم می‌رسند (۲۰۰۰-۲۰۰۶)*	۷۰	۷۸**
نسبت خالص شرکت در دوره ابتدایی (۲۰۰۰-۲۰۰۶)*		
مرد	۶۴	۸۰
زن	۶۰	۷۸
نسبت خالص شرکت در دوره متوسطه (۲۰۰۰-۲۰۰۶)*		
مرد	۲۵	۵۰**
زن	۲۲	۴۷**
نرخ باسوادی بزرگسالان (۲۰۰۰-۲۰۰۵)*	۵۸	۷۸

شاخص	منطقه	جهان
شاخصهای اقتصادی		
درآمد ناخالص ملی سرانه (دلار، ۲۰۰۶)	۸۵۱	۷۴۰۶
درصد جمعیت دارای درآمد کمتر از روزی ۱ دلار (*۲۰۰۵-۱۹۹۵)	۴۳	۱۹
درصد سهم از هزینه‌های دولت مرکزی (*۲۰۰۵-۱۹۹۵) تخصیص یافته به:		
بهداشت	-	۱۴
آموزش	-	۵
هزینه‌های نظامی	-	۱۱
درصد سهم از هزینه‌های خانوار (*۲۰۰۴-۱۹۹۵):		
پایین‌ترین ۴۰ درصد	۱۳	۲۰
بالاترین ۲۰ درصد	۵۵	۴۲

اج.آی.وی / ایدز

نرخ ابتلای بزرگسالان (۴۹-۱۵ سال، تا آخر ۲۰۰۵)	۶/۱	۱/۰
شمار تخمینی افراد (همه سنین) مبتلا به اج.آی.وی (۲۰۰۵)	۲۴۵۰۰۰۰	۳۸۶۰۰۰۰
شمار تخمینی کودکان (۱۴-۰ سال) مبتلا به اج.آی.وی	۲۰۰۰۰۰	۲۳۰۰۰۰
شمار تخمینی کودکان (۱۷-۰ سال) یتیم شده در اثر ایدز (۲۰۰۵)	۱۲۰۰۰۰	۱۵۲۰۰۰

حمایت از کودکان

ثبت تولد (*۲۰۰۵-۱۹۹۹)	۳۴	-
شهری	۵۲	-
روستایی	۲۸	-
ازدواج کودکان (*۲۰۰۵-۱۹۸۷)	۴۰	-
شهری	۲۴	-
روستایی	۴۷	-
کار کودکان (*۲۰۰۵-۱۹۹۹، ۱۴-۵ ساله)	۳۵	-
مرد	۳۶	-
زن	۳۴	-

زنان

نرخ برابری باسواد بزرگسالان (درصد زنان به مردان، *۲۰۰۶-۲۰۰۰)	۷۲	۸۶
پوشش مراقبتهای پیش از زایمان (درصد، *۲۰۰۶-۲۰۰۰)	۶۹	۷۵
حضور دستیار ماهر هنگام زایمان (درصد، *۲۰۰۶-۲۰۰۰)	۴۳	۶۳
ریسک مرگ مادر در طول زندگی (۲۰۰۵)	۱ در: ۲۲	۹۲

توجه:

* داده‌های ارائه شده مربوط به آخرین سال موجود طی دوره‌ی مشخص شده است.

* بجز کشور چین.

- داده‌ها موجود نیست

♦ برآوردهای جهانی و منطقه‌ای مربوط به ثبت تولد که در این جدول ذکر شده‌اند بر پایه زیرمجموعه‌ای از کشورها قرار دارند که داده‌های مربوط به آنها در دوره‌های ۲۰۰۶-۱۹۹۹ قابل دسترسی بوده است. برآوردهای جهانی و منطقه‌ای مربوط به مجموعه گسترده‌تری از کشورها برای دوره زمانی سالهای ۲۰۰۶-۱۹۹۷ در دسترس بوده و می‌توان آنها را در آدرس زیر مشاهده کرد: www.childinfo.org-areas-birthregistration.

شاخص	منطقه	جهان
شاخصهای جمعیتی		
کل جمعیت (۲۰۰۶)	۳۷۰۳۶۱۰۰۰	۶۵۷۷۲۳۶۰۰۰
جمعیت زیر ۱۸ سال (۲۰۰۶)	۱۸۳۲۳۲۰۰۰	۲۲۱۲۰۲۴۰۰۰
جمعیت زیر ۵ سال (۲۰۰۶)	۶۰۱۹۷۰۰۰	۶۲۵۷۸۱۰۰۰
بقا		
امید به زندگی در زمان تولد (۲۰۰۶)	۵۰	۶۸
مرگ و میر نوزادان (زیر ۲۸ روز)	۴۰	۳۰
در هر هزار تولد زنده (۲۰۰۶)	۸۳	۴۹
مرگ و میر کودکان (زیر ۱ سال)	۱۳۱	۷۲
در هر هزار تولد زنده (۲۰۰۶)	۱/۴	۱/۶
مرگ و میر زیر پنج سال	۷۶۰	۴۰۰
نرخ متوسط کاهش سالانه (۱۹۹۰-۲۰۰۶)		
مرگ و میر مادران در هر ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده (۲۰۰۵)		
بهداشت و تغذیه		
درصد نوزادان دارای وزن پایین	۱۴	۱۵
هنگام تولد (*۲۰۰۶-۱۹۹۹)		
درصد کودکان زیر پنج سال	۲۸	۲۵
دارای کمبود وزن خفیف یا شدید (*۲۰۰۶-۲۰۰۰)		
درصد جمعیت برخوردار از منابع	۵۶	۸۳
آب آشامیدنی بهبود یافته (۲۰۰۴)	۸۶	۹۵
شهری	۴۲	۷۳
روستایی		
درصد جمعیت برخوردار از	۳۸	۵۹
سیستم دفع فاضلاب بهداشتی (۲۰۰۴)		
درصد کودکان ۱ ساله واکسینه شده در برابر:	۸۵	۸۷
سل (BCG)	۸۶	۸۹
دیفتری/سپاه سرفه/کزاز (DPT1)	۷۸	۷۹
دیفتری/سپاه سرفه/کزاز (DPT3)	۷۷	۸۰
فلج اطفال (polio3)	۷۶	۸۰
سرخک	۵۸	۶۰
هپاتیت ب (hepB3)	۳۶	۲۲
Haemophilus influenzae نوع ب (Hib3)		
آموزش		
درصد ورودی های مقطع ابتدایی	۶۹	۷۸**
که به کلاس پنجم می رسند (*۲۰۰۶-۲۰۰۰)		
نسبت خالص شرکت در دوره ابتدایی (*۲۰۰۶-۲۰۰۰)	۶۶	۸۰
مرد	۶۷	۷۸
زن		
نسبت خالص شرکت در دوره متوسطه (*۲۰۰۶-۲۰۰۰)	۲۰	**۵۰
مرد	۱۹	**۴۷
زن	۶۰	۷۸
نرخ باسوادی بزرگسالان (*۲۰۰۵-۲۰۰۰)		

شاخص	منطقه	جهان
شاخصهای اقتصادی		
درآمد ناخالص ملی سرانه (دلار، ۲۰۰۶)	۱۱۷۱	۷۴۰۶
درصد جمعیت دارای درآمد کمتر از روزی ۱ دلار (*۲۰۰۵-۱۹۹۵)	۳۴	۱۹
درصد سهم از هزینه های دولت مرکزی (*۲۰۰۵-۱۹۹۵) تخصیص یافته به:		
بهداشت	۱۴	-
آموزش	۵	-
هزینه های نظامی	۱۱	-
درصد سهم از هزینه های خانوار (*۲۰۰۴-۱۹۹۵):		
پایین ترین ۴۰ درصد	۱۱	۲۰
بالاترین ۲۰ درصد	۵۸	۴۲

اج.آی.وی / ایدز

نرخ ابتلای بزرگسالان (۴۹-۱۵ سال، تا آخر ۲۰۰۵)	۸/۶	۱/۰
شمار تخمینی افراد (همه سنین) مبتلا به اج.آی.وی (*۲۰۰۵)	۱۷۵۰۰۰۰۰	۳۸۶۰۰۰۰۰
شمار تخمینی کودکان (۱۴-۰ سال) مبتلا به اج.آی.وی	۱۴۰۰۰۰۰	۲۳۰۰۰۰۰
شمار تخمینی کودکان (۱۷-۰ سال) یتیم شده در اثر ایدز (۲۰۰۵)	۸۷۰۰۰۰۰	۱۵۲۰۰۰۰۰

حمایت از کودکان

ثبت تولد (*۲۰۰۵-۱۹۹۹)	۲۴	-
شهری	۳۹	-
روستایی	۲۱	-
ازدواج کودکان (*۲۰۰۵-۱۹۸۷)	۳۶	-
شهری	۲۰	-
روستایی	۴۴	-
کار کودکان (*۲۰۰۵-۱۹۹۹، ۱۴-۵ ساله)	۳۶	-
مرد	۳۸	-
زن	۳۳	-

زنان

نرخ برابری باسواد بزرگسالان (درصد زنان به مردان، *۲۰۰۶-۲۰۰۰)	۷۴	۸۶
پوشش مراقبتهای پیش از زایمان (درصد، *۲۰۰۶-۲۰۰۰)	۷۱	۷۵
حضور دستیار ماهر هنگام زایمان (درصد، *۲۰۰۶-۲۰۰۰)	۴۰	۶۳
ریسک مرگ مادر در طول زندگی (۲۰۰۵)	۱ در ۲۹	۹۲

توجه:

* داده های ارائه شده مربوط به آخرین سال موجود طی دوره ی مشخص شده است.

** شامل چین نیست.

- داده ها موجود نیست

♦ برآوردهای جهانی و منطقه‌ای مربوط به ثبت تولد که در این جدول ذکر شده‌اند بر پایه زیرمجموعه‌ای از کشورها قرار دارند که داده‌های مربوط به آنها در دوره سالهای ۲۰۰۶-۱۹۹۹ قابل دسترسی بوده است. برآوردهای جهانی و منطقه‌ای مربوط به مجموعه گسترده‌تری از کشورها برای دوره زمانی سالهای ۲۰۰۶-۱۹۹۷ در دسترس بوده و می‌توان آنها را در آدرس زیر مشاهده کرد: www.childinfo.org-areas-birthregistration.

شاخص	منطقه	جهان
شاخصهای جمعیتی		
کل جمعیت (۲۰۰۶)	۳۷۸۵۲۵۰۰۰	۶۵۷۷۲۳۶۰۰۰
جمعیت زیر ۱۸ سال (۲۰۰۶)	۱۹۲۸۱۶۰۰۰	۲۲۱۲۰۲۴۰۰۰
جمعیت زیر ۵ سال (۲۰۰۶)	۶۵۰۵۷۰۰۰	۶۲۵۷۸۱۰۰۰
بقا		
امید به زندگی در زمان تولد (۲۰۰۶)	۵۰	۶۸
مرگ و میر نوزادان (زیر ۲۸ روز)	۴۸	۳۰
در هر هزار تولد زنده (۲۰۰۶)	۱۰۷	۴۹
مرگ و میر کودکان (زیر ۱ سال)	۱۸۶	۷۲
در هر هزار تولد زنده (۲۰۰۶)	۰/۷	۱/۶
مرگ و میر زیر پنج سال در هر هزار تولد زنده (۲۰۰۶)	۱۱۰۰	۴۰۰
مرگ و میر زیر پنج سال، نرخ متوسط کاهش سالانه (۱۹۹۰-۲۰۰۶)		
مرگ و میر مادران در هر ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده (۲۰۰۵)		
بهداشت و تغذیه		
درصد نوزادان دارای وزن پایین	۱۴	۱۵
هنگام تولد (*۲۰۰۶-۱۹۹۹)	۲۸	۲۵
درصد کودکان زیر پنج سال دارای کمبود وزن خفیف یا شدید (*۲۰۰۶-۲۰۰۰)	۵۵	۸۳
درصد جمعیت برخوردار از منابع آب آشامیدنی بهبود یافته (۲۰۰۴)	۷۶	۹۵
شهری	۴۰	۷۳
روستایی	۳۶	۵۹
درصد جمعیت برخوردار از سیستم دفع فاضلاب بهداشتی (۲۰۰۴)	۷۹	۸۷
درصد کودکان ۱ ساله واکسینه شده در برابر: سل (BCG)	۸۱	۸۹
دیفتری/سپاه سرفه/کزاز (DPT1)	۶۷	۷۹
دیفتری/سپاه سرفه/کزاز (DPT3)	۷۰	۸۰
فلج اطفال (polio3)	۶۸	۸۰
سرخک	۳۸	۶۰
هیپاتیت ب (hepB3)	۱۳	۲۲
Haemophilus influenzae نوع ب (Hib3)		
آموزش		
درصد ورودی های مقطع ابتدایی	۷۱	۷۸**
که به کلاس پنجم می رسند (*۲۰۰۶-۲۰۰۰)	۶۲	۸۰
نسبت خالص شرکت در دوره ابتدایی (*۲۰۰۶-۲۰۰۰)	۵۵	۷۸
مرد	۳۰	**۵۰
نسبت خالص شرکت در دوره متوسطه (*۲۰۰۶-۲۰۰۰)	۲۵	**۴۷
مرد	۵۷	۷۸
نسبت خالص شرکت در دوره متوسطه (*۲۰۰۵-۲۰۰۰)		
زن		
نرخ باسوادی بزرگسالان (*۲۰۰۵-۲۰۰۰)		

شاخص	منطقه	جهان
شاخصهای اقتصادی		
درآمد ناخالص ملی سرانه (دلار، ۲۰۰۶)	۵۵۳	۷۴۰۶
درصد جمعیت دارای درآمد کمتر از روزی ۱ دلار (*۲۰۰۵-۱۹۹۵)	۵۲	۱۹
درصد سهم از هزینه های دولت مرکزی (*۲۰۰۵-۱۹۹۵) تخصیص یافته به:		
بهداشت	-	۱۴
آموزش	-	۵
هزینه های نظامی	-	۱۱
درصد سهم از هزینه های خانوار (*۲۰۰۴-۱۹۹۵):		
پایین ترین ۴۰ درصد	۱۶	۲۰
بالاترین ۲۰ درصد	۴۹	۴۲

اج.آی.وی / ایدز

نرخ ابتلای بزرگسالان (۴۹-۱۵ سال، تا آخر ۲۰۰۵)	۳/۵	۱/۰
شمار تخمینی افراد (همه سنین) مبتلا به اج.آی.وی (۲۰۰۵)	۶۹۰۰۰۰۰	۳۸۶۰۰۰۰۰
شمار تخمینی کودکان (۱۴-۰ سال) مبتلا به اج.آی.وی	۶۵۰۰۰۰	۲۳۰۰۰۰۰
شمار تخمینی کودکان (۱۷-۰ سال) یتیم شده در اثر ایدز (۲۰۰۵)	۳۳۰۰۰۰۰	۱۵۲۰۰۰۰۰

حمایت از کودکان

ثبت تولد (*۲۰۰۵-۱۹۹۹)	۴۱	-
شهری	۵۸	-
روستایی	۳۵	-
ازدواج کودکان (*۲۰۰۵-۱۹۸۷)	۴۴	-
شهری	۲۷	-
روستایی	۵۳	-
کار کودکان (*۲۰۰۵-۱۹۹۹، ۱۴-۵ ساله)	۳۴	-
مرد	۳۳	-
زن	۳۴	-

زنان

نرخ برابری باسواد بزرگسالان (درصد زنان به مردان، *۲۰۰۶-۲۰۰۰)	۶۹	۸۶
پوشش مراقبتهای پیش از زایمان (درصد، *۲۰۰۶-۲۰۰۰)	۶۷	۷۵
حضور دستیار ماهر هنگام زایمان (درصد، *۲۰۰۶-۲۰۰۰)	۴۶	۶۳
ریسک مرگ مادر در طول زندگی (۲۰۰۵) ادر: ۱۷	۱۷	۹۲

توجه:

* داده های ارائه شده مربوط به آخرین سال موجود طی دوره ی مشخص شده است.

** شامل چین نیست.

- داده ها موجود نیست

♦ برآوردهای جهانی و منطقه‌ای مربوط به ثبت تولد که در این جدول ذکر شده‌اند بر پایه زیرمجموعه‌ای از کشورها قرار دارند که داده‌های مربوط به آنها در دوره سالهای ۲۰۰۶-۱۹۹۹ قابل دسترسی بوده است. برآوردهای جهانی و منطقه‌ای مربوط به مجموعه گسترده‌تری از کشورها برای دوره زمانی سالهای ۲۰۰۶-۱۹۹۷ در دسترس بوده و می‌توان آنها را در آدرس زیر مشاهده کرد: www.childinfo.org-areas-birthregistration.

شاخص	منطقه	جهان
شاخصهای جمعیتی		
کل جمعیت (۲۰۰۶)	۳۸۲۰۴۸۰۰۰	۶۵۷۷۲۳۶۰۰۰
جمعیت زیر ۱۸ سال (۲۰۰۶)	۱۵۲۶۳۲۰۰۰	۲۲۱۲۰۲۴۰۰۰
جمعیت زیر ۵ سال (۲۰۰۶)	۴۴۱۲۶۰۰۰	۶۲۵۷۸۱۰۰۰
بقا		
امید به زندگی در زمان تولد (۲۰۰۶)	۶۹	۶۸
مرگ و میر نوزادان (زیر ۲۸ روز)	۲۶	۳۰
در هر هزار تولد زنده (۲۰۰۶)	۳۶	۴۹
مرگ و میر کودکان (زیر ۱ سال)	۴۶	۷۲
در هر هزار تولد زنده (۲۰۰۶)	۳/۴	۱/۶
مرگ و میر زیر پنج سال در هر هزار تولد زنده (۲۰۰۶)	۲۱۰	۴۰۰
مرگ و میر زیر پنج سال، نرخ متوسط کاهش سالانه (۱۹۹۰-۲۰۰۶)		
مرگ و میر مادران در هر ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده (۲۰۰۵)		
بهداشت و تغذیه		
درصد نوزادان دارای وزن پایین هنگام تولد (*۲۰۰۶-۱۹۹۹)	۱۶	۱۵
درصد کودکان زیر پنج سال دارای کمبود وزن خفیف یا شدید (*۲۰۰۶-۲۰۰۰)	۱۷	۲۵
درصد جمعیت برخوردار از منابع آب آشامیدنی بهبود یافته (۲۰۰۴)	۸۸	۸۳
شهری	۹۵	۹۵
روستایی	۷۸	۷۳
درصد جمعیت برخوردار از سیستم دفع فاضلاب بهداشتی (۲۰۰۴)	۷۴	۵۹
درصد کودکان ۱ ساله واکسینه شده در برابر: سل (BCG)	۹۲	۸۷
دیفتری/سپاه سرفه/کزاز (DPT1)	۹۵	۸۹
دیفتری/سپاه سرفه/کزاز (DPT3)	۹۱	۷۹
فلج اطفال (polio3)	۹۱	۸۰
سرخک	۸۹	۸۰
هپاتیت ب (hepB3)	۸۸	۶۰
Haemophilus influenzae نوع ب (Hib3)	۲۴	۲۲
آموزش		
درصد ورودی های مقطع ابتدایی که به کلاس پنجم می رسند (*۲۰۰۶-۲۰۰۰)	۸۸	۷۸**
نسبت خالص شرکت در دوره ابتدایی (*۲۰۰۶-۲۰۰۰)		
مرد	۸۹	۸۰
زن	۸۶	۷۸
نسبت خالص شرکت در دوره متوسطه (*۲۰۰۶-۲۰۰۰)		
مرد	۵۴	**۵۰
زن	۵۲	**۴۷
نرخ باسوادی بزرگسالان (*۲۰۰۵-۲۰۰۰)	۷۳	۷۸

شاخص	منطقه	جهان
شاخصهای اقتصادی		
درآمد ناخالص ملی سرانه (دلار، ۲۰۰۶)	۲۱۰۴	۷۴۰۶
درصد جمعیت دارای درآمد کمتر از روزی ۱ دلار (*۲۰۰۵-۱۹۹۵)	۴	۱۹
درصد سهم از هزینه های دولت مرکزی (*۲۰۰۵-۱۹۹۵) تخصیص یافته به:		
بهداشت	۵	۱۴
آموزش	۱۳	۵
هزینه های نظامی	۱۵	۱۱
درصد سهم از هزینه های خانوار (*۲۰۰۴-۱۹۹۵):		
پایین ترین ۴۰ درصد	۱۷	۲۰
بالاترین ۲۰ درصد	۴۶	۴۲

اج.آی.وی / ایدز

نرخ ابتلای بزرگسالان (۴۹-۱۵ سال، تا آخر ۲۰۰۵)	۰/۲	۱/۰
شمار تخمینی افراد (همه سنین) مبتلا به اج.آی.وی (*۲۰۰۵)	۵۱۰۰۰۰	۳۸۶۰۰۰۰۰
شمار تخمینی کودکان (۱۴-۰ سال) مبتلا به اج.آی.وی	۳۳۰۰۰	۲۳۰۰۰۰۰
شمار تخمینی کودکان (۱۷-۰ سال)	-	۱۵۲۰۰۰۰۰
یتیم شده در اثر ایدز (۲۰۰۵)	-	-

حمایت از کودکان

ثبت تولد (*۲۰۰۵-۱۹۹۹)	-	-
شهری	-	-
روستایی	-	-
ازدواج کودکان (*۲۰۰۵-۱۹۸۷)	۱۷	-
شهری	۱۱	-
روستایی	۱۹	-
کار کودکان (*۲۰۰۵-۱۹۹۹، ۱۴-۵ ساله)	۹	-
مرد	۱۰	-
زن	۸	-

زنان

نرخ برابری باسواد بزرگسالان (درصد زنان به مردان، *۲۰۰۶-۲۰۰۰)	۷۷	۸۶
پوشش مراقبتهای پیش از زایمان (درصد، *۲۰۰۶-۲۰۰۰)	۷۲	۷۵
حضور دستیار ماهر هنگام زایمان (درصد، *۲۰۰۶-۲۰۰۰)	۷۹	۶۳
ریسک مرگ مادر در طول زندگی (*۲۰۰۵)	۱ در: ۱۴۰	۹۲

توجه:

* داده های ارائه شده مربوط به آخرین سال موجود طی دوره ی مشخص شده است.

** شامل چین نیست.

- داده ها موجود نیست

♦ برآوردهای جهانی و منطقه‌ای مربوط به ثبت تولد که در این جدول ذکر شده‌اند بر پایه زیرمجموعه‌ای از کشورها قرار دارند که داده‌های مربوط به آنها در دوره سالهای ۲۰۰۶-۱۹۹۹ قابل دسترسی بوده است. برآوردهای جهانی و منطقه‌ای مربوط به مجموعه گسترده‌تری از کشورها برای دوره زمانی سالهای ۲۰۰۶-۱۹۹۷ در دسترس بوده و می‌توان آنها را در آدرس زیر مشاهده کرد: www.childinfo.org-areas-birthregistration.

شاخص	منطقه	جهان
شاخصهای جمعیتی		
کل جمعیت (۲۰۰۶)	۱۵۴۲۵۷۱۰۰۰	۶۵۷۷۲۳۶۰۰۰
جمعیت زیر ۱۸ سال (۲۰۰۶)	۶۱۲۶۴۷۰۰۰	۲۲۱۲۰۲۴۰۰۰
جمعیت زیر ۵ سال (۲۰۰۶)	۱۷۴۸۳۰۰۰۰	۶۲۵۷۸۱۰۰۰
بقا		
امید به زندگی در زمان تولد (۲۰۰۶)	۶۴	۶۸
مرگ و میر نوزادان (زیر ۲۸ روز)	۴۴	۳۰
در هر هزار تولد زنده (۲۰۰۶)	۶۲	۴۹
مرگ و میر کودکان (زیر ۱ سال)	۸۳	۷۲
در هر هزار تولد زنده (۲۰۰۶)	۲/۵	۱/۶
مرگ و میر زیر پنج سال، نرخ متوسط کاهش سالانه (۱۹۹۰-۲۰۰۶)	۵۰۰	۴۰۰
مرگ و میر مادران در هر ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده (۲۰۰۵)		
بهداشت و تغذیه		
درصد نوزادان دارای وزن پایین	۲۹	۱۵
هنگام تولد (*۲۰۰۶-۱۹۹۹)	۴۲	۲۵
درصد کودکان زیر پنج سال دارای کمبود وزن خفیف یا شدید (*۲۰۰۶-۲۰۰۰)	۸۵	۸۳
درصد جمعیت برخوردار از منابع آب آشامیدنی بهبود یافته (۲۰۰۴)	۹۴	۹۵
شهری	۸۱	۷۳
روستایی	۳۷	۵۹
درصد جمعیت برخوردار از سیستم دفع فاضلاب بهداشتی (۲۰۰۴)	۸۲	۸۷
درصد کودکان ۱ ساله واکسینه شده در برابر: سل (BCG)	۸۲	۸۹
دیفتری/سیاه سرفه/کزاز (DPT1)	۶۳	۷۹
دیفتری/سیاه سرفه/کزاز (DPT3)	۶۶	۸۰
فلج اطفال (polio3)	۶۵	۸۰
سرخک	۲۵	۶۰
هیپاتیت ب (hepB3)	-	۲۲
Haemophilus influenzae نوع ب (Hib3)		
آموزش		
درصد ورودی های مقطع ابتدایی که به کلاس پنجم می رسند (*۲۰۰۶-۲۰۰۰)	۷۲	۷۸**
نسبت خالص شرکت در دوره ابتدایی (*۲۰۰۶-۲۰۰۰)	۸۱	۸۰
مرد	۷۹	۷۸
زن	۵۵	۵۰**
نسبت خالص شرکت در دوره متوسطه (*۲۰۰۶-۲۰۰۰)	۵۰	۴۷**
مرد	۵۸	۷۸**
زن		
نرخ باسوادی بزرگسالان (*۲۰۰۵-۲۰۰۰)		

شاخص	منطقه	جهان
شاخصهای اقتصادی		
درآمد ناخالص ملی سرانه (دلار، ۲۰۰۶)	۷۷۷	۷۴۰۶
درصد جمعیت دارای درآمد کمتر از روزی ۱ دلار (*۲۰۰۵-۱۹۹۵)	۳۲	۱۹
درصد سهم از هزینه های دولت مرکزی (*۲۰۰۵-۱۹۹۵) تخصیص یافته به:		
بهداشت	۲	۱۴
آموزش	۳	۵
هزینه های نظامی	۱۴	۱۱
درصد سهم از هزینه های خانوار (*۲۰۰۴-۱۹۹۵):		
پایین ترین ۴۰ درصد	۱۹	۲۰
بالاترین ۲۰ درصد	۴۶	۴۲

اج.آی.وی / ایدز

نرخ ابتلای بزرگسالان (۴۹-۱۵ سال، تا آخر ۲۰۰۵)	۰/۷	۱/۰
شمار تخمینی افراد (همه سنین) مبتلا به اج.آی.وی (۲۰۰۵)	۵,۹۰۰,۰۰۰ #	۳۸,۶۰۰,۰۰۰
شمار تخمینی کودکان (۱۴-۰ سال) مبتلا به اج.آی.وی	۱۳۰,۰۰۰	۲,۳۰۰,۰۰۰
شمار تخمینی کودکان (۱۷-۰ سال) یتیم شده در اثر ایدز (۲۰۰۵)	-	۱۵,۲۰۰,۰۰۰

حمایت از کودکان

ثبت تولد (*۲۰۰۵-۱۹۹۹)	۳۶	-
شهری	۵۲	-
روستایی	۳۰	-
ازدواج کودکان (*۲۰۰۵-۱۹۸۷)	۴۵	-
شهری	۳۰	-
روستایی	۵۳	-
کار کودکان (*۲۰۰۵-۱۹۹۹، ۱۴-۵ ساله)	۱۳	-
مرد	-	-
زن	-	-

زنان

نرخ برابری باسواد بزرگسالان (درصد زنان به مردان، *۲۰۰۶-۲۰۰۰)	۶۶	۸۶
پوشش مراقبتهای پیش از زایمان (درصد، *۲۰۰۶-۲۰۰۰)	۶۵	۷۵
حضور دستیار ماهر هنگام زایمان (درصد، *۲۰۰۶-۲۰۰۰)	۴۱	۶۳
ریسک مرگ مادر در طول زندگی (۲۰۰۵)	۵۹ در: ۱	۹۲

توجه:

- * داده های ارائه شده مربوط به آخرین سال موجود طی دوره ای مشخص شده است.
- ** شامل چین نیست.
- داده ها موجود نیست.

♦ برآوردهای جهانی و منطقه ای مربوط به ثبت تولد که در این جدول ذکر شده اند بر پایه زیرمجموعه ای از کشورها قرار دارند که داده های مربوط به آنها در دوره سالهای ۲۰۰۶-۱۹۹۹ قابل دسترسی بوده است. برآوردهای جهانی و منطقه ای مربوط به مجموعه گسترده تری از کشورها برای دوره زمانی سالهای ۲۰۰۶-۱۹۹۷ در دسترس بوده و می توان آنها را در آدرس زیر مشاهده کرد: www.childinfo.org-areas-birthregistration.

داده های بازنگری شده مربوط به شیوع اج.آی.وی در میان بزرگسالان مربوط به کشور هندوستان در زمان انتشار این گزارش آماده نبودند. آخرین داده های مربوط به کشور هند درباره شمار تخمینی افراد (کلیه سنین) مبتلا به اج.آی.وی در گزارشات منطقه ای ذکر نشده اند.

شاخص	منطقه	جهان
شاخصهای جمعیتی		
کل جمعیت (۲۰۰۶)	۱۹۶۸۶۷۵۰۰۰	۶۵۷۷۲۳۶۰۰۰
جمعیت زیر ۱۸ سال (۲۰۰۶)	۵۶۶۸۰۴۰۰۰	۲۲۱۲۰۲۴۰۰۰
جمعیت زیر ۵ سال (۲۰۰۶)	۱۴۴۸۷۰۰۰۰	۶۲۵۷۸۱۰۰۰

بقا		
امید به زندگی در زمان تولد (۲۰۰۶)	۷۲	۶۸
مرگ و میر نوزادان (زیر ۲۸ روز)	۲۰	۳۰
در هر هزار تولد زنده (۲۰۰۶)	۲۳	۴۹
مرگ و میر کودکان (زیر ۱ سال)	۲۹	۷۲
در هر هزار تولد زنده (۲۰۰۶)	۴/۰	۱/۶
مرگ و میر زیر پنج سال	۱۵۰	۴۰۰
نرخ متوسط کاهش سالانه (۱۹۹۰-۲۰۰۶)		
مرگ و میر مادران در هر ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده (۲۰۰۵)		

بهداشت و تغذیه		
درصد نوزادان دارای وزن پایین	۶	۱۵
هنگام تولد (*۲۰۰۶-۱۹۹۹)		
درصد کودکان زیر پنج سال	۱۴	۲۵
دارای کمبود وزن خفیف یا شدید (*۲۰۰۶-۲۰۰۰)		
درصد جمعیت برخوردار از	۷۹	۸۳
منابع آب آشامیدنی بهبود یافته (۲۰۰۴)	۹۲	۹۵
شهری	۷۰	۷۳
روستایی		
درصد جمعیت برخوردار از	۵۱	۵۹
سیستم دفع فاضلاب بهداشتی (۲۰۰۴)		
درصد کودکان ۱ ساله واکسینه شده در برابر:	۹۱	۸۷
سل (BCG)	۹۲	۸۹
دیفتری/سپاه سرفه/کزاز (DPT1)	۸۹	۷۹
دیفتری/سپاه سرفه/کزاز (DPT3)	۸۹	۸۰
فلج اطفال (polio3)	۸۹	۸۰
سرخک	۸۶	۶۰
هپاتیت ب (hepB3)	۲	۲۲
Haemophilus influenzae نوع ب (Hib3)		

آموزش		
درصد ورودی های مقطع ابتدایی که	۸۴**	۷۸**
به کلاس پنجم می رسند (*۲۰۰۶-۲۰۰۰)		
نسبت خالص شرکت در دوره ابتدایی (*۲۰۰۶-۲۰۰۰)	۹۱	۸۰
مرد	۹۲	۷۸
زن		
نسبت خالص شرکت در دوره متوسطه (*۲۰۰۶-۲۰۰۰)	۶۰**	۵۰**
مرد	۶۳**	۴۷**
زن	۹۱	۷۸
نرخ باسوادی بزرگسالان (*۲۰۰۵-۲۰۰۰)		

شاخص	منطقه	جهان
شاخصهای اقتصادی		
درآمد ناخالص ملی سرانه (دلار، ۲۰۰۶)	۲۳۷۱	۷۴۰۶
درصد جمعیت دارای درآمد کمتر از روزی ۱ دلار (*۲۰۰۵-۱۹۹۵)	۹	۱۹
درصد سهم از هزینه های دولت مرکزی (*۲۰۰۵-۱۹۹۵) تخصیص یافته به:		
بهداشت	۱	۱۴
آموزش	۷	۵
هزینه های نظامی	۱۱	۱۱
درصد سهم از هزینه های خانوار (*۲۰۰۴-۱۹۹۵):		
پایین ترین ۴۰ درصد	۱۷	۲۰
بالاترین ۲۰ درصد	۴۶	۴۲

اج.آی.وی / ایدز

نرخ ابتلای بزرگسالان (۴۹-۱۵ سال، تا آخر ۲۰۰۵)	۰/۲	۱/۰
شمار تخمینی افراد (همه سنین) مبتلا به اج.آی.وی (*۲۰۰۵)	۲۳۰۰۰۰۰	۳۸۶۰۰۰۰۰
شمار تخمینی کودکان (۱۴-۰ سال) مبتلا به اج.آی.وی	۵۰۰۰۰	۲۳۰۰۰۰۰
شمار تخمینی کودکان (۱۷-۰ سال) یتیم شده در اثر ایدز (۲۰۰۵)	-	۱۵۲۰۰۰۰۰

حمایت از کودکان

ثبت تولد (*۲۰۰۵-۱۹۹۹)	۷۲**	-
شهری	۸۰**	-
روستایی	۶۷**	-
ازدواج کودکان (*۲۰۰۵-۱۹۸۷)	۱۹**	-
شهری	۱۲**	-
روستایی	۲۵**	-
کار کودکان (*۲۰۰۵-۱۹۹۹، ۱۴-۵ ساله)	۱۰**	-
مرد	۱۱**	-
زن	۱۰**	-

زنان

نرخ برابری باسواد بزرگسالان (درصد زنان به مردان، *۲۰۰۶-۲۰۰۰)	۹۲	۸۶
پوشش مراقبتهای پیش از زایمان (درصد، *۲۰۰۶-۲۰۰۰)	۸۹	۷۵
حضور دستیار ماهر هنگام زایمان (درصد، *۲۰۰۶-۲۰۰۰)	۸۷	۶۳
ریسک مرگ مادر در طول زندگی (۲۰۰۵)	۱ در: ۳۵۰	۹۲

توجه:

* داده های ارائه شده مربوط به آخرین سال موجود طی دوره‌ی مشخص شده است.

** شامل چین نیست.

- داده ها موجود نیست.

♦ برآوردهای جهانی و منطقه‌ای مربوط به ثبت تولد که در این جدول ذکر شده‌اند بر پایه زیرمجموعه‌ای از کشورها قرار دارند که داده‌های مربوط به آنها در دوره سالهای ۲۰۰۶-۱۹۹۹ قابل دسترسی بوده است. برآوردهای جهانی و منطقه‌ای مربوط به مجموعه گسترده‌تری از کشورها برای دوره زمانی سالهای ۲۰۰۶-۱۹۹۷ در دسترس بوده و می‌توان آنها را در آدرس زیر مشاهده کرد: www.childinfo.org-areas-birthregistration.

شاخص	منطقه	جهان
شاخصهای جمعیتی		
کل جمعیت (۲۰۰۶)	۵۵۹۵۲۵۰۰۰	۶۵۷۷۲۳۶۰۰۰
جمعیت زیر ۱۸ سال (۲۰۰۶)	۱۹۷۱۳۴۰۰۰	۲۲۱۲۰۲۴۰۰۰
جمعیت زیر ۵ سال (۲۰۰۶)	۵۵۷۱۵۰۰۰	۶۲۵۷۸۱۰۰۰

بقا		
امید به زندگی در زمان تولد (۲۰۰۶)	۷۳	۶۸
مرگ و میر نوزادان (زیر ۲۸ روز)	۱۵	۳۰
در هر هزار تولد زنده (۲۰۰۶)	۲۲	۴۹
مرگ و میر کودکان (زیر ۱ سال)	۲۷	۷۲
در هر هزار تولد زنده (۲۰۰۶)	۴/۴	۱/۶
مرگ و میر زیر پنج سال	۱۳۰	۴۰۰
نرخ متوسط کاهش سالانه (۱۹۹۰-۲۰۰۶)		
مرگ و میر مادران در هر ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده (۲۰۰۵)		

بهداشت و تغذیه		
درصد نوزادان دارای وزن پایین	۹	۱۵
هنگام تولد (*۲۰۰۶-۱۹۹۹)	۷	۲۵
درصد کودکان زیر پنج سال دارای کمبود وزن خفیف یا شدید (*۲۰۰۶-۲۰۰۰)	۹۱	۸۳
درصد جمعیت برخوردار از منابع آب آشامیدنی بهبود یافته (۲۰۰۴)	۹۶	۹۵
شهری	۷۳	۷۳
روستایی	۷۷	۵۹
درصد جمعیت برخوردار از سیستم دفع فاضلاب بهداشتی (۲۰۰۴)	۹۶	۸۷
درصد کودکان ۱ ساله واکسینه شده در برابر:	۹۶	۸۹
سل (BCG)	۹۲	۷۹
دیفتری/سیاه سرفه/کزاز (DPT1)	۹۲	۸۰
دیفتری/سیاه سرفه/کزاز (DPT3)	۹۳	۸۰
فلج اطفال (polio3)	۸۹	۶۰
سرخک	۹۰	۲۲
هپاتیت ب (hepB3)		
Haemophilus influenzae نوع ب (Hib3)		

آموزش		
درصد ورودی های مقطع ابتدایی	۸۵	۷۸**
که به کلاس پنجم می رسند (*۲۰۰۶-۲۰۰۰)	۹۰	۸۰
نسبت خالص شرکت در دوره ابتدایی (*۲۰۰۶-۲۰۰۰)	۹۱	۷۸
مرد	-	**۵۰
نسبت خالص شرکت در دوره متوسطه (*۲۰۰۶-۲۰۰۰)	-	**۴۷
مرد	-	
نسبت خالص شرکت در دوره متوسطه (*۲۰۰۵-۲۰۰۰)	۹۰	۷۸
مرد		
نسبت خالص شرکت در دوره متوسطه (*۲۰۰۵-۲۰۰۰)		

شاخص	منطقه	جهان
شاخصهای اقتصادی		
درآمد ناخالص ملی سرانه (دلار، ۲۰۰۶)	۴۸۴۷	۷۴۰۶
درصد جمعیت دارای درآمد کمتر از روزی ۱ دلار (*۲۰۰۵-۱۹۹۵)	۹	۱۹
درصد سهم از هزینه های دولت مرکزی (*۲۰۰۵-۱۹۹۵) تخصیص یافته به:		
بهداشت	۷	۱۴
آموزش	۱۵	۵
هزینه های نظامی	۴	۱۱
درصد سهم از هزینه های خانوار (*۲۰۰۴-۱۹۹۵):		
پایین ترین ۴۰ درصد	۱۲	۲۰
بالاترین ۲۰ درصد	۵۶	۴۲

اج.آی.وی / ایدز

نرخ ابتلای بزرگسالان (۴۹-۱۵ سال، تا آخر ۲۰۰۵)	۰/۶	۱/۰
شمار تخمینی افراد (همه سنین) مبتلا به اج.آی.وی (۲۰۰۵)	۱۹۰۰۰۰۰	۳۸۶۰۰۰۰۰
شمار تخمینی کودکان (۱۴-۰ سال) مبتلا به اج.آی.وی	۵۴۰۰۰	۲۳۰۰۰۰۰
شمار تخمینی کودکان (۱۷-۰ سال)	-	۱۵۲۰۰۰۰۰
یتیم شده در اثر ایدز (۲۰۰۵)	-	-

حمایت از کودکان

ثبت تولد (*۲۰۰۵-۱۹۹۹)	۸۹	-
شهری	۹۳	-
روستایی	۸۳	-
ازدواج کودکان (*۲۰۰۵-۱۹۸۷)	۲۶	-
شهری	۲۴	-
روستایی	۳۱	-
کار کودکان (*۲۰۰۵-۱۹۹۹، ۱۴-۵ ساله)	۱۱	-
مرد	۱۲	-
زن	۱۰	-

زنان

نرخ برابری باسواد بزرگسالان (درصد زنان به مردان، *۲۰۰۶-۲۰۰۰)	۹۹	۸۶
پوشش مراقبتهای پیش از زایمان (درصد، *۲۰۰۶-۲۰۰۰)	۹۴	۷۵
حضور دستیار ماهر هنگام زایمان (درصد، *۲۰۰۶-۲۰۰۰)	-	۶۳
ریسک مرگ مادر در طول زندگی (۲۰۰۵)	۱ در: ۲۸۰	۹۲

توجه:

* داده های ارائه شده مربوط به آخرین سال موجود طی دوره ی مشخص شده است.

** شامل چین نیست.

- داده ها موجود نیست.

♦ برآوردهای جهانی و منطقه‌ای مربوط به ثبت تولد که در این جدول ذکر شده‌اند بر پایه زیرمجموعه‌ای از کشورها قرار دارند که داده‌های مربوط به آنها در دوره سالهای ۲۰۰۶-۱۹۹۹ قابل دسترسی بوده است. برآوردهای جهانی و منطقه‌ای مربوط به مجموعه گسترده‌تری از کشورها برای دوره زمانی سالهای ۲۰۰۶-۱۹۹۷ در دسترس بوده و می‌توان آنها را در آدرس زیر مشاهده کرد: www.childinfo.org-areas-birthregistration.

اروپای مرکزی و شرقی / کشورهای مستقل مشترک المنافع

شاخص	منطقه	جهان
شاخصهای جمعیتی		
کل جمعیت (۲۰۰۶)	۴۰۵۵۸۴۰۰۰	۶۵۷۷۲۳۶۰۰۰
جمعیت زیر ۱۸ سال (۲۰۰۶)	۱۰۱۸۳۷۰۰۰	۲۲۱۲۰۲۴۰۰۰
جمعیت زیر ۵ سال (۲۰۰۶)	۲۶۲۱۸۰۰۰	۶۲۵۷۸۱۰۰۰
بقا		
امید به زندگی در زمان تولد (۲۰۰۶)	۶۸	۶۸
مرگ و میر نوزادان (زیر ۲۸ روز)	۳۰	۳۰
در هر هزار تولد زنده (۲۰۰۶)	۲۴	۲۴
مرگ و میر کودکان (زیر ۱ سال)	۲۷	۲۷
در هر هزار تولد زنده (۲۰۰۶)	۱/۶	۱/۶
مرگ و میر زیر پنج سال	۴۶	۴۰
نرخ متوسط کاهش سالانه (۱۹۹۰-۲۰۰۶)		
مرگ و میر مادران در هر ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده (۲۰۰۵)		
بهداشت و تغذیه		
درصد نوزادان دارای وزن پایین	۶	۱۵
هنگام تولد (*۲۰۰۶-۱۹۹۹)		
درصد کودکان زیر پنج سال	۵	۲۵
دارای کمبود وزن خفیف یا شدید (*۲۰۰۶-۲۰۰۰)		
درصد جمعیت برخوردار از	۹۱	۸۳
منابع آب آشامیدنی بهبود یافته (۲۰۰۴)		
شهری	۹۸	۹۵
روستایی	۷۹	۷۳
درصد جمعیت برخوردار از	۸۴	۵۹
سیستم دفع فاضلاب بهداشتی (۲۰۰۴)		
درصد کودکان ۱ ساله واکسینه شده در برابر:		
سل (BCG)	۹۵	۸۷
دیفتری/سپاه سرفه / کزاز (DPT1)	۹۶	۸۹
دیفتری/سپاه سرفه/کزاز (DPT3)	۹۵	۷۹
فلج اطفال (polio3)	۹۵	۸۰
سرخک	۹۷	۸۰
هپاتیت ب (hepB3)	۹۲	۶۰
Haemophilus influenzae نوع ب (Hib3)	۳	۲۲
آموزش		
درصد ورودی های مقطع ابتدایی که		
به کلاس پنجم می رسند (*۲۰۰۶-۲۰۰۰)	۹۷	۷۸**
نسبت خالص شرکت در دوره ابتدایی (*۲۰۰۶-۲۰۰۰)		
مرد	۹۳	۸۰
زن	۹۱	۷۸
نسبت خالص شرکت در دوره متوسطه (*۲۰۰۶-۲۰۰۰)		
مرد	۸۰	۵۰**
زن	۷۸	۴۷**
نرخ باسوادی بزرگسالان (*۲۰۰۵-۲۰۰۰)	۹۷	۷۸

شاخص	منطقه	جهان
شاخصهای اقتصادی		
درآمد ناخالص ملی سرانه (دلار، ۲۰۰۶)	۴۲۶۴	۷۴۰۶
درصد جمعیت دارای درآمد کمتر از روزی ۱ دلار (*۲۰۰۵-۱۹۹۵)	۲	۱۹
درصد سهم از هزینه های دولت مرکزی (*۲۰۰۵-۱۹۹۵) تخصیص یافته به:		
بهداشت	۷	۱۴
آموزش	۶	۵
هزینه های نظامی	۹	۱۱
درصد سهم از هزینه های خانوار (*۲۰۰۴-۱۹۹۵):		
پایین ترین ۴۰ درصد	۲۰	۲۰
بالاترین ۲۰ درصد	۴۲	۴۲

اج.آی.وی / ایدز

نرخ ابتلای بزرگسالان (۴۹-۱۵ سال، تا آخر ۲۰۰۵)	۰/۶	۱/۰
شمار تخمینی افراد (همه سنین) مبتلا به اج.آی.وی (۲۰۰۵)	۱۵۰۰۰۰۰	۳۸۶۰۰۰۰۰
شمار تخمینی کودکان (۱۴-۰ سال) مبتلا به اج.آی.وی	۹۰۰۰	۲۳۰۰۰۰۰
شمار تخمینی کودکان (۱۷-۰ سال)	-	۱۵۲۰۰۰۰۰
یتیم شده در اثر ایدز (۲۰۰۵)	-	-

حمایت از کودکان

ثبت تولد (*۲۰۰۵-۱۹۹۹)	-	-
شهری	-	-
روستایی	-	-
ازدواج کودکان (*۲۰۰۵-۱۹۸۷)	۱۱	-
شهری	۷	-
روستایی	۹	-
کار کودکان (*۲۰۰۵-۱۹۹۹، ۱۴-۵ ساله)	۵	-
مرد	۵	-
زن	۵	-

زنان

نرخ برابری باسواد بزرگسالان (درصد زنان به مردان، *۲۰۰۶-۲۰۰۰)	۹۶	۸۶
پوشش مراقبتهای پیش از زایمان (درصد، *۲۰۰۶-۲۰۰۰)	۹۰	۷۵
حضور دستیار ماهر هنگام زایمان (درصد، *۲۰۰۶-۲۰۰۰)	۹۵	۶۳
ریسک مرگ مادر در طول زندگی (۲۰۰۵)	۱ در: ۱۳۰۰	۹۲

* داده های ارائه شده مربوط به آخرین سال موجود طی دوره ی مشخص شده است.

** شامل چین نیست.

- داده ها موجود نیست

♦ برآوردهای جهانی و منطقه‌ای مربوط به ثبت تولد که در این جدول ذکر شده‌اند بر پایه زیرمجموعه‌ای از کشورها قرار دارند که داده‌های مربوط به آنها در دوره سالهای ۲۰۰۶-۱۹۹۹ قابل دسترسی بوده است. برآوردهای جهانی و منطقه‌ای مربوط به مجموعه گسترده‌تری از کشورها برای دوره زمانی سالهای ۲۰۰۶-۱۹۹۷ در دسترس بوده و می‌توان آنها را در آدرس زیر مشاهده کرد: www.childinfo.org-areas-birthregistration.

شاخص	منطقه	جهان
شاخصهای جمعیتی		
کل جمعیت (۲۰۰۶)	۹۶۹۹۴۹۰۰۰	۶۵۷۷۲۳۶۰۰۰
جمعیت زیر ۱۸ سال (۲۰۰۶)	۲۰۴۹۲۰۰۰۰	۲۲۱۲۰۲۴۰۰۰
جمعیت زیر ۵ سال (۲۰۰۶)	۵۴۷۶۸۰۰۰	۶۲۵۷۸۱۰۰۰

بقا		
امید به زندگی در زمان تولد (۲۰۰۶)	۷۹	۶۸
مرگ و میر نوزادان (زیر ۲۸ روز)	۴	۳۰
در هر هزار تولد زنده (۲۰۰۶)	۵	۴۹
مرگ و میر کودکان (زیر ۱ سال)	۶	۷۲
در هر هزار تولد زنده (۲۰۰۶)	۳/۲	۱/۶
مرگ و میر زیر پنج سال	۸	۴۰۰
نرخ متوسط کاهش سالانه (۱۹۹۰-۲۰۰۶)		
مرگ و میر مادران در هر ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده (۲۰۰۵)		

بهداشت و تغذیه		
درصد نوزادان دارای وزن پایین	۷	۱۵
هنگام تولد (*۱۹۹۹-۲۰۰۶)		
درصد کودکان زیر پنج سال	-	۲۵
دارای کمبود وزن خفیف یا شدید (*۲۰۰۶-۲۰۰۰)		
درصد جمعیت برخوردار از	۱۰۰	۸۳
منابع آب آشامیدنی بهبود یافته (۲۰۰۴)		
شهری	۱۰۰	۹۵
روستایی	۱۰۰	۷۳
درصد جمعیت برخوردار از	۱۰۰	۵۹
سیستم دفع فاضلاب بهداشتی (۲۰۰۴)		
درصد کودکان ۱ ساله واکسینه شده در برابر:		
سل (BCG)	-	۸۷
دیفتری/سیاه سرفه/کزاز (DPT1)	۹۸	۸۹
دیفتری/سیاه سرفه/کزاز (DPT3)	۹۶	۷۹
فلج اطفال (polio3)	۹۴	۸۰
سرخک	۹۳	۸۰
هپاتیت ب (hepB3)	۶۴	۶۰
Haemophilus influenzae نوع ب (Hib3)	۸۲	۲۲

آموزش		
درصد ورودی های مقطع ابتدایی	-	۷۸**
که به کلاس پنجم می رسند (*۲۰۰۶-۲۰۰۰)		
نسبت خالص شرکت در دوره ابتدایی (*۲۰۰۶-۲۰۰۰)		
مرد	-	۸۰
زن	-	۷۸
نسبت خالص شرکت در دوره متوسطه (*۲۰۰۶-۲۰۰۰)		
مرد	-	۵۰**
زن	-	۴۷**
نرخ باسوادی بزرگسالان (*۲۰۰۵-۲۰۰۰)	-	۷۸

شاخص	منطقه	جهان
شاخصهای اقتصادی		
درآمد ناخالص ملی سرانه (دلار، ۲۰۰۶)	۳۷۲۱۷	۷۴۰۶
درصد جمعیت دارای درآمد کمتر از روزی ۱ دلار (*۲۰۰۵-۱۹۹۵)	-	۱۹
درصد سهم از هزینه های دولت مرکزی (*۲۰۰۵-۱۹۹۵) تخصیص یافته به:		
بهداشت	۱۸	۱۴
آموزش	۴	۵
هزینه های نظامی	۱۲	۱۱
درصد سهم از هزینه های خانوار (*۲۰۰۴-۱۹۹۵):		
پایین ترین ۴۰ درصد	۲۱	۲۰
بالاترین ۲۰ درصد	۴۰	۴۲

اج.آی.وی / ایدز

نرخ ابتلای بزرگسالان (۴۹-۱۵ سال، تا آخر ۲۰۰۵)	۰/۴	۱/۰
شمار تخمینی افراد (همه سنین) مبتلا به اج.آی.وی (۲۰۰۵)	۲۰۰۰۰۰۰	۳۸۶۰۰۰۰۰
شمار تخمینی کودکان (۱۴-۰ سال) مبتلا به اج.آی.وی	۱۳۰۰۰	۲۳۰۰۰۰۰
شمار تخمینی کودکان (۱۷-۰ سال)	-	۱۵۲۰۰۰۰۰
یتیم شده در اثر ایدز (۲۰۰۵)	-	-

حمایت از کودکان

ثبت تولد (*۲۰۰۵-۱۹۹۹)	-	-
شهری	-	-
روستایی	-	-
ازدواج کودکان (*۲۰۰۵-۱۹۸۷)	-	-
شهری	-	-
روستایی	-	-
کار کودکان (*۲۰۰۵-۱۹۹۹، ۱۴-۵ ساله)	-	-
مرد	-	-
زن	-	-

زنان

نرخ برابری باسواد بزرگسالان	-	-
(درصد زنان به مردان، *۲۰۰۶-۲۰۰۰)	-	۸۶
پوشش مراقبتهای پیش از زایمان (درصد، *۲۰۰۶-۲۰۰۰)	-	۷۵
حضور دستیار ماهر هنگام زایمان (درصد، *۲۰۰۶-۲۰۰۰)	۹۹	۶۳
ریسک مرگ مادر در طول زندگی (۲۰۰۵)	۱ در: ۸۰۰۰	۹۲

توجه:

* داده های ارائه شده مربوط به آخرین سال موجود طی دوره ی مشخص شده است.

** شامل چین نیست.

- داده ها موجود نیست

♦ برآوردهای جهانی و منطقه ای مربوط به ثبت تولد که در این جدول ذکر شده اند بر پایه زیرمجموعه ای از کشورها قرار دارند که داده های مربوط به آنها در دوره سالهای ۲۰۰۶-۱۹۹۹ قابل دسترسی بوده است. برآوردهای جهانی و منطقه ای مربوط به مجموعه گسترده تری از کشورها برای دوره زمانی سالهای ۲۰۰۶-۱۹۹۷ در دسترس بوده و می توان آنها را در آدرس www.childinfo.org-areas-birthregistration زیر مشاهده کرد:

کشورهای در حال توسعه

شاخص	منطقه	جهان
شاخصهای جمعیتی		
کل جمعیت (۲۰۰۶)	۵۳۵۸۲۲۳۰۰۰	۶۵۷۷۲۳۶۰۰۰
جمعیت زیر ۱۸ سال (۲۰۰۶)	۱۹۵۸۹۴۸۰۰۰	۲۲۱۲۰۲۴۰۰۰
جمعیت زیر ۵ سال (۲۰۰۶)	۵۵۹۰۶۹۰۰۰	۶۲۵۷۸۱۰۰۰
بنا		
امید به زندگی در زمان تولد (۲۰۰۶)	۶۶	۶۸
مرگ و میر نوزادان (زیر ۲۸ روز)	۳۳	۳۰
در هر هزار تولد زنده (۲۰۰۶)	۵۴	۴۹
مرگ و میر کودکان (زیر ۱ سال)	۷۹	۷۲
در هر هزار تولد زنده (۲۰۰۶)	۱/۷	۱/۶
مرگ و میر زیر پنج سال	۴۵۰	۴۰۰
نرخ متوسط کاهش سالانه (۱۹۹۰-۲۰۰۶)		
مرگ و میر مادران در هر ۱۰۰۰۰ تولد زنده (۲۰۰۵)		
بهداشت و تغذیه		
درصد نوزادان دارای وزن پایین	۱۶	۱۵
هنگام تولد (*۲۰۰۶-۱۹۹۹)		
درصد کودکان زیر پنج سال	۲۶	۲۵
دارای کمبود وزن خفیف یا شدید (*۲۰۰۶-۲۰۰۰)		
درصد جمعیت برخوردار از	۸۰	۸۳
منابع آب آشامیدنی بهبود یافته (۲۰۰۴)	۹۲	۹۵
شهری	۷۰	۷۳
روستایی		
درصد جمعیت برخوردار از	۵۰	۵۹
سیستم دفع فاضلاب بهداشتی (۲۰۰۴)		
درصد کودکان ۱ ساله واکسینه شده در برابر:		
سل (BCG)	۸۶	۸۷
دیفتری/سپاه سرفه/کزاز (DPT1)	۸۸	۸۹
دیفتری/سپاه سرفه/کزاز (DPT3)	۷۸	۷۹
فلج اطفال (polio3)	۷۹	۸۰
سرخک	۷۸	۸۰
هپاتیت ب (hepB3)	۵۹	۶۰
Haemophilus influenzae نوع ب (Hib3)	۱۷	۲۲
آموزش		
درصد ورودی های مقطع ابتدایی	۷۷**	۷۸**
که به کلاس پنجم می رسند (*۲۰۰۶-۲۰۰۰)		
نسبت خالص شرکت در دوره ابتدایی (*۲۰۰۶-۲۰۰۰)		
مرد	۸۰	۸۰
زن	۷۸	۷۸
نسبت خالص شرکت در دوره متوسطه (*۲۰۰۶-۲۰۰۰)		
مرد	۵۰**	۵۰**
زن	۴۶**	۴۷**
نرخ باسوادی بزرگسالان (*۲۰۰۵-۲۰۰۰)	۷۶	۷۸

شاخص	منطقه	جهان
شاخصهای اقتصادی		
درآمد ناخالص ملی سرانه (دلار، ۲۰۰۶)	۱۹۶۷	۷۴۰۶
درصد جمعیت دارای درآمد کمتر از روزی ۱ دلار (*۲۰۰۵-۱۹۹۵)	۲۰	۱۹
درصد سهم از هزینه های دولت مرکزی (*۲۰۰۵-۱۹۹۵) تخصیص یافته به:		
بهداشت	۹	۱۴
آموزش	۹	۵
هزینه های نظامی	۱۰	۱۱
درصد سهم از هزینه های خانوار (*۲۰۰۴-۱۹۹۵):		
پایین ترین ۴۰ درصد	۱۵	۲۰
بالاترین ۲۰ درصد	۵۰	۴۲

ا.ج.آی.وی / ایدز

نرخ ابتلای بزرگسالان (۴۹-۱۵ سال، تا آخر ۲۰۰۵)	۱/۱	۱/۰
شمار تخمینی افراد (همه سنین) مبتلا به ا.ج.آی.وی (۲۰۰۵)	۳۵۱۰۰۰۰۰	۳۸۶۰۰۰۰۰
شمار تخمینی کودکان (۱۴-۰ سال) مبتلا به ا.ج.آی.وی	۲۳۰۰۰۰۰	۲۳۰۰۰۰۰
شمار تخمینی کودکان (۱۷-۰ سال)	-	۱۵۲۰۰۰۰۰
یتیم شده در اثر ایدز (۲۰۰۵)	-	-

حمایت از کودکان

ثبت تولد (*۲۰۰۵-۱۹۹۹)	**۴۹	-
شهری	**۶۴	-
روستایی	**۳۷	-
ازدواج کودکان (*۲۰۰۵-۱۹۸۷)	**۳۴	-
شهری	**۲۳	-
روستایی	**۴۵	-
کار کودکان (*۲۰۰۵-۱۹۹۹، ۱۴-۵ ساله)	**۱۶	-
مرد	**۱۹	-
زن	**۱۷	-

زنان

نرخ برابری باسواد بزرگسالان (درصد زنان به مردان، *۲۰۰۶-۲۰۰۰)	۸۳	۸۶
پوشش مراقبتهای پیش از زایمان (درصد، *۲۰۰۶-۲۰۰۰)	۷۵	۷۵
حضور دستیار ماهر هنگام زایمان (درصد، *۲۰۰۶-۲۰۰۰)	۵۹	۶۳
ریسک مرگ مادر در طول زندگی (۲۰۰۵)	۱ در: ۷۶	۹۲

توجه:

* داده های ارائه شده مربوط به آخرین سال موجود طی دوره ی مشخص شده است.

** شامل چین نیست.

- داده ها موجود نیست

♦ برآوردهای جهانی و منطقه‌ای مربوط به ثبت تولد که در این جدول ذکر شده‌اند بر پایه زیرمجموعه‌ای از کشورها قرار دارند که داده‌های مربوط به آنها در دوره سالهای ۲۰۰۶-۱۹۹۹ قابل دسترسی بوده است. برآوردهای جهانی و منطقه‌ای مربوط به مجموعه گسترده‌تری از کشورها برای دوره زمانی سالهای ۲۰۰۶-۱۹۹۷ در دسترس بوده و می‌توان آنها را در آدرس زیر مشاهده کرد: www.childinfo.org-areas-birthregistration

کشورهای کمتر توسعه یافته

شاخص	منطقه	جهان
شاخصهای جمعیتی		
کل جمعیت (۲۰۰۶)	۷۸۵۴۴۴۰۰۰	۶۵۷۷۲۳۶۰۰۰
جمعیت زیر ۱۸ سال (۲۰۰۶)	۳۷۶۷۲۷۰۰۰	۲۲۱۲۰۲۴۰۰۰
جمعیت زیر ۵ سال (۲۰۰۶)	۱۲۲۱۱۴۰۰۰	۶۲۵۷۸۱۰۰۰
بقا		
امید به زندگی در زمان تولد (۲۰۰۶)	۵۵	۶۸
مرگ و میر نوزادان (زیر ۲۸ روز)	۴۳	۳۰
در هر هزار تولد زنده (۲۰۰۶)	۹۰	۴۹
مرگ و میر کودکان (زیر ۱ سال)	۱۴۲	۷۲
در هر هزار تولد زنده (۲۰۰۶)	۱/۵	۱/۶
مرگ و میر زیر پنج سال	۸۷۰	۴۰۰
نرخ متوسط کاهش سالانه (۱۹۹۰-۲۰۰۶)		
مرگ و میر مادران در هر ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده (۲۰۰۵)		
بهداشت و تغذیه		
درصد نوزادان دارای وزن پایین	۱۷	۱۵
هنگام تولد (*۲۰۰۶-۱۹۹۹)		
درصد کودکان زیر پنج سال	۳۵	۲۵
دارای کمبود وزن خفیف یا شدید (*۲۰۰۶-۲۰۰۰)		
درصد جمعیت برخوردار از	۵۹	۸۳
منابع آب آشامیدنی بهبود یافته (۲۰۰۴)		
شهری	۷۹	۹۵
روستایی	۵۱	۷۳
درصد جمعیت برخوردار از	۳۶	۵۹
سیستم دفع فاضلاب بهداشتی (۲۰۰۴)		
درصد کودکان ۱ ساله واکسینه شده در برابر:		
سل (BCG)	۸۵	۸۷
دیفتری/سیاه سرفه/کزاز (DPT1)	۸۷	۸۹
دیفتری/سیاه سرفه/کزاز (DPT3)	۷۷	۷۹
فلج اطفال (polio3)	۷۷	۸۰
سرخک	۷۴	۸۰
هیپاتیت ب (hepB3)	۵۰	۶۰
Haemophilus influenzae نوع ب (Hib3)	۱۷	۲۲
آموزش		
درصد ورودی های مقطع ابتدایی	۶۷	۷۸**
که به کلاس پنجم می رسند (*۲۰۰۶-۲۰۰۰)		
نسبت خالص شرکت در دوره ابتدایی (*۲۰۰۶-۲۰۰۰)		
مرد	۶۵	۸۰
زن	۶۳	۷۸
نسبت خالص شرکت در دوره متوسطه (*۲۰۰۶-۲۰۰۰)		
مرد	۲۶	۵۰**
زن	۲۴	۴۷**
نرخ باسوادی بزرگسالان (*۲۰۰۵-۲۰۰۰)	۵۵	۷۸

شاخص	منطقه	جهان
شاخصهای اقتصادی		
درآمد ناخالص ملی سرانه (دلار، ۲۰۰۶)	۴۳۸	۷۴۰۶
درصد جمعیت دارای درآمد کمتر از روزی ۱ دلار (*۲۰۰۵-۱۹۹۵)	۳۸	۱۹
درصد سهم از هزینه های دولت مرکزی (*۲۰۰۵-۱۹۹۵) تخصیص یافته به:		
بهداشت	۵	۱۴
آموزش	۱۴	۵
هزینه های نظامی	۱۴	۱۱
درصد سهم از هزینه های خانوار (*۲۰۰۴-۱۹۹۵):		
پایین ترین ۴۰ درصد	۱۵	۲۰
بالاترین ۲۰ درصد	۵۰	۴۲

اج.آی.وی / ایدز

نرخ ابتلای بزرگسالان (۴۹-۱۵ سال، تا آخر ۲۰۰۵)	۲/۷	۱/۰
شمار تخمینی افراد (همه سنین) مبتلا به اج.آی.وی (۲۰۰۵)	۱۱۷۰۰۰۰۰	۳۸۶۰۰۰۰۰
شمار تخمینی کودکان (۱۴-۰ سال) مبتلا به اج.آی.وی	۱۱۰۰۰۰۰	۲۳۰۰۰۰۰
شمار تخمینی کودکان (۱۷-۰ سال)	-	۱۵۲۰۰۰۰۰
یتیم شده در اثر ایدز (۲۰۰۵)	-	-

حمایت از کودکان

ثبت تولد (*۲۰۰۵-۱۹۹۹)	۳۰	-
شهری	۴۳	-
روستایی	۲۴	-
ازدواج کودکان (*۲۰۰۵-۱۹۸۷)	۴۹	-
شهری	۳۷	-
روستایی	۵۷	-
کار کودکان (*۲۰۰۵-۱۹۹۹، ۱۴-۵ ساله)	۲۹	-
مرد	۳۱	-
زن	۲۸	-

زنان

نرخ برابری باسواد بزرگسالان (درصد زنان به مردان، *۲۰۰۶-۲۰۰۰)	۶۸	۸۶
پوشش مراقبتهای پیش از زایمان (درصد، *۲۰۰۶-۲۰۰۰)	۶۱	۷۵
حضور دستیار ماهر هنگام زایمان (درصد، *۲۰۰۶-۲۰۰۰)	۳۸	۶۳
ریسک مرگ مادر در طول زندگی (۲۰۰۵)	در: ۱	۹۲

توجه:

* داده های ارائه شده مربوط به آخرین سال موجود طی دوره ی مشخص شده است.

** شامل چین نیست.

- داده ها موجود نیست

♦ برآوردهای جهانی و منطقه‌ای مربوط به ثبت تولد که در این جدول ذکر شده‌اند بر پایه زیرمجموعه‌ای از کشورها قرار دارند که داده‌های مربوط به آنها در دوره سالهای ۲۰۰۶-۱۹۹۹ قابل دسترسی بوده است. برآوردهای جهانی و منطقه‌ای مربوط به مجموعه گسترده‌تری از کشورها برای دوره زمانی سالهای ۲۰۰۶-۱۹۹۷ در دسترس بوده و می‌توان آنها را در آدرس زیر مشاهده کرد: www.childinfo.org-areas-birthregistration

برای هر کودک
سلامت، آموزش، برابری، حمایت
پیشبرد بشریت

صندوق کودکان سازمان ملل متحد - ایران
تهران، خیابان شریعتی، بالاتر از حسینیه ارشاد،
انتهای کوچه قبا، بلوار شهرزاد،
کوچه نظامی، پلاک ۲۱۶
تلفن: ۲۲ ۵۹ ۴۹ ۹۴
نمابر: ۲۲ ۵۹ ۴۹ ۴۸
tehran@unicef.org
www.unicef.org/iran

ISBN: 978-92-806-4227-8

December 2007