وضع الأطفال
في الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي

سلسلة توقعات منظمة التعاون الإسلامي

يونيو 2015

منظمة التعاون الإسلامي
مركز الأبحاث الإحصائية والاقتصادية والاجتماعية
والتدريب للدول الإسلامية

منظمة التعاون الإسلامي

مركز الأبحاث الإحصائية والاقتصادية والاجتماعية والتدريب للدول الإسلامية

(مركز أنقرة)

سلسلة توقعات منظمة التعاون الإسلامي

يونيو 2015

وضع الأطفال
في الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي

الفهرس

توطئة 1
ملخص 2
1 مقدمة 8
2 الوضع الديموغرافي للأطفال 9
3 صحة ورفاه الأطفال 12
3.1 معدل وفيات الأطفال 12
3.2 الأسباب الرئيسية لوفيات الأطفال 15
3.3 خدمات الرعاية الصحية للأطفال 16
3.4 الوقاية من الأمراض المعدية والسيطرة عليها 22
4 التغذية والأمن الغذائي للأطفال 25
4.1 تأخر النمو 25
4.2 نقص الوزن 26
4.3 الهزال 28
4.4 زيادة الوزن 30
4.5 تغذية الأطفال 31
4.6 نقص المغذيات الدقيقة 33
5 التعليم الأساسي و التمدرس 38
5.1 الالتحاق و الحضور بالمدارس 38
5.2 الإكمال و التقدم 46
5.3 كفاية خدمات التعليم 54
6 حماية الطفل ورفاهيته 62
6.1 تسجيل المواليد 62
6.2 إيذاء الأطفال وسوء معاملتهم 63
6.3 زواج الأطفال 69
6.4 الصراعات والأطفال 70
6.5 عمالة الأطفال 73
7 ملاحظات ختامية 77
8 توصيات بشأن السياسات 80
المراجع 84
المرفقات 86

توطئة

في وقتنا الحاضر ليس هناك اختلاف حول حق الأطفال في الحصول على التنمية البدنية والفكرية والعاطفية الكاملة. وصدر القبول العالمي لحقوق الإنسان لجميع الأطفال أساسا كنتيجة لاتفاقية حقوق الطفل (UNCRC)، لكونها أول اتفاقية دولية ملزمة بشأن رعاية وحماية الأطفال. وبنظرة أوسع، الأطفال اليوم هم أكثر صحة وأمانا من حالات الإستغلال الاجتماعية والاقتصادية والثقافية مقارنة مع الثلاثين عاما الماضية. ومع ذلك، وعلى الرغم من التقدم الملحوظ، فإنه من المؤسف أن الملايين من الأطفال في جميع أنحاء العالم، بما في ذلك العديد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي، ما زالوا يموتون بسبب أمراض ومضاعفات يمكن الوقاية منها، وحتى أولئك الذين يتمكنون من البقاء على قيد الحياة، تبقى حياتهم مليئة بالبؤس والجهل والحرمان وسوء المعاملة.

تتميز بلدان منظمة التعاون الإسلامي، كمجموعة، بالتوزيع السكاني الأكثر شبابية، بحيث أن أكثر من ثلث السكان تحت سن 15. وهذا يؤكد الطلب الكبير على الرعاية الصحية والتعليم والتغذية والترفيه والحماية الاجتماعية وخدمات الرخاء الاجتماعي للأطفال الرضع والأطفال الصغار في هذه البلدان. وعلى مر السنين، أحرزت العديد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي تقدما كبيرا من حيث توفير حقوق الأطفال المتجلية في طفولة آمنة، وذلك من خلال استثمار المزيد من الموارد، أكثر من أي وقت مضى، في مجال الرعاية الصحية والتعليم وخدمات الحماية والرعاية الاجتماعية. ومع ذلك، وعلى الرغم من التحسن الكبير في هذا المجال، إلا أن بلدان منظمة التعاون الإسلامي، كمجموعة، لا تزال متخلفة عن متوسطات بلدان العالم والبلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة.

يختلف التحسن في حالة الأطفال بشكل متفاوت عبر المجموعات الإقليمية لمنظمة التعاون الإسلامي. فقد ظلت منطقتي أفريقيا جنوب الصحراء وجنوب آسيا، اللتين كانتا مأوى لنحو 60% من أطفال منظمة التعاون الإسلامي الذين تقل أعمارهم عن سن الخامسة في عام 2013، من أصعب الأماكن للأطفال من أجل البقاء والعيش. وتتسم معظم البلدان في هاتين المنطقتين بالاستثمارات العامة والخاصة المنخفضة المخصصة للرعاية الصحية الأساسية والتعليم وخدمات الحماية والرعاية الاجتماعية وتفتقر للسياسات المناسبة وآليات التنفيذ لتحسين حالة الأطفال. هذه الحالة تستدعي المزيد من الالتزام والجهود التي تبذلها الحكومات وأصحاب المصلحة الآخرين للنظر في هذه القضية الهامة على مستوى أعلى في خططها الإنمائية. وهناك أيضا حاجة ملحة لتقوية وتعزيز التعاون والتنسيق في مختلف القضايا المتعلقة برفاه الطفل على المستويين الإقليمي والدولي.

وإزاء هذه الخلفية، يقدم هذا التقرير تحليلا وتقييما مفصلا لوضع الأطفال في بلدان منظمة التعاون الإسلامي. ويقيس التقرير أداء بلدان منظمة التعاون الإسلامي في أربعة أبعاد هي: صحة ورفاه الطفل، والتغذية والأمن الغذائي للطفل، والتعليم الأساسي والمدرسي، وحماية الأطفال ورعايتهم من خلال تحليل أحدث البيانات المتعلقة بمؤشرات مثل توجهات وفيات الأطفال، وانتشار نقص التغذية ونقص المغذيات الدقيقة، والالتحاق والحضور بالمدارس وحالات عمل الأطفال وسوء المعاملة. ويخلص التقرير إلى بعض التوصيات التي تهدف إلى تعزيز تنفيذ التدخلات سواء على المستوى الوطني وداخل منظمة التعاون الإسلامي وكذلك على المستوى الدولي لتحسين حالة الأطفال في بلدان منظمة التعاون الإسلامي.

السفير موسى كولكليكيا

المدير العام

مركز أنقرة

ملخص

الوضع الديموغرافي للأطفال

تتميز بلدان منظمة التعاون الإسلامي، كمجموعة، بالتوزيع السكاني الأكثر شبابية، بحيث أن أكثر من ثلث السكان تحت سن 15 (أي أن حوالي 562 مليون طفل هم دون سن 15). وعلى النقيض من ذلك، السكان في البلدان المتقدمة هم أكبر سنا من ذلك بكثير، بنسبة 17% فقط أقل من 15 سنة، مدفوعا إلى حد كبير سواء بانخفاض معدلات المواليد أوارتفاع متوسط العمر المتوقع، وقد أدى ذلك إلى تراجع نسبة الأطفال من إجمالي عدد السكان على مر السنين. ففي عام 1990، كان 42% من السكان تقل أعمارهم عن 15 سنة في منظمة التعاون الإسلامي بالمقارنة مع 34% في عام 2013. وهناك اتجاه نحو التناقص ويمكن أن يلاحظ هذا الانخفاض أيضا في حالة البلدان النامية غير الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي والدول المتقدمة.

صحة ورفاه الطفل

معدل وفيات الأطفال

على مدى العقدين الماضيين، شهدت العديد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي تحسنا كبيرا في تغطية الرعاية الصحية والخدمات، وبالتالي، فإنها سجلت اتجاهات تنازلية في معدلات وفيات الأطفال. ووفقا لأحدث التقديرات، وانطلاقا من أعلى معدل أساسي وهو 125 حالة وفاة لكل 1000 ولادة حية في عام 1990 تمكنت بلدان منظمة التعاون الإسلامي من خفض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة (U5MR) بنسبة 47% أي إلى 66 حالة وفاة لكل 1000 ولادة حية بحلول عام 2013. ومع ذلك، وعلى الرغم من التحسن، حققت مجموعة منظمة التعاون الإسلامي تقدما أقل في خفض وفيات الأطفال منذ عام 1990. وكما في عام 2013، يموت واحد من كل 15 طفل في بلدان منظمة التعاون الإسلامي قبل بلوغهم سن الخامسة مقارنة مع واحد من 25 في البلدان النامية الأخرى وواحدة من 22 طفل في العالم. وعلى الرغم من أن وفيات الأطفال قد انخفضت في معظم المجموعات الإقليمية لمنظمة التعاون الإسلامي، ظلت منطقتي أفريقيا جنوب الصحراء وجنوب آسيا من أصعب الأماكن بالنسبة لبقاء الأطفال على قيد الحياة حتى سن الخامسة.

الأسباب الرئيسية لوفيات الأطفال

الأسباب الرئيسية لوفيات الأطفال دون سن الخامسة في البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي مماثلة لتلك التي في البلدان النامية الأخرى. ففي عام 2013، حوالي 43% من وفيات الأطفال دون سن الخامسة كانت بسبب ثلاثة أمراض معدية وهي: الالتهاب الرئوي / تعفن الدم (23%) والملاريا (11%) والإسهال (9%). ومن بين المضاعفات ذات الصلة بالحمل والولادة، يبقى الخداج السبب الرئيسي في (15%) من الوفيات دون سن الخامسة يليه الاختناق أثناء الولادة (11%) والتشوهات الخلقية (6%). وعلى الرغم من أن الأسباب الرئيسية لوفيات الأطفال دون سن الخامسة ظلت متماثلة تماما في جميع مناطق منظمة التعاون الإسلامي، إلا أن العبء النسبي لهذه الأسباب يختلف من منطقة لأخرى حسب الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية وتغطية، بالإضافة لأمور أخرى، خدمات الرعاية الصحية في هذه المناطق. وكما

هو في عام 2013، تم تسجيل 83% من إجمالي وفيات الأطفال في بلدان منظمة التعاون الإسلامي في منطقتي أفريقيا جنوب الصحراء (60%) وجنوب آسيا (23%).

خدمات الرعاية الصحية للأطفال

يمكن الوقاية من غالبية الوفيات دون سن الخامسة من خلال بعض التدخلات مثل: الرعاية قبل الولادة وتوفير القابلات الماهرات أثناء الولادة والتحصين والرعاية المبكرة التي تقي من الأمراض المعدية. ويبقى توفير الرعاية الجيدة السابقة للولادة مجال اهتمام رئيسي في العديد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي مع استفادة 80% من مجموع النساء الحوامل من واحدة منها ويستفيد 56% من فحوصات ما قبل الولادة الموصى بها. وفي كلتا الحالتين، لا يزال المعدل في منظمة التعاون الإسلامي أقل من متوسط بلدان العالم والبلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة في 2008-2012. وهناك عدد كبير من الولادات في بلدان منظمة التعاون الإسلامي لا تزال تجري دون مساعدة، في حين 62% فقط من الولادات تمت بمساعدة الطبيب أو المرضة أو القابلة مقارنة مع 70% في البلدان النامية غير منظمة التعاون الإسلامي و 67% في العالم في 2008-2012. وقد زاد التطعيم الثلاثي ضد أمراض الدفتيريا والكزاز والسعال الديكي DTP3 في بلدان منظمة التعاون الإسلامي من 67% في عام 2000 إلى 80% في عام 2013. وعلى الرغم من أن تغطية منظمة التعاون الإسلامي ظلت أقل قليلا من متوسط العالم (84%) والبلدان النامية غير الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي (83%)، إلا أنها تحاول اللحاق بسرعة بالمعدلات العالمية مع زيادة 13 نقطة مئوية خلال 2000-2013.

الوقاية من الأمراض المعدية والسيطرة عليها

خلال فترة 2009-2013، شكلت ثلاثة أمراض معدية وهي: الالتهاب الرئوي والإسهال والملاريا، عبئا بنسبة 43% في بلدان منظمة التعاون الإسلامي مقابل 38% في العالم و 36% في البلدان النامية غير الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي. وسجلت غالبية الوفيات (80% إلى 90%) في منظمة التعاون الإسلامي والتي كانت بسبب الأمراض المعدية في منطقتي أفريقيا جنوب الصحراء وجنوب آسيا. وتشير آخر التقديرات إلى أن 60% من الأطفال الذين يعانون من أعراض الالتهاب الرئوي في مجموعة منظمة التعاون الإسلامي نقلوا إلى المراكز الصحية للفحص، وتلقى فقط 48.2% العلاج بالمضادات الحيوية. وكذلك الحال بالنسبة لبلدان العالم والبلدان النامية غير الأعضاء. والإسهال هو قاتل رئيسي آخر للأطفال، وهو ما يمثل 9% من مجموع الوفيات في منظمة التعاون الإسلامي. وعلى الرغم من أنه يمكن علاج إسهال الأطفال من خلال أملاح الإماهة الفموية (ORS)، فقد تم علاج 39% فقط من الأطفال المصابين بالإسهال في بلدان منظمة التعاون الإسلامي بـ ORS. وفي حين سجلت نسبة الإصابة 36.5% في العالم و 35% في البلدان النامية الأخرى. شكلت بلدان منظمة التعاون الإسلامي 62% من العبء العالمي من وفيات الأطفال الناجمة عن الملاريا في 2009-2013. وعلى الرغم من أن النوم تحت الناموسيات المعالجة بالمبيدات الحشرية (ITNs) هي الطريقة الأكثر فعالية لمنع الإصابة بالملاريا والحد من الوفيات، فإن 11% فقط من الأطفال في بلدان منظمة التعاون الإسلامي و 8.4% في العالم ينامون تحت الناموسيات المعالجة بالمبيدات الحشرية.

التغذية والأمن الغذائي للأطفال

تأخر النمو ونقص الوزن والهزال وزيادة الوزن

تبين أحدث التقديرات أن حوالي 33% من الأطفال دون سن الخامسة في بلدان منظمة التعاون الإسلامي عانوا من تأخر النمو خلال فترة 2009-2013 مقارنة مع 29% في البلدان النامية الأخرى وفي العالم. و خلال نفس الفترة، فإن نسبة الأطفال دون سن الخامسة الذين يعانون من نقص الوزن قد سجلت عند 21.3% في بلدان منظمة التعاون الإسلامي تليها البلدان النامية الأخرى بنسبة (20.8%). و يمثل الهزال شكلا حادا من أشكال نقص التغذية مع تزايد خطر المرض والموت للأطفال. و على الصعيد العالمي، أكثر من 50 مليون طفل تحت سن الخامسة من العمر قد أصيبوا بالهزال سواء بشكل شديد أو معتدل وهو ما يمثل حوالي 10% من الأطفال. وظل معدل انتشار الهزال تقريبا متشابها في بلدان منظمة التعاون الإسلامي وغيرها من البلدان النامية وذلك بنسبة 11.1% و 9.4% على التوالي.

وعلى الرغم من أن زيادة الوزن ارتبط في الماضي أساسا بالبلدان ذات الدخل المرتفع، فإن 72% من أصل 42 مليون طفل الذين يعانون من زيادة الوزن في العالم كانوا يعيشون في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل خلال فترة 2009-2013. وقد شكلت بلدان منظمة التعاون الإسلامي ما نسبته 32% من مجموع الأطفال الذين يعانون من زيادة الوزن في العالم مع معدل انتشار زيادة الوزن 7.4% مقارنة مع 4.6% في البلدان النامية الأخرى.

ممارسات تغذية الأطفال

التغذية السليمة وخاصة خلال العامين الأولين من الحياة أمر بالغ الأهمية من أجل بقاء ونمو وتطور الطفل. وتكشف أحدث التقديرات حول ممارسات التغذية أنه على الرغم من الأهمية البالغة لتغذية الأطفال فإن عددا كبيرا من الرضع والأطفال لا يتلقون رضاعة طبيعية. ففي بلدان منظمة التعاون الإسلامي، 42.9% فقط من الأطفال الرضع تلقوا رضاعة طبيعية خلال الساعة الأولى من الولادة، ونسبة 34.9% حصلوا على رضاعة طبيعية حصرا خلال الأشهر الستة الأولى من الحياة مقارنة مع 44.9% و 37.4% في العالم. وظل معدل الرضاعة الطبيعية حتى سن الثانية من العمر أفضل نسبيا في بلدان منظمة التعاون الإسلامي مع 46.7% من مجموع الأطفال الذين يرضعون حتى عمر الثانية. وتشير تقديرات التغذية الملائمة للأطفال من خلال الأغذية التكميلية الكافية والآمنة إلى أن حوالي ثلثي الأطفال في بلدان منظمة التعاون الإسلامي تناولوا الأطعمة الجافة وشبه الجافة أو اللينة في سن 6-8 أشهر.

نقص المغذيات الدقيقة

يعتبر أن نقص المغذيات الدقيقة مثل نقص فيتامين (أ) والحديد واليود والزنك وحمض الفوليك شائع جدا بين النساء والأطفال في البلدان النامية ذات الدخل المنخفض، بما في ذلك بعض بلدان منظمة التعاون الإسلامي. و على الصعيد العالمي، حوالي ثلثي الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6-59 شهرا تلقوا جرعتين من فيتامين (أ) في 2009-2013 في حين سجلت هذه النسبة 69% لمنظمة التعاون الإسلامي و 61% بالنسبة للبلدان النامية غير الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي. وخلال نفس الفترة، فإن 59% من الأسر تستهلك الملح المعالج باليود على نحو كاف في بلدان منظمة التعاون الإسلامي مقارنة ب 74% في البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة و 69% في العالم. ويبقى نقص الحديد وفقر الدم أيضا تحديا صحيا كبيرا. فوفقا لأحدث التقديرات، فإن أكثر من 43% من الأطفال دون سن 5 في العالم عانوا من فقر

الدم في عام 2011. ففي حين كان معدل انتشار فقر الدم 12% فقط للبلدان المتقدمة، كانت الأرقام مذهلة في البلدان النامية غير الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي وبلدان المنظمة بنسب 42% و 53% من الأطفال الذين يعانون من فقر الدم على التوالي.

التعليم الأساسي والمدرسي

الالتحاق والحضور بالمدارس

الحصول على التعليم الأساسي هو حق أساسي للطفل. فالتعليم يساعد الأطفال على التعلم وتنمية شخصيتهم وهويتهم ويرسم مكانتهم الاجتماعية والاقتصادية والثقافية في المستقبل. وعند النظر إلى المؤشرات المختارة حول التعليم من وجهة نظر رفاهية الأطفال يتضح أن بلدان منظمة التعاون الإسلامي حققت تحسنا كبيرا من حيث معدلات محو الأمية والالتحاق بالمدارس ومعدلات إتمام الدراسة منذ 1990. ومع ذلك، لا زال هناك طريق طويل أمام بلدان منظمة التعاون الإسلامي، في المتوسط، للوصول إلى مستوى الدول المتقدمة من حيث معدلات الإلمام بالقراءة والكتابة والالتحاق بالمدارس والإكمال. ومقارنة مع عام 1990، ارتفع معدل الإلمام بالقراءة والكتابة بين الشباب في مجموعة منظمة التعاون الإسلامي إلى نسبة تزيد ب 10 نقطة مئوية في عام 2012. بينما في نفس الفترة، ارتفع متوسط البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة بنسبة نقطتين مئويتين فقط. واعتبارا من عام 2013، بلغ عدد تلاميذ المدارس الابتدائية في بلدان منظمة التعاون الإسلامي 196.0 مليون، حيث مثل ما نسبته 28.0% و 30.9% من إجمالي معدلات الالتحاق بالمدارس الابتدائية في العالم والبلدان النامية، على التوالي.

الإكمال والتقدم

حققت بلدان منظمة التعاون الإسلامي، في المتوسط، زيادة في معدلات الإكمال من 55% في عام 1990 إلى 81.3% في عام 2012. في حين انخفض معدل التكرار في مجموعة منظمة التعاون الإسلامي من 16.1% في عام 1990 إلى 5.9% في عام 2012. أما من حيث معدلات الاستمرار في بلدان منظمة التعاون الإسلامي، في المتوسط، شهدت زيادة من 58.1% في عام 1990 إلى نسبة 82.7% في عام 2012. وفي بلدان منظمة التعاون الإسلامي، شكل الإنفاق الحكومي على قطاع التعليم ما نسبته 15% من إجمالي النفقات في عام 2011 حيث كان المتوسط العالمي 12.5%. في حين شكل الإنفاق الحكومي على التعليم ما نسبته 3.8% من الناتج المحلي الإجمالي في عام 2011 حيث كان المتوسط العالمي 5.1%.

كفاية خدمات التعليم

من حيث كفاية الخدمات التعليمية للأطفال، فإن بلدان منظمة التعاون الإسلامي، في المتوسط، لا تزال متخلفة عن البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة. فالحكومات في بلدان منظمة التعاون الإسلامي، في المتوسط، أنفقت فقط 928 دولار لكل تلميذ في عام 2011 في حين كان المتوسط البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة 1860 دولار في السنة نفسها. و من حيث جودة التعليم للأطفال، تواجه بلدان منظمة التعاون الإسلامي أيضا مشاكل. فواحدة من أكبر المشاكل هي اكتظاظ الفصول في مجموعة منظمة التعاون الإسلامي حيث ترتفع بشكل ملحوظ نسب التلاميذ إلى المعلمين عن تلك المسجلة في البلدان المتقدمة. ومن الأمور الأخرى المسجلة في الخدمات التعليمية للأطفال في بلدان منظمة التعاون الإسلامي هي غياب المساواة بين الجنسين.

حماية الطفل ورفاهيته

تسجيل المواليد

بصرف النظر عن كونه الاعتراف القانوني الأول لوجود الطفل، يعتبر تسجيل المواليد ضروريا لضمان تعداد الأطفال وحصولهم على الخدمات الأساسية. فوفقا لأحدث البيانات، فإن أدنى معدل لتسجيل المواليد هو الذي تسجله مجموعة منظمة التعاون الإسلامي خلال الفترة الممتدة بين عامي 2005 و 2013 إذا ما قارناها مع مجموعات البلدان الأخرى، بحيث أن فقط 73.4% من الأطفال هم المسجلون ضمن المواليد في مجموعة منظمة التعاون الإسلامي بالمقارنة مع 81.3% في العالم و77.6% في البلدان النامية غير الأعضاء.

إيذاء وسوء معاملة الأطفال

بصرف النظر عن كونها انتهاكا لحقوق الإنسان، فإن سوء معاملة الأطفال والاعتداء عليهم يؤدي بالأطفال إلى مشاكل صحية خطيرة. فخلال الفترة الممتدة بين عامي 2005 و2013، انتشر التأديب العنيف (ضد الأطفال) في مجموعة منظمة التعاون الإسلامي، حيث بلغ في المتوسط 83.0% وهو أعلى متوسط يتم تسجيله مقارنته مع متوسط البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة (73.2%) والمتوسط العالمي (78.3%). ومن حيث الفرق بين الفتيات والفتيان في مجموعة المنظمة، فإن الفتيان يتعرضون للتأديب العنيف بدرجة أعلى (84.1%) مقارنة مع الفتيات (81.8%). وبالإضافة إلى العنف ضد الأطفال، أظهرت بيانات بلدان منظمة التعاون الإسلامي أن العنف ضد المرأة (أمهات الأطفال) وتشويه الأعضاء التناسلية للإناث ينتشر بدرجة واسعة، وهو ما يشكل تهديدا آخر على الصحة البدنية والعقلية للأطفال.

زواج الأطفال

قد يؤدي الزواج في سن مبكرة (قبل 18) إلى مشاكل صحية خطيرة سواء بالنسبة للرجال أو النساء الذين ليسوا على استعداد للزواج. فوفقا للبيانات المتوفرة للفترة الممتدة بين عامي 2008 و2013، فإن أعلى معدل لانتشار زواج الأطفال يعود لمجموعة منظمة التعاون الإسلامي بنسبة 7.9% من جميع حالات الزواج التي تتم قبل سن 15 و 27.3% من جميع حالات الزواج قبل سن 18. ويبلغ متوسط انتشار الزواج قبل سن 15 على الصعيد العالمي 6.3% والزواج قبل سن 18 في المتوسط 25.0%. ويعتبر الفقر وحماية الفتيات وشرف العائلة وتوفير الاستقرار خلال فترات عدم الاستقرار الاجتماعي بعض العوامل الرئيسية الدافعة لزواج الأطفال.

الصراعات والأطفال

تشكل زيادة الصراعات في بلدان منظمة التعاون الإسلامي تهديدا كبيرا لرفاه الأطفال. فبين عامي 2008 و2014، سجلت مجموعة منظمة التعاون الإسلامي أعلى متوسط على مؤشر السلام العالمي مقارنة مع مجموعات البلدان الأخرى وهذا ما يدل على وجود درجة أقل من السلام وعدد أكبر من الصراعات. كما تحيل هذه الحقائق إلى أن عدد الأطفال الذين يعانون في بلدان منظمة التعاون الإسلامي من الصراعات وانعدام السلام يزيد كل سنة. فهم أكثر عرضة للصراعات المسلحة والاتجار بالبشر والعنف والاعتداء وعدم توفر الخدمات الأساسية.

عمالة الأطفال

عمالة الأطفال هي واحدة من أسوأ أشكال الاستغلال على نطاق واسع في جميع أنحاء العالم النامي. وعلى الرغم من أن عمالة الأطفال شيء محظور في معظم بلدان منظمة التعاون الإسلامي، إلا أن 13.5% من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 5 و14 عاما كانوا لا يزالون عرضة لعمالة الأطفال خلال الفترة الممتدة بين عامي 2009 و2013. وفي الوقت نفسه، بلغت هذه النسبة 14.0% في البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة و 13.9% في العالم. وبشكل عام، يعتبر الفتيان أكثر عرضة لعمالة الأطفال من الفتيات. ففي فترة 2009-2013، 14.9% من الأطفال الذكور الذين تتراوح أعمارهم بين 5 و 14 سنة كانوا عرضة للتشغيل في بلدان المنظمة مقارنة بنسبة 12.1% من الأطفال الإناث.

1 مقدمة

الطفولة هي فترة ثمينة لتطوير الجسد والفكر والعاطفة بالنسبة للإنسان. وبالتالي فإنه من المهم أن يتمكن جميع الأطفال من الحصول على الرعاية الصحية الجيدة والتغذية الجيدة والتعليم والحماية من الأذى وسوء المعاملة والتمييز. ولأن الأطفال هم الأكثر ضعفا بين البشر في هذا العالم، فإن مسؤولية ضمان احترام حقوقهم وحمايتها والوفاء بها هي مسؤولية مشتركة تقع على عاتق الوالدين وأفراد الأسرة والمجتمع المدني والحكومات. وعلى مدى العقود الأخيرة، أولى العالم اهتماما خاصا لمسألة حماية ورعاية الأطفال. وتعتبر اتفاقية حقوق الطفل (UNCRC)، والتي دخلت حيز التنفيذ عام 1989، واحدة من أهم المعالم التي تحققت في هذا الصدد. وفي الحقيقة، فإن الاتفاقية هي أول معاهدة دولية بشأن حقوق الإنسان التي تجمع بين مجموعة من المعايير المتعلقة بالأطفال لضمان تمتع كل طفل بطفولة ورعاية آمنة.

وتتميز بلدان منظمة التعاون الإسلامي بأن لديها توزيع سكاني أكثر شبابية، بحيث أن أكثر من ثلث السكان تقل أعمارهم عن 15 سنة. وهذا يؤكد الطلب الكبير على الرعاية الصحية والتعليم والتغذية والترفيه والحماية الاجتماعية والخدمات الاجتماعية للأطفال الرضع والصغار في هذه البلدان. فعلى مر السنين، قدمت بلدان منظمة التعاون الإسلامي وبالتعاون مع المؤسسات التابعة والمتخصصة والمرتبطة بها وكذلك الشركاء الدوليين ذوي الصلة جهودا مكثفة لتعزيز رفاه الطفل ورعايته وحماية حقوقه في العالم الإسلامي[1]. وفي هذا الصدد، عقدت بلدان منظمة التعاون الإسلامي أربعة مؤتمرات وزارية للطفولة وخرجت بعهد حقوق الطفل في الإسلام والذي اعتمدته الدورة 32 للمؤتمر الإسلامي لوزراء الخارجية (CFM) الذي عقد في صنعاء باليمن. وبالإضافة إلى ذلك، تعتبر صحة وتغذية الأم وحديثي الولادة والطفل واحدة من المجالات المواضيعية الستة للتعاون المحددة في إطار برنامج العمل الاستراتيجي لمنظمة التعاون الإسلامي في مجال الصحة (OIC-SHPA) 2014-2023 والذي اعتمده المؤتمر الإسلامي الرابع لوزراء الصحة الذي عقد في جاكرتا بأندونيسيا.

فهذه الجهود النبيلة والتي تم نشرها على نطاق واسع، جعلت الأطفال اليوم أكثر صحة وأمانا من الاستغلال الاجتماعي والاقتصادي والثقافي مقارنة بوضعهم قبل 30 عاما مضت. ومع ذلك، وعلى الرغم من كل التطورات الإيجابية، يعتبر المجتمع الدولي مقصرا في الوفاء بوعده والتزاماته المتجلية في ضمان أن يتمتع كل الأطفال بطفولة ورعاية آمنة. فالملايين من الأطفال في جميع أنحاء العالم، بما في ذلك العديد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي، ما زالوا يموتون بسبب أمراض ومضاعفات يمكن الوقاية منها، وأولئك الذين يتمكنون من البقاء على قيد الحياة حياتهم مليئة بالبؤس والجهل والحرمان وسوء المعاملة. لذا تستدعي هذه الحالة المزيد من الالتزام والجهود من طرف الحكومات وأصحاب المصلحة الآخرين للنظر في هذه القضية الهامة على مستوى أعلى في خططها الإنمائية. وهناك أيضا حاجة ملحة لتقوية وتعزيز التعاون والتنسيق في مختلف القضايا المتعلقة برفاه الطفل على المستويين الإقليمي والدولي.

وبناء على هذه الخلفية، ينظر هذا التقرير في حالة الأطفال في بلدان منظمة التعاون الإسلامي من منظور مقارن. ولتحديد المراحل، يبدأ التقرير بلمحة عامة عن الوضع الديموغرافي للأطفال في بلدان منظمة التعاون الإسلامي. ويناقش القسم ثلاث حالات صحية ورفاه الأطفال من خلال تحليل أحدث البيانات حول توجهات وفيات الأطفال، والأسباب الرئيسية لوفيات الأطفال وتغطية خدمات الرعاية الصحية للأطفال. وسيتم مناقشة حالة تغذية الطفل والأمن الغذائي

[1] ترد معلومات مفصلة عن جهود منظمة التعاون الإسلامي لتحسين حالة الأطفال في الملحق 1.

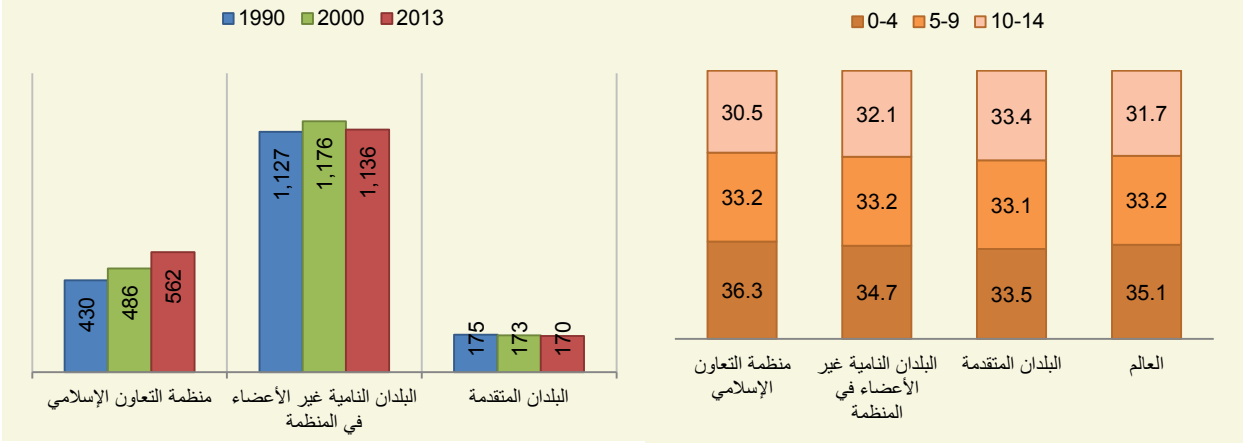
وتحليلها في القسم الرابع، مع التركيز بشكل خاص على المؤشرات الرئيسية لتغذية الأطفال، وانتشار نقص المغذيات الدقيقة وممارسات تغذية الرضع والأطفال الصغار. ويعطي القسم الخامس صورة مفصلة عن تربية الطفل والتعليم من خلال تحليل معدلات الالتحاق بالمدارس والحضور والإكمال واتجاهات التقدم الابتدائية والثانوية بالإضافة إلى تسليط الضوء على مدى كفاية الخدمات التعليمية الأساسية في بلدان منظمة التعاون الإسلامي. أما القسم السادس من التقرير فيركز على حماية الأطفال ورعايتهم من خلال النظر في بعض القضايا الرئيسية المتعلقة بتسجيل المواليد وعمالة الأطفال وسوء معاملة الأطفال وآثار النزاعات المسلحة على الأطفال. وتتلخص النتائج الرئيسية للتقرير في القسم السابع. ويختتم التقرير بمجموعة من التوصيات المتعلقة بالسياسات التي تهدف إلى تعزيز التعاون لتنفيذ الأنشطة سواء على المستوى الوطني والبيني لبلدان منظمة التعاون الإسلامي وعلى المستوى الدولي لتحسين حالة الأطفال في بلدان منظمة التعاون الإسلامي.

2 الوضع الديموغرافي للأطفال

يشكل الأطفال في جميع أنحاء العالم جزءا كبيرا من مجموع السكان. ووفقا لأحدث تقديرات البنك الدولي (مؤشرات التنمية العالمية، 2015)، فإن أكثر من ربع مجموع سكان العالم من 7 مليارات كانت أعمارهم تقل عن 15 عام 2013 (الشكل 1.2). حيث حوالي 90% من هؤلاء الأطفال يعيشون في البلدان النامية. ويبين الاتجاه زيادة مطردة في عدد السكان من الأطفال في بلدان منظمة التعاون الإسلامي من 430 مليون في 1990 إلى 562 مليون في عام 2013، أي ما يعادل نموا بنسبة 31% خلال هذه الفترة. وتعتبر بلدان المنظمة حاليا موطن 30% من مجموع أطفال العالم و 33% من أطفال البلدان النامية. وفي عام 2013، أكثر من ثلث الأطفال (36%) في المنظمة كانوا يعيشون في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى (SSA)، و22% في جنوب آسيا (SA) و21% في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (MENA). بينما ظلت الحصص النسبية لمنطقة شرق آسيا والمحيط الهادئ (EAP) ومناطق أوروبا وآسيا الوسطى (ECA) منخفضة جدا، وهو ما يمثل 14% و7% من إجمالي عدد الأطفال على التوالي (انظر الملحق 2 للمجموعات الإقليمية لمنظمة التعاون الإسلامي).

الشكل 1.2

إجمالي عدد السكان تحت سن 15 (ملايين) وهيكل العمر (يمين%)



المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة بناء على البنك الدولي، مؤشرات التنمية العالمية

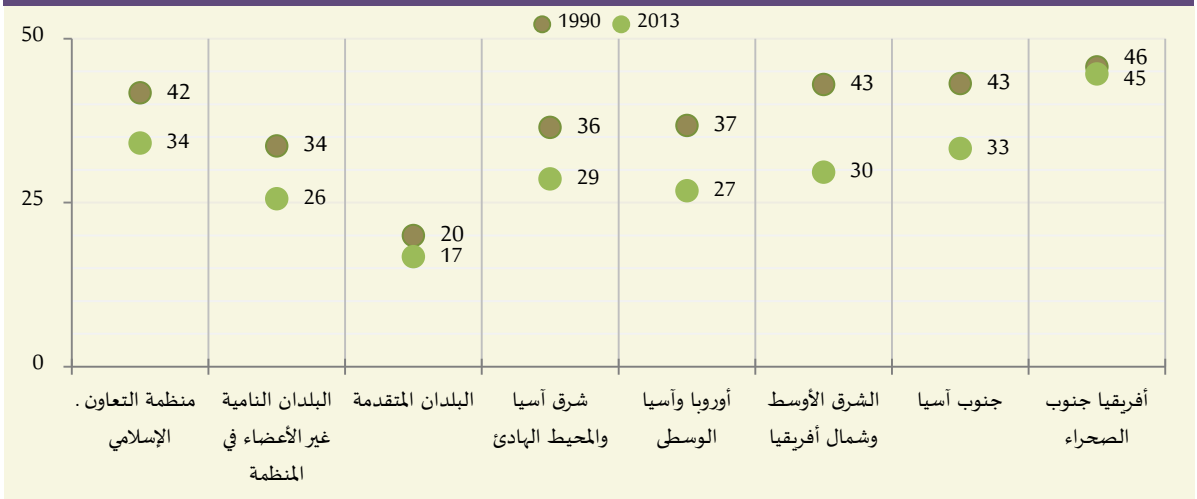
ويكشف التحليل للفئات العمرية للسكان عن أن الأطفال بين 0-4 سنوات من العمر يشكلون الأغلبية تليها 5-9 سنوات من العمر في جميع أنحاء العالم. وتمشيا مع التوجهات العالمية، فإن غالبية الأطفال في بلدان منظمة التعاون الإسلامي تتراوح أعمارهم بين 0-4 سنوات (36.3%)، ثم الذين تتراوح أعمارهم بين 5-9 سنوات (33.2%). حيث ظلت الحصة النسبية للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 0-4 في بلدان منظمة التعاون الإسلامي أعلى قليلا من المجموعات الأخرى.

وتتميز بلدان منظمة التعاون الإسلامي بأن لديها توزيع سكاني أكثر شبابية، مع أكثر من ثلث السكان تحت سن 15 (الشكل 1.2). وفي تناقض حاد، أعمار السكان في البلدان المتقدمة أكبر من ذلك بكثير، مع فقط 17% أقل من 15 سنة. ويعزى ذلك إلى الانخفاض الكبير في جانب معدلات المواليد وكذلك ارتفاع متوسط العمر المتوقع، فعلى المستوى العالمي شكل مؤشر عدد الأطفال نسبة إلى عدد السكان تراجعا على مر السنين. حيث في عام 1990، كان 42% من السكان في منظمة التعاون الإسلامي، تقل أعمارهم عن 15 بالمقارنة مع 34% في عام 2013. ويمكن أيضا ملاحظة الاتجاه التناقصي في حالة البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة والدول المتقدمة. ومع ذلك، كان الانخفاض في نسبة الأطفال من مجموع السكان في البلدان المتقدمة نسبيا أقل حدة من المجموعات الأخرى.

ومن بين المناطق في منظمة التعاون الإسلامي، حظيت منطقة أفريقيا جنوب الصحراء بأصغر الأعمار بين مجموع سكانها حيث أن 45% هم تحت سن 15 تليها أفريقيا جنوب الصحراء بنسبة 33%، ثم منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (30%) (الشكل 2.2). وخلال الفترة من 1990-2013، شهدت منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا أعلى تراجع في نسبة الأطفال في مجموع السكان، مع انخفاض 13 نقطة مئوية. ومن بين الأمور الأخرى، سجلت مناطق أوروبا وآسيا الوسطى وشرق آسيا والمحيط الهادي تراجع بمعدل 10 نقطة مئوية منذ عام 1990. وعلى العكس من ذلك، ظلت نسبة الأطفال إلى حد كبير دون تغيير في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء.

الشكل 2.2

مؤشر الأطفال تحت سن 15 من إجمالي السكان (%)

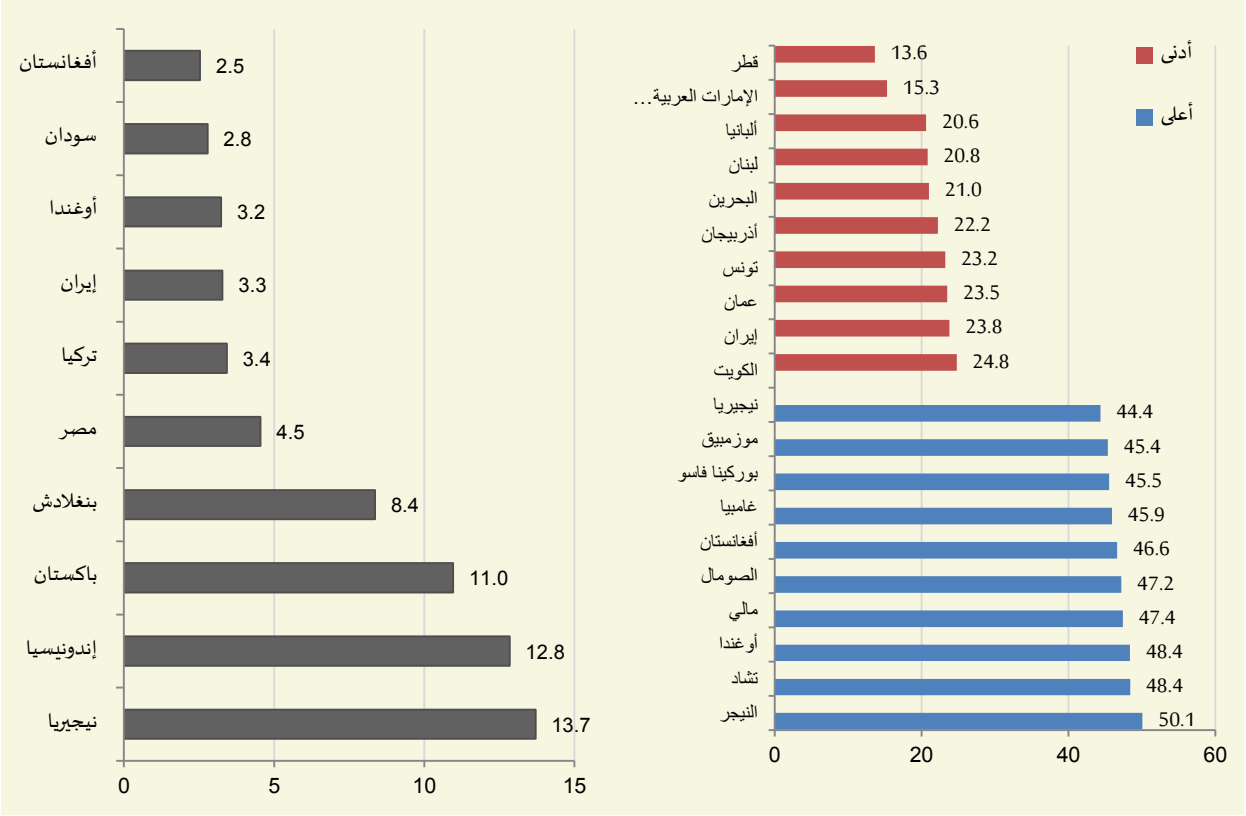


المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة بناء على البنك الدولي، مؤشرات التنمية العالمية

وظل العدد الإجمالي للأطفال الذين تقل أعمارهم عن 15 مركز بشكل كبير بين عدد قليل من بلدان منظمة التعاون الإسلامي. و كما هو مبين في الشكل 3.2، فإن حوالي الثلثين (65.7%) من إجمالي الأطفال في منظمة التعاون الإسلامي كانوا يعيشون في عشر بلدان حسب عام 2013. ومن بين هذه البلدان، استأثرت نيجيريا بأكبر حصة (13.7%) من إجمالي الأطفال في منظمة التعاون الإسلامي تليها إندونيسيا (12.8%) وباكستان (11.0%) وبنغلاديش (8.4%). من حيث الحصة النسبية للأطفال من مجموع السكان في بلد ما، صنفت تسع بلدان في منظمة التعاون الإسلامي من منطقة SSA بين أعلى 10 بلدان لديها أصغر الأعمار في منظمة التعاون الإسلامي. وكما هو مبين في الشكل 2.3، تأتي النيجر في المرتبة الأولى بنسبة 50% من إجمالي عدد السكان تحت سن 15 سنة، تليها تشاد (48%) وأوغندا (48%). في المقابل، ظلت نسبة الأطفال من مجموع السكان منخفضة بشكل ملحوظ في معظم بلدان منظمة التعاون الإسلامي الواقعة ضمن منطقة الشرق الأوسط و شمال أفريقيا. لعام 2013، سجلت قطر أدنى نسبة أطفال من مجموع السكان (13.6%)، تليها الإمارات العربية المتحدة (15.3%) وألبانيا (20.6%). وعلى الصعيد العالمي، احتلت قطر المرتبة الثالثة بعد اليابان وألمانيا مع أدنى نسبة أطفال من مجموع السكان.

الشكل 3.2

مؤشر إجمالي عدد الأطفال في منظمة التعاون الإسلامي (% يسار) وبلدان منظمة التعاون الإسلامي ذات أعلى وأدنى حصة للأطفال من إجمالي السكان (% يمين)، 2013



المصدر: البنك الدولي، مؤشرات التنمية العالمية

3 صحة ورفاه الأطفال

الصحة أمر حيوي لرفاه جميع البشر. ووفقا لتعريف منظمة الصحة العالمية (WHO)، فإن الصحة لا تعني فقط غياب العلة أو المرض وإنما هو مفهوم متعدد الأبعاد يشمل الحالة البدنية والعقلية والرفاه الاجتماعي للشخص. فالحق في الصحة أمر حيوي للجميع، ولكن يعتبر أكثر أهمية بصفة خاصة للأطفال لأنهم ضعفاء وأكثر عرضة لخطر المرض والمضاعفات الصحية. وعلاوة على ذلك، عندما يكون الأطفال خالين من الأمراض فهم أكثر حظاً في تحقيق مستوى أعلى من التنمية الجسدية والفكرية والعاطفية، وبالتالي ينمون ليصبحوا كباراً أصحاء وأكثر إنتاجية. و على مر السنين، أحرز العالم تقدما كبيرا فيما يتعلق بالوفاء بحق الأطفال في الصحة وتخفيض معدل وفيات الأطفال في جميع أنحاء العالم. ومن بين الأمور الأخرى، يعتبر تحسين مستويات المعيشة، وارتفاع مستوى التعليم وتوسيع نطاق الحصول على خدمات الرعاية الصحية الأساسية من العوامل الرئيسية لهذا التقدم. ومع ذلك، وعلى الرغم من التقدم الملحوظ، لا تزال هناك تحديات كبيرة وخاصة في البلدان النامية ذات الدخل المنخفض، بما في ذلك العديد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي. ولذلك يهدف هذا القسم لمناقشة الوضع الصحي للأطفال في بلدان منظمة التعاون الإسلامي من خلال تحليل توجهات الوفيات، والسبب الرئيسي لوفيات الأطفال وتغطية خدمات الرعاية الصحية للأطفال.

3.1 معدل وفيات الأطفال

معدل وفيات الأطفال هو عدد وفيات الأطفال دون السن الخامسة لكل 1000 ولادة حية. وهو أحد أهم المؤشرات على صحة الطفل وهو يعكس في الأساس التغطية الشاملة وفعالية خدمات الرعاية الصحية جنبا إلى جنب مع التنمية الاجتماعية والاقتصادية في البلاد. وهو المؤشر القياسي للهدف الإنمائي الرابع للأمم المتحدة والذي تم تحديده كهدف يتمثل بخفض معدل وفيات الأطفال دون الخامسة بمقدار الثلثين بين عامي 1990 و 2015 (الأمم المتحدة، 2014). وعلى الصعيد العالمي، توفي أكثر من ست مليون طفل قبل بلوغهم سن الخامسة في عام 2013. ويكون خطر موت الأطفال أعلى ما يكون في فترة ما بعد الولادة، و28 يوما الأولى من الحياة. وفي عام 2013، تم الإبلاغ عن 44% من وفيات الأطفال دون سن الخامسة خلال فترة ما بعد الولادة. وغالبية هذه الوفيات كان يمكن منعها بسهولة عن طريق ضمان الوصول الفعال إلى الولادة الآمنة وخدمات رعاية الأطفال حديثي الولادة (WHO، 2015a).

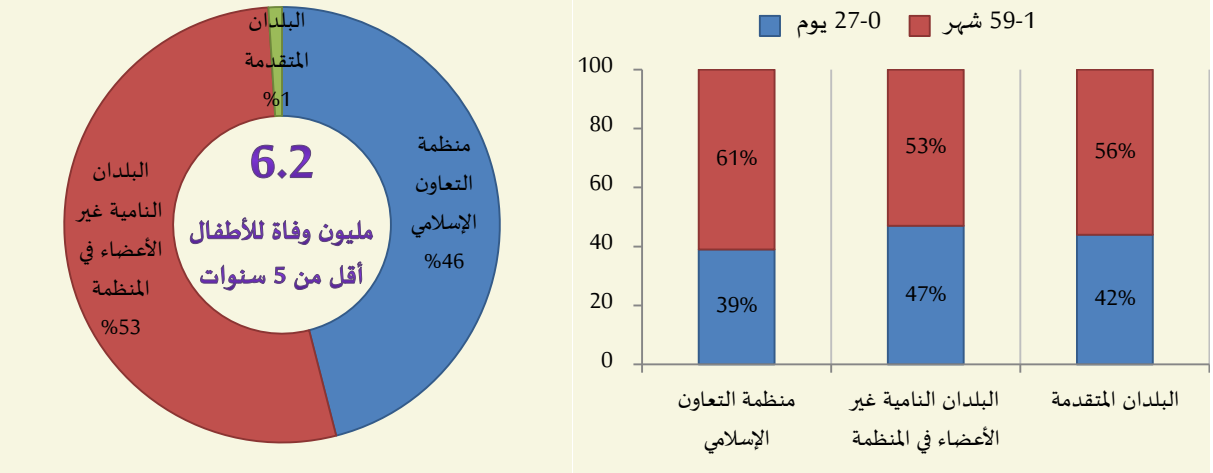
وظلت وفيات الأطفال دون الخامسة تتركز بشكل كبير في البلدان النامية التي تمثل أكثر من 99% من الإجمالي العالمي في عام 2013. وهذا يعني أنه في المتوسط حوالي 17000 طفل يلقون حتفهم كل يوم في البلدان النامية. وكونها جزءا كبيرا من العالم النامي، شكلت بلدان منظمة التعاون الإسلامي ما نسبته 46% من الإجمالي العالمي لحالات الوفاة تحت سن الخامسة في عام 2013. وبعبارة أخرى، يتوفى حوالي 8000 طفل دون سن الخامسة كل يوم في بلدان منظمة التعاون الإسلامي. وتقع أكثر من 39% من وفيات الأطفال في بلدان منظمة التعاون الإسلامي خلال ال 28 يوما الأولى من الحياة.

وعلى مر السنين، شهدت وفيات الأطفال اتجاها نحو الانخفاض في جميع أنحاء العالم (الشكل 1.3). فمنذ عام 1990، تمكن العالم من خفض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة (U5MR) إلى النصف ليصل إلى 46 حالة وفاة لكل 1000 ولادة حية في عام 2013. كما سجلت البلدان النامية غير منظمة التعاون الإسلامي أيضا تقدما ملحوظا مع انخفاض 53% في معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة U5MR منذ عام 1990. وتمشيا مع الاتجاهات العالمية، تم

تحسين وضع وفيات الأطفال في بلدان منظمة التعاون الإسلامي. فبدءا من معدل أساسي أعلى من 125 حالة وفاة لكل 1000 ولادة حية في عام 1990، تمكنت بلدان منظمة التعاون الإسلامي من خفض U5MR بنسبة 47% إلى 66 حالة وفاة لكل 1000 ولادة حية بحلول عام 2013. ومع ذلك، وعلى الرغم من التحسن، حققت مجموعة منظمة التعاون الإسلامي أقل قدر من التقدم في خفض وفيات الأطفال منذ عام 1990. فكما هو في عام 2013، فإن واحدة من 15 طفل في بلدان منظمة التعاون الإسلامي يموت قبل بلوغه سن الخامسة مقارنة مع واحد من 25 في بلدان نامية أخرى وواحدة من 22 طفل في العالم.

الشكل 1.3

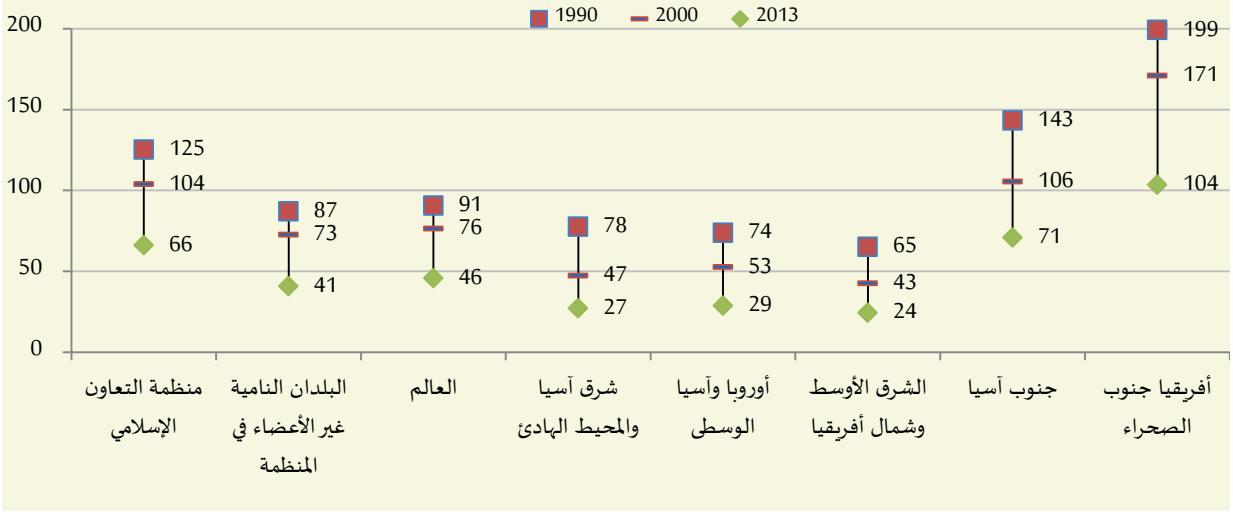
توزيع الوفيات أقل من 5 سنوات حسب المنطقة وهيكل العمر (اليمين)، 2013



المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة بناء على منظمة الصحة العالمية، مستودع البيانات

وقد انخفض معدل وفيات الأطفال في جميع أنحاء المجموعات الإقليمية في منظمة التعاون الإسلامي (الشكل 2.3). فخلال فترة 1990-2013، سجلت منطقة EAP التقدم الأبرز مع 65% من الانخفاض في U5MR تليها MENA بـ 63%، و ECA بـ 61%. وكل من المناطق SA وSSA تمكنت أيضا من خفض معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة خلال هذه الفترة. ومع ذلك، ومن بين المجموعات الإقليمية في منظمة التعاون الإسلامي، ظلت مناطق SSA وSA المكان الأكثر صعوبة بالنسبة لبقاء الأطفال على قيد الحياة حتى سن الخامسة. ففي عام 2013، كان U5MR لمنطقة SSA 104 لكل 1000 مولود حي، وهذا يعني أن 1 من كل 10 أطفال لم يصلوا إلى سن الخامسة. في حين، كان U5MR لمنطقة SA 71 لكل 1000 ولادة حية، وهذا يعني أن 1 من كل 14 طفلا فشل في بلوغ سن الخامسة. في المقابل، تقف هذه النسبة عند 1 لكل 41 طفلا في منطقة MENA، و 1 لكل 37 في منطقة EAP و 1 لكل 35 في ECA.

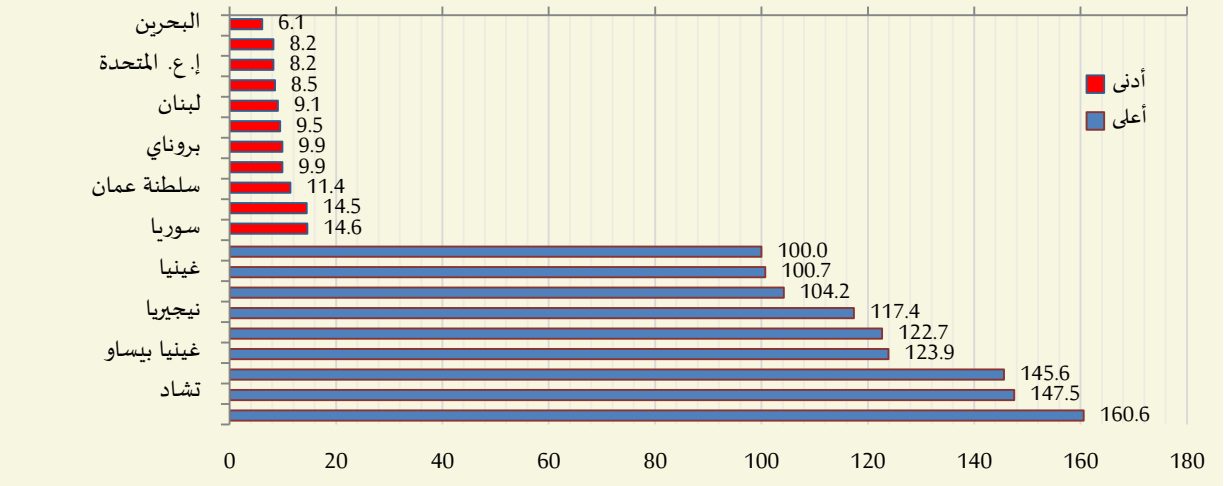
الشكل 2.3
معدل وفيات الأطفال أقل من 5 سنوات (لكل 1000 مولود حي)



المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة بناء على منظمة الصحة العالمية، مستودع البيانات

وعلى الصعيد الوطني، خطت العديد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي خطوات كبيرة ضد وفيات الأطفال منذ العقدين الماضيين. فخلال فترة 1990-2013، سجل 23 بلدا في منظمة التعاون الإسلامي انخفاضا بنسبة 60% في وفيات الأطفال دون سن الخامسة في حين تراوحت بين 40-58% في 24 بلدا. وكما هو في عام 2013، تراوح U5MR في بلدان منظمة التعاون الإسلامي من مستوى منخفض بلغ 6 حالات وفاة لكل 1000 ولادة حية في البحرين إلى أعلى من 161 في سيراليون (الشكل 3.3). وقد سجلت ثمانية بلدان في منظمة التعاون الإسلامي أقل من 10 حالات وفاة U5MR لكل

الشكل 3.3
بلدان منظمة التعاون الإسلامي مع أدنى وأعلى U5MR (لكل 1000 مولود حي)، 2013



المصدر: منظمة الصحة العالمية، مستودع البيانات

1000 ولادة حية. وفي المقابل، سجلت ثمانية بلدان في منظمة التعاون الإسلامي من منطقة SSA أعلى من 100 حالة وفاة U5MR لكل 1000 ولادة حية. و سبعة من هذه البلدان الثمانية تصنف من بين أعلى 10 بلدان وفقا لأعلى U5MR في العالم. ففي عام 2013، سجلت سيراليون المرتبة 2 فيما يتعلق بـ U5MR في العالم، تليها تشاد (المرتبة 3) والصومال (المرتبة 4) وغينيا بيساو (المرتبة 6) ومالي (المرتبة 7). و بشكل عام، سجل 28 بلدا في منظمة التعاون الإسلامي U5MR أقل من متوسط البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة بواقع 41 حالة وفاة لكل 1000 ولادة حية في عام 2013.

3.2 الأسباب الرئيسية لوفيات الأطفال

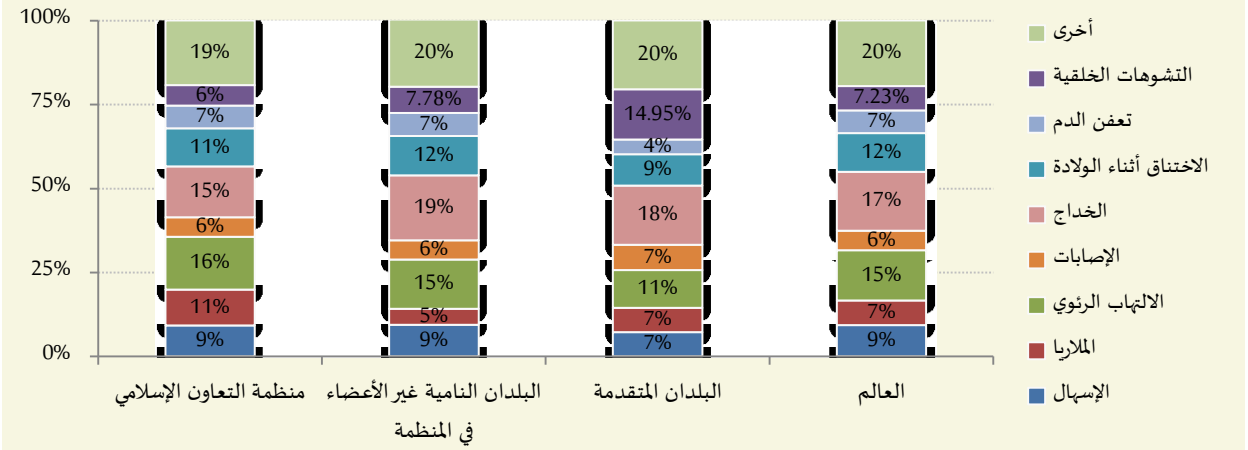
على الصعيد العالمي، فإن أكثر من ثلاثة أرباع إجمالي وفيات الأطفال دون سن الخامسة كانت بسبب الأمراض المعدية والمضاعفات ذات الصلة بالحمل والولادة، والتي يمكن الوقاية منها أو علاجها عن طريق ضمان الوصول إلى تدخلات بسيطة ومعقولة التكلفة مثل التطعيم والرعاية الصحية قبل الولادة والرعاية الجيدة أثناء الولادة.

وكما هو مبين في الشكل 4.3، فإن الخداج أحد أكبر الأسباب المؤدية لوفاة الأطفال دون سن الخامسة في عام 2013، بينما حوالي 50% من وفيات الأطفال دون سن الخامسة كانت نتيجة لتسبب العدوى مثل الالتهاب الرئوي / الإنتان (الالتهاب الرئوي لحديثي الولادة) والإسهال والملاريا والأمراض المعدية الأخرى. ويمكن ملاحظة حالة مماثلة في البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة حيث الأسباب الرئيسية للوفاة بين الأطفال دون سن الخامسة هي نفسها مضاعفات الولادة المبكرة والالتهاب الرئوي والاختناق أثناء الولادة والإسهال والملاريا.

وفي المقابل، فإن أسباب وفيات الأطفال في الدول المتقدمة أكثر توجها نحو المضاعفات المرتبطة بالحمل والولادة أكثر من الأمراض المعدية. بينما الأسباب الرئيسية لوفيات الأطفال دون سن الخامسة في بلدان منظمة التعاون الإسلامي مماثلة لتلك التي في البلدان النامية الأخرى. وكما هو مبين في الشكل 4.3، فإن 43% من وفيات الأطفال دون سن الخامسة كانت بسبب ثلاثة أمراض معدية: الالتهاب الرئوي / تعفن الدم (23%) والملاريا (11%) والإسهال (9%). و من بين المضاعفات ذات الصلة بالحمل والولادة، بقي الخداج (15%) السبب الرئيسي في الوفيات دون سن الخامسة يليها الاختناق أثناء الولادة (11%) والتشوهات الخلقية (6%).

ومن بين المجموعات الإقليمية في منظمة التعاون الإسلامي تتحمل منطقتي أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وجنوب آسيا العبء الأكبر من الوفيات دون سن الخامسة. فكما هو في عام 2013، تم تسجيل 83% من إجمالي وفيات الأطفال في بلدان منظمة التعاون الإسلامي في هاتين المنطقتين (60% في SSA و 23% في SA). وعلى الرغم من أن الأسباب الرئيسية لوفيات الأطفال دون سن الخامسة ظلت متماثلة تماما في جميع المناطق في منظمة التعاون الإسلامي، فإن المعدل النسبي لهذه الأسباب يختلف بين المناطق حسب مجموعة من الأمور المتعلقة بالأوضاع الاجتماعية والاقتصادية وتغطية خدمات الرعاية الصحية في هذه المناطق. وكما هو مبين في الشكل 5.3، شكلت الأمراض المعدية مثل الالتهاب الرئوي والملاريا والإسهال والإيدز نصف مجموع الوفيات في SSA تليها 37% في SA و 30% في EAP و 27% في ECA و 26% في MENA. وبالمقارنة مع مناطق أخرى، ظلت الوفيات التي تعزى إلى الملاريا عالية جدا في SSA بحوالي (17%). ومن ناحية أخرى، فإن المضاعفات المرتبطة بالحمل والولادة (الخداج والاختناق أثناء الولادة والتشوهات الخلقية) تسببت في 52% من الوفيات في منطقة MENA و46% في ECA و 41% في EAP و 37% في SA و 27% في منطقة SSA.

الشكل 4.3
الأسباب الرئيسية لوفيات الأطفال (%)، 2013

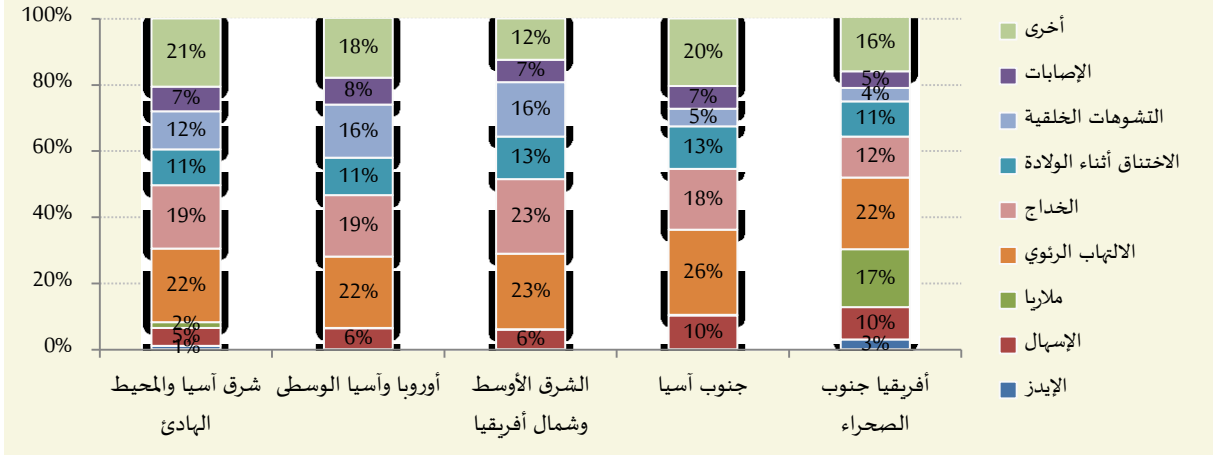


المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة بناء على منظمة الصحة العالمية، مستودع البيانات

3.3 خدمات الرعاية الصحية للأطفال

يرى الخبراء في مجال الصحة أنه يمكن تفادي غالبية الوفيات دون سن الخامسة و أن التدخلات مثل توفير الرعاية قبل الولادة و القابلات الماهرات أثناء الولادة و والتطعيم والرعاية المبكرة الهادفة لعلاج الالتهاب الرئوي والإسهال والملاريا تعتبر حاسمة لبقاء ورفاه الأطفال. ويهدف هذا الفرع إلى تقييم أداء بلدان منظمة التعاون الإسلامي فيما يتعلق بتغطية بعض هذه التدخلات المختارة.

الشكل 5.3
الأسباب الرئيسية لوفيات الأطفال في مناطق منظمة التعاون الإسلامي (%)، 2013



المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة بناء على منظمة الصحة العالمية، مستودع البيانات

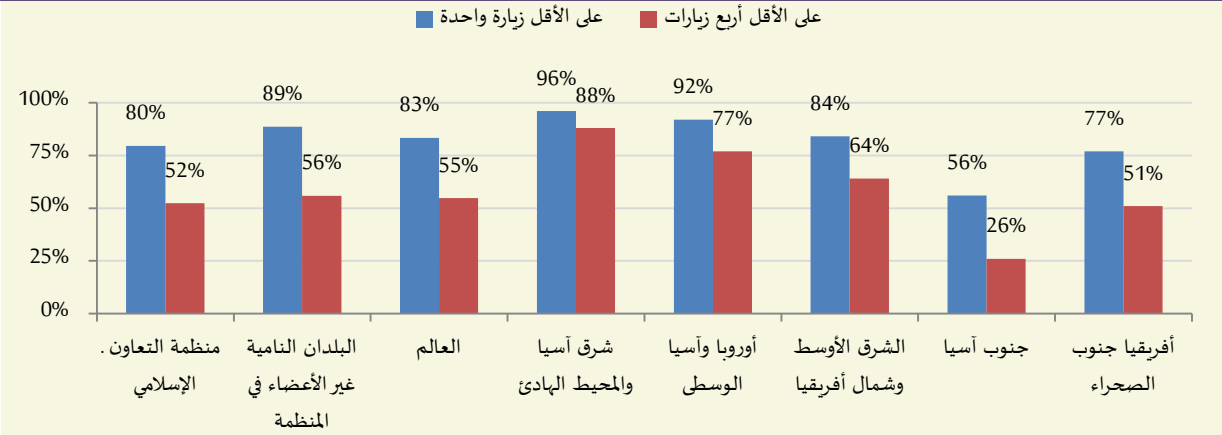
رعاية ما قبل الولادة

الرعاية وتقديم المشورة لما قبل الولادة هي نقطة الدخول إلى نظام الرعاية الصحية الرسمي، كما توفر قاعدة صلبة لمراقبة و تحسين صحة الأم والطفل من خلال تحديد ومنع/السيطرة على مضاعفات ما قبل الولادة في مرحلة مبكرة (WHO، 2010). فتغطية الرعاية ما قبل الولادة (ANC) تقيس نسبة الحوامل اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15- 49 من مجموع النساء واللاتي قمن بزيارة خبير متمرس في المجال الصحي لأسباب تتعلق بالحمل. ولجودة وفعالية (ANCC)، تعتبر عدد الزيارات وتوقيتها أيضا مهمة جدا. وفي هذا الصدد، توصي منظمة الصحة العالمية بأربع زيارات على الأقل قبل الولادة لحالات الحمل غير المعقدة.

و ظل توفير الرعاية النوعية لما قبل الولادة مجال اهتمام كبير في العديد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي. فخلال الفترة 2008-2012، استفاد حوالي 80% من مجموع النساء الحوامل في منظمة التعاون الإسلامي من خدمات ما قبل الولادة مرة واحدة على الأقل خلال فترة الحمل، بينما استفادت 56% من الزيارات الأربع الموصى بها قبل الولادة (الشكل 6.3). وفي كلتا الحالتين، بقي معدل منظمة التعاون الإسلامي أقل من متوسط البلدان النامية غير الأعضاء بمنظمة التعاون الإسلامي والعالم.

الشكل 6.3

تغطية العناية ما قبل الولادة (%)، 2008-2012



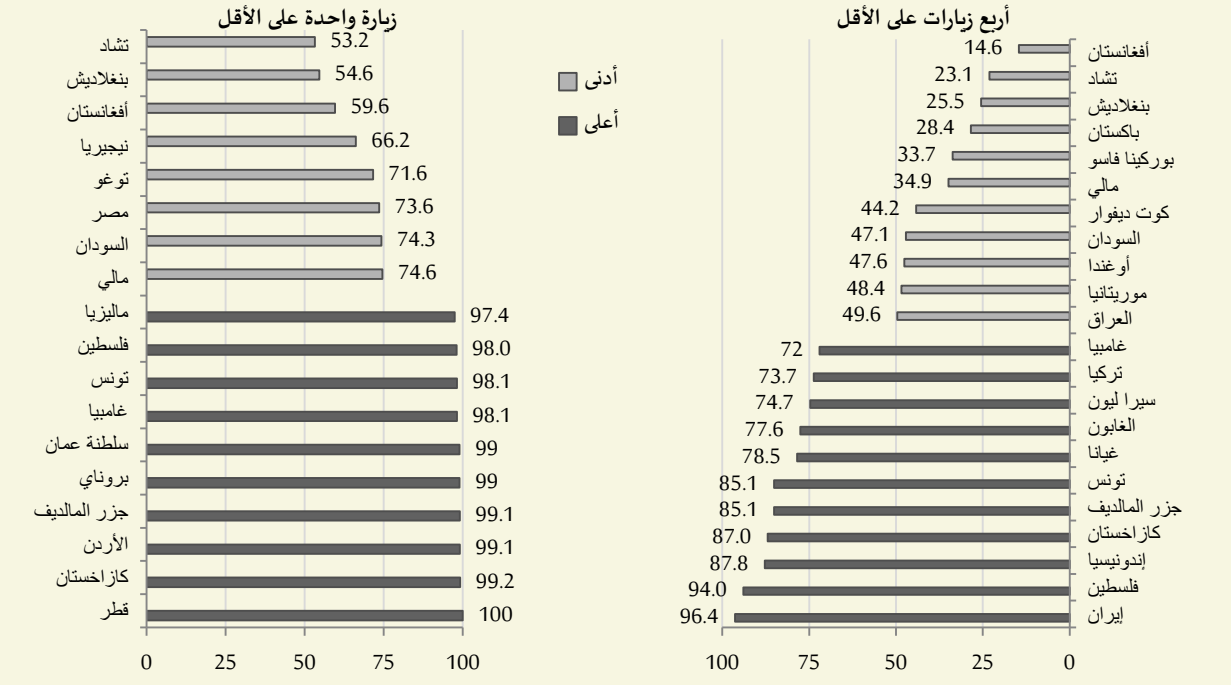
المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة بناء على منظمة الصحة العالمية، مستودع البيانات

فعلى المستوى الإقليمي لمنظمة التعاون الإسلامي، سواء من حيث الزيارة الواحدة أو أربع زيارات ما قبل الولادة، ظلت تغطية الرعاية ما قبل الولادة (ANC) منخفضة جدا نسبيا في منطقتي جنوب آسيا و أفريقيا جنوب الصحراء. وكما هو مبين في الشكل 6.3، ففي هاتين المنطقتين فقط 26% و 51% من النساء الحوامل تلقت أربعة فحوص ما قبل الولادة، في حين سجلت هذه النسبة 56% و 77% في حالة زيارة واحدة قبل الولادة في هاتين المنطقتين على التوالي.

و على مستوى كل بلد على حدة، زارت أكثر من 90% من النساء الحوامل عيادة صحية واحدة على الأقل في 27 بلد في منظمة التعاون الإسلامي في حين تراوحت هذه النسبة بين 66% إلى 86% في 13 بلد آخر. فقد سجلت أفغانستان وبنغلاديش وتشاد أدنى معدل تغطية الرعاية لما قبل الولادة (ANC) بحيث قامت 60% و 55% و 53% من النساء بزيارة منشأة صحية مرة واحدة خلال فترة الحمل في هذه البلدان على التوالي (الشكل 7.3). وفيما يتعلق بأربع زيارات، فإن أكثر من ثلث النساء الحوامل يقمن بأربع زيارات للعيادة الصحية في 15 بلد في منظمة التعاون الإسلامي، ومن بين هذه البلدان الـ15، بقيت سلطنة عمان وفلسطين مع أعلى معدل تغطية الرعاية لما قبل الولادة (ANC) بنسبة تزيد عن 90%. في حين، سجلت ست بلدان في منظمة التعاون الإسلامي معدل التغطية لـ ANC يتراوح من 50% إلى 65%. وفي المقابل، ظلت نسبة التغطية لـ ANC أقل من 50% في 11 بلدا. بينما في أفغانستان ينذر الوضع بالخطر، حيث أن أقل من 15% من مجموع النساء الحوامل استفدن فعلا من الأربع زيارات ما قبل الولادة والتي أوصت بها منظمة الصحة العالمية 2012-2008 (الشكل 7.3).

الشكل 7.3

أعلى وأدنى معدلات تغطية العناية ما قبل الولادة في بلدان منظمة التعاون الإسلامي (%)، 2008-2012*



المصدر: منظمة الصحة العالمية، مستودع البيانات

الولادات تحت إشراف كوادر صحية ماهرة

يعتبر توفير رعاية صحية ومساعدة متمرسة أثناء الولادة أمرا بالغ الأهمية لصحة وبقاء كل من الأم و المولود. وفقا لآخر تقديرات منظمة الصحة العالمية، فإن نقص الرعاية الصحية المناسبة أثناء المخاض والولادة يتسبب في حوالي مليوني

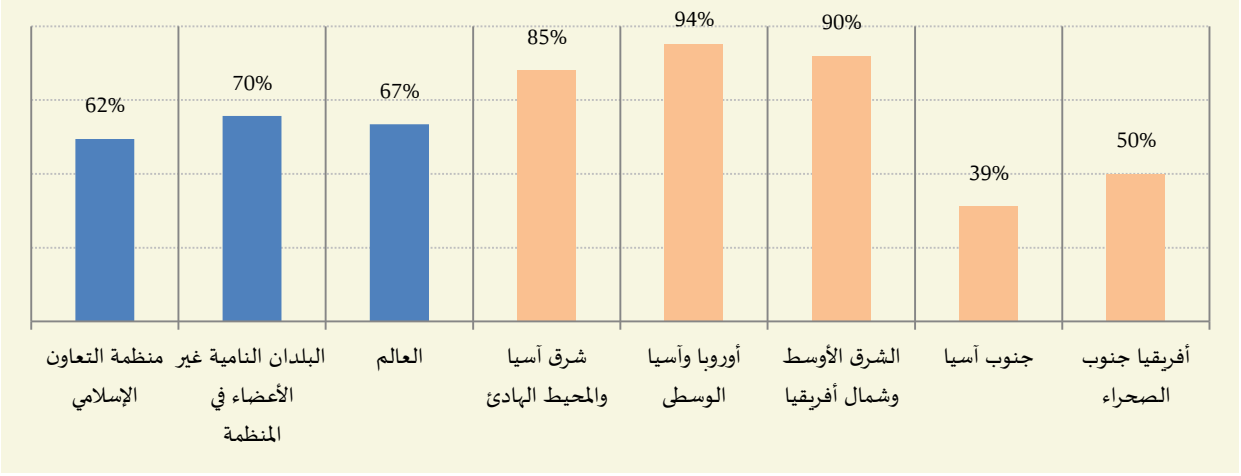
حالة وفاة في أوساط الأمهات و حديثي الولادة كل عام على الصعيد العالمي. و يمكن في الواقع تجنب هذه الوفيات إلى حد كبير من خلال ضمان توفير مساعدة موظفين صحيين مهرة - طبيب أو ممرضة أو قابلة - أثناء الولادة.

وفقا لأحدث التقديرات، فإن ثلث الولادات في العالم مازالت تتم من دون مساعدة ورعاية مختصة (الشكل 8.3)، وتتمركز غالبية الولادات من هذا النوع في البلدان النامية. ففي الفترة الممتدة بين عامي 2008 و 2012، تمت 62% من حالات الولادة في بلدان منظمة التعاون الإسلامي بمساعدة طبيب أو ممرضة أو قابلة، بينما بلغت هذه النسبة 70% في البلدان النامية غير الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي و 67% في العالم.

وكما هو مبين في الشكل 8.3، فإن نسبة تغطية مساعدة الموظفين المهرة أثناء الولادة عرفت ارتفاعا كبيرا في المجموعات الإقليمية لمنظمة التعاون الإسلامي باستثناء منطقتي جنوب آسيا و أفريقيا جنوب الصحراء. وسجلت منطقة أوروبا وآسيا الوسطى أعلى نسبة للتغطية بلغت 94% تليها كل من منطقة شمال أفريقيا والشرق الأوسط (90%) و منطقة شرق آسيا و المحيط الهادئ (85%). وهكذا استطاعت هذه المناطق الثلاث تسجيل معدلات تغطية أعلى من تلك المسجلة في العالم وفي البلدان النامية غير الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي. في المقابل، يبعث الوضع في المنطقة جنوب آسيا على القلق بحيث أن 61% من مجموع الولادات تمت بدون أية رعاية صحية و مساعدة مختصة أثناء الولادة. وبلغت هذه النسبة 50% في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء.

الشكل: 8.3

الولادات تحت إشراف موظفين صحيين مهرة (%)، 2008-2012*

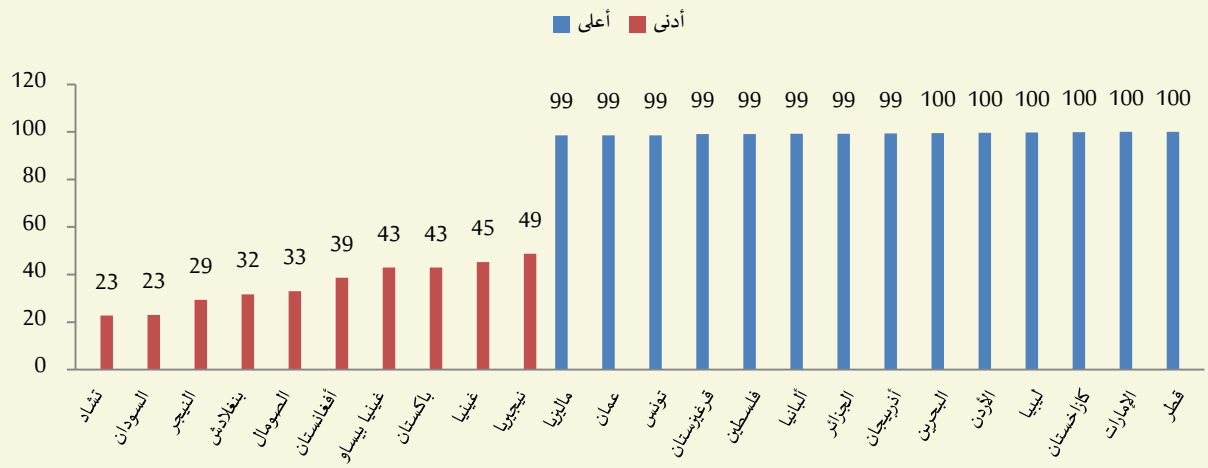


المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة بناء على منظمة الصحة العالمية، مستودع البيانات

ومع مرور السنوات، شهدت غالبية بلدان منظمة التعاون الإسلامي تحسنا في نسبة الولادات التي تتم بإشراف كوادر صحية ماهرة. فخلال الفترة الممتدة بين سنتي 2008 و 2012، تمت أكثر من 90% من حالات الولادة بمساعدة كوادر صحية ماهرة في 23 بلدا في منظمة التعاون الإسلامي، وفي 16 بلدا بين هذه البلدان تمت جميع حالات الولادة بحضور كوادر صحية ماهرة (الشكل 9.3). في المقابل، بلغت نسبة النساء الحوامل اللواتي تلقّين رعاية صحية مختصة أثناء الولادة أقل من 50% في 10 من بلدان منظمة التعاون الإسلامي. وكانت كل من تشاد والسودان في أسفل القائمة بنسبة

لا تتعدى 23% من مجموع الولادات التي تمت تحت إشراف عمال صحة مختصين خلال الفترة الممتدة بين سنتي 2008 و 2012.

الشكل: 9.3
الولادات تحت إشراف عمال صحة مختصين في بلدان منظمة التعاون الإسلامي (%)، 2008-2012*

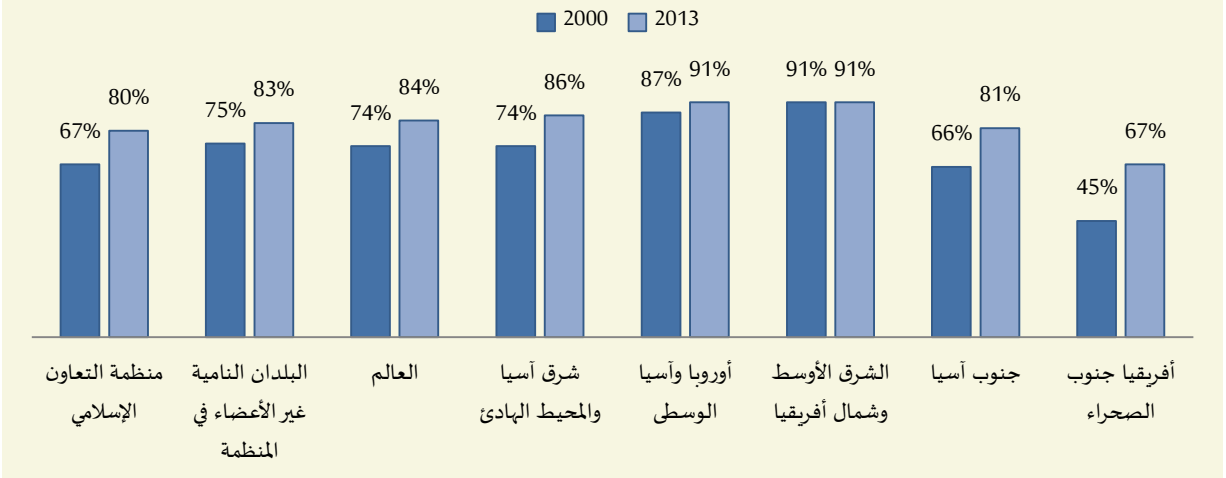


المصدر: منظمة الصحة العالمية، مستودع البيانات

التحصين

مع مراعاة المخاطر الصحية المتعلقة بالسن، فإن التحصين في مرحلة الطفولة هو من أكثر الطرق نجاعة وفعالية للوقاية من أمراض مثل الحصبة والتهاب السحايا والدفتيريا والتيتانوس والسعال الديكي والحمى الصفراء وشلل الأطفال والتهاب الكبد b. وعلى مر السنين، يبذل العالم جهودا جادة لتطوير وتحسين برامج التحصين الوطنية والتغطية عن

الشكل: 10.3
تغطية التطعيم أو اللقاح الثلاثي (%)، 2013



المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة بناء على منظمة الصحة العالمية، مستودع البيانات

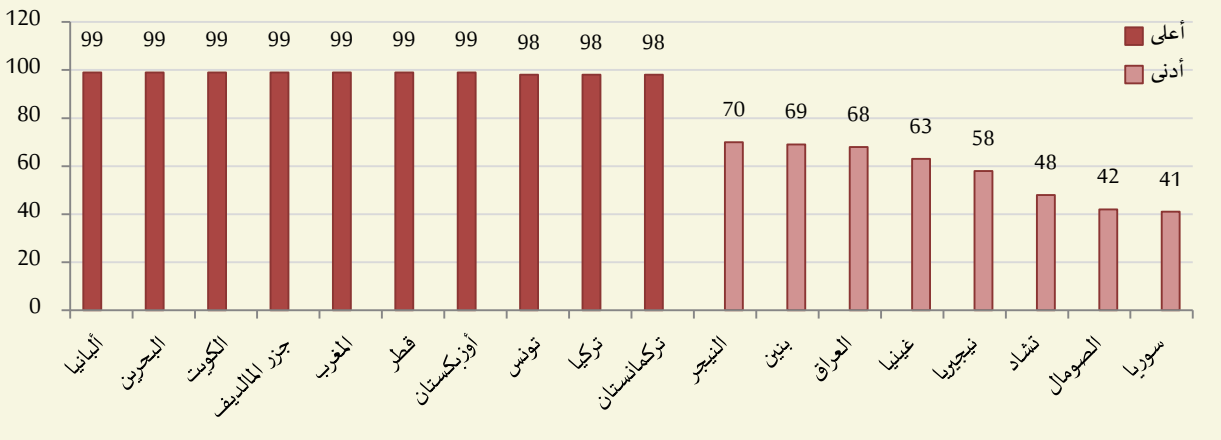
طريق ضمان الزيادة في اللقاحات اللازمة والتدريب لعمال الصحة. و كان لهذه الجهود النبيلة الفضل في الزيادة في تغطية التحصين و وقاية ملايين الأطفال من الموت في جميع أنحاء العالم.

تستخدم تغطية التطعيم أو اللقاح الثلاثي (DTP3)، و هو تركيبة من اللقاحات ضد ثلاثة من الأمراض المعدية (الدفتيريا والتيتانوس والسعال الديكي)، كمؤشر معياري من طرف صندوق الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) ومنظمة الصحة العالمية لقياس لبرنامج التحصين الروتيني في بلد أو منطقة ما (منظمة الصحة العالمية، 2015b). و على الصعيد العالمي، ارتفعت نسبة تغطية التطعيم أو اللقاح الثلاثي (DTP3) خلال السنة الأولى من العمر من 74% عام 2000 إلى 84% عام 2013، وهو ما يمثل زيادة بنسبة 10 نقطة مئوية (الشكل 10.3). و قد عرفت البلدان النامية غير الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي اتجاها مماثلا بحيث ارتفعت نسبة تغطية التحصين من 75% خلال عام 2000 إلى 83% في عام 2013.

بدورها، شهدت بلدان منظمة التعاون الإسلامي تحسنا على مستوى التطعيم أو اللقاح الثلاثي (DTP3) في أوساط الأطفال ذوي السنة الواحدة من العمر بحيث ارتفع معدل التغطية من 67% سنة 2000 إلى 80% عام 2013. وعلى الرغم من أن التغطية في بلدان منظمة التعاون الإسلامي تقل نسبيا عن المتوسطات المسجلة في البلدان النامية غير الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي و العالم، إلا أنها في تقدم مستمر مع زيادة 13 نقطة مئوية خلال الفترة الممتدة بين سنتي 2000 و 2013 مقابل ارتفاع ب 8 نقاط مئوية في في البلدان النامية غير الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي و 10 نقاط مئوية في العالم.

وخلال الفترة قيد النظر، شهدت جميع مناطق منظمة التعاون الإسلامي تحسنا على مستوى التطعيم أو اللقاح الثلاثي (DTP3) في أوساط الأطفال البالغين سنة واحدة من العمر (الشكل 10.3). و ظلت معدلات التغطية في منطقتي أوروبا وآسيا الوسطى و الشرق الأوسط و شمال أفريقيا الأعلى بنسبة 90% من الأطفال المحصنين ضد الدفتيريا والتيتانوس والسعال الديكي. في المقابل، سجلت منطقة أفريقيا جنوب الصحراء أدنى مستويات التغطية على الرغم من الزيادة بنسبة 22% خلال الفترة الممتدة بين سنتي 2000 و 2013، بحيث تم إغفال حوالي ثلث الأطفال في هذه المنطقة. وفي الوقت نفسه، زادت نسبة الأطفال الذين يتلقون اللقاح الثلاثي (DTP3) خلال السنة الأولى من العمر من 66% إلى 81% في منطقة جنوب آسيا و من 67% إلى 80% في منطقة شرق آسيا و المحيط الهادئ.

الشكل: 11.3
أعلى و أدنى معدلات تغطية التطعيم أو اللقاح الثلاثي في منظمة التعاون الإسلامي (%)، 2013



المصدر: منظمة الصحة العالمية، مستودع البيانات

ظلت تغطية التطعيم أو اللقاح الثلاثي (DTP3) عالية جدا في غالبية بلدان منظمة التعاون الإسلامي، بحيث سجل ثلاثين بلدا عضوا في المنظمة معدل تغطية بلغ 90% أو أكثر سنة 2013. ومن بين هذه البلدان الثلاثين، سجلت سبع بلدان نسبة تغطية بلغت 99% (الشكل 11.3). و بالنسبة للآخرين، فقد كانت 12 دولة ضمن نطاق 80-89% وبقيت نسبة التغطية بين 70-79% بالنسبة لسبع بلدان أخرى من منظمة التعاون الإسلامي. في المقابل، لم يتلق حوالي ثلث الأطفال البالغين من العمر سنة واحدة التحصين ضد الدفتيريا والتيتانوس والسعال الديكي (DTP) في سبع من بلدان منظمة التعاون الإسلامي. و كما هو مبين في الشكل 11.3، فقد سجلت سوريا (41%) أدنى معدلات التغطية، تلتها كل من الصومال (42%) ثم تشاد (48%).

3.4 الوقاية من الأمراض المعدية والسيطرة عليها

يعزى سبب وفيات ما يفوق 38% من مجموع حالات وفيات الأطفال دون سن الخامسة على الصعيد العالمي إلى ثلاثة أمراض معدية بالأساس: الالتهاب الرئوي والإسهال والملاريا. و يقع عبء هذه الأمراض الثلاثة مجتمعة بنسبة تصل إلى 36% بالنسبة للبلدان النامية غير الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي وأكثر من 43% لبلدان المنظمة. و في واقع الأمر، فإنه يمكن تجنب غالبية هذه الوفيات و ذلك باعتماد تدابير في المتناول وفعالة من حيث التكلفة و سهلة التنفيذ (الشكل 12.3).

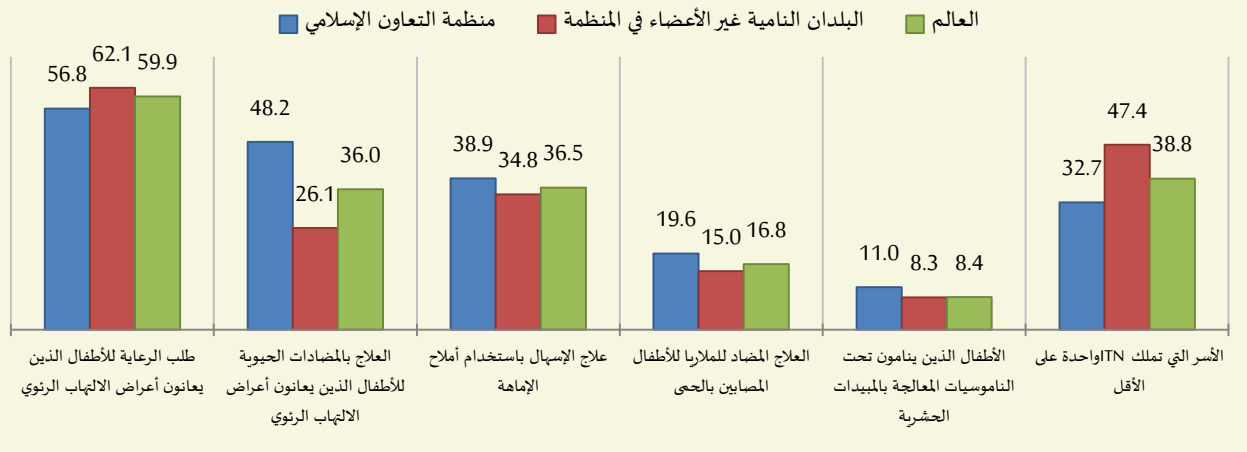
و يبقى الحد من وفيات الأطفال الناجمة عن الأمراض التنفسية الحادة هدفا بعيد المنال خاصة مع عدم اكتمال برامج التحصين وسوء التغذية وطلب الرعاية الصحية في وقت متأخر و عدم توفر علاج لائق. وتشير آخر التقديرات إلى أن 60% من الأطفال الذين يعانون من أعراض الالتهاب الرئوي في العالم نقلوا إلى مقدم للخدمة الصحية لإجراء فحوصات و فقط 36% من هؤلاء الأطفال هم الذين تلقوا العلاج بالمضادات الحيوية خلال الفترة الممتدة بين سنتي 2009 و 2013، وهي الحالة نفسها التي شهدتها كل من بلدان منظمة التعاون الإسلامي و البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة. ومع ذلك، فإن نسبة استخدام المضادات الحيوية لعلاج الالتهاب الرئوي عالية بشكل ملحوظ في بلدان منظمة التعاون الإسلامي حيث بلغت التغطية نسبت 48.2% (الشكل 12.3).

و يعد مرض الإسهال أيضا أحد الأسباب الرئيسية لوفيات الأطفال، بحيث يمثل نسبة 9% من مجموع وفيات الأطفال دون سن الخامسة في العالم. وعلى الرغم من إمكانية معالجة مرض الإسهال في مرحلة الطفولة بسهولة عن طريق أملاح الإماهة الفموية (ORS)، إلا أنه فقط أكثر من ثلث الأطفال (36.5%) الذين يعانون من الإسهال في جميع أنحاء العالم هم من تلقوا العلاج باستخدام أملاح الإماهة الفموية (ORS) خلال الفترة الممتدة بين عامي 2009 و 2013. وسجلت نسبة التغطية 39% في منظمة التعاون الإسلامي و 35% في البلدان النامية الأخرى (الشكل 12.3).

و على الصعيد العالمي، تعزى أكثر من 7% من مجموع وفيات الأطفال إلى مرض الملاريا، و كان معظم هذه الوفيات في بلدان منظمة التعاون الإسلامي والتي مثلت نسبة 62% من العبء العالمي خلال الفترة الممتدة بين عامي 2009 و 2013. و يعد توفير الناموسيات المعالجة بالمبيدات الحشرية (ITNs) للنوم هي الطريقة الأكثر فعالية للوقاية من الإصابة بمرض الملاريا والحد من الوفيات الناجمة عنه. ومع ذلك، فقط 8.4% من الأطفال حول العالم هم الذين استفادوا من النوم تحت الناموسيات المعالجة بالمبيدات الحشرية (ITNs) خلال الفترة الممتدة بين عامي 2009 و 2013. و بالرغم من أن نسبة التغطية كانت أفضل نسبيا في بلدان منظمة التعاون الإسلامي، إلا أنه فقط 11% من مجموع الأطفال هم الذين

استفادوا من النوم تحت الناموسيات المعالجة بالمبيدات الحشرية (ITNs) (الشكل 12.3). و عموما، امتلك ما يقارب نصف مجموع الأسر (47.4%) واحدة من الناموسيات المعالجة بالمبيدات الحشرية (ITNs) على الأقل في البلدان النامية غير الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي مقارنة بمتوسط لم يتجاوز 32.7% في منظمة التعاون الإسلامي.

الشكل: 12.3
تغطية الإجراءات ضد الأمراض المعدية (%)، 2009-2013*



المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة بناء على قاعدة بيانات اليونيسف

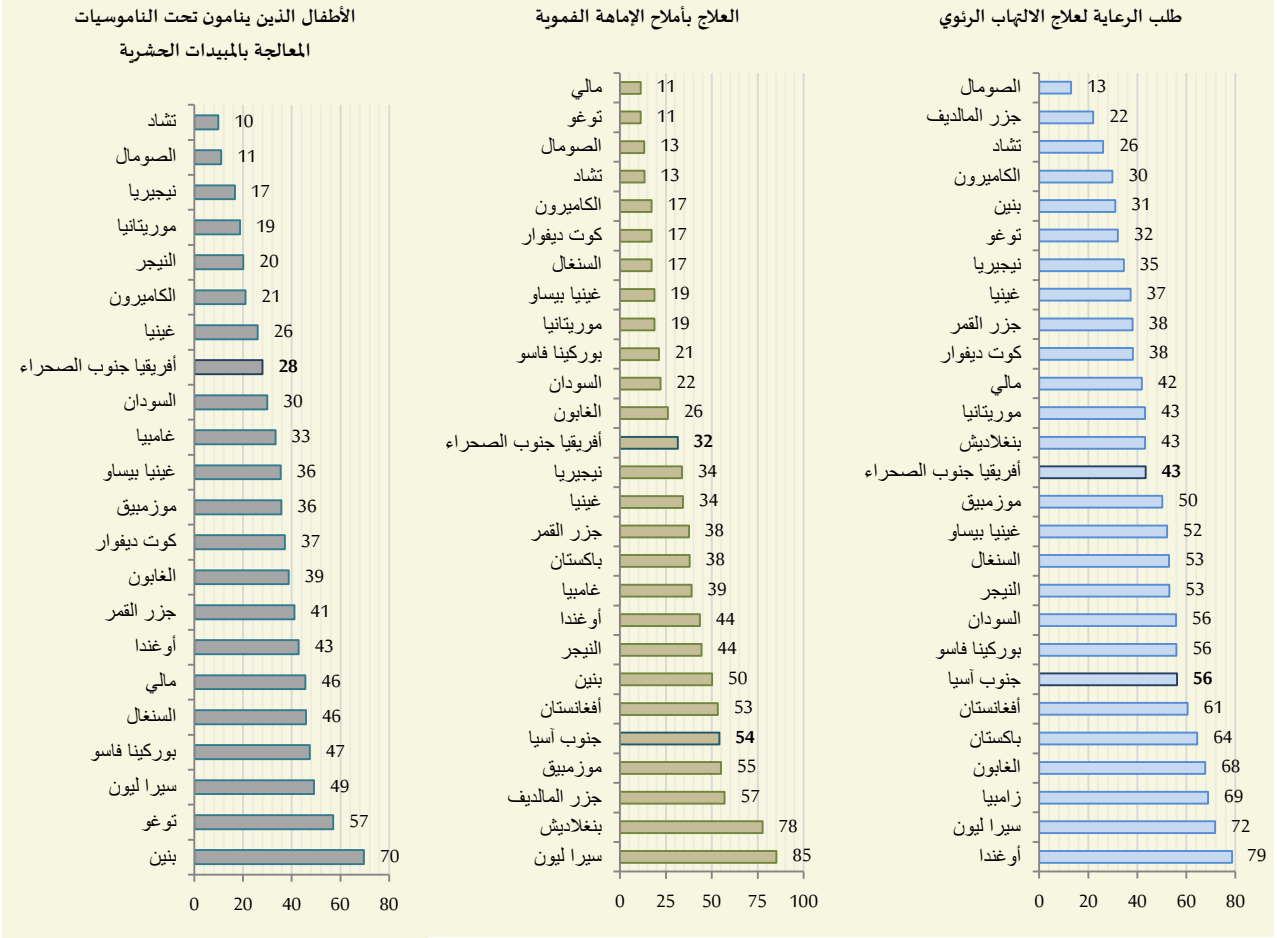
وظل معدل وفيات الأطفال الناجمة عن الالتهاب الرئوي والإسهال والملاريا مركّزا بشكل كبير في منطقتين في منظمة التعاون الإسلامي وهما: أفريقيا جنوب الصحراء وجنوب آسيا. و ابتداءا من عام 2013، شكلت منطقة أفريقيا جنوب الصحراء نسبة 99% من الوفيات الناجمة عن الملاريا في صفوف الأطفال دون سن الخامسة في بلدان منظمة التعاون الإسلامي. وعلى الرغم من هذه الحصيلة الثقيلة، تشير آخر التقديرات إلى أن فقط 28% من الأطفال هم الذين ينامون تحت الناموسيات المعالجة بالمبيدات الحشرية (ITNs) و النصف من إجمالي الأسر (51%) هي التي تتوفر على واحدة على الأقل. وظلت تغطية الناموسيات المعالجة بالمبيدات الحشرية (ITNs) في العديد من بلدان منطقة أفريقيا جنوب الصحراء أقل بكثير من المتوسط الإقليمي (الشكل 13.3). و عموما، فقد سُجِّل أدنى مستوى للتغطية في تشاد حيث فقط 9.8% من الأطفال هم الذين كانوا ينامون تحت الناموسيات المعالجة بالمبيدات الحشرية (ITNs) تليها كل من الصومال (11%) ونيجيريا (16.6%).

و خلال الفترة المتراوحة بين 2009 و 2013، تم الإبلاغ عن 90% من حالات وفاة الأطفال الناجمة عن الإسهال في بلدان منظمة التعاون الإسلامي الواقعة في منطقتي أفريقيا جنوب الصحراء (64%) و جنوب آسيا (26%). ومع ذلك، حتى في هذه المناطق ذات العبء الثقيل، ظل العلاج بأملاح الإماهة الفموية (ORS) منخفضا بحيث فقط أكثر بقليل من نصف (54%) الأطفال المصابين بالإسهال هم الذين تلقوا العلاج باستخدام أملاح الإماهة الفموية (ORS) في منطقة جنوب آسيا وفقط 31% في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء. و في الغالب فإن بلدان منظمة التعاون الإسلامي ذات العبء الكبير من الوفيات الناجمة عن الإسهال هي التي سجلت أدنى تغطية للعلاج باستخدام أملاح الإماهة الفموية (ORS). وكما هو مبين في الشكل 13.3، فقد بلغت نسبة الأطفال المصابين بالإسهال المستفيدين من العلاج بأملاح الإماهة الفموية (ORS)

30% في 12 بلدا، كلها تنتمي لمنطقة أفريقيا جنوب الصحراء، بحيث سجلت مالي أدنى تغطية (11.2%) تلتها كل من توغو (11.3%) و الصومال (13.2%) وتشاد (13.3%).

وفي حالة الالتهاب الرئوي، فقد تم تسجيل 85% من حالات وفاة الأطفال في منظمة التعاون الإسلامي في منطقتي أفريقيا جنوب الصحراء (60%) وجنوب آسيا (25%). إن توفير الرعاية الصحية المبكرة و العلاج الفوري بمجرد ما تظهر أعراض الالتهاب الرئوي لدى الأطفال يمكن أن ينقذ حياتهم، لكن خلال الفترة الممتدة بين 2009 و 2013، فقط 43% من الأطفال الذين يعانون من أعراض الالتهاب الرئوي في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء و 56% في منطقة جنوب آسيا من قدمت لهم الرعاية الصحية. وعلى مستوى البلد الواحد، قدمت الرعاية الصحية لأكثر من ثلثي الأطفال المصابين بالالتهاب الرئوي في أربعة من بلدان منظمة التعاون الإسلامي وهي: أوغندا (79%) وسيراليون (72%) و غامبيا (69%) والغابون (68%) كما هو مبين في الشكل 13.3. في المقابل، ظلت نسبة توفير الرعاية الطبية لعلاج الالتهاب الرئوي في أدنى المستويات في الصومال (13%) تليها كل من جزر المالديف (22%) وتشاد (26%).

الشكل: 13.3
تغطية الإجراءات ضد الأمراض المعدية في بلدان معينة من منظمة التعاون الإسلامي (%)، 2009-2013



المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة بناء على قاعدة بيانات اليونيسف

4 التغذية والأمن الغذائي للأطفال

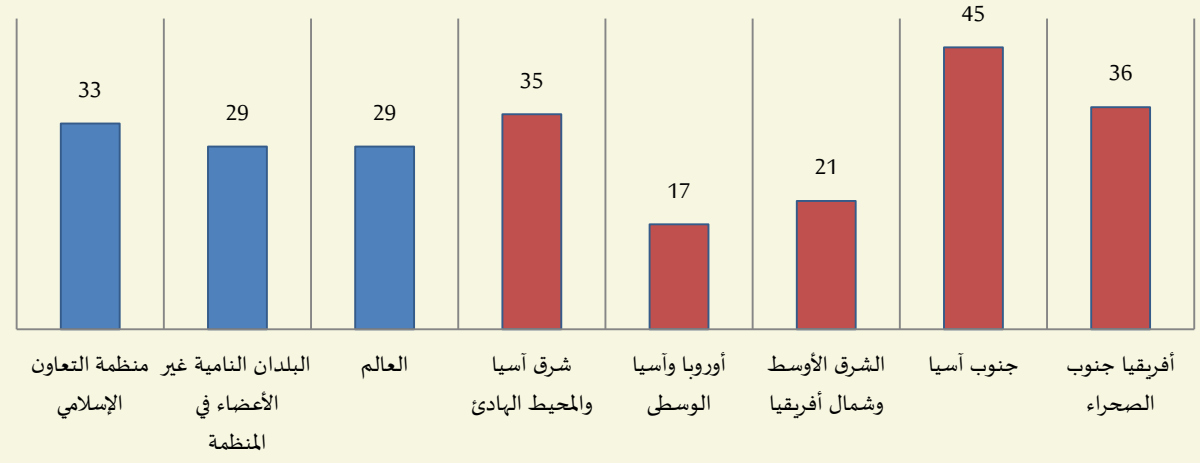
تعتبر التغذية السليمة للطفل إحدى أكثر الوسائل فعالية لتنشئة جيل منتج و سليم صحيا. فهي لا تساعد فقط على تحسين فرص بقاء الأطفال على قيد الحياة خلال السنوات الأولى بعد الولادة لكنها تساهم أيضا في نموهم البدني والمعرفي. و في المقابل، فإن سوء التغذية لا يزيد فقط من مخاطر الوفاة بين الأطفال بسبب الأمراض الشائعة مثل الإسهال والالتهاب الرئوي والملاريا ولكن يمكنه أيضا أن يؤدي إلى تأخر نموهم، و هو أمر لا يمكن معالجته ويؤدي إلى ضعف في قدرتهم المعرفية وانخفاض مردوديتهم في المدرسة وفي العمل. ووفقا لليونيسيف (2013a)، فإنه يتم تقييم الحالة الغذائية للأطفال من خلال قياس الوزن والطول، و يعتبر تأخر النمو ونقص الوزن والهزال وزيادة الوزن وانخفاض الوزن عند الولادة من أكثر مؤشرات قياس الحالة الغذائية شيوعا. و يتضمن هذا القسم تحليلا مفصلا لأداء بلدان منظمة التعاون الإسلامي فيما يخص المؤشرات الغذائية الرئيسية.

4.1 تأخر النمو

وفقا لليونيسيف (2013)، فإن كل الأطفال دون سن الخامسة ذوي معدل (-2) في الطول قياسا إلى العمر حسب الانحرافات المعيارية (SD) لمتوسط معايير منظمة الصحة العالمية لنمو الطفل يعانون من التأخر في النمو. وتشير آخر التقديرات إلى أن نحو 180 مليون طفل، ومعظمهم من البلدان النامية، عانوا من التأخر في النمو خلال الفترة بين 2009 و 2013. و بلغت نسبة الأطفال الذين يعانون من تأخر النمو، الشديد والمعتدل، 29% من مجموع سكان العالم دون سن الخامسة. وبعبارة أخرى، فإن واحدا من كل أربعة أطفال دون سن الخامسة يعاني من تأخر النمو. بينما نالت البلدان النامية غير الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي حصة الأسد من مجموع الأطفال الذين يعانون من تأخر النمو في العالم (63%)، تحملت بلدان منظمة التعاون الإسلامي ثلثي العبء العالمي للأطفال الذين يعانون من تأخر النمو خلال الفترة الممتدة بين عامي 2009 و 2013.

الشكل: 1.4

انتشار تأخر النمو (%)، 2009-2013



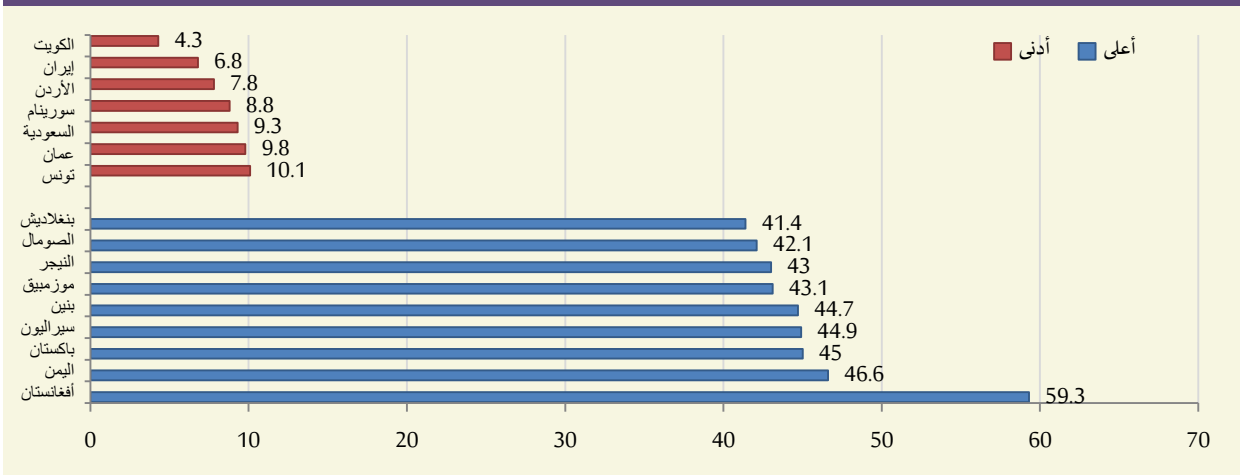
المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة بناء على قاعدة بيانات اليونيسف

وكما هو مبين في الشكل 1.4، فإنه خلال فترة 2009-2013 عانى حوالي 33% من الأطفال دون سن الخامسة في بلدان منظمة التعاون الإسلامي من تأخر النمو مقارنة مع 29% في البلدان النامية الأخرى وفي العالم. وفي مناطق منظمة التعاون الإسلامي فقد تم تسجيل أعلى نسبة انتشار تأخر النمو في منطقة جنوب آسيا (45%)، تليها أفريقيا جنوب الصحراء (36%) و شرق آسيا و المحيط الهادئ (35%). ومن حيث عدد الأطفال الذين يعانون من تأخر النمو، شكلت هذه المناطق الثلاث 83% من مجموع الأطفال المصابين بتأخر النمو في منظمة التعاون الإسلامي خلال فترة 2009-2013. و كان توزيع هؤلاء الأطفال متفاوتا للغاية في جميع أنحاء بلدان منظمة التعاون الإسلامي وكان أكثر من نصفهم يعيشون في أربع بلدان وهي: نيجيريا (17% من مجموع منظمة التعاون الإسلامي) وباكستان (15%) وأندونيسيا (13%) وبنغلاديش (9 %).

وعلى المستوى القطري، عانى أكثر من 40% من مجموع الأطفال من تأخر النمو في تسعة من بلدان منظمة التعاون الإسلامي (الشكل 2.4)، وسجلت أعلى نسبة انتشار هذا المرض في أفغانستان (59.3%) واليمن (46.6%) وباكستان (45%). و على الجانب الآخر، فقط 10% أو أقل من ذلك من الأطفال دون سن الخامسة عانوا من تأخر النمو في سبعة من بلدان منظمة التعاون الإسلامي، ستة منها تنتمي لمنطقة الشرق الأوسط و شمال أفريقيا. و كانت الكويت هي الأفضل أداء من بين كل هذه البلدان بحيث بلغت نسبة الأطفال الذين يعانون من تأخر النمو 4.3% فقط، تلتها إيران (6.8%) والأردن (7.8%).

الشكل: 2.4

أدنى و أعلى مستويات انتشار تأخر النمو في بلدان منظمة التعاون الإسلامي (%)، 2009-2013



المصدر: قاعدة بيانات اليونيسف

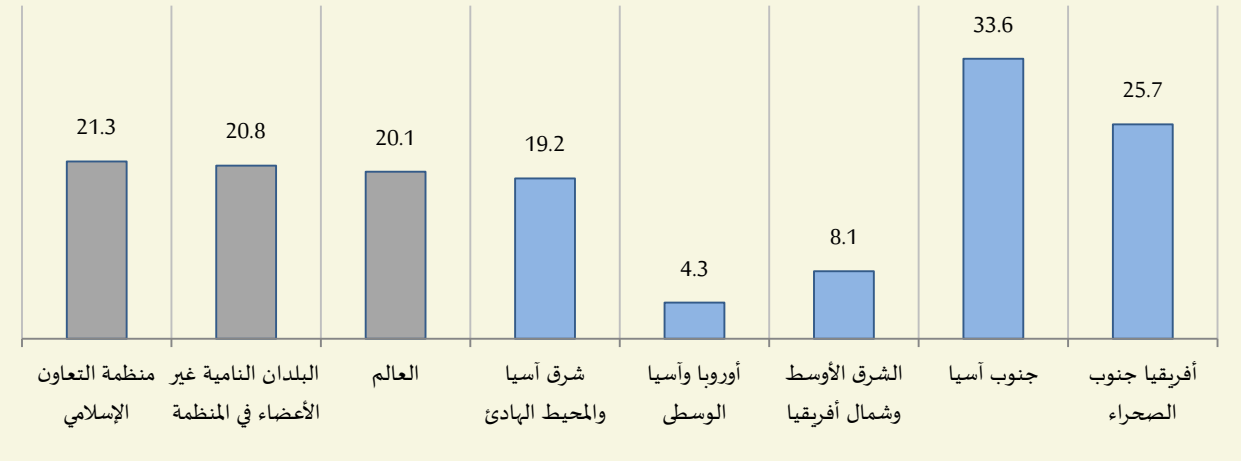
4.2 نقص الوزن

يعتبر ناقصي الوزن كل الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 0 إلى 59 شهرا والذين هم أقل من معدل ناقص اثنين (-2) حسب الانحرافات المعيارية (SD) عن متوسط الوزن قياسا إلى العمر لمعايير منظمة الصحة العالمية لنمو الطفل. و وفقا لأحدث التقديرات، فقد عانى 20.1% أو 120 مليون طفل الذين تقل أعمارهم عن سن الخامسة في العالم من نقص

الوزن خلال فترة 2009-2013. و خلال نفس الفترة، كان إجمالي عدد الأطفال ناقصي الوزن مركزا بشكل كبير في البلدان النامية والتي مثلت نسبة 95% من الإجمالي العالمي. ومن بين البلدان النامية، شكلت مجموعة البلدان النامية غير الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي أعلى نسبة من الأطفال ناقصي الوزن (65%) تلتها بلدان منظمة التعاون الإسلامي (35%). وكما هو مبين في الشكل 3.4، بلغت نسبة الأطفال دون سن الخامسة الذين عانوا من نقص الوزن 21.3% في بلدان منظمة التعاون الإسلامي تلتها بفارق ضئيل باقي البلدان النامية (20.8%).

أما في مناطق منظمة التعاون الإسلامي، و كما هو مبين في الشكل 3.4، ظل مستوى انتشار نقص الوزن في منطقة جنوب آسيا هو الأعلى (34%)، تلتها منطقة أفريقيا جنوب الصحراء (26%) ثم منطقة شرق آسيا و المحيط الهادئ. وسجلت منطقة أوروبا و آسيا الوسطى أدنى نسبة لانتشار نقص الوزن بأقل من 4%، في حين بلغت هذه النسبة 8% في منطقة الشرق الأوسط و شمال أفرقيا. ومن حيث الأرقام المطلقة للأطفال ناقصي الوزن، كانت منطقتي أفريقيا جنوب الصحراء و جنوب آسيا موطنا لحوالي 80% من مجموع الأطفال ناقصي الوزن في بلدان منظمة التعاون الإسلامي. و كان حوالي ثلثي الأطفال ناقصي الوزن في بلدان منظمة التعاون الإسلامي يعيشون في خمس بلدان فقط وهي: نيجيريا (22% من مجموع منظمة التعاون الإسلامي) وباكستان (16%) وبنغلاديش (13%) وأندونيسيا (11%) والسودان (4%).

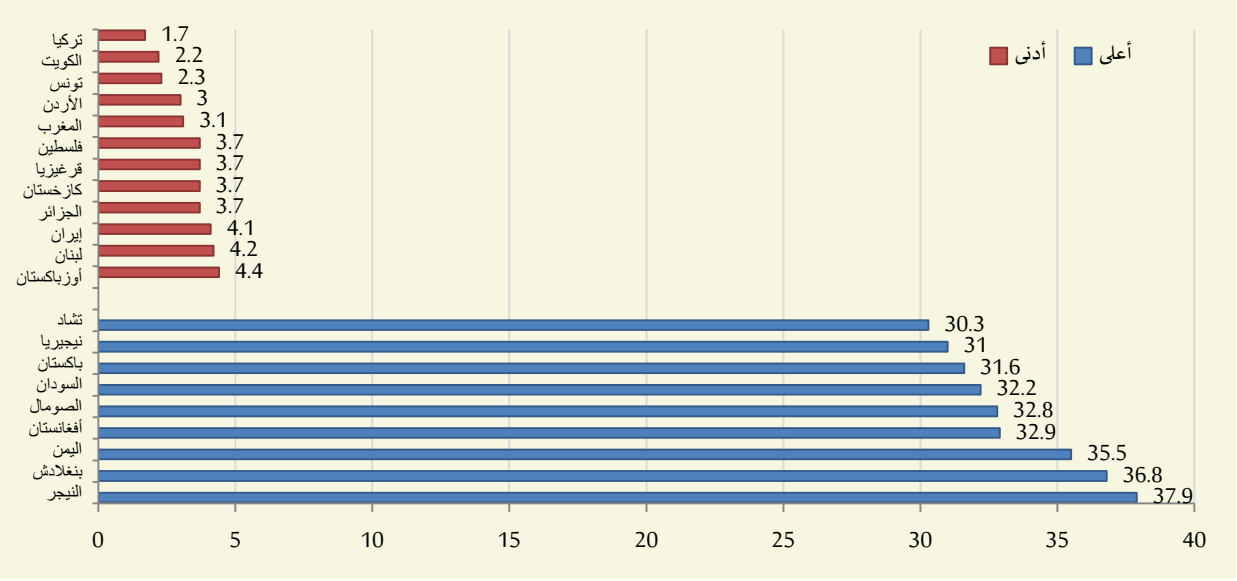
الشكل: 3.4
انتشار نقص الوزن (%)، 2009-2013



المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة بناء على قاعدة بيانات اليونيسف

و على مستوى كل بلد على حدة، بلغت نسبة انتشار نقص الوزن بين الأطفال أكثر من 30% في تسعة من بلدان منظمة التعاون الإسلامي (الشكل 4.4)، بحيث سجلت النيجر أعلى نسبة (37.9%) تلتها كل من بنغلاديش (36.8%) واليمن (35.3%). وعلى الجانب الآخر، شكلت نسبة الأطفال الذين يعانون من نقص الوزن أقل من 5% من مجموع الأطفال دون سن الخامسة في 12 من بلدان منظمة التعاون الإسلامي، تنتمي ثمانية منها لمنطقة الشرق الأوسط و شمال أفريقيا وأربعة لمنطقة أوروبا وآسيا الوسطى، في حين سجلت تركيا أقل نسبة انتشار نقص الوزن (1.7%) تلتها كل من الكويت (2.2%) وتونس (2.3%).

الشكل: 4.4
بلدان منظمة التعاون الإسلامي ذات أدنى و أعلى مستويات انتشار نقص الوزن (%)، 2009-2013



المصدر: قاعدة بيانات اليونيسف

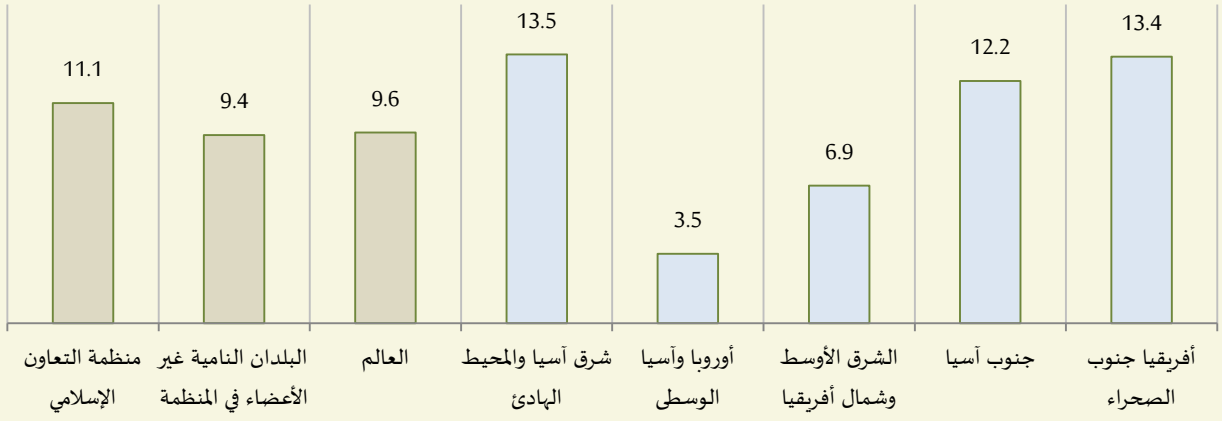
4.3 الهزال

يعتبر الهزال مشكلة صحية كبيرة، وهو يمثل شكلا حاد من نقص التغذية مع تزايد خطر المرض والموت لدى لأطفال. ولأغرض إحصائية، فإن جميع الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 0 إلى 59 شهرا والذين هم أقل من معدل ناقص اثنين (-2) حسب الانحرافات المعيارية (SD) عن متوسط الوزن قياسا إلى الطول لمعايير منظمة الصحة العالمية لنمو الطفل يعتبرون مصابين بالهزال. فخلال الفترة المتراوحة بين عامي 2009 و 2013، كان أكثر من 50 مليون طفل تحت سن الخامسة من العمر على الصعيد العالمي مصابا بالهزال، إما بشكل طفيف أو بشكل حاد، وهو ما يمثل حوالي 10% من الأطفال في العالم. و في الوقت الراهن، حوالي 38% من الأطفال المصابين بالهزال في العالم يعيشون في بلدان منظمة التعاون الإسلامي في حين تستقر هذه النسبة على 62% في البلدان النامية الأخرى. مع ذلك، وكما هو مبين في الشكل 5.4، ظل معدل انتشار الهزال تقريبا في نفس المستوى في بلدان منظمة التعاون الإسلامي و في البلدان النامية الأخرى وذلك بنسبتي 11.1% و 9.4% على التوالي.

و ضمن مناطق منظمة التعاون الإسلامي، ينتشر مرض الهزال بنسبة أكبر في منطقة شرق آسيا و المحيط الهادئ، حيث يعاني طفل واحد من بين كل سبعة أطفال (14%) من المرض إما بشكل طفيف أو بشكل حاد (الشكل 5.4). نفس الوضع تشهده منطقتي أفريقيا جنوب الصحراء و جنوب آسيا، في حين كانت نسبة انتشار المرض في منطقتي أوروبا وآسيا الوسطى (3%) و الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (7%). و يمثل عبء الهزال أعلى المعدلات في منطقتي أفريقيا جنوب الصحراء و جنوب آسيا بنسبة 70% من إجمالي الأطفال المصابين بالهزال في بلدان منظمة التعاون الإسلامي (47% منهم يعيشون في أفريقيا جنوب الصحراء و 23% في جنوب آسيا). وجدير بالذكر أن أكثر من نصف مجموع الأطفال المصابين

الهزال في منظمة التعاون الإسلامي كانوا يعيشون في ثلاثة بلدان فقط وهي: نيجيريا (25% من مجموع منظمة التعاون الإسلامي) و أندونيسيا (15%) وبنغلاديش (11%).

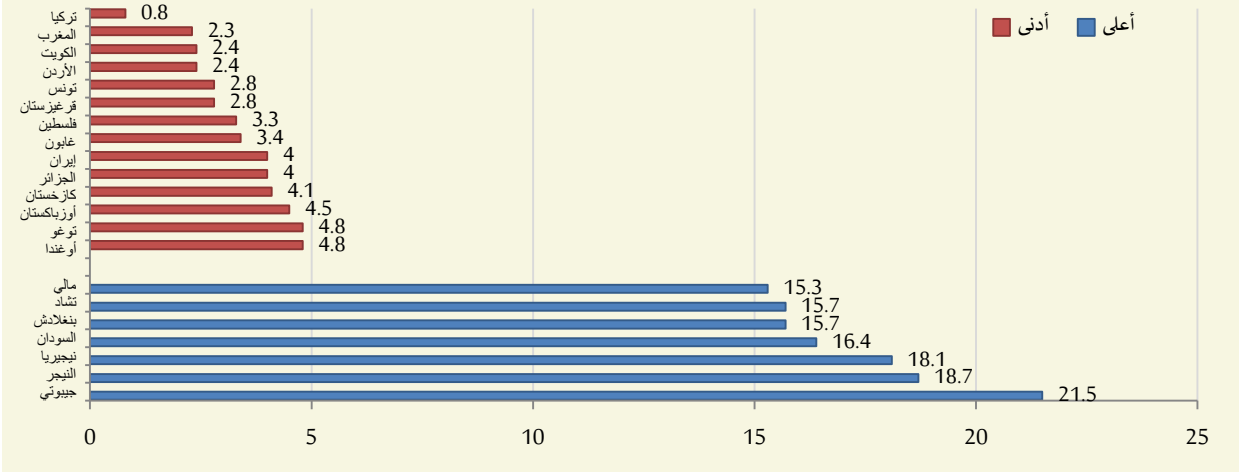
الشكل: 5.4
انتشار الهزال (%)، 2009-2013



المصدر: حسابات موظفي أنقرة بناء على قاعدة بيانات اليونيسف

وعلى مستوى البلد الواحد، عانى أكثر من 15% من مجموع الأطفال من الهزال في سبعة من بلدان منظمة التعاون الإسلامي (الشكل 6.4). وضمن هذه البلدان، سجلت أعلى نسبة انتشار للهزال في جيبوتي (21.5%) والنيجر (18.7%) ونيجيريا (18.1%). ومن جانب آخر، بلغت نسبة الأطفال الذين عانوا من الهزال في 14 من بلدان منظمة التعاون الإسلامي 5%، نصف هذه البلدان تنتمي لمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. ومع انتشار الهزال بأقل من 1%، ظلت تركيا الأفضل أداء تلتها كل من المغرب (2.3%) والكويت (2.4%) ثم الأردن (2.8%).

الشكل: 6.4
بلدان منظمة التعاون الإسلامي ذات أدنى و أعلى مستويات انتشار الهزال (%)، 2009-2013

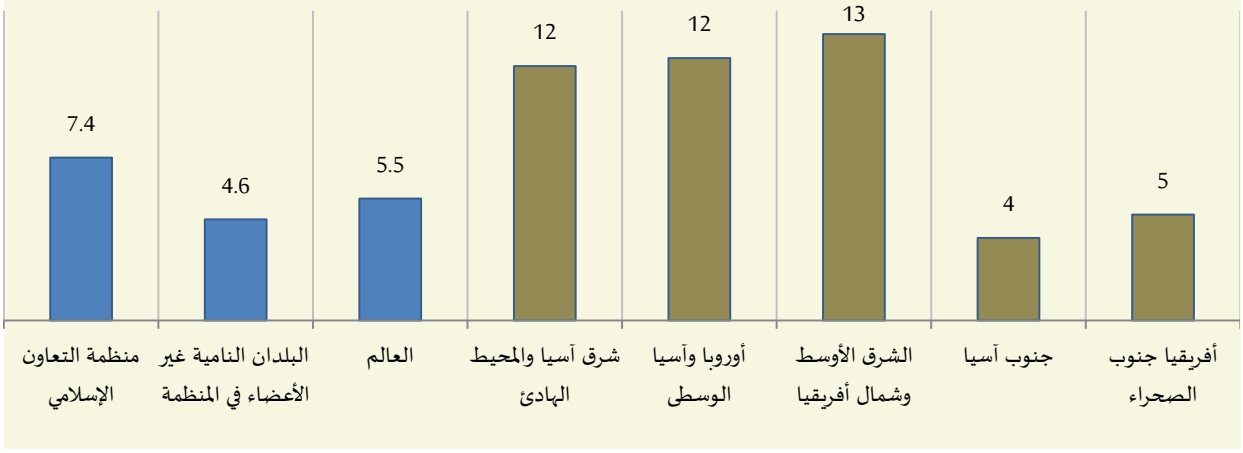


المصدر: قاعدة بيانات اليونيسف

4.4 زيادة الوزن

إن زيادة الوزن والبدانة في مرحلة الطفولة في ارتفاع مستمر في جميع أنحاء العالم وخاصة في العالم النامي، و هناك عواقب صحية خطيرة لهذا الأمر بما في ذلك أمراض القلب والأوعية الدموية والسكري والعديد من أنواع السرطان. وبحكم التعريف، فإن جميع الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 0 إلى 59 شهرا والذين يتجاوزون درجتين حسب الانحرافات المعيارية (SD) عن متوسط الوزن بالنسبة للطول لمعايير منظمة الصحة العالمية لنمو الطفل يعانون من الزيادة في الوزن. و على الصعيد العالمي، قدِّر عدد الأطفال دون سن الخامسة الذين عانوا من زيادة الوزن بما يزيد عن 42 مليون نسمة خلال الفترة الممتدة بين عامي 2009 و 2013. وعلى الرغم من أن زيادة الوزن كانت في وقت ما مرتبطة بالأساس بالبلدان ذات الدخل المرتفع، إلا أن 72% من مجموع الأطفال الذين عانوا من زيادة الوزن في العالم يعيشون في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. و خلال مرحلة 2009-2013، شكلت بلدان منظمة التعاون الإسلامي نسبة 32% من مجموع الأطفال الذين يعانون من زيادة الوزن في العالم، في حين سجلت غيرها من البلدان النامية 40%. لكن، وكما هو مبين في الشكل 7.4، ظلت نسبة انتشار زيادة الوزن بين الأطفال في بلدان منظمة التعاون الإسلامي أعلى (7.4%) من البلدان النامية الأخرى (4.6%).

الشكل: 7.4
انتشار زيادة الوزن (%)، 2009-2013

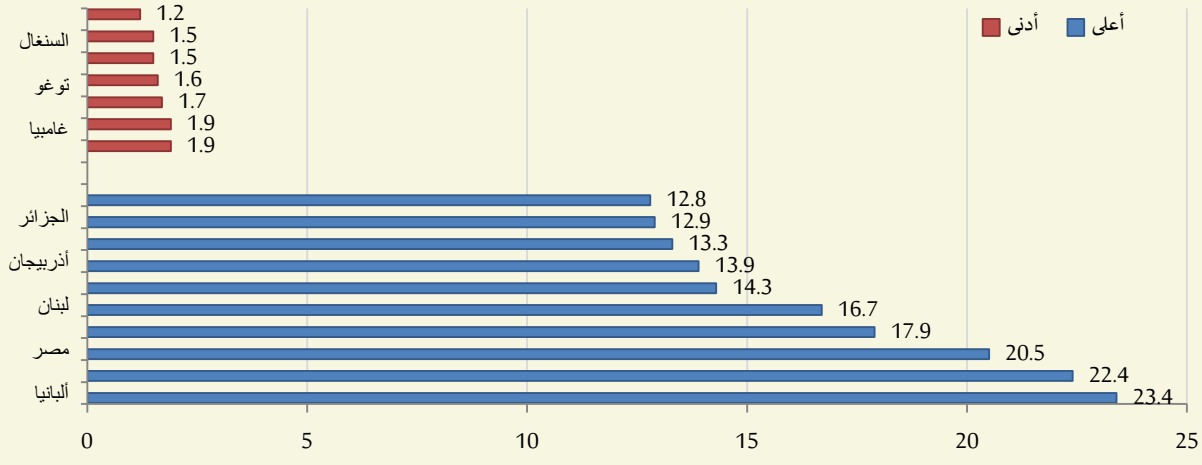


المصدر: حسابات موظفي أنقرة بناء على قاعدة بيانات اليونيسف

و خلال فترة 2009-2013، عانى أكثر من 4.5 مليون طفل في الشرق الأوسط و شمال أفريقيا و 3.3 مليون في أفريقيا جنوب الصحراء و2.8 مليون في شرق آسيا و المحيط الهادئ من زيادة الوزن. وشكلت هذه المناطق الثلاث 81% من عبء منظمة التعاون الإسلامي من الأطفال الذين يعانون من زيادة الوزن (35% في الشرق الأوسط و شمال أفريقيا و 25% في أفريقيا جنوب الصحراء و 21% في شرق آسيا و المحيط الهادئ). كما كانت أعلى نسبة لانتشار زيادة الوزن متمركزة في منطقة الشرق الأوسط و شمال أفريقيا و منطقة أوروبا و آسيا الوسطى و منطقة شرق آسيا و المحيط الهادئ، حيث كان يعاني طفل واحد من كل ثمانية أطفال، سواء بشكل معتدل أو حاد، من زيادة الوزن (الشكل 7.4). و سجلت منطقة جنوب آسيا أدنى نسبة لزيادة الوزن (4%) تلتها منطقة أفريقيا جنوب الصحراء بنسبة 5%.

وبالنظر لكل بلد على حدة، تعيش أعلى نسبة من مجموع الأطفال ذوي الوزن الزائد في منظمة التعاون الإسلامي (21%) في أندونيسيا تليها كل من مصر (14%) ونيجيريا (11%). و ظلت نسبة انتشار زيادة الوزن أكثر من 12% في عشرة من بلدان منظمة التعاون الإسلامي (الشكل 8.4). سجلت ألبانيا أعلى نسبة انتشار زيادة الوزن (23.4%) متبوعة بليبيا (22.4%) ثم مصر (20.5%). و من جهة أخرى، شكلت نسبة الأطفال اللذين يعانون من زيادة الوزن من مجموع الأطفال في سن دون الخامسة من العمر أقل من 2% في سبعة من بلدان منظمة التعاون الإسلامي، و ضمن هذه البلدان سجلت موريتانيا أدنى مستوى لانتشار نقص الوزن (1.2%) تلتها كل من السنغال (1.5%) واليمن (1.5%).

الشكل: 8.4
بلدان منظمة التعاون الإسلامي ذات أدنى و أعلى مستويات انتشار زيادة الوزن (%)، 2009-2013



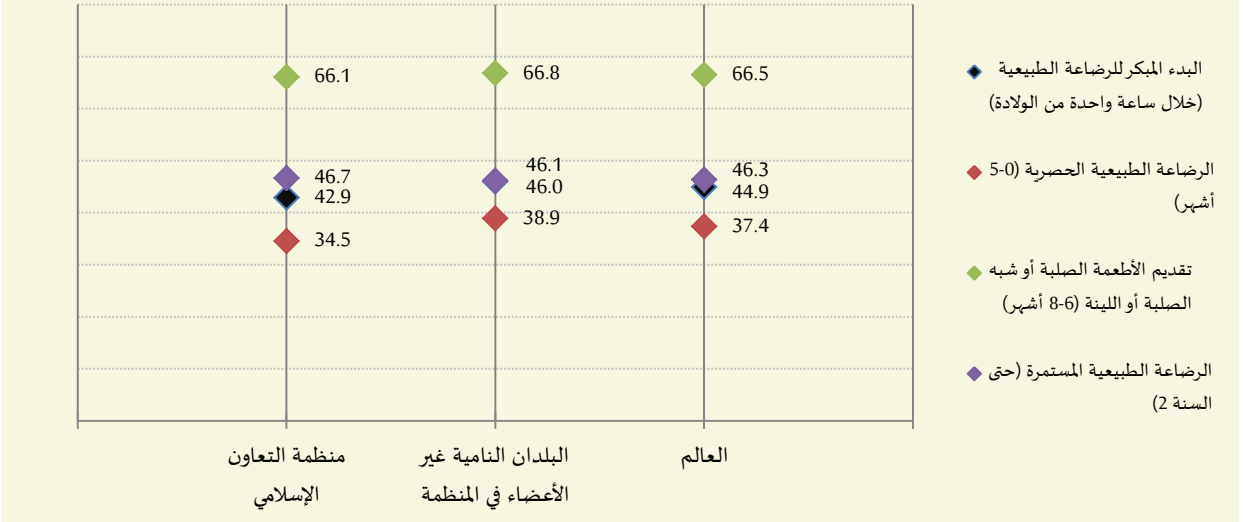
المصدر: قاعدة بيانات اليونيسف

4.5 تغذية الأطفال

تعتبر التغذية السليمة وخاصة خلال العامين الأولين من الحياة أمرا بالغ الأهمية لبقاء ونمو و تنمية الطفل. وفيما يتعلق بأفضل الممارسات الغذائية للطفل، فإن وكالات الصحة الدولية مثل اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية توصي بإرضاع المواليد الجدد رضاعة طبيعية في غضون ساعة واحدة بعد الولادة والرضاعة الطبيعية وحدها خلال الأشهر الستة الأولى من عمر الطفل و الاستمرار في ذلك حتى بلوغ سنتين من العمر فما فوق. ابتداء من ستة أشهر، ينبغي الجمع بين الرضاعة الطبيعية والأطعمة الصلبة وشبه الصلبة واللينة الآمنة والمناسبة لأعمارهم. ووفقا لآخر ما توصلت إليه اليونيسف (2013)، فإن تنفيذ هذه التدخلات يمكن أن يقلل من وفيات الأطفال دون سن الخامسة من العمر في العالم بنسبة 20%.

تشير أحدث التقديرات المتعلقة بممارسات تغذية الأطفال الرضع والأطفال الصغار أنه على الرغم من الأهمية البالغة للرضاعة في تغذية الأطفال إلا أن عددا كبيرا من الرضع و الأطفال لا يتم إرضاعهم. وعلى الصعيد العالمي، 44.9% فقط من الأطفال هم الذين رضعوا في غضون ساعة واحدة بعد الولادة و37.4% حصلوا على رضاعة طبيعية وحدها من 0 إلى 5 أشهر من العمر (الشكل 9.4). وتماشيا مع التوجهات العالمية، فإن تغطية ممارسات تغذية الرضع والأطفال كانت تقريبا مماثلة في كل من بلدان منظمة التعاون الإسلامي والبلدان النامية غير الأعضاء بالمنظمة. وبالنسبة لبلدان منظمة التعاون الإسلامي، فقط 42.9% من الأطفال هم الذين رضعوا خلال الساعة الأولى من الولادة، و 34.9% هم من أرضعوا طبيعيا فقط خلال الأشهر الستة الأولى من الحياة. و كانت تغطية الرضاعة الطبيعية حتى سن الثانية من العمر نسبيا أفضل في بلدان منظمة التعاون الإسلامي بنسبة 46.7% من مجموع الأطفال الذين يتلقون الرضاعة حتى سن الثانية من العمر. وتكشف التقديرات عن التغذية الملائمة للأطفال بالأغذية التكميلية الملائمة و الآمنة أنه قد قدمت الأطعمة الصلبة أو شبه الصلبة أو اللينة لحوالي ثلثي الأطفال الرضع في بلدان منظمة التعاون الإسلامي و سنهم بين 6 إلى 8 أشهر. وكانت تغطية تقديم الأغذية التكميلية للرضع تقريبا مماثلة في كل من العالم والبلدان النامية غير الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي. وعموما، فإن متوسط بلدان منظمة التعاون الإسلامي فيما يخص الرضاعة المبكرة والرضاعة الطبيعية الحصرية لمدة ستة أشهر كان أقل بشكل واضح عن المتوسط في العالم و في البلدان النامية غير الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي (الشكل 9.4).

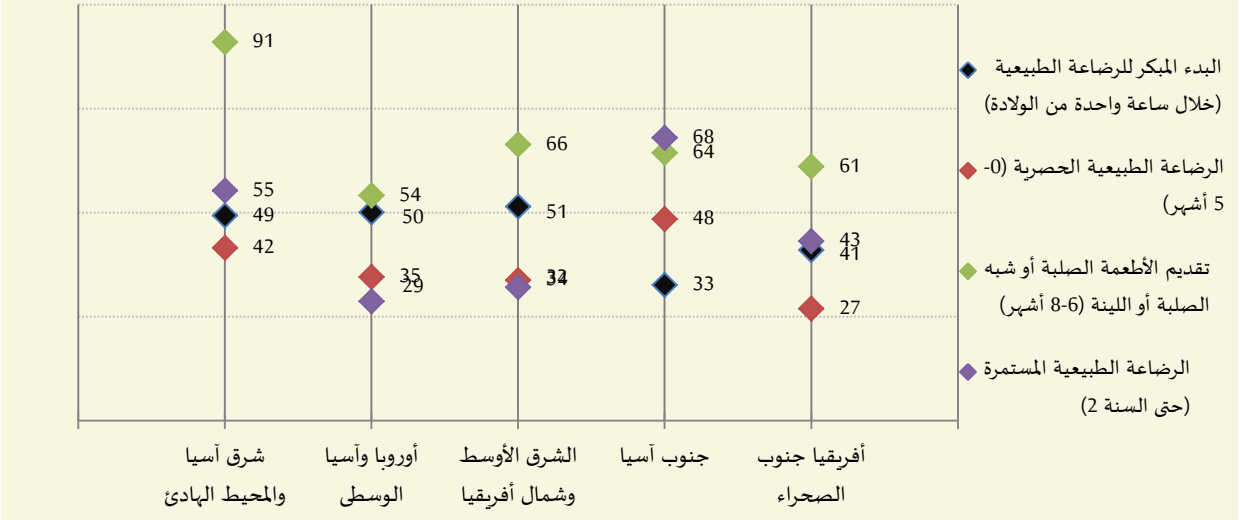
الشكل: 9.4
تغطية ممارسات تغذية الأطفال (%)، 2009-2013



المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة بناء على قاعدة بيانات اليونيسف

يختلف مستوى تغطية ممارسات الرضاعة الطبيعية الموصى بها بشكل كبير من منطقة إلى أخرى في منظمة التعاون الإسلامي (الشكل 10.4). و تراوحت حصة الرضع الذي يحصلون على رضاعة طبيعية خلال ساعة واحدة من الولادة بين 33% في منطقة جنوب آسيا و 51% في منطقة الشرق الأوسط و شمال أفريقيا. ومن ناحية أخرى، من حيث استمرار الرضاعة الطبيعية حتى السنة الثانية من العمر، تتراوح التغطية بين 29% في منطقة أوروبا و آسيا الوسطى و 68% في منطقة جنوب آسيا. و عموما، تظهر بيانات من ثلاثة مؤشرات تتعلق بالرضاعة الطبيعية أن الأطفال في مناطق أفريقيا جنوب الصحراء و الشرق الأوسط وشمال أفريقيا و أوروبا وآسيا الوسطى أكثر عرضة لسوء التغذية. وفيما يتعلق بتقديم الأغذية التكميلية، سجلت منطقة شرق آسيا و المحيط الهادئ أعلى نسبة تغطية بلغت 91% في حين تم تقديم الأطعمة الصلبة أو شبه الصلبة أو اللينة في سن 6 إلى 8 أشهر لحوالي ثلثي الأطفال في مناطق الشرق الأوسط و شمال أفريقيا و جنوب آسيا و أفريقيا جنوب الصحراء (الشكل 10.4).

الشكل: 10.4
تغطية ممارسات تغذية الأطفال في مناطق منظمة التعاون الإسلامي (%)، 2009-2013



المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة بناء على قاعدة بيانات اليونيسف

4.6 نقص المغذيات الدقيقة

يعد نقص المغذيات الدقيقة مثل نقص فيتامين (أ) والحديد واليود والزنك وحمض الفوليك أمرا شائعا جدا بين النساء والأطفال في البلدان النامية ذات الدخل المنخفض، بما في ذلك بعض بلدان منظمة التعاون الإسلامي. في الوقت الذي تعد فيه الجهود المبذولة لتحسين الوضع التغذوي للأطفال من خلال الرضاعة الطبيعية والتغذية التكميلية أمرا مهما، تعتبر التدخلات مثل المكملات الغذائية إحدى الوسائل المجدية لتحسين الحصول على المغذيات الدقيقة الحيوية في أوساط النساء والأطفال. في هذا الإطار، يقدم هذا القسم الفرعي لمحة موجزة عن الجهود التي تبذلها بلدان منظمة التعاون الإسلامي لتحسين نقص المغذيات الدقيقة بين الأطفال.

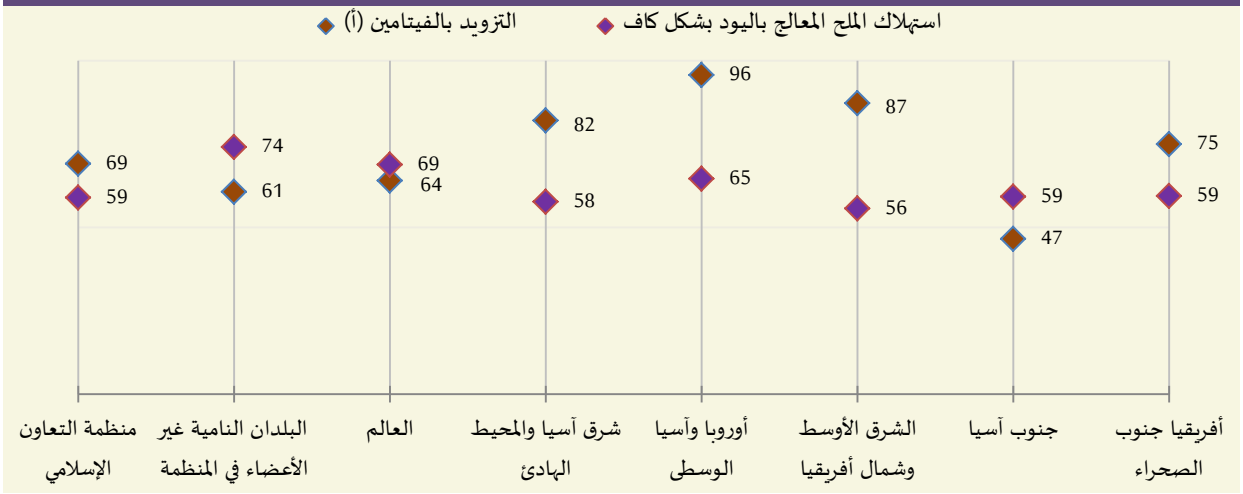
التزويد بالفيتامين (أ)

وفقا لمنظمة الصحة العالمية (2015c)، فإن نقص الفيتامين (أ) مشكلة من مشكلات الصحة العمومية و بشكل خاص في أفريقيا وجنوب شرق آسيا، فهو ليس فقط السبب الرئيسي للعمى لدى الأطفال، والذي يمكن الوقاية منه، ولكنه يزيد أيضا من خطر المرض والموت بسبب التهابات شديدة. وعلى الصعيد العالمي، فإن حوالي ثلثي الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و 59 شهرا تلقوا جرعتين من فيتامين (أ) خلال المرحلة الممتدة بين عامي 2009 و 2013 (الشكل 11.4). وظل مستوى تغطية التزويد بالفيتامين (أ) في بلدان منظمة التعاون الإسلامي الأعلى بحيث تلقى 69% من الأطفال جرعتين من الفيتامين (أ). في المقابل، سجلت البلدان النامية غير الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي مستوى منخفض نسبيا للتغطية بلغ 61%. أما على مستوى مناطق منظمة التعاون الإسلامي، فإن تغطية التزويد بالفيتامين (أ) تختلف بشكل كبير بين منطقة و أخرى، فخلال الفترة الممتدة بين عامي 2009 و 2013 سجلت منطقة أوروبا وآسيا الوسطى أعلى معدل للتغطية بلغ 96% تلتها كل من منطقتي الشرق الأوسط و شمال أفريقيا (87%) وشرق آسيا والمحيط الهادئ (82%). في المقابل، فإن الأطفال في منطقة جنوب آسيا هم الأكثر عرضة لنقص الفيتامين (أ) وبالتالي خطر الإصابة بالعمى، بحيث لم يتلق أكثر من نصف الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و 59 شهرا جرعتين من الفيتامين (أ) (الشكل 11.4).

استهلاك الملح المعالج باليود

يعتبر استهلاك الملح المعالج باليود بشكل كاف أحد أشكال التدخل الرئيسية الأخرى للوقاية من نقص اليود و عواقبه وأيضا تحسينه. و حسب منظمة الصحة العالمية (2015c)، فإن نقص اليود هو السبب الأكثر شيوعا للعاهات العقلية في مرحلة الطفولة. ونتيجة لذلك، فإنه لا يؤثر فقط على أداء الطفل في تمدرسه ولكن أيضا على إنتاجيته والقدرة على العثور على وظيفة في مرحلة الرشد. وعلى الصعيد العالمي، يعاني ما يقرب من 50 مليون شخص من درجة معينة من العاهات العقلية المرتبطة بنقص اليود. ووفقا لأحدث التقديرات، فإن 69% من الأسر في العالم تتوفر على الملح المعالج باليود بشكل كاف (15 جزء في المليون أو أكثر)، لكن هناك تباين كبير بين البلدان النامية إذا ما تعلق الأمر بالتغطية (الشكل 11.4). هذا و سجلت البلدان النامية غير الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي أعلى نسبة للتغطية، بحيث تستهلك 74% من الأسر الملح المعالج باليود بشكل كاف. في المقابل، فقط 59% من الأسر هي التي تستهلك الملح المعالج باليود على نحو كاف في بلدان منظمة التعاون الإسلامي. و كان مستوى استهلاك الملح المعالج باليود بشكل كاف متقاربا في جميع مناطق منظمة التعاون الإسلامي باستثناء منطقة أوروبا و آسيا الوسطى حيث تستهلك 65% من الأسر الملح المعالج باليود بشكل كاف خلال فترة 2009-2013.

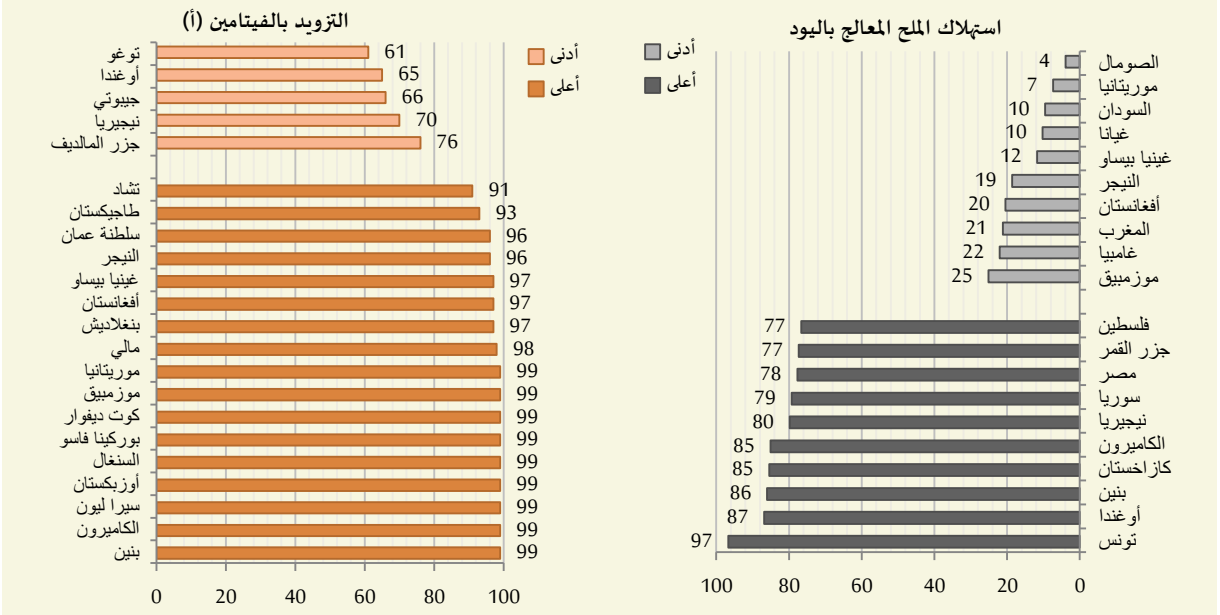
الشكل: 11.4
تغطية التزويد بالأغذية الدقيقة (%)، 2009-2013



المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة بناء على قاعدة بيانات اليونيسف

وعلى مستوى البلد الواحد، حقق 20 من أصل 27 بلدا في منظمة التعاون الإسلامي تتوفر حولها البيانات الهدف العالمي، أي تغطية التزويد بفيتامين (أ) بنسبة 80%. و فيما بين هذه البلدان العشرين، بلغت نسبة التغطية أكثر من 90% في 17 بلدا، 12 منها تنتمي لمنطقة أفريقيا جنوب الصحراء (الشكل 12.4). و فيما يخص استهلاك الملح المعالج

الشكل: 12.4
أعلى و أدنى مستويات تغطية التزويد بالأغذية الدقيقة في بلدان منظمة التعاون الإسلامي (%)، 2008-2012*



المصدر: قاعدة بيانات اليونيسف

باليود بشكل كاف، فإن تونس هو البلد الوحيد الذي تمكن من بلوغ الهدف العالمي، المتمثل في التغطية بنسبة 90%، من بين 43 بلدا في منظمة التعاون الإسلامي تتوفر حولها البيانات (الشكل 12.4). من بين أمور أخرى، تراوحت نسبة استهلاك الملح المعالج باليود بين 50% و 88% في 23 من بلدان منظمة التعاون الإسلامي، كما ظلت نسبة التغطية في 14 من هذه البلدان أكثر من 70%. وفي أسفل السلم نجد أن أقل من 30% من الأسر كانت تستهلك الملح المعالج باليود على نحو كاف في 11 بلدا من بلدان منظمة التعاون الإسلامي، وضمن هذه البلدان ظلت التغطية أقل من 15% في كل من الصومال وموريتانيا والسودان وغيانا وغينيا بيساو.

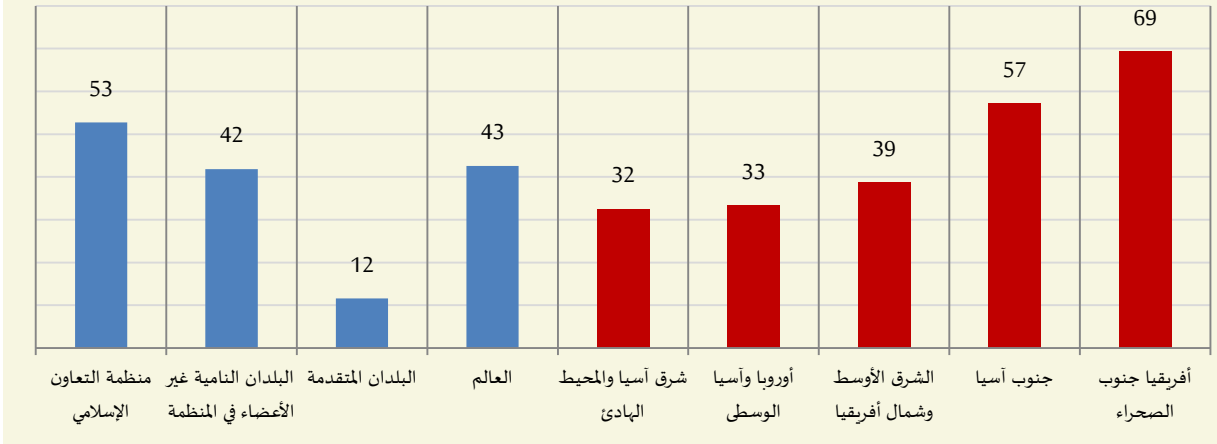
فقر الدم بسبب نقص الحديد

يعد نقص الحديد من أحد الاضطرابات الغذائية الأكثر شيوعا و انتشارا في العالم. وعلى الرغم من أنه ينتشر بشكل أكبر بين الأطفال والنساء في البلدان النامية ذات الدخل المنخفض، إلا أنه يعتبر نقص المغذيات الوحيد الذي يتنتشر بشكل كبير في البلدان المتقدمة أيضا. كما يعد نقص الحديد أحد أسباب فقر الدم لدى الأطفال الأكثر شيوعا. هناك أدلة دامغة على أن الإصابة بفقر الدم الناتج عن نقص الحديد خلال العامين الأولين من الحياة يؤدي إلى ضعف في التنمية المعرفية والسلوكية للأطفال و هو ما يستمر و لو بعد علاج نقص الحديد.

وحسب أحدث التقديرات، فإن أكثر من 43% من الأطفال دون سن الخامسة من العمر عانوا من فقر الدم عام 2011. ففي الوقت الذي بلغت فيه نسبة انتشار فقر الدم في البلدان المتقدمة 12% فقط، سجلت بلدان منظمة التعاون الإسلامي و البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة أرقاما مذهلة بلغت 53% و 42%، على التوالي، من الأطفال الذين يعانون من فقر الدم (الشكل 13.4). أما ضمن مناطق منظمة التعاون الإسلامي، فقد ظل فقر الدم لدى الأطفال تحديا صحيا كبيرا في جنوب آسيا وأفريقيا جنوب الصحراء، بحيث شكلت هاتين المنطقتين أكثر من 70% من مجموع الأطفال المصابين بفقر الدم في بلدان منظمة التعاون الإسلامي. وكما هو مبين في الشكل 13.4، فإن حوالي 69% من الأطفال عانوا من فقر الدم في أفريقيا جنوب الصحراء و 57% في منطقة جنوب آسيا. في المقابل، بلغت نسبة الأطفال المصابين بفقر الدم في المناطق الأخرى أقل من 40%.

الشكل: 13.4

انتشار فقر الدم بسبب نقص الحديد (%)، 2009-2013

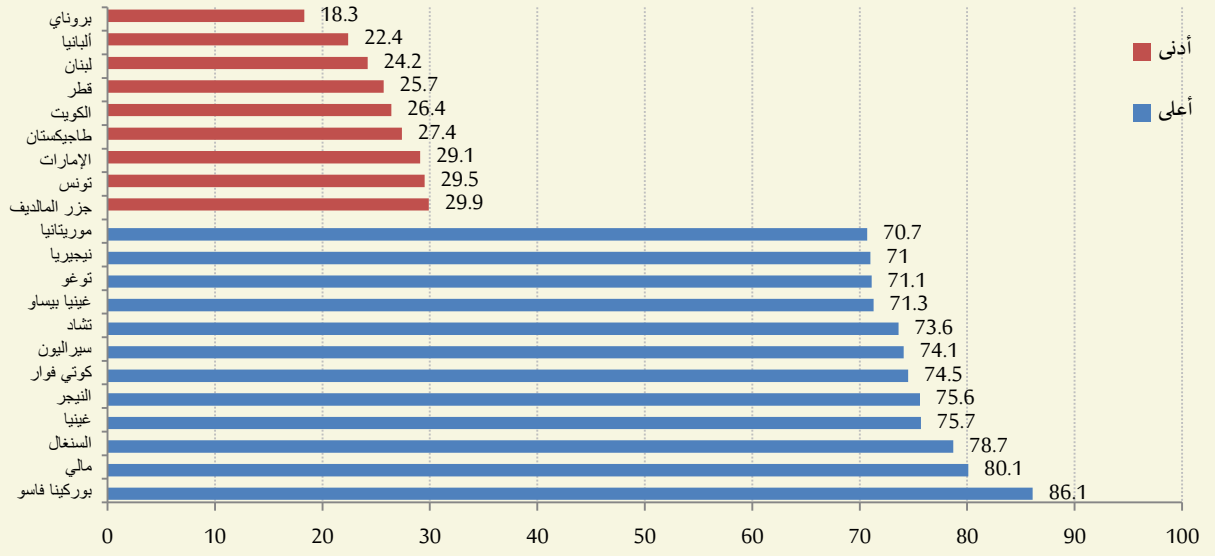


المصدر: حسابات موظفي أنقرة بناء على البنك الدولي، مؤشرات التنمية العالمية

و بالنظر لكل بلد على حدة، فكما هو مبين في الشكل 14.4، سجلت بروناي أدنى نسبة انتشار فقر الدم بين الأطفال (18.3%) تلتها كل من ألبانيا (22.4%) ولبنان (24.2%). وعلى الجانب الآخر من المقياس، ظلت نسبة انتشار المرض هي الأعلى في بوركينا فاسو (86%) تلتها كل من مالي (80.1%) والسنغال (78.7%). و عموما، فإن أكثر من نصف الأطفال كانوا مصابين بفقر الدم في 24 من بلدان منظمة التعاون الإسلامي، 21 منها تنتمي لمنطقة أفريقيا جنوب الصحراء.

الشكل: 14.4

بلدان منظمة التعاون الإسلامي ذات أدنى و أعلى مستويات انتشار فقر الدم بسبب نقص الحديد (%)، 2009-2013



المصدر: البنك الدولي، مؤشرات التنمية العالمية

5 التعليم الأساسي و التمدرس

تعد القدرة على إنتاج المعرفة واستخدامها عاملا رئيسيا في التنمية المستدامة وتحقيق ميزة نسبية. "التعليم شرط أساسي من شروط التنمية الاقتصادية ومكافحة الفقر، والقرآن يصرح، و بقدر عال من الأولوية، بأهمية تعليم الفتيات والفتيان" (اليونيسف، 2005). إن الإقبال على التعليم في تزايد مستمر في كل أنحاء العالم، و هو ما يتيح فرصة ثمينة للبلدان النامية لإعداد قوى عاملة مدربة تدريبا جيدا من أجل تحقيق النمو والتنمية. كما أنه بإمكان العمال المتعلمين، أو ذوي المهارات العالية، أداء المهام المعقدة وبالتالي المساهمة في التوصل إلى منتجات أكثر تطورا من الناحية التكنولوجية، كما يرفعون أيضا من القدرة الاستيعابية للبلد من خلال اكتساب المعرفة و التكنولوجيا الأجنبية وتطبيقها، وهو أمر بالغ الأهمية في تحقيق تنويع اقتصادي و تنمية ناجحة.

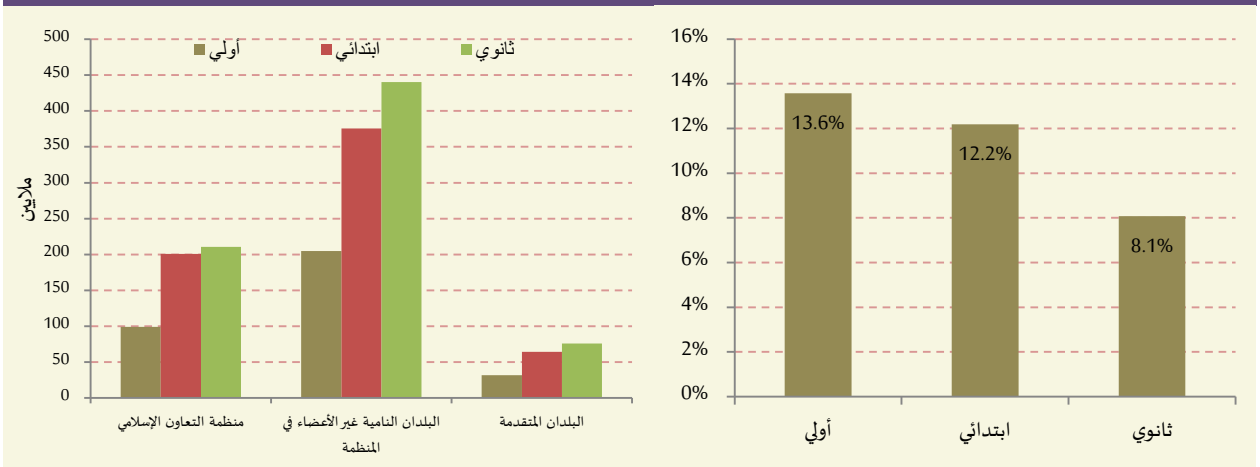
إن الحصول على التعليم الأساسي حق أساسي لكل طفل، هذا لأنه يساعد الأطفال على التعلم وتنمية شخصيتهم وهويتهم ويرسم معالم مكانتهم الاجتماعية والاقتصادية والثقافية في المستقبل. و مع مرور السنوات، أحرزت مكاسب مهمة نحو تحقيق هدف حصول الجميع على التعليم، و مع ذلك ما يزالا الملايين من الأطفال في سن المدرسة الابتدائية والثانوية محرومين من التمدرس في حين لم يتمكن الملايين من الأطفال الآخرين إكمال دراستهم الابتدائية والثانوية. يسلط هذا القسم الضوء على تعليم الأطفال و تمدرسهم في بلدان منظمة التعاون الإسلامي بشكل مفصل و ذلك من خلال النظر في اتجاهات وضع الالتحاق بالمدارس الابتدائية والثانوية واستكمال الدراسة فيها و التطور الحاصل. ويركز القسم في الأخير على كفاية خدمات التعليم الأساسي في بلدان منظمة التعاون الإسلامي من منظور مقارن.

5.1 الالتحاق و الحضور بالمدارس

السكان في سن التمدرس

إن عدد السكان في بلدان منظمة التعاون الإسلامي آخذ في الارتفاع، فقد تجاوز عددهم 1.6 مليار أي ما يعادل نسبة 23% من سكان العالم و ذلك اعتبارا من عام 2014. وبلغ عدد السكان في سن التمدرس الذين يتابعون دراستهم في

الشكل: 1.5 & 2.5 (اليمين)
السكان في سن التمدرس، 2013؛ نسب التغير في عدد السكان في سن التمدرس في منظمة التعاون الإسلامي بين 2003 و 2013

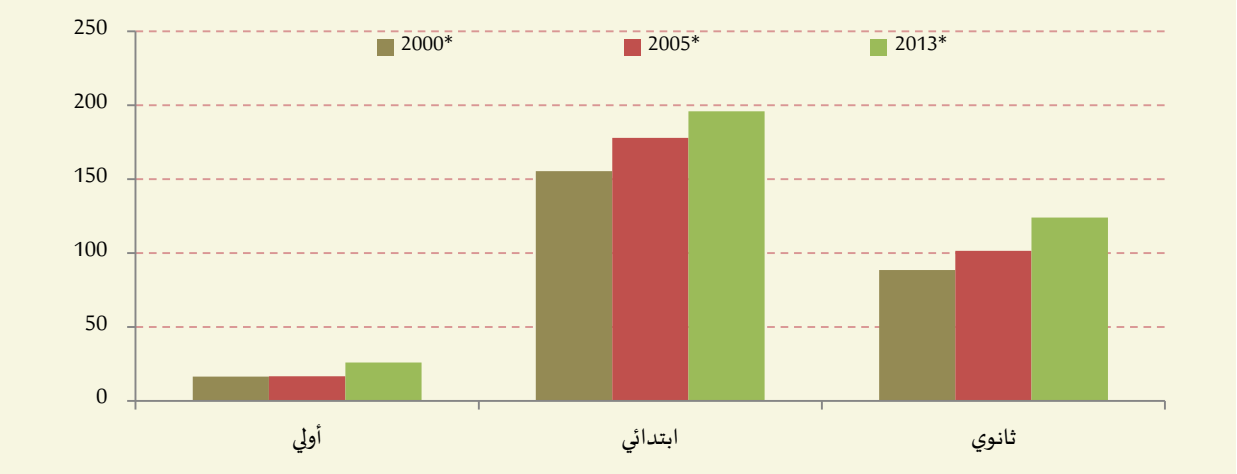


المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة بناء على اليونسكو، قاعدة بيانات معهد اليونسكو للإحصاء

المرحلتين الابتدائية والثانوية 200 مليون و210 مليون على التوالي في مجموعة منظمة التعاون الإسلامي (الشكل 1.5). كما أن عدد سكان مجموعة منظمة التعاون الإسلامي في سن التمدرس في تزايد مستمر و بوتيرة سريعة مع مرور الوقت وذلك بفضل ارتفاع معدل الخصوبة المسجل في بلدان المنظمة (الشكل 2.5). وهذا يعني أنه ينبغي لكل البلدان الأعضاء توفير خدمات تعليمية إضافية للأطفال على جميع المستويات (الأولي والابتدائي والثانوي) وذلك ليعيشوا حياة من شأنها أن تساعد هذه البلدان على بناء رأس المال البشري. في مجموعة منظمة المؤتمر الإسلامي، فقد سجلت أعلى نسبة زيادة (13.6%) في عدد السكان في سن التمدرس على مستوى التعليم الأولي وذلك نتيجة ارتفاع معدل الخصوبة بين عامي 2003 و 2013 (الشكل 2.5)، كما ارتفع أيضا عدد السكان في سن التمدرس في المرحلة الابتدائية بنسبة 12.2% خلال نفس الفترة.

ونظرا لدينامية السكان وزيادة أهمية التعليم، عمدت العديد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي إلى الاستثمار بكثافة في التعليم ما نتج عنه زيادة أعداد الأطفال الملتحقين بالمدرسة. ويوضح الشكل 3.5 أنه اعتبارا من عام 2013 بلغ عدد الأطفال المسجلين في التعليم الأولي ذروته، أي 25 مليون طفل، وتجاوز عددالأطفال المسجلين في التعليم الابتدائي عتبة 195 مليون، أما على مستوى المدارس الثانوية بلغ هذا الرقم 123 مليون. في هذا الصدد، تم تسجيل تحسن معتدل نسبيا خلال الفترة قيد النظر على مستوى مدارس التعليم الأولي، وهو ما يدل على أن مجموعة منظمة التعاون الإسلامي بحاجة إلى مزيد من الاستثمار في التعليم الأولي (الشكل 3.5).

الشكل: 3.5
عدد الأطفال المسجلين في المدارس في منظمة التعاون الإسلامي (ملايين)



المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة بناء على اليونسكو، قاعدة بيانات معهد اليونسكو للإحصاء

لم تشهد بلدان منظمة التعاون الإسلامي ارتفاعا في عدد السكان فحسب، بل عرفت أيضا ارتفاعا كبيرا في متوسط سنوات الدراسة. فوفقا لمركز أنقرة (2014)، كان عدد البلدان حيث بلغ متوسط سنوات الدراسة لأكثر من 6 سنوات ضمن مجموعة منظمة التعاون الإسلامي فقط 4 بلدان عام 1970، لكن هذا العدد أصبح 26 بلدا عام 2010. ووفقا لتقديرات الأمم المتحدة، فإنه من المتوقع أن يكون الحد الأدنى لمتوسط سنوات الدراسة 4 سنوات في عام 2030،

وسيصل إلى 6 سنوات عام 2050 في بلدان منظمة التعاون الإسلامي حيث من المتوقع أن تسجل معظم البلدان متوسط معدلات الالتحاق بالمدارس أكثر من 8 سنوات اعتبارا من عام 2050 (مركز أنقرة، 2014).

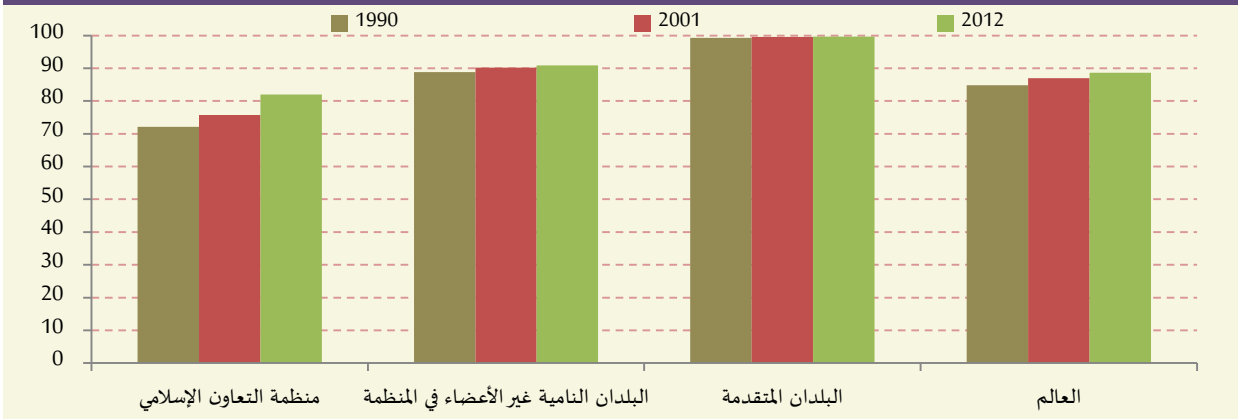
وعلى الرغم من التقدم الكبير الحاصل على مستوى التعليم، إلا أنه ما زالت هناك بلدان في منظمة التعاون الإسلامي حيث لم يلتحق الأطفال بالمدرسة. فعلى سبيل المثال، بلغت نسبة السكان غير المتمدرسين في النيجر 84% عام 2010. والأسوأ من ذلك كله هو وجود تفاوت كبير بين المناطق ضمن بلدان منظمة التعاون الإسلامي من حيث التمدرس وهو ما يعيق التحاق الكثير من الأطفال بالمؤسسات التعليمية الرسمية.

وبالرغم من كل التطورات الإيجابية في التعليم المدرسي في مجموعة منظمة التعاون الإسلامي، تشير الأرقام إلى أن الأمية ما زالت قائمة كأحد أبرز التحديات في صفوف الأطفال والسكان الشباب. ومع ذلك، فإن الاتجاه الإيجابي المسجل على مدى العقدين الأخيرين في مجموعة منظمة التعاون الإسلامي يبدو واعدا بشكل كبير. مقارنة مع عام 1990، فإن معدل الإلمام بالقراءة والكتابة بين الشباب في مجموعة منظمة التعاون الإسلامي كان أعلى بعشر نقاط مئوية خلال سنة 2012. و خلال نفس الفترة، ارتفع متوسط البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة بنسبة نقطتين مئويتين فقط. أما المتوسط العالمي فقد بلغ 88% في عام 2012 وهي نسبة تفوق متوسط منظمة التعاون الإسلامي 82% في العام نفسه (الشكل 4.5).

سجلت بعض بلدان المنظمة معدلات بلغت 99% للإلمام بالقراءة والكتابة مثل أوزبكستان وأذربيجان. وعلى الجانب الآخر، فقط 23.5% من مجموع السكان الشباب في النيجر بما في ذلك الأطفال من يستطيعون القراءة والكتابة (الشكل 5.5). ومن بين الأوجه الأخرى للمشكلة التي تشهدها بلدان منظمة التعاون الإسلامي هو وجود التفاوت بين الجنسين في معدلات الأمية. فعلى الرغم من أن معدلات الإلمام بالقراءة و الكتابة بين الشباب من الذكور والإناث تفوق 80%، إلا أن التفاوت بين الجنسين في أوساط الشباب من الذكور والإناث يتجاوز 6.5 نقطة مئوية (الشكل 6.5).

الشكل: 4.5

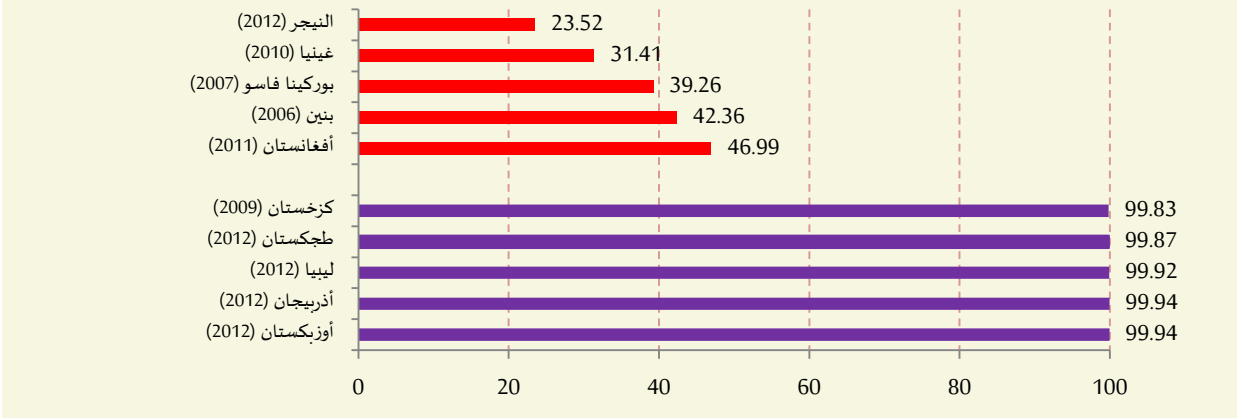
معدلات الإلمام بالقراءة والكتابة بين الشباب (%)



المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة بناء على مؤشرات التنمية العالمية واليونسكو، قاعدة بيانات معهد اليونسكو للإحصاء

الشكل: 5.5

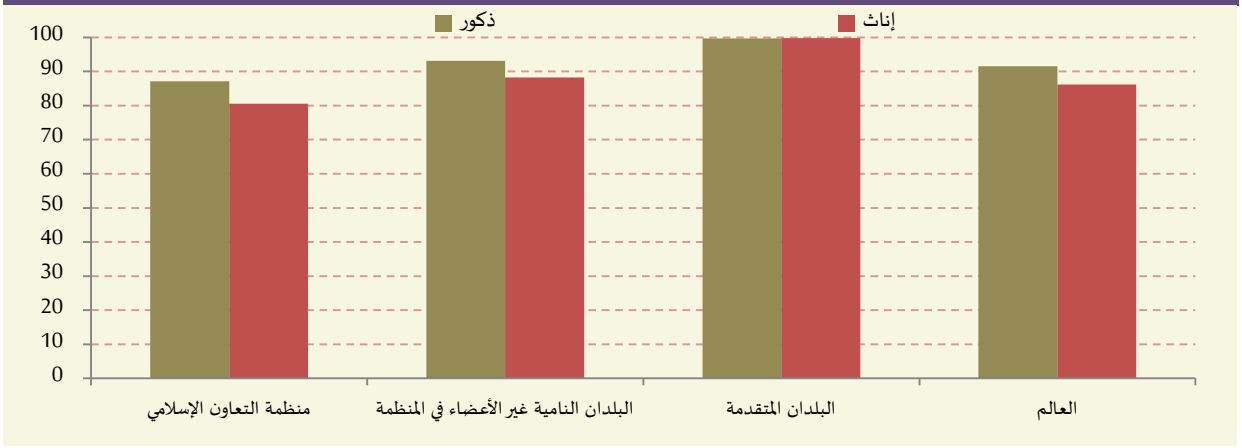
بلدان المنظمة ذات أدنى وأعلى أداء في معدلات الإلمام بالقراءة والكتابة بين الشباب



المصدر: مؤشرات التنمية العالمية واليونسكو، قاعدة بيانات معهد اليونسكو للإحصاء

الشكل: 6.5

معدلات الإلمام بالقراءة والكتابة بين الشباب من الجنسين، 2008-2012



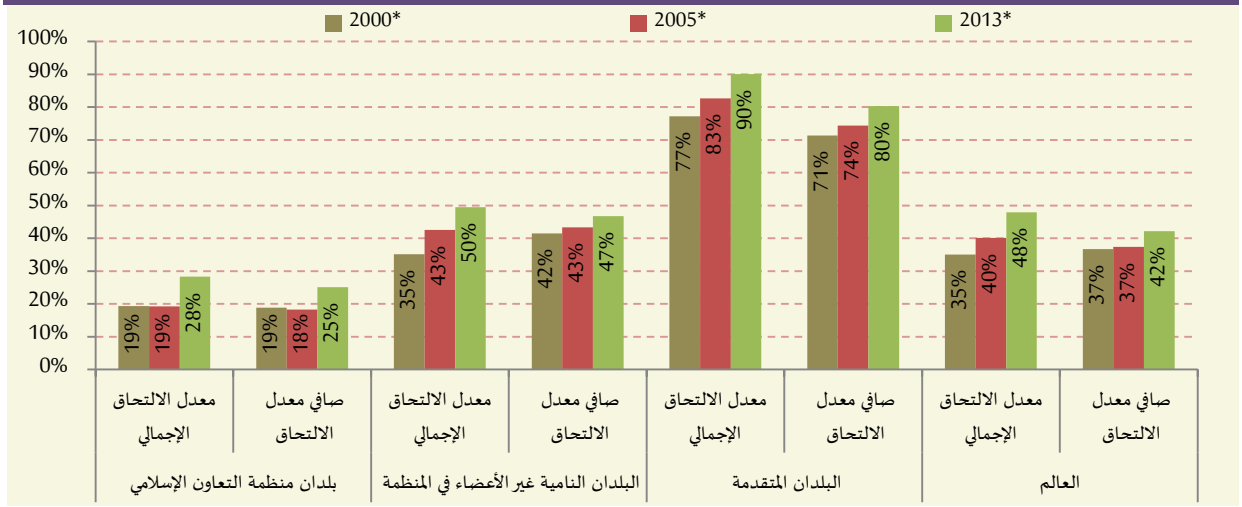
المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة بناء على مؤشرات التنمية العالمية واليونسكو، قاعدة بيانات معهد اليونسكو للإحصاء

معدل الالتحاق بالمدرسة

يمكن للمشاركة في برامج التعليم الأولي ليس فقط تحسين أداء الأطفال في المدارس الابتدائية لاحقا ، ولكن لها أيضا دور رعاية الأطفال بالنسبة للآباء والأمهات العاملين. فخلال الفترة الممتدة بين عامي 2000 و 2013، ارتفع عدد الأطفال الملتحقين بأقسام التعليم الأولي في العالم من 116.7 إلى 181.8 مليون (مركز أنقرة، 2014).

الشكل: 7.5

معدلات الالتحاق بالتعليم الأولي

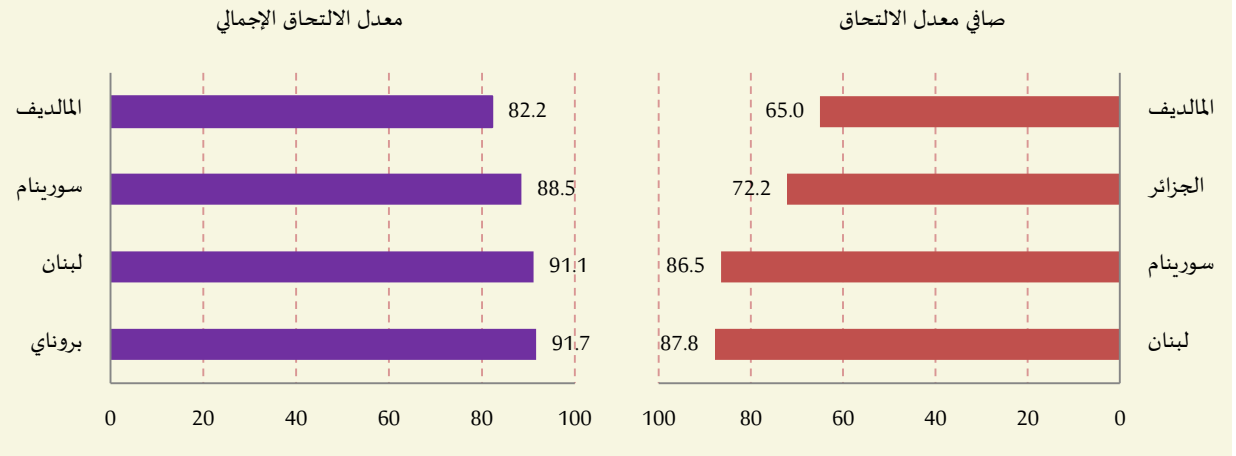


المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة بناء على مؤشرات التنمية العالمية واليونسكو، قاعدة بيانات معهد اليونسكو للإحصاء. *أو آخر سنة

وبالنسبة للبلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي، كانت وتيرة ازدهار معدلات الالتحاق بالتعليم الأولي أبطأ نسبيا من الوتيرة العالمية، هذا على الرغم من أن عدد المسجلين في التعليم الأولي ارتفع من 16.3 إلى 25.9 مليون. أما في البلدان النامية غير الاعضاء في المنظمة، ازداد عدد الأطفال الملتحقين بمدارس التعليم الأولي من 76.5 مليون سنة 2000 إلى 127.4 مليون سنة 2013 - وهو ما يعادل زيادة بنسبة الثلثين. ويبقى المتوسط المسجل في بلدان منظمة التعاون الإسلامي أقل بكثير من المتوسط العالمي ومتوسط البلدان المتقدمة اعتبارا من عام 2013 سواء من حيث صافي معدل الالتحاق بالمدارس (NER) أو معدل الالتحاق بالمدارس الإجمالي (GER) على مستوى التعليم الأولي. وفي المتوسط، بلغ

الشكل: 8.5

بلدان منظمة التعاون الإسلامي الأفضل أداء من حيث معدلات الالتحاق بالتعليم الأولي، 2013*



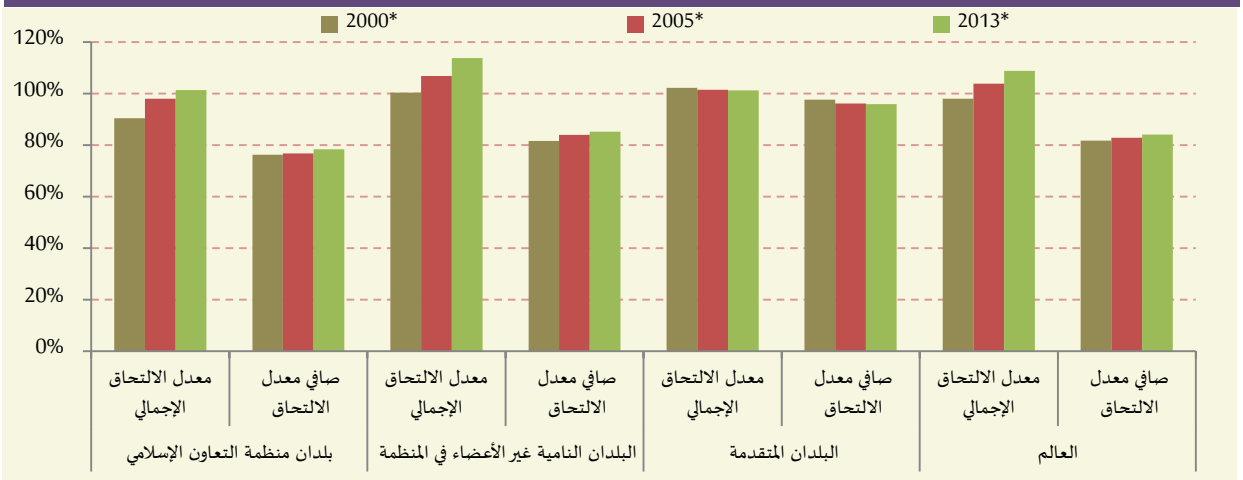
المصدر: مؤشرات التنمية العالمية واليونسكو، قاعدة بيانات معهد اليونسكو للإحصاء. *أو آخر سنة

معدل الالتحاق بالمدارس الإجمالي نسبة 28.3%، كما بلغ صافي معدل الالتحاق بالمدارس نسبة 25.0% في مجموعة منظمة التعاون الإسلامي عام 2013 (الشكل 7.5). وكانت بروناي هي من سجلت أعلى معدل للالتحاق بالمدارس الاجمالي (GER) (91.7%) خلال سنة 2013،في حين كانت لبنان الأفضل أداء من حيث وكان لبنان البلد الأفضل أداء من حيث صافي معدل الالتحاق بالمدارس (NER) في عام 2013 بحيث سجلت نسبة 87.8% (الشكل 8.5).

ويشمل التعليم الأساسي أو الابتدائي برامج مصممة عادة على أساس الوحدة أو المشروع لتزويد التلاميذ بتعليم أساسي سليم في القراءة والكتابة والرياضيات إلى جانب فهم أولي لمواد أخرى مثل التاريخ والجغرافيا والعلوم الطبيعية والعلوم الاجتماعية والفنون والموسيقى. في هذا الصدد، يعكس الشكل 9.5 توجهات معدل الالتحاق الاجمالي (GER) و صافي معدل الالتحاق (NER) بالمدارس الابتدائية في بلدان منظمة التعاون الإسلامي بالمقارنة مع مجموعات البلدان الأخرى والعالم. واعتبارا من عام 2013، بلغ عدد تلاميذ المدارس الابتدائية في بلدان المنظمة 196.0 مليون، وهو ما يمثل 28.0% و30.9% من مجموع معدلات الالتحاق بالمدارس الابتدائية في العالم و في البلدان النامية، على التوالي. كما ارتفعت أرقام كل من معدل الالتحاق العام (GER) و صافي معدل الالتحاق (NER) باطراد في مجموعة منظمة التعاون الإسلامي بلغت 101.3% و 78.3% على التوالي في عام 2013. ومع ذلك، فإن أرقام كلا المعدلين متؤخرة عن متوسطات البلدان النامية غير الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي. وعلى مستوى البلد الواحد، سجلت الغابون أعلى معدل التحاق عام (GER) (164.8%) في عام 2013 كما بلغت إيران أعلى صافي معدل التحاق (NER) خلال 2013 بنسبة 99.8% بالمدارس الابتدائية (الشكل 10.5).

الشكل: 9.5

معدلات الالتحاق بالتعليم الابتدائي



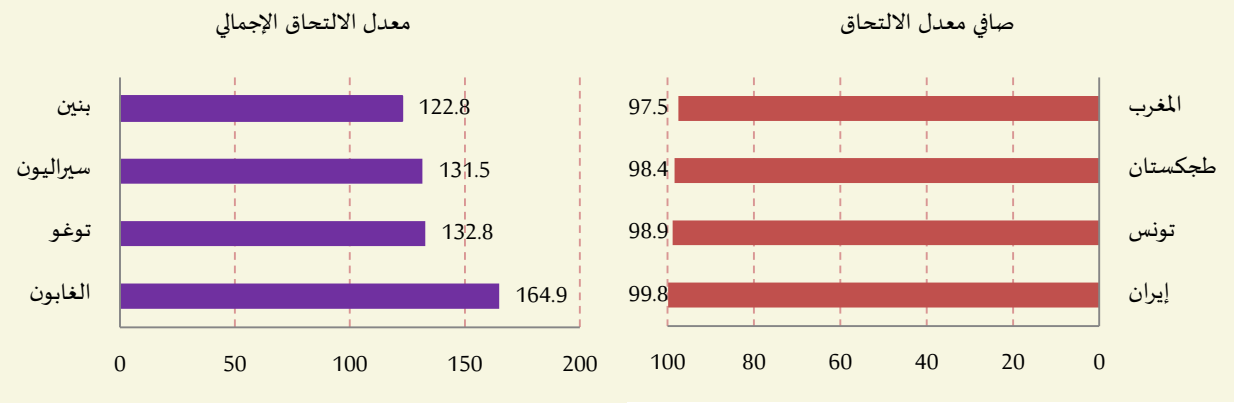
المصدر: حسابات موظفي أنقرة بناء على مؤشرات التنمية العالمية واليونسكو، قاعدة بيانات معهد اليونسكو للإحصاء. *أو آخر سنة

يشير التعليم الثانوي رسميا للبرامج في المستويين 2 و 3 للتصنيف الدولي الموحد للتعليم (ISCED). يصمم التعليم الثانوي الأولي (المستوى 2 للتصنيف الدولي الموحد للتعليم) عموما كاستمرارية للبرامج الأساسية للمستوى الابتدائي إلا أن التدريس في هذه المرحلة عادة ما يكون مرتكزا أكثر على المادة – وهو الأمر الذي يتطلب بدوره أساتذة أكثر تخصصا في كل مادة من المواد، وغالبا ما تتزامن نهاية هذا المستوى مع نهاية التعليم الإلزامي. وفي التعليم الثانوي المتقدم

(المستوى 3 للتصنيف الدولي الموحد للتعليم)، وهي المرحلة النهائية من التعليم الثانوي في معظم البلدان، غالبا ما تصنف الدروس حسب مجالات مختلفة يقدمها عادة أساتذة أكثر كفاءة - بالمقارنة مع المستوى 2 للتصنيف الدولي الموحد للتعليم - من حيث مستوى تخصصهم في المادة.

الشكل: 10.5

بلدان منظمة التعاون الإسلامي الأفضل أداء من حيث معدلات الالتحاق بالتعليم الابتدائي، 2013*

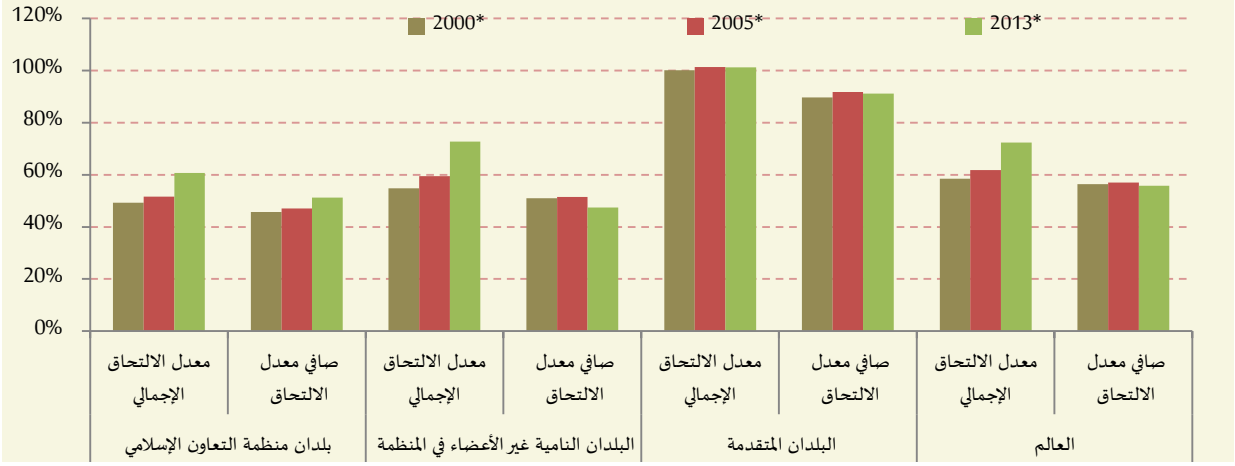


المصدر: مؤشرات التنمية العالمية واليونسكو، قاعدة بيانات معهد اليونسكو للإحصاء. *أو آخر سنة

وسجل العدد الإجمالي للتلاميذ المسجلين في المدارس الثانوية في بلدان منظمة التعاون الإسلامي ارتفاعا من 88.4 مليون عام 2000 إلى 123.9 مليون سنة 2013 (مركز أنقرة، 2014). وتكشف الأرقام المتعلقة بالالتحاق بالمدارس الثانوية أن العدد الإجمالي لتلاميذ المدارس الثانوية في بلدان المنظمة ازداد بوتيرة أعلى قليلا مقارنة مع البلدان النامية غير الأعضاء

في المنظمة والعالم ككل. وكما هو الحال بالنسبة لمعدل الالتحاق الاجمالي (GER) بالمدارس الابتدائية، فإن هذا المعدل بالنسبة للمدارس الثانوية بدوره أظهر توجها تصاعديا في جميع أنحاء العالم إلا إذا ما استثنينا البلدان المتقدمة حيث ظل متوسط معدل الالتحاق الاجمالي (GER) بالمدارس الثانوية مستقر نسبيا (الشكل 11.5). ففي بلدان المنظمة ، ارتفع هذا المتوسط من 49.3% في عام 2000 إلى60.7% عام 2013، كما سجل صافي معدل الالتحاق (NER) 51.2% خلال نفس العام. واعتبارا من عام 2013، سجلت البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة معدل الالتحاق الإجمالي (GER) بالمدارس الثانوية بلغ 72.7%، مقارنة مع 54.8% فقط خلال سنة 2000. وكانت المملكة العربية السعودية هي البلد المسجل لأعلى معدل التحاق إجمالي بالمدارس الثانوية (116.1%) في مجموعة منظمة التعاون الإسلامي، أمّا من حيث صافي معدل الالتحاق (NER) فقد كانت قطر الأفضل أداء (94.9%) في المجموعة عام 2013 (الشكل 12.5).

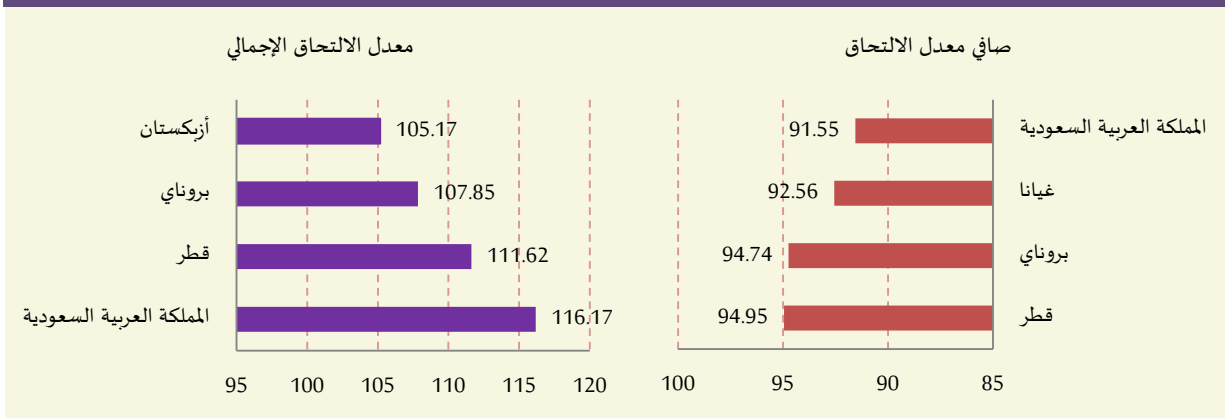
الشكل: 11.5
معدلات الالتحاق بالمدارس الثانوية



المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة بناء على مؤشرات التنمية العالمية واليونسكو، قاعدة بيانات معهد اليونسكو للإحصاء.

وأخيرا، يبرز الشكل 13.5 معدلات مؤشر التكافؤ بين الجنسين (GPI) (على أساس GER) في مراحل التعليم الأولي والابتدائي والثانوي في أربع مجموعات للبلدان. فوفقا لبيانات 2012 التي تم الحصول عليها من اليونسكو، فإن معدل مجموعة منظمة التعاون الإسلامي على مؤشر التكافؤ بين الجنسين (GPI) هو 1.004 على مستوى التعليم الأولي ما يشير إلى عدم وجود تفاوت كبير بين الجنسين، لكن على مستوى المرحلتين الابتدائية والثانوية فإن هناك تفاوت طفيف لصالح الذكور بحيث يتراجع المعدل إلى 0.99 على مؤشر التكافؤ بين الجنسين (GPI). لذلك، فإن التفاوت بين الجنسين من حيث المشاركة في التعليم في مجموعة منظمة التعاون الإسلامي مرتكز بدرجة أكبر في المرحلتين الابتدائية والثانوية بحيث غالبا ما يستفيد الذكور أكثر من الإناث.

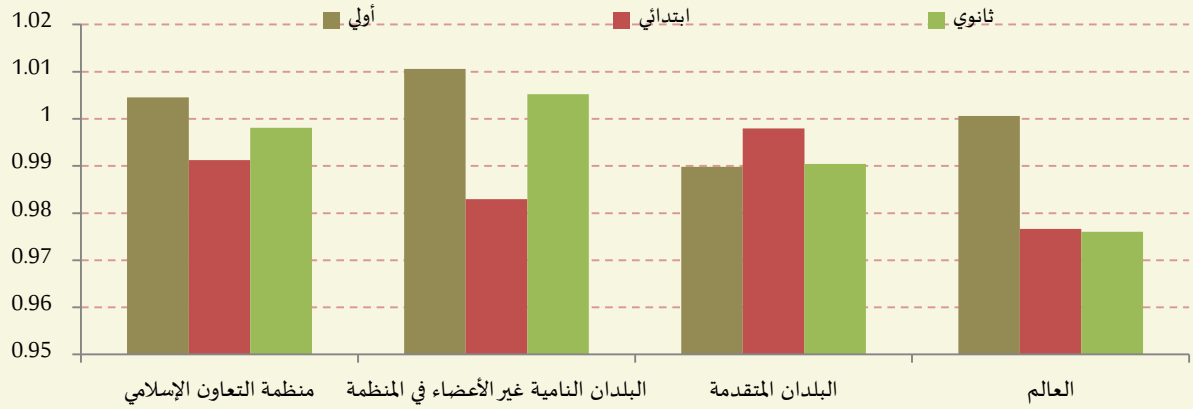
الشكل: 12.5
بلدان منظمة التعاون الإسلامي الأفضل أداء من حيث معدلات الالتحاق بالتعليم الثانوي، 2013*



المصدر: مؤشرات التنمية العالمية واليونسكو، قاعدة بيانات معهد اليونسكو للإحصاء. * أو آخر سنة

الشكل: 13.5

مؤشر التكافؤ بين الجنسين لمعدل الالتحاق الإجمالي، 2012



المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة بناء على اليونسكو، مركز بيانات معهد اليونسكو للإحصاء. **ملاحظة:** يقيس مؤشر التكافؤ بين الجنسين (GPI) التطور الحاصل نحو تحقيق التكافؤ بين الجنسين في المشاركة في التعليم و / أو فرص التعلم المتاحة للإناث مقارنة بتلك المتوفرة للذكور. إذا أشار المؤشر إلى رقم 1 فهذا يعني أن هناك تكافؤ بين الإناث والذكور. وعموما، إذا كانت القيمة أقل من 1 فهذا يشير إلى وجود عدم تكافؤ لصالح الذكور أما إذا كانت القيمة أكثر من 1 فهذا يعني وجود عدم تكافؤ في صالح الإناث.

وبشكل عام، حققت مجموعة منظمة التعاون الإسلامي خلال العقود الماضية نتائج مهمة من حيث التمدرس وتوفير التعليم الأساسي للأطفال. ومع ذلك، فإن المتوسطات المسجلة في بلدان المنظمة أقل بكثير من المتوسطات المسجلة في العالم بخصوص معدلات الالتحاق بالمدارس ومعدلات الإلمام بالقراءة والكتابة. وعلاوة على ذلك، مازال هناك تفاوت بين الجنسين في التعليم في العديد من البلدان الأعضاء في المنظمة لصالح الذكور على حساب الإناث وهذا ما ينبغي لصانعي السياسات الانتباه له و معالجته.

5.2 الإكمال و التقدم

تناول القسم الفرعي السابق نسب المشاركة في التعليم بالنظر لمعدلات الإلمام بالقراءة و الكتابة ومعدلات الالتحاق بالمدارس من منظور مقارن. ومع ذلك، فإن الالتحاق بالمدرسة ما هو إلا الخطوة الأولى من حياة تعليم الطفل، إذ يعتبر البقاء في المدارس والاستمرار في التعليم لغاية آخر مرحلة والأكثر أهمية التخرج بنجاح من المؤسسة التعليمية من الخطوات الأخرى المهمة في الحياة التعليمية. في هذا السياق، يتناول هذا القسم الفرعي مؤشرات الإكمال والتقدم في التعليم في بلدان منظمة التعاون الإسلامي.

معدل الإكمال/ إكمال الدراسة

يشير معدل الإكمال/إكمال الدراسة للعدد الإجمالي للتلاميذ الذين أتموا (أو تخرجوا من) السنة الأخيرة من التعليم الابتدائي أو الثانوي، بغض النظر عن السن، معبرا عنه كنسبة مئوية من السكان في سن التخرج الرسمي.

يعرض الشكل 14.5 معدلات إكمال التعليم الابتدائي في مختلف مجموعات البلدان وذلك للفترة الممتدة بين عامي 1990 و 2012. ازداد متوسط المعدل العالمي لإكمال الدراسة من نسبة 73% المسجلة عام 1990 إلى 88% عام 2006. وبعد

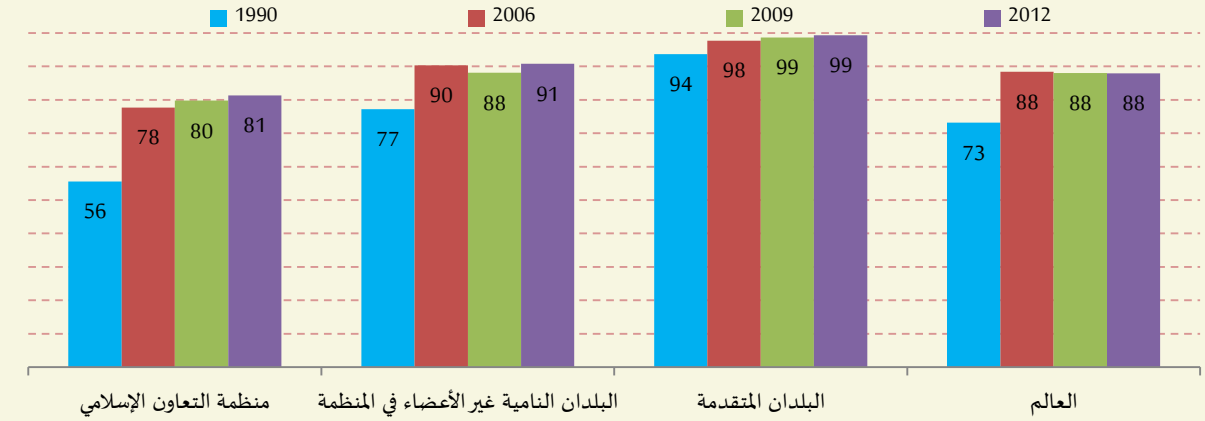
ذلك لم تتغير بشكل ملحوظ بين عامي 2006 و 2012، على الرغم من تمكن بعض مجموعات البلدان من تحسين معدلات إكمال الدراسة. وشهدت البلدان المتقدمة زيادة بنسبة 6 نقاط مئوية منذ عام 1990. ومما لا شك فيه فقد لعبت التكنولوجيا المبتكرة دورا هاما بحيث لم تؤد فقط لارتفاع معدلات التخرج ولكن نتج عنها أيضا انخفاض في الأداء. وبالنسبة لمجموعة البلدان النامية غير الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي فإنها لم تشهد تغييرا ملحوظا في معدلات إكمال الدراسة خلال الفترة الممتدة بين عامي 2006 و 2012، ومع ذلك فقد كان هناك تحسن كبير بالمقارنة مع فترة التسعينات. كما حققت البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي، في المتوسط، زيادة في معدلات إكمال الدراسة من 55% المسجلة سنة 1990 إلى 77.7% في عام 2006، وبحلول عام 2012 بلغت النسبة 81.3% في هذه المجموعة (الشكل 14.5). وبعبارة أخرى، فإن الزيادة بلغت 26 نقطة مئوية بالنسبة لمجموعة منظمة التعاون الإسلامي بالمقارنة مع عام 1990. وعلى الرغم من هذا التحسن الحاصل في مجموعة المنظمة، إلا أن متوسطها ما زال متخلفا عن متوسطات البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة وعن البلدان المتقدمة والعالم اعتبارا من عام 2012.

ويعرف معدل إكمال الدراسة أيضا بمعدل الوصول الإجمالي للصف الأخير من التعليم الابتدائي. يمكن للنسبة أن تتجاوز 100% وذلك بسبب الأطفال الذين يدخلون المدارس الابتدائية متأخرين/ مبكرا و/أو يعيدون نفس الفصل وعمرهم يتجاوز السن القانونية أو يقل عنها. ففي عام 2012، فقط 14 بلدا من منظمة التعاون الإسلامي، من بين البلدان التي تتوفر حولها البيانات، هي التي حققت نسبة إكمال الدراسة تفوق المتوسط العالمي البالغ 87%. وعلى مستوى البلد الواحد، كانت كل من الإمارات العربية المتحدة ومصر الأفضل أداء من حيث معدلات إكمال الدراسة سنة 2012 وذلك بنسبتي 111% و 107% على التوالي (الشكل 15.5).

ومن ناحية التفاوت بين الجنسين، فقد سجلت مجموعة منظمة التعاون الإسلامي، في المتوسط، نسبة إكمال الدراسة بلغت حوالي 85.6% للذكور و 80.6% للإناث سنة 2012، وكلا الرقمين تجاوزا المتوسط العالمي. من ناحية أخرى، سجلت البلدان المتقدمة، في المتوسط، معدل إكمال الدراسة بلغ 98.8% بالنسبة للذكور و 96.6% للإناث. لهذا فإن مسألة التفاوت القائم بين الجنسين لصالح الذكور على مستوى إكمال التعليم الابتدائي لا يزال مصدر قلق لكثير من البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي (الشكل 16.5).

الشكل: 14.5

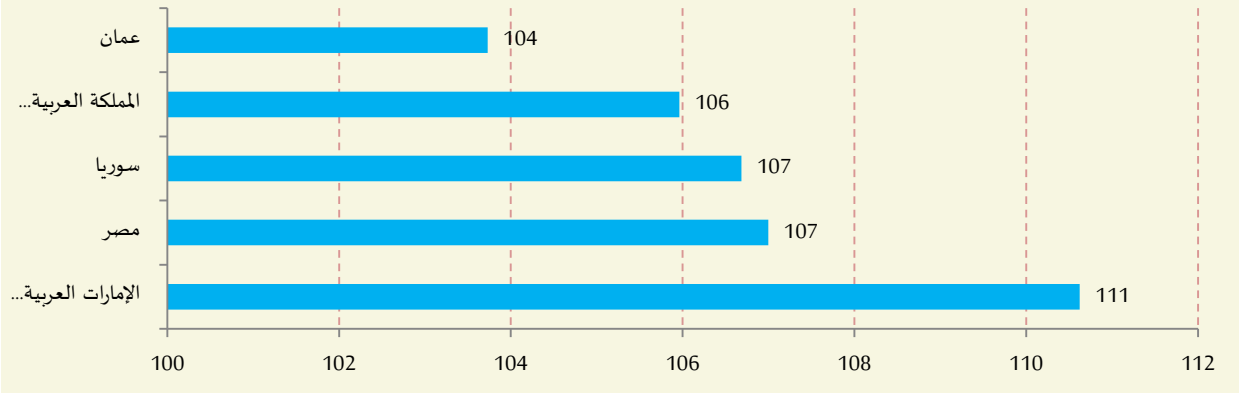
معدلات إكمال الدراسة في التعليم الابتدائي (%)



المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة بناء على مؤشر التنمية العالمية و اليونسكو، قاعدة بيانات معهد اليونسكو للإحصاء

الشكل: 15.5

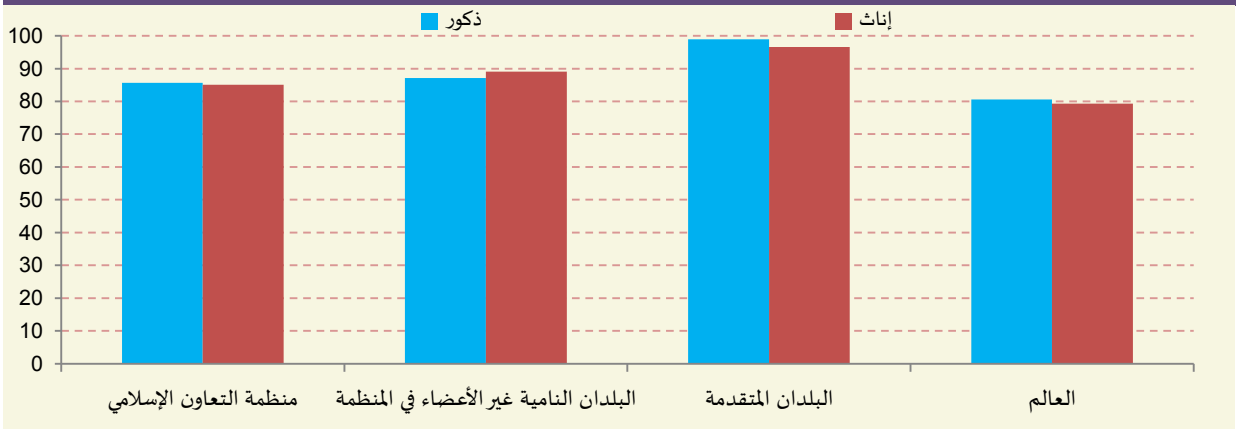
بلدان منظمة التعاون الإسلامي ذات أعلى معدلات إكمال الدراسة، 2012



المصدر: مؤشر التنمية العالمية و اليونسكو، قاعدة بيانات معهد اليونسكو للإحصاء

الشكل: 16.5

معدلات إكمال الدراسة في المرحلة الابتدائية (%)، 2012



المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة بناء على مؤشرات التنمية العالمية و اليونسكو، قاعدة بيانات معهد اليونسكو للإحصاء

معدل الرسوب

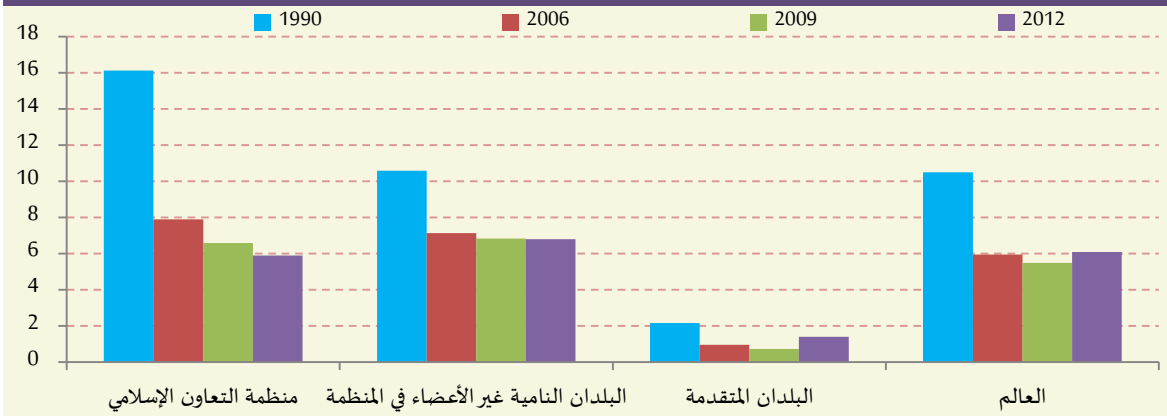
يشير معدل الرسوب لنسبة التلاميذ من فوج معين مسجلين في صف معين في سنة دراسية محددة الذي يدرسون في الصف نفسه في العام الدراسي الموالي. وببساطة يقيس حالة التلاميذ الذين يكررون الفصل وتأثيره على الكفاءة الداخلية للنظم التعليمية. وبالإضافة إلى ذلك، فهو واحد من المؤشرات الرئيسية لتحليل وتوقع تدفقات التلميذ من الصف الأول إلى درجة أعلى ضمن دورة تعليمية.

ويبين الشكل 17.5 معدلات الرسوب في المدارس الابتدائية لمجموعات مختلفة من البلدان بين عامي 1990 و 2012. فقد انخفض معدل الرسوب العالمي في المدارس الابتدائية من 10.4% سنة 1990 إلى 6.0% عام 2012، وهو نفس المنحى

الذي توجه فيه المعدل في مجموعة البلدان المتقدمة. كما أن مجموعة منظمة التعاون الإسلامي ومجموعة البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة بدورهما أنقصتا من معدلات الرسوب خلال الفترة قيد النظر، بحيث نجحت مجموعة منظمة التعاون الإسلامي في خفض المعدل من 16.1% سنة 1990 إلى 5.9% سنة 2012. ويعود الفضل في هذا المنحى التراجعي في البلدان النامية، بما في ذلك أعضاء منظمة التعاون الإسلامي، طوال العقد الماضي أساسا لنظام التعليم السائر في التحسن نتيجة للجودة التي تبديها هيئات التدريس أفضل من ذي قبل وزيادة عدد بدائل التعلم عن بعد. ومع ذلك، تظهر الأرقام أنه يتعين على مجموعة منظمة التعاون الإسلامي القيام بمزيد من العمل لخفض معدلات الرسوب إلى مستوى الدول المتقدمة.

الشكل: 17.5

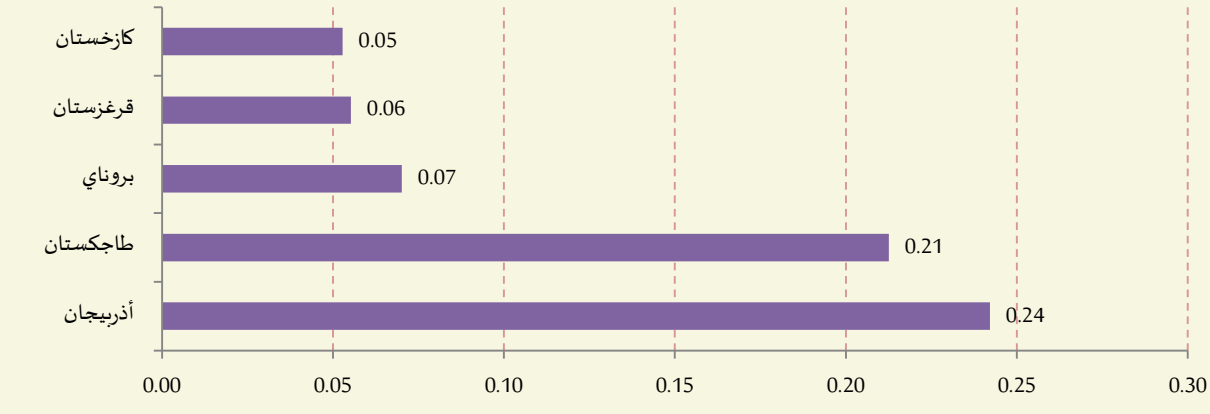
معدلات الرسوب في المرحلة الابتدائية (% من مجموع الملتحقين)



المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة بناء على مؤشرات التنمية العالمية و اليونسكو، قاعدة بيانات معهد اليونسكو للإحصاء

الشكل: 18.5

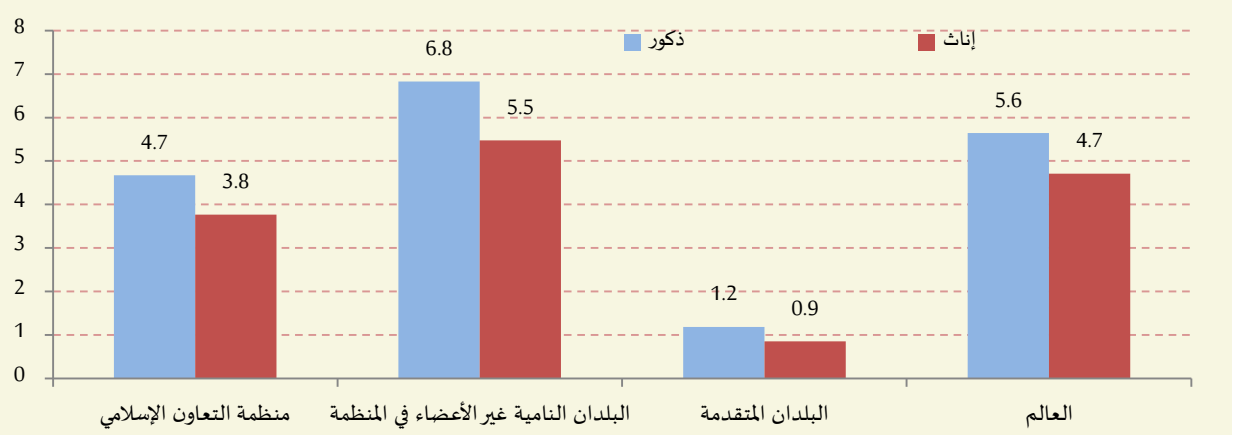
معدلات الرسوب في المرحلة الابتدائية (جميع المستويات)، (%)، 2012



المصدر: مؤشرات التنمية العالمية و اليونسكو، قاعدة بيانات معهد اليونسكو للإحصاء

وعلى مستوى البلد الواحد، حقق 19 بلدا عضوا في منظمة التعاون الإسلامي معدلات رسوب في المدارس الابتدائية أقل من المتوسط العالمي البالغ 6.0% في عام 2012. ومن بين هذه البلدان، احتلت كازاخستان المرتبة الأولى بنسبة بلغت 0.05% للرسوب في المدارس الابتدائية تلتها كل من قيرغيزستان (0.06%) وبروناي (0.07%) وطاجكستان (0.21%) (الشكل 18.5).

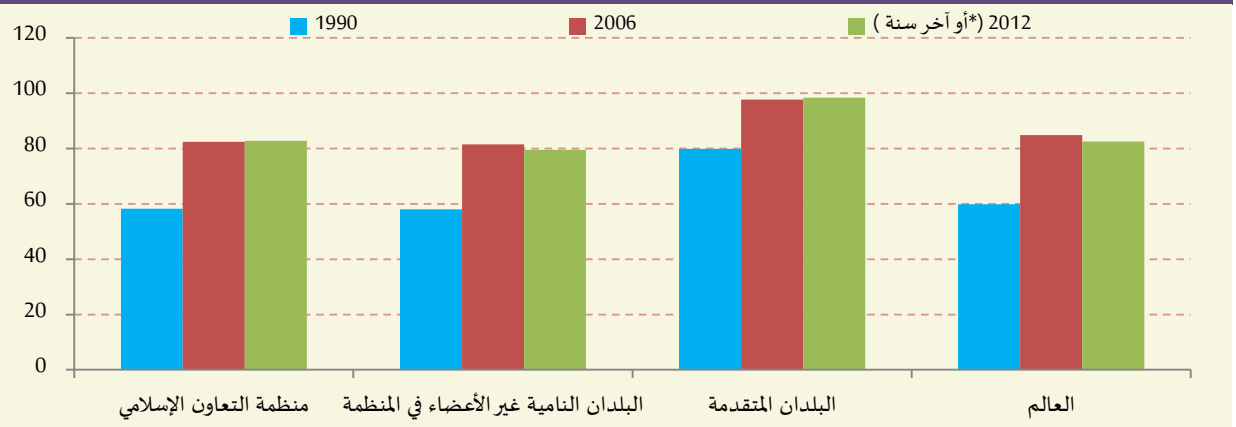
الشكل: 19.5
معدلات الرسوب في المرحلة الابتدائية (% من مجموع الملتحقين)



المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة بناء على مؤشرات التنمية العالمية و اليونسكو، قاعدة بيانات معهد اليونسكو للإحصاء

ويظهر لنا الشكل 19.5 معدلات الرسوب في جميع المستويات بمجموعات مختلفة من البلدان عام 2012 لكل من الذكور والإناث. بلغ معدل الرسوب في مجموعة منظمة التعاون الإسلامي، في المتوسط، حوالي 4.6% بالنسبة للذكور و 3.7% بالنسبة للإناث في العام 2012، و كلا الرقمين أقل من المتوسط العالمي. من ناحية أخرى، فإن معدلات الرسوب في البلدان المتقدمة، في المتوسط، انخفضت إلى 1.1% بالنسبة للذكور و 0.8% بالنسبة للإناث.

الشكل: 20.5
معدل البقاء حتى آخر صف في المرحلة الابتدائية



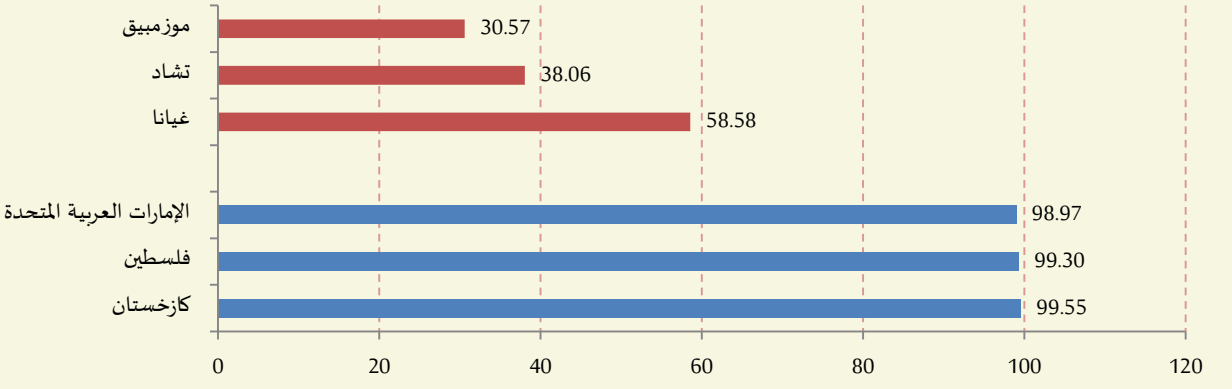
المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة بناء على مؤشرات التنمية العالمية و اليونسكو، قاعدة بيانات معهد اليونسكو للإحصاء

معدل البقاء

يعد معدل البقاء مؤشرا للدلالة على نسبة الأطفال الملتحقين بالصف الأول الابتدائي والذين يصلون في النهاية إلى الصف الأخير من المرحلة الابتدائية. ويبين الشكل 20.5 معدلات البقاء في مختلف مجموعات البلدان بين عامي 1990 و2012. فقد تراجع معدل البقاء في العالم من 59% عام 1990 إلى 82.5% سنة 2012، ومن جهتها شهدت بلدان منظمة التعاون الإسلامي، في المتوسط، زيادة من 58.1% إلى 82.7% خلال الفترة قيد النظر، وهو معدل قريب جدا من المتوسط العالمي البالغ 82.5% اعتبارا من 2012. وتعكس معدلات البقاء المنخفضة نسبيا في البلدان النامية المشاكل المرتبطة بالتزام التلاميذ و أسرهم بالتعليم المستمر.

وعلى مستوى البلد الواحد، فإن هناك تفاوتا كبيرا بين البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي. فمن جهة، سجلت بلدان مثل كازاخستان وفلسطين والإمارات العربية المتحدة معدلات بقاء تجاوزت نسبة 98%، ومن ناحية أخرى هناك بلدان أخرى مثل موزمبيق وتشاد حيث لا يتمكن سوى ثلث التلاميذ من الوصول إلى الصف الأخير من المرحلة الابتدائية (الشكل 21.5) .

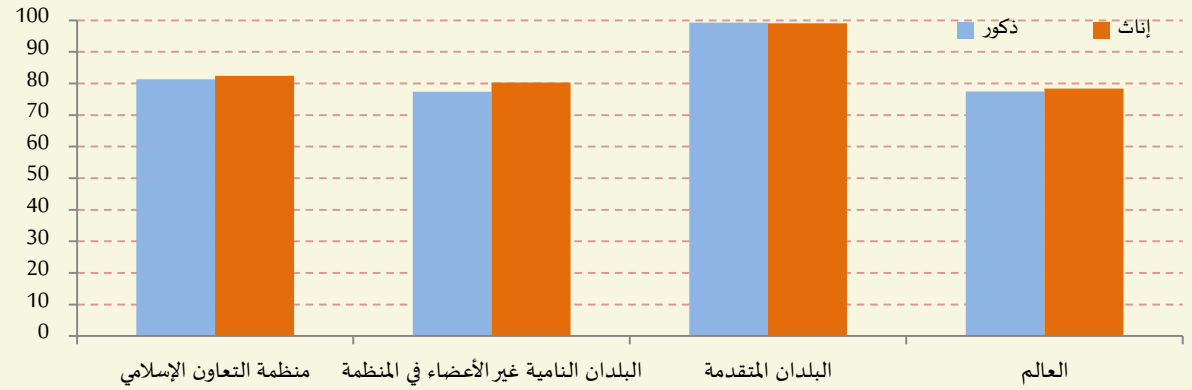
الشكل: 21.5
بلدان المنظمة ذات أعلى وأدنى معدلات البقاء



المصدر: مؤشرات التنمية العالمية و اليونسكو، قاعدة بيانات معهد اليونسكو للإحصاء

يعرض الشكل 22.5 معدلات البقاء في مجموعات مختلفة من البلدان في عام 2012 بالنسبة للسكان من الذكور والإناث معا. فعلى الصعيد العالمي، تم تسجيل معدل بقاء بلغ 77.4% بالنسبة للذكور و 78.3% بالنسبة للإناث. أما في بلدان منظمة التعاون الإسلامي بلغ معدل البقاء، في المتوسط، نسبة 81.3% للذكور و 82.5% للإناث من السكان وكلا الرقمين أعلى من المتوسط العالمي. لكن بلغ نفس المعدل، بالنسبة للإناث و الذكور على حد السواء، في المتوسط 99% في البلدان المتقدمة وذلك اعتبارا من عام 2012. وبالنسبة للمعدلات المنخفضة نسبيا للبقاء المسجلت في البلدان النامية، بما في ذلك أعضاء منظمة التعاون الإسلامي، فهي تعكس المشاكل المرتبطة بالتزام التلاميذ وأسرهم بالتعليم المستمر. لذا، يتعين على بلدان المنظمة بذل المزيد من الجهود لتحسين معدل البقاء. وفي الوقت نفسه، لا بد من تنسيق هذه الجهود بعناية من حيث المساواة بين الجنسين للدفع بمعدلات البقاء لكل من الذكور والإناث على نحو متوازن

الشكل: 22.5
معدل البقاء حتى آخر صف من المرحلة الابتدائية، 2012



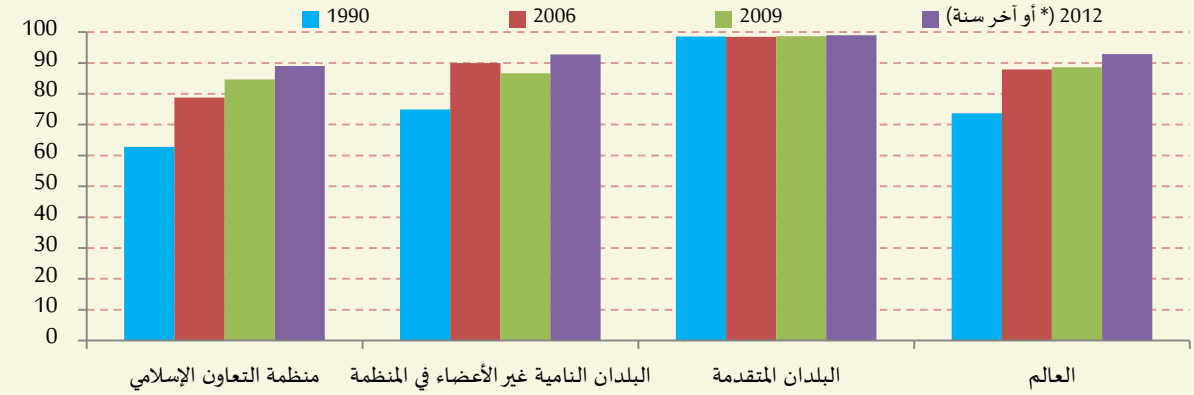
المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة بناء على مؤشرات التنمية العالمية و اليونسكو، قاعدة بيانات معهد اليونسكو للإحصاء

معدل الانتقال

يعبر معدل الانتقال عن عدد التلاميذ الملتحقين الجدد إلى الصف الأول من التعليم الثانوي خلال سنة معينة، وهو معبر عنه بالنسبة المئوية من عدد التلاميذ المسجلين في الصف الأخير من التعليم الابتدائي في السنة السابق.

ويبين لنا الشكل 23.5 معدلات الانتقال في مجموعات مختلفة من البلدان بين عامي 1990 و 2012، فقد شهد معدل الانتقال العالمي ارتفاعا من 73.7% في 1990 إلى 92.8% في عام 2012 في حين بلغ المتوسط في مجموعة البلدان المتقدمة حوالي 98% خلال تلك الفترة. وفي المتوسط، نجحت البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي في رفع متوسط معدل الانتقال بها من نسبة 62.8% المسجلة عام 1990 إلى 89% في عام 2012، وبالرغم من ذلك مايزال متوسطها متخلفا عن المتوسط العالمي (92.8%) ومتوسط البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة (92.7 %).

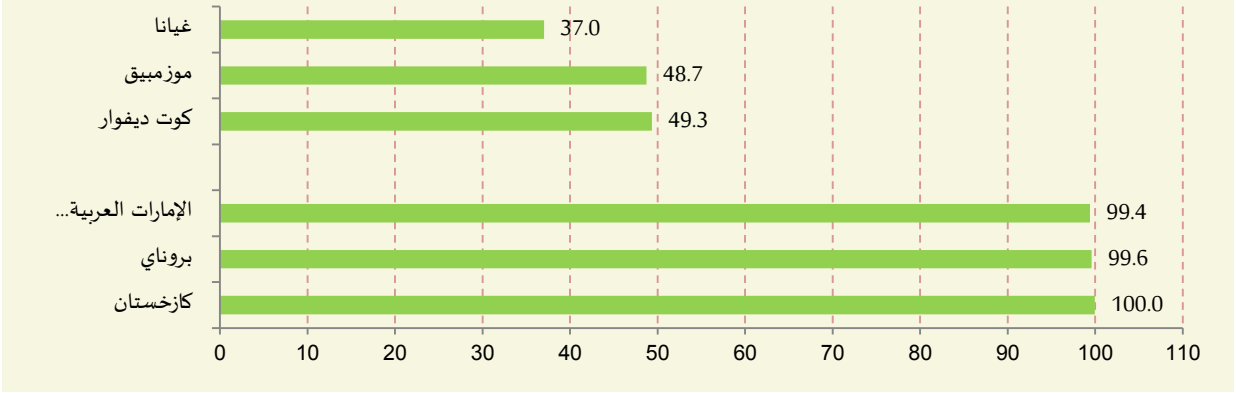
الشكل: 23.5
معدل الانتقال من المرحلة الابتدائية إلى المرحلة الثانوية



المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة بناء على مؤشرات التنمية العالمية و اليونسكو، قاعدة بيانات معهد اليونسكو للإحصاء

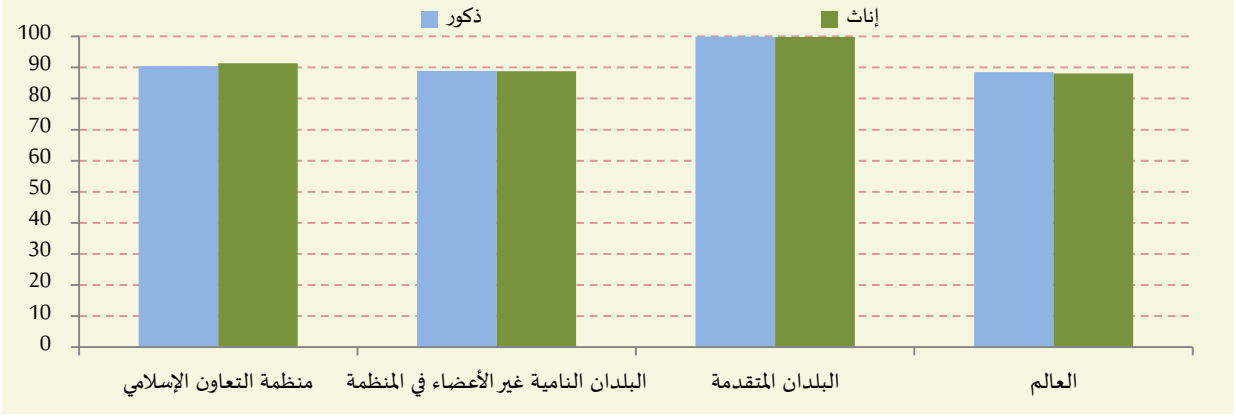
ويعرض الشكل 24.5 بلدان المنظمة ذات أفضل وأسوأ معدلات الانتقال اعتبارا من عام 2012. وكما هو مبين، سجلت كازاخستان أعلى معدل للانتقال (99.9%)، تلتها بروناي (99.6%) ثم الإمارات العربية المتحدة (99.4%). ويتضح من الشكل أن هناك تفاوتات كبيرة بين بلدان المنظمة. في هذا السياق، أظهرت بعض البلدان الأعضاء في المنظمة معدلات انتقال منخفضة جدا مثل غينيا (37.0%) وموزمبيق (48.7%) وكوت ديفوار (49.3%).

الشكل: 24.5
بلدان المنظمة ذات أعلى وأدنى معدلات الانتقال، 2012



المصدر: مؤشرات التنمية العالمية و اليونسكو، قاعدة بيانات معهد اليونسكو للإحصاء

الشكل: 25.5
معدل الانتقال من المرحلة الابتدائية إلى المرحلة الثانوية (%)، 2012



المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة بناء على مؤشرات التنمية العالمية و اليونسكو، قاعدة بيانات معهد اليونسكو للإحصاء

وأخيرا، يبرز الشكل 25.5 معدلات الانتقال لمجموعات البلدان المختلفة في عام 2012 بالنسبة للذكور والإناث معا. واعتبارا من عام 2012، سجلت مجموعة منظمة التعاون الإسلامي 90.4% للذكور و 91.4% للإناث كمتوسط للانتقال من المرحلة الابتدائية إلى المرحلة الثانوية بحيث تجاوز هذين الرقمين بقليل متوسط البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة (للذكور والإناث معا) وكذلك المتوسط العالمي (للذكور والإناث معا). أما في البلدان المتقدمة، فقد بلغ معدل

الانتقال ذروته بحيث سجل 99% وهو تقريبا نفس الرقم لكلا الجنسين. وفي هذا الصدد، يتعين على البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي وضع سياسات للرفع من معدل الانتقال عموما والقضاء على التفاوت القائم بين الجنسين والذي ينمو بمعدل نقطة مئوية واحدة.

وبشكل عام، تمكنت بلدان منظمة التعاون الإسلامي من تسجيل ارتفاع في معدلات البقاء وانخفاض في معدلات الرسوب وهذا الأمر يوحي بوجود تحسن ملحوظ في تقدم قطاع التعليم بهذه البلدان. ومع ذلك، تشير متوسطاتها المسجلة على المؤشرات المختارة أن مجموعة منظمة التعاون الإسلامي ما تزال متخلفة عن المتوسط العالمي في العديد منها. وبالنظر إلى المنحى الإيجابي الذي تتجه فيه مجموعة منظمة التعاون الإسلامي، فمن المحتمل أن تلحق بالمتوسطات العالمية على مستوى العديد من الأبعاد. وبتحقيق هذا الأمر، سيتمكن الأطفال في بلدان المنظمة من إكمال تعليمهم حتى بلوغ مستويات عليا واكتساب مهارات إضافية وتوسيع معارفهم، و هذا ما سينعكس بشكل جيد على رواتبهم المستقبلية كما سيمكنهم الأمر عموما من العيش في ظروف أفضل.

5.3 كفاية خدمات التعليم

ركزت الأقسام الفرعية السابقة على المؤشرات المتعلقة بالتعليم في مجموعة منظمة التعاون الإسلامي وفي البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة وفي البلدان المتقدمة وفي العالم من حيث المشاركة والتقدم في التعليم إكمال المسار فيه. أما هذا القسم الفرعي فينظر في مدى كفاية الخدمات التعليمية من ناحية رأس المال المادي و البشري. وبهذه الطريقة، سيكون من الممكن تسليط الضوء على الأسباب الرئيسية وراء الأداء الضعيف نسبيا للبلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي في قطاع التعليم.

تمويل التعليم

يعد توفير التعليم للأطفال أمرا بالغ الأهمية ب للنمو الاقتصادي والتنمية، إلا أنه خدمة مكلفة جدا وتتطلب مستوى عال من التدخل الحكومي. في هذا الصدد، يحلل هذا القسم الفرعي مستويات الإنفاق الحكومي على التعليم في مجموعة بلدان منظمة التعاون الإسلامي مقارنة مع نظيراتها في المجموعات الأخرى.[2]

حصة إنفاق الحكومة على التعليم من إجمالي نفقاتها

تعتبر حصة إنفاق الحكومة على التعليم من إجمالي نفقاتها مؤشرا رئيسيا آخر مدى الأهمية النسبية لقطاع التعليم بالنسبة للحكومة. فكلما كانت حصة الإنفاق على التعليم من إجمالي الإنفاق الحكومي مرتفعة، يكون دعم الحكومة لقطاع التعليم كبيرا. وهذا يعني أيضا زيادة حجم الاستثمار في الأطفال ومستقبل البلاد.

كانت حصة الإنفاق الحكومي على التعليم من إجمالي النفقات في بلدان منظمة التعاون الإسلامي خلال الفترة قيد النظر أكثر من حصة كل من البلدان المتقدمة والبلدان النامية (الشكل 26.5). وهذا يعني أن متوسط إنفاق الحكومات في بلدان المنظمة على قطاع التعليم أكثر نسبيا من متوسطات البلدان المتقدمة والعالم، بحيث بلغت حصة الإنفاق 15.8% من إجمالي نفقاتها

[2] تتعلق المؤشرات المستخدمة في هذا القسم الفرعي بالعامين الأخيرين 2012 و2013 المتوفرة حولهما البيانات في قواعد البيانات. ولكن نظرا لعدم توفر البيانات حول العديد من الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي لعامي 2012 و 2013، تم استخدام عام 2011 كأحدث سنة تخوّل حساب متوسط تمثيلي حول منظمة التعاون الإسلامي.

في عام 2002. وبلغت هذه النسبة 13.5% في الدول المتقدمة و 14.1% في البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة ، مع تسجيل 13.6% كمتوسط عالمي. بحلول عام 2011، انخفضت النسبة إلى 15.0% في بلدان المنظمة و12.0% في البلدان المتقدمة، في حين ارتفعت النسبة في البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة إلى 15.0%، ليتراجع بذلك المتوسط العالمي إجمالا بمعدل نقطة مئوية واحدة ويسجل 12.5%.

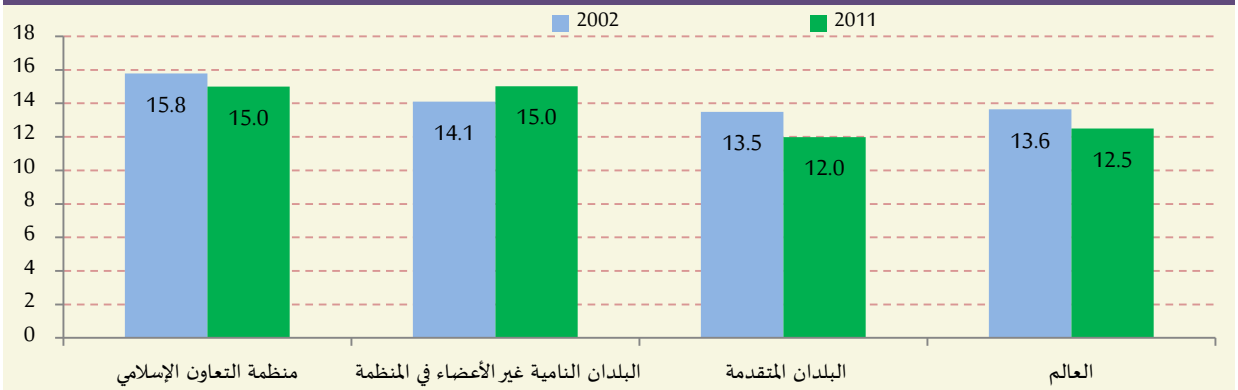
وضمن بلدان منظمة التعاون الإسلامي التي تتوفر حولها البيانات، سجلت بنين أعلى نسبة من الإنفاق الحكومي على التعليم كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق الحكومي (26.1%)، و تلتها كل من النيجر (21.7%) وماليزيا (20.9%) والسنغال (20.7%) ثم تونس (20.1%)، بحيث تخصص كل هذه البلدان أكثر من خمس إجمالي الإنفاق الحكومي لقطاع التعليم (الشكل 27.5).

حصة الإنفاق الحكومي على التعليم من الناتج المحلي الإجمالي

من بين الأساليب المستعملة لتحليل حجم النفقات العامة على التعليم هي مقارنة هذه النفقات بالناتج المحلي الإجمالي (GDP) لاقتصاد بلد ما، وهو ما يمثل مجموع النفقات في هذا الاقتصاد. وبالتالي، يمكن احتسابها عن طريق تحديد الحجم الذي تكرسه الحكومة لقطاع التعليم من الناتج المحلي الإجمالي. و المقياس المستخدم لحساب هذه النسبة هو "الإنفاق الحكومي على التعليم كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي". يعكس هذا المؤشر أيضا مدى الأهمية التي توليها الحكومة للاستثمار في الأطفال ورأس المال البشري بشكل عام.

وكما هو مبين في الشكل 28.5، أنفقت الحكومات في جميع أنحاء العالم ما متوسطه 4.9% من الناتج المحلي الإجمالي على التعليم خلال عام 2002، وبعد عقد من الزمن ازداد هذا الرقم بشكل طفيف بنسبة 0.2 نقطة مئوية ليصل إلى 5.1% عام 2011. كما فاق أيضا معدل الإنفاق في البلدان المتقدمة نفس المعدل في البلدان النامية. وبلغت نسبة الإنفاق العام من الناتج المحلي الإجمالي على التعليم في البلدان المتقدمة 5.0% خلال عام 2002 لتزيد هذه النسبة بحلول عام 2011 إلى 5.2%. لكن بالمقابل، لم تتمكن الحكومات في البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة من إنفاق سوى 4.3% من ناتجها المحلي الإجمالي على قطاع التعليم خلال عام 2002 لترتفع هذه النسبة بمقدار 0.5 نقطة مئوية خلال عشر سنوات لتصل إلى 4.8% سنة 2011.

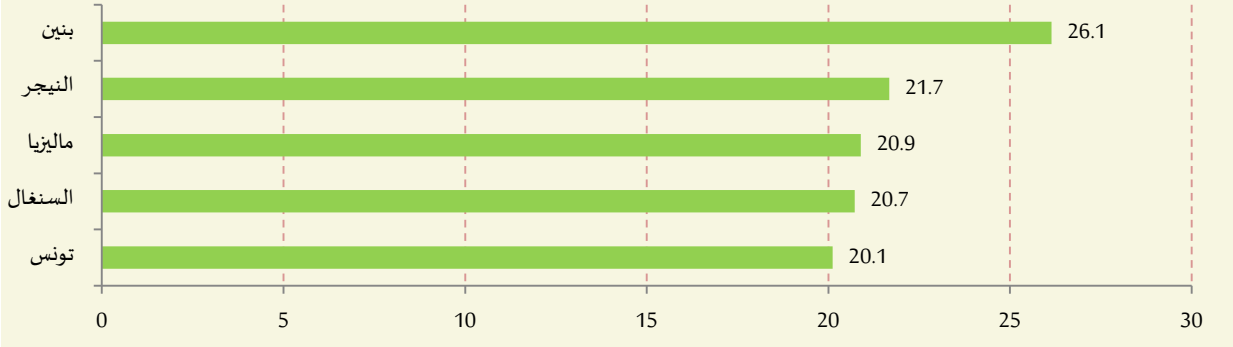
الشكل: 26.5
إنفاق الحكومة على التعليم (% من إجمالي النفقات الحكومية)



المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة بناء على مؤشرات التنمية العالمية و اليونسكو، قاعدة بيانات معهد اليونسكو للإحصاء

الشكل: 27.5

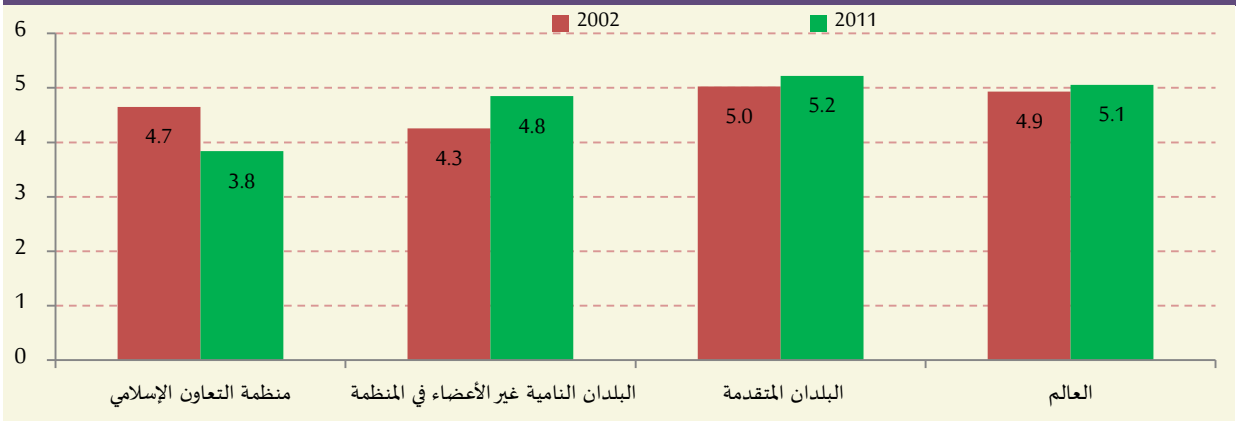
بلدان المنظمة ذات أعلى معدل للإنفاق الحكومي على التعليم (% من إجمالي النفقات الحكومية)، 2011



المصدر: مؤشرات التنمية العالمية واليونسكو، قاعدة بيانات معهد اليونسكو للإحصاء

الشكل: 28.5

النفقات الحكومية على التعليم (% من مجموع الناتج المحلي الإجمالي)، 2011

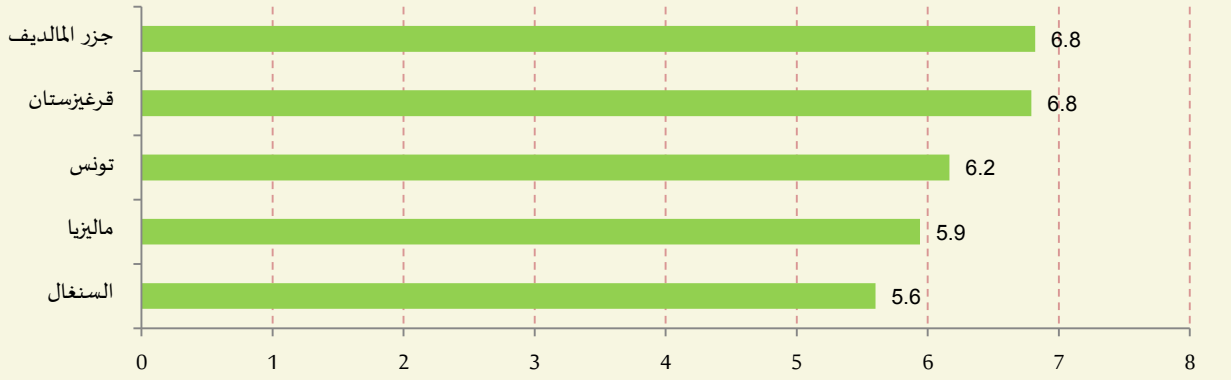


المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة بناء على مؤشرات التنمية العالمية و اليونسكو، قاعدة بيانات معهد اليونسكو للإحصاء

لم يكن الوضع في بلدان منظمة التعاون الإسلامي يدعو للتفاؤل على الرغم من أن الإنفاق الحكومي على التعليم بلغ 4.7% من الناتج المحلي الإجمالي في عام 2002، وهو أعلى من متوسط البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة في ذلك الوقت، بحيث انخفض بنسبة 0.9 نقطة مئوية ليسجل 3.8% في 2011 . ومن الواضح أن الإنفاق العام على قطاع التعليم في بلدان منظمة التعاون الإسلامي مقارنة بحجم اقتصادها كان، في المتوسط، أقل من الانفاق في كل من البلدان المتقدمة والبلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة (الشكل 28.5).

وعلى مستوى البلد الواحد، بلغت حصة الإنفاق الحكومي على التعليم من الناتج المحلي الإجمالي 6.8% في جزر المالديف، وهي الأعلى من بين جميع بلدان المنظمة التي تتوفر حولها البيانات. وإلى جانب جزر المالديف (6.8%)، شكلت كل من قرغيزستان (6.8%) وتونس (6.2%) وماليزيا (5.9%) والسنغال (5.6%) البلدان الخمس ذات أعلى نسبة من الإنفاق الحكومي على التعليم في منظمة التعاون الإسلامي كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي (الشكل 29.5).

الشكل: 29.5
بلدان المنظمة ذات أعلى معدل الإنفاق الحكومي على التعليم (% من مجموع الناتج المحلي الإجمالي)، 2011



المصدر: مؤشرات التنمية العالمية و اليونسكو، قاعدة بيانات معهد اليونسكو للإحصاء

النفقات الحكومية على التعليم حسب كل تلميذ

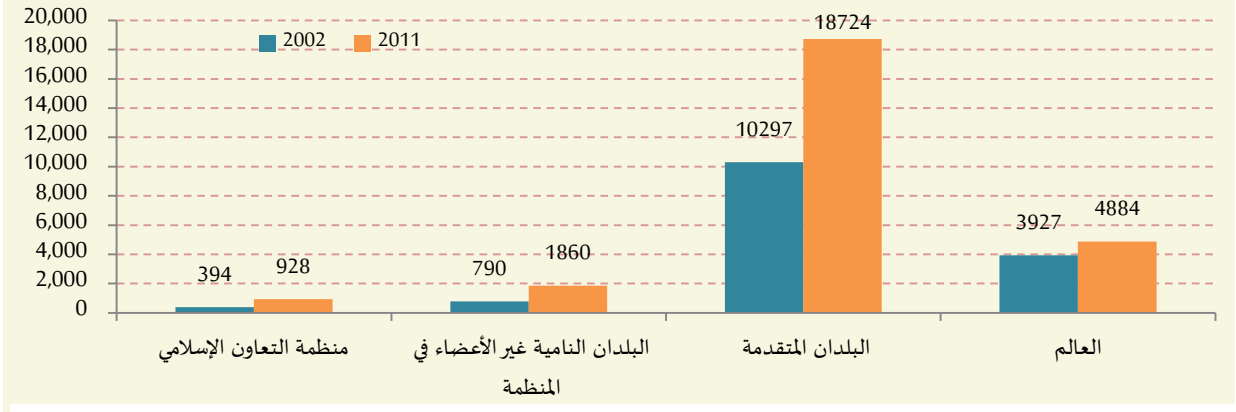
بالإضافة إلى المؤشرات الكلية المذكورة أعلاه والتي تقارن الإنفاق الحكومي على التعليم بالناتج المحلي الإجمالي أو إجمالي الإنفاق الحكومي، يمكن أيضا تفسير المساهمة المالية للحكومات في قطاع التعليم على المستوى الجزئي عن طريق قياس حجم المال الذي تنفقه الحكومة على التلميذ الواحد. وخلافا للمقاربات السابقة، تركز هذه المقاربة بشكل مباشر على مستوى الإنفاق الحكومي على التعليم بغض النظر عن حجم الاقتصاد أو النفقات الإجمالية للحكومة.

خلال الفترة الممتدة بين عامي 2002 و 2011 ارتفعت نسبة النفقات الحكومية على التعليم لكل تلميذ في جميع أنحاء العالم (الشكل 30.5). في هذه الفترة، ارتفع المتوسط العالمي من 3927 دولار إلى 4884 دولار، أي بمعدل نمو سنوي قدره 2.5%. أما بالنسبة للدول المتقدمة، فقد ارتفع المتوسط من 10227 دولار إلى 18724 دولار، أي بمتوسط زيادة سنوية قدرها 6.9%. وبالنسبة للبلدان النامية غير الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي، فقد ارتفع المتوسط من 790 دولار إلى 1860 دولار، أي بمتوسط معدل نمو سنوي قدره 10.0%. أما بالنسبة للدول الأعضاء في المنظمة، فقد ارتفع متوسط الإنفاق على كل تلميذ من 394 دولار إلى 928 دولار، مسجلا بذلك معدل نمو سنوي قدره 10.0%.

وضمن بلدان منظمة التعاون الإسلامي التي تتوفر حولها البيانات، سجلت قطر أعلى معدل للإنفاق الحكومي على التعليم حسب كل تلميذ (27547 دولار)، تليها كل من بروناي (7067 دولار) والمملكة العربية السعودية (6174 دولار) وسلطنة عمان (5539 دولار) (الشكل 31.5).

الشكل: 30.5

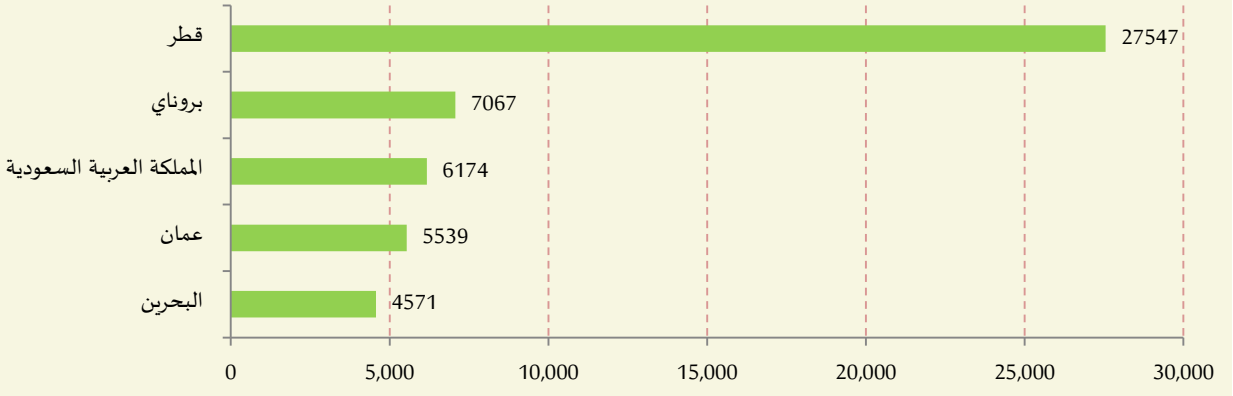
الإنفاق الحكومي حسب التلميذ الواحد (دولار أمريكي)



المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة بناء على مؤشرات التنمية العالمية و اليونسكو، قاعدة بيانات معهد اليونسكو للإحصاء

الشكل: 31.5

بلدان المنظمة ذات أعلى معدل للإنفاق الحكومي حسب التلميذ الواحد (دولار أمريكي)، 2011

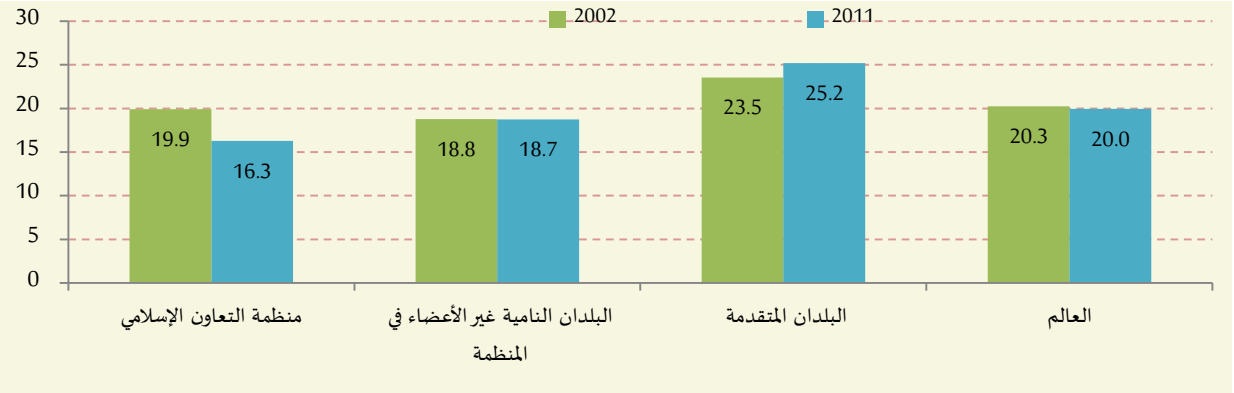


المصدر: مؤشرات التنمية العالمية و اليونسكو، قاعدة بيانات معهد اليونسكو للإحصاء

يمكن لتحليل الإنفاق الحكومي على التعليم حسب التلميذ الواحد من حيث القيمة الإسمية أن يسفر عن نتائج مضللة إذا ما تم بالمقارنة بين بلدان ذات مستويات دخل متفاوتة جدا. بدورها، تشكل الاختلافات في تعادل القوة الشرائية بين البلدان أيضا إشكالية إذا تم القيام بهذا التحليل. وللقضاء ولو بشكل نسبي على هذه المشاكل وضمان توفر المزيد من البيانات القابلة للمقارنة بين الدول، يعبر عن القيمة الإسمية للإنفاق الحكومي على التعليم حسب التلميذ الواحد بالنسبة المئوية من الناتج المحلي الإجمالي للفرد الواحد، بحيث يصبح من المعقول القيام بالمقارنة بين البلدان بينما يتم قياس إنفاق الحكومات بناء على دخل البلدان.

انخفض المتوسط العالمي للإنفاق الحكومي على التعليم حسب التلميذ الواحد كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي للفرد الواحد من 20.3% في عام 2002 إلى 20.0% عام 2011 (الشكل 32.5). وبالنسبة للبلدان المتقدمة، ازدادت النسبة من 23.5% إلى 25.2% خلال نفس الفترة بينما ظلت نسبة البلدان النامية غير الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي مستقرة عند 18.7%. أما هذه النسبة في بلدان المنظمة، فقد سجلت تراجعا من 19.9% المسجلة عام 2002 إلى 16.3% في عام 2011، وهو رقم يموقعها تحت متوسطي كل من البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة و البلدان المتقدمة.

الشكل: 32.5
الإنفاق الحكومي حسب التلميذ الواحد (% من الناتج المحلي الإجمالي حسب الفرد)



المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة بناء على مؤشرات التنمية العالمية و اليونسكو، قاعدة بيانات معهد اليونسكو للإحصاء

نسب التلاميذ إلى المعلمين

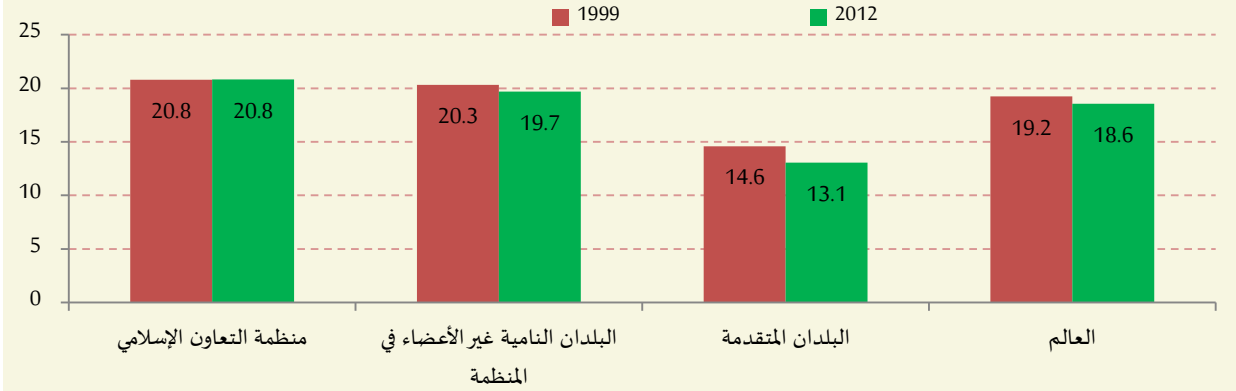
تعكس نسب التلاميذ إلى المعلمين عدد التلاميذ المسجلين في مدرسة معينة مقارنة بعدد المدرسين العاملين في تلك المؤسسة. فإذا كانت نسبة التلاميذ إلى المعلمين منخفضة، فهذا يدل على جودة التعليم؛ أما إذا ارتفعت هذه النسبة، فغالبا ما يدل الأمر على وجود نقص نسبي في تمويل المدارس أو الأنظمة المدرسية، أو وجود الحاجة إلى تغيير تشريعي أو ضخ المزيد من الأموال في قطاع التعليم. بالإضافة إلى ذلك، فإن اكتظاظ فصل معين بالتلاميذ يؤدي إلى خلق تفاوتات بينهم من حيث الدرجات والقدرة على التعلم واستيعاب المعلومات. ونتيجة لذلك، ستكون هناك حاجة لمزيد من الوقت المخصص للتلاميذ الأقل استيعابا للمعلومات، في حين يمكن استثمار هذا الوقت على نحو أفضل وذلك بالتقدم في المقرر الدراسي. كما يعتبر أيضا وجود انخفاض في نسبة التلاميذ إلى المعلمين عاملا أفضل بكثير بالنسبة لتدريس المواد المعقدة للتلاميذ مثل الرياضيات والكيمياء والفيزياء من ارتفاع هذه النسبة.

على الرغم من أنه تبيّن أن التلاميذ الذين يدرسون في مدارس ذات نسب منخفضة للتلاميذ إلى المعلمين وأعضاء هيئة تدريس أكثر تكوينا بإمكانهم الحصول على وظائف بسهولة أكبر وكسب أجور أعلى بعد التخرج، إلا أنه يمكن لبعض الحكومات اعتبار أن ارتفاع نسبة التلاميذ إلى المعلمين ليس له نتائج سلبية كبيرة. من ناحية أخرى، هناك بلدان تسن تشريعات تكليف أعلى قدر من نسبة التلاميذ إلى المعلمين لمستويات محددة لتحسين نوعية التعليم.

مدارس التعليم الأولي

وبالنظر إلى ارتفاع معدلات النمو السكاني في العديد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي، تجاوز معدل التحاق التلاميذ بالمدارس معدل نمو عدد المعلمين. ونتيجة لذلك، شهدت بلدان المنظمة، في المتوسط، ارتفاعا في نسب التلاميذ إلى المعلمين. كما بلغ المتوسط العالمي لنسبة التلاميذ إلى المعلمين في مدارس التعليم الأولي 13.1 عام 1999 ليتراجع إلى 18.6 بحلول عام 2012، وتراجعت النسبة أيضا في البلدان المتقدمة والبلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة. ففي عام 2012، تم تسجيل، في المتوسط، نسبة 13.2 في البلدان المتقدمة و 19.7 في البلدان النامية. ومع ذلك، لم تسجل النسبة

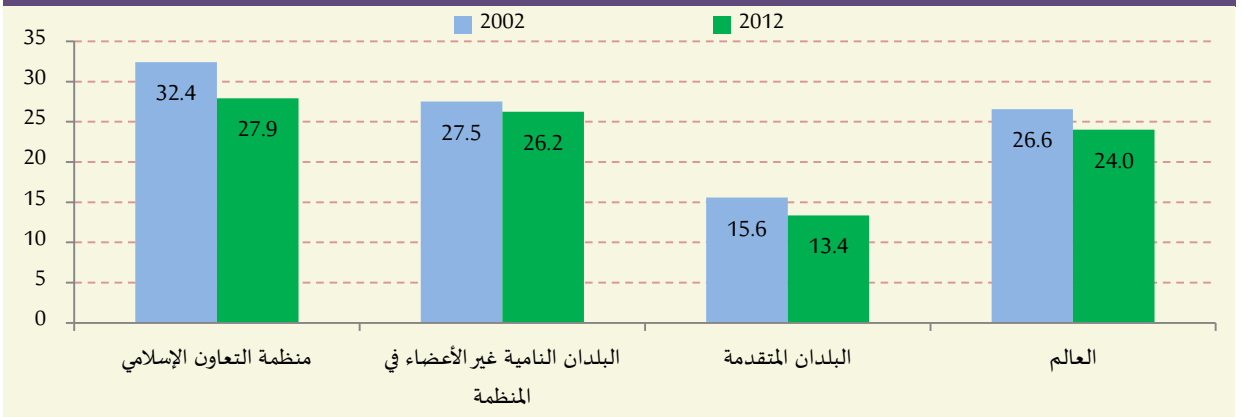
الشكل: 33.5
نسب التلاميذ إلى المعلمين في مدارس التعليم الأولي



المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة بناء على اليونسكو، قاعدة بيانات EFR

في مجموعة المنظمة أي تغير خلال الفترة قيد النظر بحيث ظل المتوسط على حاله (20.8). وبعبارة أخرى، لم تتمكن المجموعة إلا من الحفاظ على نفس النسبة بين عامي 1999 و 2012 وهي أعلى بكثير من متوسط البلدان المتقدمة (الشكل 33.5).

الشكل: 34.5
نسب التلاميذ إلى المعلمين في مدارس التعليم الابتدائي



المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة بناء على اليونسكو، قاعدة بيانات معهد اليونسكو للإحصاء

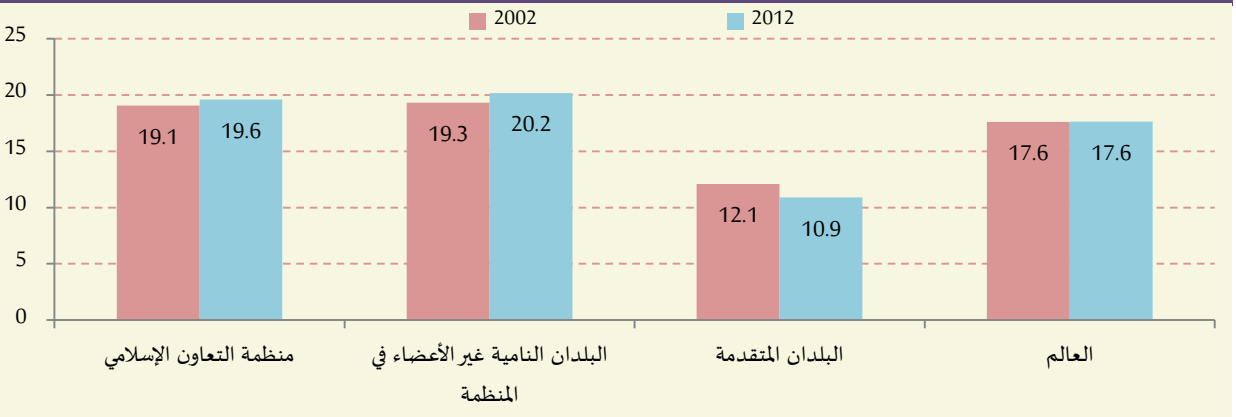
مدارس التعليم الابتدائي

في عام 2012، سجلت منظمة التعاون الإسلامي ما متوسطه 27.9 كنسبة في المدارس الابتدائية ، في حين أن مجموعة البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة سجلت 26.2 كمتوسط. في العام نفسه، سجل المتوسط العالمي 24 تلميذا لكل معلم، وهو رقم يقل عن العدد 26.6 المسجل عام 2002. وبالمقارنة مع مجموعات البلدان الأخرى موضوع الدراسة في الفترة قيد النظر (2002-2012)، فإنه يبدو جليا أن أفضل التحسنات حصلت في مجموعة منظمة التعاون الإسلامي حيث انخفض المعدل من 32.4 عام 2002 إلى 27.9 في عام 2012. وتشير هذه الأرقام أيضا إلى أنه على الرغم من هذا الانخفاض في نسبة التلاميذ إلى المعلمين في المدارس الابتدائية إلا أن الحاجة إلى المزيد من العمل مازالت قائمة للوصول إلى متوسط البلدان المتقدمة في نسبة التلاميذ إلى المعلمين البالغة 13.4 اعتبارا من عام 2012 (الشكل 34.5).

مدارس التعليم الثانوي

استقر متوسط عدد التلاميذ لكل أستاذ في المدارس الثانوية في العالم على نفس الرقم (17.6) بين عامي 2002 و 2012 (الشكل 35.5). وخلال نفس الفترة، شهدت كل من مجموعة البلدان النامية غير الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي ومجموعة بلدان المنظمة زيادة طفيفة، بحيث بلغ متوسط المجموعة الأولى 20.2 في عام 2012 مقارنة بنسبة 19.3 في عام 2002 في حين سجلت المجموعة الثانية ارتفاعا من 19.1 في 2002 إلى 19.6 عام 2012. وحدها مجموعة البلدان المتقدمة هي التي تمكنت من خفض نسبة التلاميذ إلى المعلمين خلال الفترة قيد النظر من 12.1 في عام 2002 إلى 10.9 في عام 2012. وبعبارة أخرى، اعتبارا من عام 2012، بلغ عدد التلاميذ بالنسبة للأستاذ الواحد 19.6 في بلدان منظمة التعاون الإسلامي، في حين كان العدد في البلدان المتقدمة 10.9 تلميذا فقط للأستاذ.

الشكل: 35.5
نسب التلاميذ إلى المعلمين في مدارس التعليم الثانوي



المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة بناء على اليونسكو، قاعدة بيانات معهد اليونسكو للإحصاء

6 حماية الطفل ورفاهيته

مقارنة بالراشدين، يعتبر الأطفال أكثر عرضة للاستغلال الاجتماعي والاقتصادي والثقافي، و هذا ما يستدعي ضرورة خلق آليات خاصة للحماية والرفاه الاجتماعيين لصون حقوقهم. ومن خلال توفر آلية فعالة من هذا النوع، فإن الأمر سيخول للأطفال الوصول إلى الخدمات الأساسية مثل تسجيل المواليد والضمان الاجتماعي والرعاية الصحية والتعليم، كما يمكنهم الاستفادة من عدم تعرضهم لأي شكل من أشكال سوء المعاملة أو إيذائهم. وعلى الرغم من أن محدودية البيانات قد تحول دون إجراء تحليل مفصل لنظم الحماية والرفاه الاجتماعيين في بلدان منظمة التعاون الإسلامي، إلا أن هذا الفصل يشمل محاولة لتسليط الضوء على بعض الشواغل الرئيسية المتعلقة بتسجيل المواليد وانتشار عمالة الأطفال وتغطية الضمان الاجتماعي وسوء معاملة الطفل وإيذائهم في بلدان منظمة التعاون الإسلامي.

6.1 تسجيل المواليد

تسجيل المواليد، أو التسجيل الرسمي لولادة طفل من قبل الحكومة، عملية يصير بموجبها الطفل في ظل القانون وتعتبر الأساس لصيانة العديد من حقوق الطفل المدنية والسياسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية. وحسب المادة 7 من اتفاقية حقوق الطفل فإن لكل طفل الحق في التسجيل عند الولادة دون أي تمييز (اليونيسف، 2015).

وبصرف النظر عن كونه الاعتراف القانوني الأول بوجود الطفل، يعد تسجيل المواليد أمرا أساسيا لضمان إحصاء الأطفال وحصولهم على الخدمات الأساسية مثل الصحة والضمان الاجتماعي والتعليم. يعد تسجيل المواليد بمثابة "جواز سفر للحماية" بالنسبة للأطفال بحيث يمكن معرفة سن الطفل من خلال شهادة الميلاد، وتوفرها يمكن أيضا أن يمنع حصول زواج الأطفال لإساءة المعاملة والاستغلال بطريقة سهلة نسبيا. وعلى الرغم من أهميتها البالغة، إلا أن حوالي 290 مليون طفل (أو 45% من جميع الأطفال دون سن الخامسة في جميع أنحاء العالم) لا يملكون شهادة ميلاد.

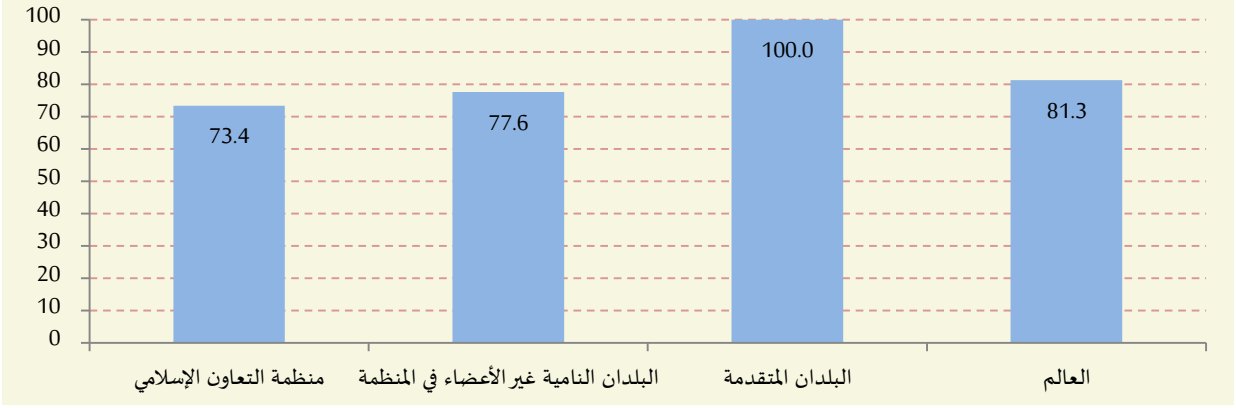
يعتبر تعميم تسجيل المواليد من أقوى الوسائل لضمان المساواة على نطاق واسع في الخدمات والتدخلات لصالح الأطفال. ولتسجيل المواليد أهمية بالغة أيضا بالنسبة للحكومات في مجال التخطيط والاستثمار ورصد التوجهات الديموغرافية.

وبالنسبة لمستويات التسجيل، للأطفال دون سن الخامسة، فتكاد تشمل كل الأطفال في البلدان المتقدمة. ومعظم الأطفال غير المسجلين يعيشون في البلدان الأقل نموا، ولا سيما في منطقتي جنوب آسيا وأفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. وحيثما توجد النزاعات المسلحة والاضطرابات الأهلية والحروب يرتفع عدد الأطفال غير المسجلين.

ووفقا للشكل 1.6، فإن مجموعة منظمة التعاون الإسلامي سجلت أدنى متوسط من حيث الولادات المسجلة بالمقارنة مع مجموعات البلدان الأخرى بين عامي 2005 و 2013، بحيث أن 73.4% من الأطفال فقط هم المسجلين في مجموعة المنظمة و81.3% على الصعيد العالمي خلال هذه الفترة. أما متوسط البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة فقد بلغ 77.6% وهو رقم أعلى بقليل من المتوسط في بلدان المنظمة. وعلى مستوى البلد الواحد، سجلت تشاد أدنى معدل لتسجيل المواليد (15.7%) تلتها اليمن (17.1%). على الجانب الآخر، تم تسجيل أكثر من 99% من جميع المواليد في الإمارات العربية المتحدة وأوزبكستان وكازاخستان ولبنان خلال الفترة قيد النظر (الشكل 2.6).

الشكل: 1.6

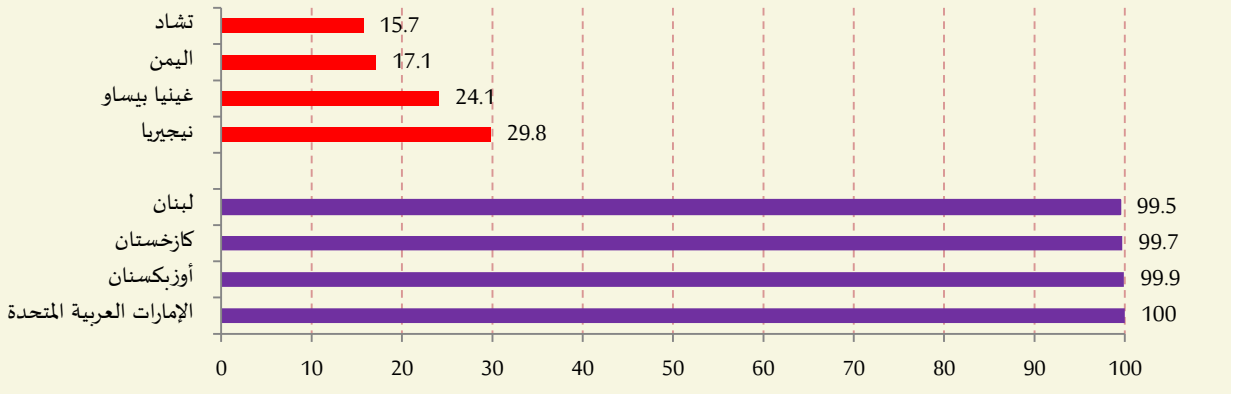
تسجيل المواليد (% من مجموع الولادات)، 2005-2013



المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة بناء على قاعدة بيانات اليونيسف

الشكل: 2.6

بلدان المنظمة ذات أعلى وأدنى معدلات تسجيل المواليد، 2005-2013



المصدر: قاعدة بيانات اليونيسف

6.2 إيذاء الأطفال وسوء معاملتهم

بالإضافة إلى كونه انتهاكا صارخا لحقوق الإنسان، قد يؤدي إيذاء الأطفال وسوء معاملتهم إلى تبعات صحية وخيمة بالنسبة للأطفال. وعلى الرغم من أهمية الأمر في إنشاء أجيال سليمة صحيا، إلا أن مجموعات البيانات الدولية لا توفر إلأا قدرا محدودا من المعلومات وذلك ل محدودية تسجيل المواليد وصعوبة إثبات وتوثيق حالات إيذاء الأطفال وسوء معاملتهم. وعلى محدوديتها، فإن الاعتماد على المؤشرات المختارة ذات الصلة بالإيذاء وسوء المعاملة قد يكون مفيدا لفهم الوضع النسبي للأطفال في بلدان منظمة التعاون الإسلامي مقارنة مع مجموعات البلدان الأخرى، كما قد يكون الأمر عاملا مساعدا بالنسبة لصناع السياسة في عملهم.

العنف ضد الأطفال

كما يظهر القسم الفرعي السابق، فإن معدلات العنف ضد النساء مرتفعة جدا في البلدان النامية بما في ذلك أعضاء منظمة التعاون الإسلامي. ووفقا لليونيسف (2014)، يمكن تصنيف العنف ضد الأطفال في أربع فئات: العنف الجنسي والعنف الجسدي والعنف النفسي والمعاملة المنطوية على الإهمال والتي يصعب قياسها وإيجاد قواعد بيانات قابلة للمقارنة بشأنها. ويشير تقرير اليونيسف (2014) إلى أن العنف ضد الأطفال يؤثر سلبا على صحة الأطفال وتحصيلهم الدراسي. ويقدم الجدول أ صورة شاملة عن عواقب العنف ضد الأطفال وذلك في خمس فئات رئيسية: عواقب جسدية ونفسية وجنسية وإنجابية وعواقب صحية أخرى على المدى الطويل إضافة إلى عواقب مالية. وتبرز هذه القائمة أن العنف ضد الأطفال يؤدي إلى العديد من العواقب الوخيمة غير المتوقعة التي تمس سواء الأطفال أنفسهم أو المجتمع ككل.

جدول أ
العواقب الحادة وطويلة المدى للعنف ضد الأطفال

عواقب الصحة الجسدية إصابات على مستوى البطن/الصدر إصابات على مستوى الدماغ كدمات ورضوض حروق وندبات إصابات على مستوى الجهاز العصبي المركزي كسور تمزقات وجروح ضرر على مستوى العينين الإعاقة	**عواقب نفسية** تعاطي الكحول و المخدرات ضعف الإدراك سلوكات إجرامية وعنيفة وأخرى محفوفة بالمخاطر الاكتئاب والقلق تأخر في النمو العقلي اضطرابات الأكل والنوم مشاعر الخجل والشعور بالذنب فرط النشاط علاقات رديئة
عواقب جنسية وإنجابية مشاكل الصحة الإنجابية العجز الجنسي الأمراض المنتقلة جنسيا، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز الحمل غير المرغوب فيه.	ضعف الأداء المدرسي ضعف الثقة بالنفس اضطراب الكرب التالي للصدمة النفسية اضطرابات نفسية جسدية سلوك انتحاري وإيذاء النفس
عواقب صحية أخرى بعيدة المدى السرطان أمراض الرئة المزمنة التهاب القولون العصبي مرض القلب الإقفاري أمراض الكبد مشاكل الصحة الإنجابية مثل العقم	**عواقب مالية** **تكاليف مباشرة:** العلاج وزيارة المستشفى والطبيب وخدمات صحية أخرى. **تكاليف غير مباشرة:** فقدان الإنتاج والإعاقة و تراجع مستوى جودة الحياة والموت المبكر. **التكاليف التي يتحملها نظام العدالة الجنائية وغيرها من المؤسسات:** النفقات المتعلقة توقيف ومقاضاة الجناة. وتكاليف لمنظمات الرعاية الاجتماعية والتكاليف المرتبطة بالحضانة، إلى النظام التعليمي وتكاليف لقطاع العمل الناشئة عن غياب الإنتاجية وانخفاضها.

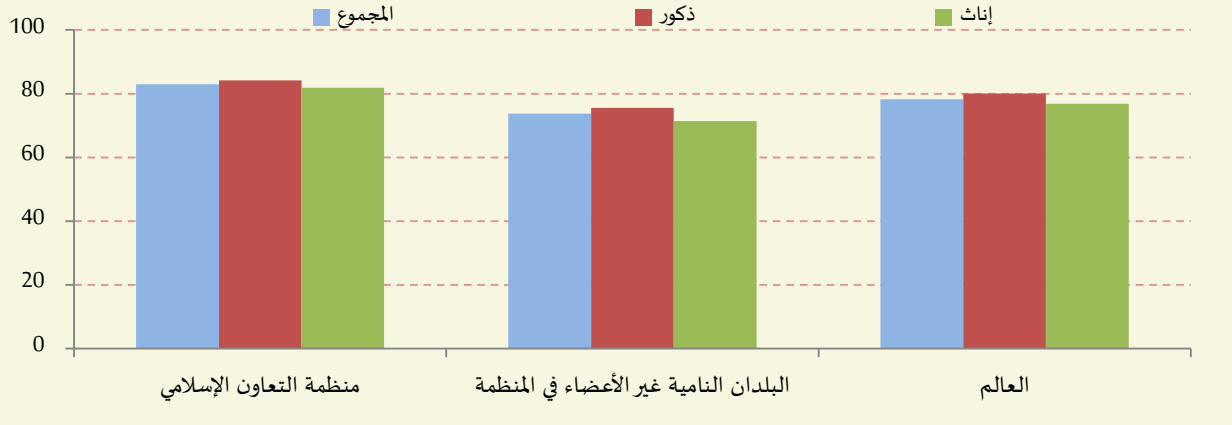
المصدر: *Runyan et al. (2002). Child Abuse and Neglect by Parents and Other Caregivers. In: Krug EG et al. (Eds). World Report on Violence and Health. Geneva, World Health Organization, pp 59–86.*

وللعنف ضد الأطفال تكلفة باهضة أيضا على المجتمع، فقد قدر فانغ وآخرون ((Fang et al. (2012) التكاليف الاقتصادية لعمر حالة جديدة من حالات إساءة معاملة الأطفال في الولايات المتحدة خلال عام 2008 ب 124 مليار دولار (بسعر الدولار لسنة 2010). وشملت هذه التكلفة المقدرة الخسائر الإنتاجية وكذلك التعليم الخاص والرعاية الطبية والصحية ورفاه الأطفال وتكاليف العدالة الجنائية الناتجة عن تجارب الأطفال مع إساءة المعاملة، وتعود أكبر حصة للخسائر في الإنتاجية. وفي دراسة أخرى، قدر فانغ وآخرون (2013) التكلفة الاقتصادية لإساءة معاملة الأطفال في شرق آسيا والمحيط الهادئ بمبلغ تجاوز 160 مليار دولار (بسعر الدولار لسنة 2004) على أساس الخسائر الاقتصادية الناجمة عن الوفاة والأمراض وسلوكيات المخاطر الصحية التي تعزى إلى إساءة معاملة الأطفال.

نظرا لمحدودية البيانات، تم الاعتماد في هذا القسم الفرعي على مؤشر "التأديب العنيف" لتقييم وضع العنف ضد الأطفال في البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي من منظور مقارن. تعرف منظمة اليونيسف التأديب العنيف بالإجراءات التي يتخذها أحد الوالدين أو مقدمي الرعاية بقصد إحداث ألم جسدي أو نفسي للطفل كوسيلة لتصحيح السلوك وكرادع. ويمكن لطريقة التهذيب هذه أن تتخذ شكلين: العنف النفسي والعقاب البدني، فالأول يتضمن الصراخ والصياح في وجه الطفل ومناداته بمسميات مشينة، أما الثاني فيشمل الأعمال التي تستهدف التسبب في الألم البدني أو عدم الراحة للطفل دون نية إحداث إصابات. ويتضمن العقاب البدني الطفيف هز الطفل وصفعه أو ضربه على اليد أو الذراع أوالساق أو المؤخرة، أما العقاب الجسدي الشديد فيشمل ضرب الطفل على الوجه أو الرأس أو الأذنين أو ضربه بشدة أو بشكل متكرر. وتم جمع البيانات حول العنف في التأديب عن طريق القيام باستقصاءات مع الأمهات ومقدمي الرعاية وذلك بسؤالهم ما إذا عاش أطفالهم تجارب مع التأديب العنيف في المنزل خلال الشهر السابق. ووفقا لليونيسف (2014)، فإن حوالي 6 من 10 أطفال تتراوح أعمارهم بين سنتين وأربعة عشر سنة (ما يقرب من مليار). يتعرضون للعقاب البدني على أساس منتظم من قبل من يقدمون لهم الرعاية في جميع أنحاء العالم.

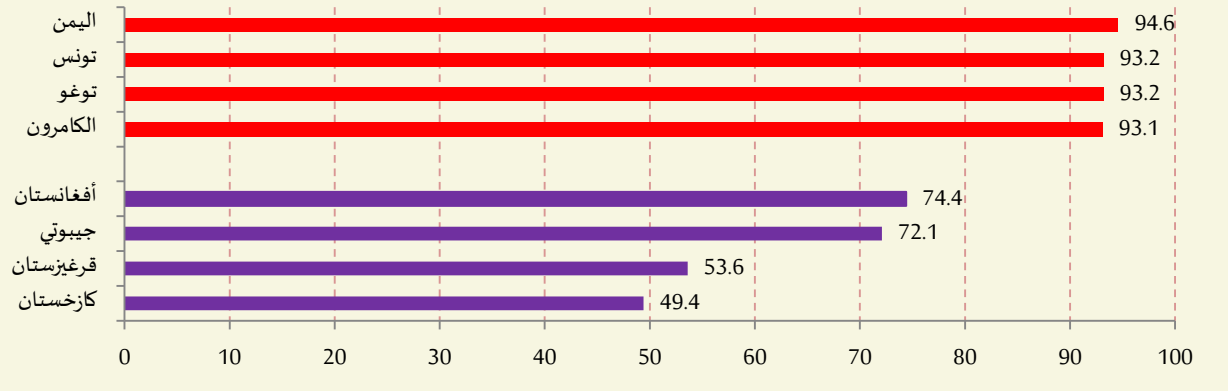
ووفقا للشكل 3.6، فقد بلغ متوسط معدل انتشار التأديب العنيف (ضد الأطفال) في مجموعة منظمة التعاون الإسلامي خلال فترة 2005-2013 نسبة 83.0% وهو أعلى معدل بالمقارنة مع متوسط البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة (73.2%) ومتوسط العالم (78.3%). ومن حيث الفرق بين البنات والأولاد في مجموعة منظمة التعاون الإسلامي، فإن نسبة الأولاد الذين يتعرضون للتأديب العنيف مرتفعة جدا (84.1%) مقارنة مع البنات (81.8%)، كما هو الحال في البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة. أما على مستوى البلد الواحد، فإن اليمن هو البلد الذي سجل أعلى معدل لانتشار للتأديب العنيف في منظمة التعاون الإسلامي، بحيث تعرض 94.6% من مجموع الأطفال لشكل من أشكال التأديب العنيف. من ناحية أخرى، فقط 49.4% من مجموع الأطفال في كازاخستان هم من تعرضوا لشكل من أشكال التأديب العنيف (الشكل 4.6).

الشكل: 3.6
انتشار التأديب العنيف (%)، 2005-2013



المصدر: قاعدة بيانات اليونيسف

الشكل: 4.6
بلدان المنظمة ذات أعلى وأدنى معدلات انتشار التأديب العنيف (%)، كلا الجنسين، 2005-2013



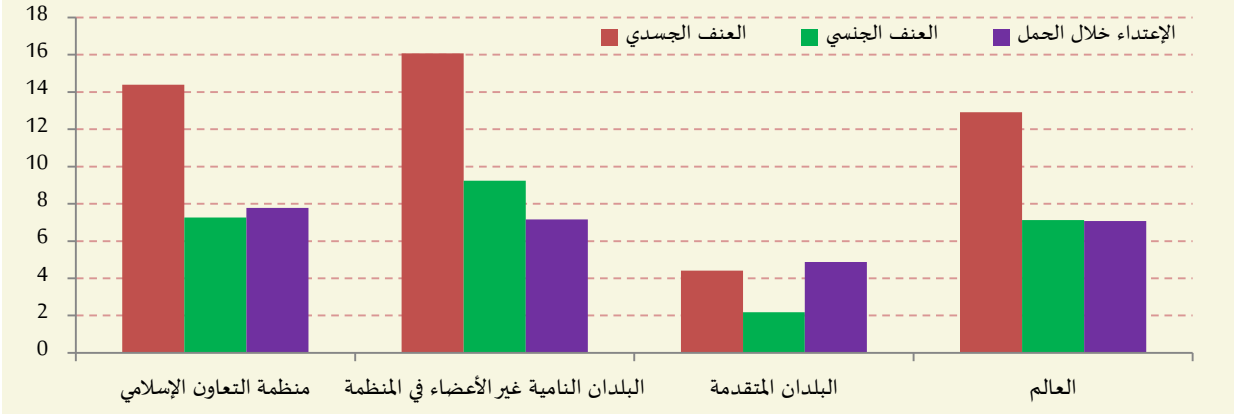
المصدر: قاعدة بيانات اليونيسف

في مجتمع لا تعامل فيه المرأة على قدم المساواة مع الرجل وتساء معاملتها، من الأرجح أن يتلقى الأطفال أيضا مختلف أنواع سوء المعاملة. وفي غالب الأحيان تساء معاملة النساء في حضور أطفالهم، لهذا فإنه من الصعب الفصل بين العنف ضد المرأة والعنف ضد الأطفال بسهولة في كثير من الحالات. وتقطن في بلدان منظمة التعاون الإسلامي أكثر من 750 مليون امرأة وهو ما يمثل 48.4% من مجموع السكان. وفقا لهيئة الأمم المتحدة للمرأة، فإن أزيد من 370 مليون امرأة في بلدان المنظمة تعيش بدون حماية قانونية من العنف. ويشمل مصطلح "العنف ضد المرأة" العديد من أشكال العنف، بما في ذلك العنف من جهة الشريك الحميم (عنف الشريك الحميم) والاغتصاب / العنف الجنسي وغيره من أشكال العنف الجنسي التي يرتكبها شخص آخر غير الشريك (العنف الجنسي من غير الشريك) (منظمة الصحة العالمية، 2013b). وللعنف الذي تتعرض له المرأة من قبل شريك حياتها عواقب وخيمة وقد تكون طويلة الأمد، خاصة إذا كان هذا العنف متكررا ومرفوقا بالعنف النفسي والجنسي أيضا (الأمم المتحدة، 2010).

وفي هذا الصدد، يبرز لنا الشكل 5.6 معدلات العنف الجسدي والجنسي من جهة الشريك الحميم وكذا انتشار سوء المعاملة خلال فترة الحمل في عام 2012 وذلك بناء على نتائج استقصاء هيئة الأمم المتحدة للمرأة. وحسب البيانات المتوفرة، فإن ثاني أعلى معدل للعنف الجسدي ينحصر في مجموعة بلدان منظمة التعاون الإسلامي بعد مجموعة البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة. ففي بلدان المنظمة، بلغت نسبة النساء اللواتي أبلغن عن تعرضهن للعنف الجسدي 14.4%، فيما بلغ المتوسط العالمي نسبة 12.9%. أما في البلدان المتقدمة، فهذا المعدل منخفض لنسبة 4.4%. ومن حيث العنف الجنسي، تعرف البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة أعلى معدل للانتشار يبلغ 9.2%، كما يبلغ متوسط بلدان المنظمة 7.3% بينما يبلغ المتوسط العالمي 7.1%. وأخيرا، تبلغ نسبة انتشار سوء المعاملة خلال فترة الحمل في بلدان المنظمة 7.8% وهو أعلى معدل من بين باقي مجموعات البلدان، بحيث تبلغ هذه النسبة 7.1%.

الشكل: 5.6

عنف الشريك الحميم ضد المرأة (%)، 2012



المصدر: هيئة الأمم المتحدة للمرأة، قاعدة بيانات انتشار العنف ضد النساء 2012. **ملاحظة:** متوسط منظمة التعاون الإسلامي مبني على 15 بلدا عضوا فقط نظرا لمحدودية البيانات

وعموما، فإن متوسط انتشار العنف ضد المرأة وسوء معاملتها في البلدان النامية، بما فيها البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي، يفوق متوسط البلدان المتقدمة والمتوسط العالمي. وكما تمت الإشارة في فقرة سابقة، يترتب عن ارتفاع حالات العنف ضد المرأة الكثير من العواقب السلبية على الأطفال. لذلك، يتعين على صناع السياسات وضع سياسات لحماية المرأة من العنف وسوء المعاملة على نحو أكثر فعالية، لأنه من خلال ذلك يمكن للنساء والأطفال العيش بأريحية وهناء.

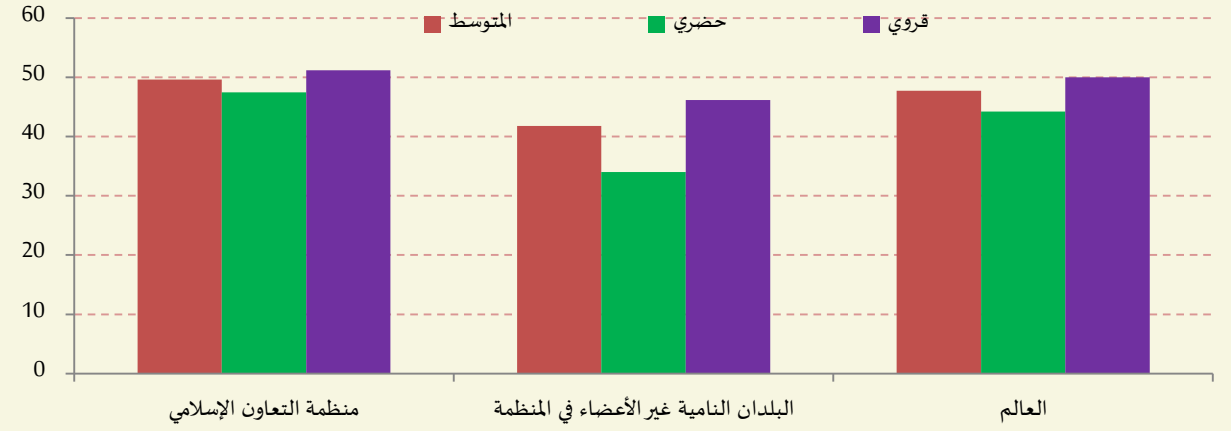
تشويه/ بتر الأعضاء التناسلية للإناث (FGM/C)

يحيل مصطلح "تشويه الأعضاء التناسلية للإناث" (FGM، المعروف أيضا ب: "بتر الأعضاء التناسلية للإناث" و "تشويه/ بتر الأعضاء التناسلية للإناث") على كل العمليات التي تشمل إزالة الأعضاء التناسلية الخارجية للأنثى بشكل جزئي أو كلي أو إلحاق إصابات أخرى بهذه الأعضاء الأنثوية لأسباب غير طبية (الأمم المتحدة، 2010). وحسب التقارير، فإن تشويه الأعضاء التناسلية للإناث أمر يحصل في كل أنحاء العالم، وهو محط استنكار على الصعيد العالمي لكونه خرقا لحقوق الإنسان للفتيات والنساء ويشكل شكلا متطرفا من أشكال التمييز ضد المرأة (منظمة الصحة العالمية، 2013b).

دائما ما ينتج عن تشويه الأعضاء التناسلية للإناث آلاما حادة. وبصرف النظر عن هذه الآلام، قد تظهر مضاعفات فورية مثل الصدمة واحتباس البول وتقرح الأعضاء التناسلية وإصابة الأنسجة المجاورة. ومن بين الانعكاسات الرئيسية الأخرى المترتبة عن تشويه/ بتر الأعضاء التناسلية للإناث هي تسمم الدم والعقم والولادة المتعسرة (الأمم المتحدة، 2010). بالإضافة إلى ذلك، يمكن أن يتسبب النزيف والالتهاب في الوفاة (اليونيسف، 2005a). وفي غالب الأحيان، تتم عملية تشويه الأعضاء التناسلية للإناث في سن مبكرة دون توفر مساعدة طبية وفي ظروف قاسية، وهذا مما لا شك فيه يعد شكلا متطرفا من أشكال العنف ضد الأطفال.

وحسب بيانات اليونيسف لسنة 2014، يعد انتشار تشويه الأعضاء التناسلية للإناث أمرا شائعا في 29 بلدا، من بينها 22 بلدا عضوا في منظمة التعاون الإسلامي. ويظهر الشكل 6.6 أن المتوسط في بلدان المنظمة في عام 2014 بلغ 49.6%[3]، كما تختلف حدة انتشار الظاهرة بين المناطق الحضرية والمناطق القروية. في المناطق الحضرية ينخفض المتوسط إلى 47.5% بينما يرتفع في المناطق الريفية إلى 51.2%. أما بالنسبة لمتوسط سبعة من البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة فقد بلغ 41.8% في عام 2014 وهو رقم يقل عن متوسط بلدان المنظمة. وفي هذا الإطار، يتعين على البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي تكثيف جهودها لمحاربة هذا الشكل من أشكال العنف المؤلم الذي يؤثر على الصحة البدنية والعقلية للبنات طوال فترة حياتهن.

الشكل: 6.6
انتشار تشويه/بتر الأعضاء التناسلية للإناث في أوساط البنات والنساء المتراوحة أعمارهن بين 15 و 49 سنة (%)، 2014



المصدر: قواعد بيانات اليونيسف العالمية، بناء على الاستقصاء الديمغرافي والصحي (DHS) و الدراسة الاستقصائية العنقودية متعددة المؤشرات (MICS) وباقي الاستقصاءات الممثلة وطنيا. **ملاحظة:** تتوفر البيانات حول 29 بلدا، 22 منها أعضاء في منظمة التعاون الإسلامي و 7 منها بلدان نامية غير أعضاء في المنظمة.

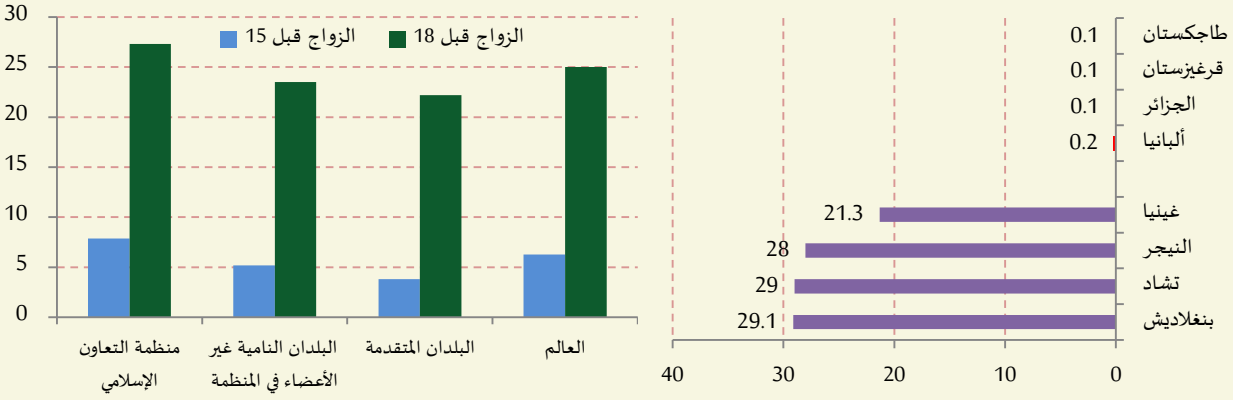
[3] على الرغم من أن الشكل يظهر انتشار تشويه الأعضاء التناسلية للإناث بين الفتيات والنساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15 و 49 عاما، إلا أن معظمهن كنّ عرضة للعملية خلال مرحلة الطفولة.

6.3 زواج الأطفال

تعتبر الأسرة أصغر وحدة في المجتمع، و الزواج هو أول خطوة في تكوين الائتلاف الأسري و الذي يعد لبنة أساسية من أجل مجتمع سليم ويعمل بصورة جيدة. ويختلف السن عند الزواج الأول (AFM) من بلد لآخر حسب الثقافة ومستوى التنمية الاقتصادية والاجتماعية والعادات المحلية وأيضا حسب المناخ الذي يؤثر على نمو المراهقين. للسن عند الزواج الأول آثار خطيرة على النساء ورفاه الأسرة. الزواج في سن مبكرة قد يؤدي إلى مشاكل صحية بالنسبة للرجال والنساء غير المهيئين ذهنيا وجسديا للزواج. وعلاوة على ذلك، فإن الزواج في سن مبكرة جدا عادة ما يكون بسبب الضغوط الاجتماعية والأسرية التي تعتبر أبرز العوامل المؤدية لفشل الزواج (Haloi و Limbu، 2013). وتشكل الأسر غير السعيدة المكونة من أزواج في علاقة غير سليمة خطرا على المجتمع.

يقر الإعلان العالمي لحقوق الإنسان بحق الراغبين في الزواج في توفر رضى "كامل لا إكراه فيه" للزواج - مع إقرار أنه لا يمكن اعتبار الرضى "كاملا لا إكراه فيه" إذا كان أحد الطرفين المعنيين غير ناضج بما فيه الكفاية لاتخاذ قرار سليم بخصوص شريك الحياة (اليونيسف، 2005، ص 1). ومع ذلك، نجد أن الزواج قبل سن 18، أي زواج الأطفال، حقيقة واقعة في كثير من أنحاء العالم. وتشير الأدبيات إلى أن الفقر وحماية الفتيات وشرف العائلة وتوفير الاستقرار خلال فترات عدم الاستقرار الاجتماعي كلها من بين العوامل الرئيسية وراء زواج الأطفال (اليونيسف، 2001). وبالرغم من أن لمعظم البلدان قوانين تنظم الزواج، سواء من حيث الحد الأدنى لسن الزواج أو الرضى، إلا أن هذه القوانين عادة ما لا تنطبق على حالات الزواج التقليدي. وينص تقرير اليونيسف (2001) على أن عددا كبيرا من الفتيات وعدد أقل من الأولاد يدخلون في زواج دون ممارسة حقهم في اختيار شريك زواجهم. وهذا الأمر غالبا ما يكون هو حال الفتيات الصغيرات وغير المتعلمات ما دامت فكرة تولي مسؤوليات الزوجة عادة ما لا تدع مجالا للتمدرس وتكاد تعزل الفتاة من العملية التعليمية يقينا (اليونيسف، 2001). وهذا يؤدي أيضا إلى الحمل المبكر، وهو ما يعني وجود مخاطر أكبر على صحة الأم والطفل على حد سواء.

الشكل: 7.6
زواج الأطفال (%)، 2005-2013 (يسار)، بلدان المنظمة ذات أعلى و أدنى معدلات انتشار زواج الأطفال (%، يمين)



المصدر: قواعد بيانات اليونيسف العالمية 2014، بناء على الاستقصاء الديمغرافي والصحي (DHS) و الدراسة الاستقصائية العنقودية متعددة المؤشرات (MICS) وباقي الاستقصاءات الممثلة وطنيا.

ويعرض الشكل 7.6 معدل انتشار زواج الأطفال (سواء بالنسبة للزواج قبل سن 15 أو 18) في مختلف مجموعات البلدان بين عامي 2008 و 2013. وحسب الشكل، فإن مجموعة منظمة التعاون الإسلامي سجلت أعلى معدلات انتشار زواج الأطفال في كلا الفئتين بحيث أن 7.9% من جميع حالات الزواج حصلت قبل بلوغ 15 سنة و 27.3% منها قبل سن 18. وبالنسبة للمتوسط العالمي، فقد بلغ معدل انتشار الزواج قبل 15 سنة نسبة 6.3% و25.0% بالنسبة لمتوسط الزواج قبل 18 سنة. أما في البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة، فيعتبر زواج الأطفال أقل شيوعا مقارنة بمجموعة بلدان المنظمة بحيث سجلت نسبتي 5.2% و 23.5% بالنسبة لحالات الزواج قبل سن 15 و قبل سن 18 على التوالي.

وعلى مستوى البلد الواحد، تم تسجيل أعلى معدل لانتشار زواج الأطفال ضمن مجموعة بلدان منظمة التعاون الإسلامي في بنغلاديش (29.1%) تلتها تشاد (29.0%)، بينما تم تسجيل أدنى معدل في نفس المجموعة في طاجيكستان (0.1%) وقيرغيزستان (0.1%) (الشكل 7.6).

6.4 الصراعات والأطفال

يواجه العالم وبوتيرة متزايدة المزيد من التحديات المتعلقة بالصراعات، فالكثير من المكاسب التنموية التي تراكمت على مدى سنوات عديدة تصبح عرضة للدمار مع انطلاق شرارة صراع معين. وفي جميع الحالات دائما ما يكون الأطفال هم أول المتضررين من النزاع، سواء بطريقة مباشرة أو غير مباشرة، لأن وجود صراعات يعني أن هناك احتمال كبير بأن يحرم الأطفال من الخدمات الأساسية مثل التعليم والرعاية الصحية.

في تقرير للبنك الدولي، يحدد والتر (2010) وجود ثلاثة أنماط بشأن الصراعات وتكرارها. أولا، للحروب الأهلية معدل تكرار مرتفع بشكل مهول، فمن بين البلدان 103 التي شهدت شكلا من أشكال الصراع خلال الفترة الممتدة بين 1945 و2009، لم يتمكن 59 بلدا من تجنب عودة حرب أهلية لاحقا. هذا يدل على أنه بمجرد ما ينشأ صراع في بلد ما، فإن إمكانية الدخول في موجات عنف جديدة يعد أمرا واردا جدا، وهذا ما يؤكد حجة "فخ الصراع" ل Collier و Sambanis (2002). والتوجه الثاني الذي حدده والتر هو أن الحروب الأهلية المتكررة أصبحت الشكل السائد للنزاع المسلح في العالم اليوم. في الواقع، منذ عام 2003 كل الحروب الأهلية التي اندلعت لم تكن إلا استمرارا لحرب أهلية سابقة، مما يدل على أن مشكلة الحرب الأهلية ليست منع اندلاع صراعات جديدة، ولكن إنهاء تلك التي بدأت فعليا للأبد. وأخيرا، تتركز الحروب الأهلية على نحو متزايد في مناطق قليلة من العالم. والنتيجة هي أن عددا أكبر من الحروب الأهلية تتركز في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، مما يشير إلى أن الحروب الأهلية تتركز بشكل متزايد في أفقر وأضعف دول العالم.

في ضوء ما سبق، يستعرض هذا القسم الفرعي الصراعات في بلدان منظمة التعاون الإسلامي في منظور تاريخي ويقيم الآثار المحتملة لهذه الصراعات على الأطفال.

مما لا شك فيه هو أن انتشار الصراعات يعصف بالحلقة الأضعف في المجتمع (أي الأطفال والنساء) أكثر من غيرهم. فكما ذكر أعلاه، تفتح الصراعات موجات عنف يصير فيها الأطفال والنساء عرضة للكثير من المعاناة الجسدية والنفسية. وبعبارة أخرى، تؤدي الصراعات إلى تدمير مستقبل البلدان من خلال إلحاق الأذى بالحالة الصحية للعديد من الأجيال بطرق مختلفة. والأسوأ من كل ذلك هو أن وجود صراعات طويلة الأمد تقتل أحلام وآمال الأطفال المستقبلية، وكنتيجة لذلك يكاد يستحيل تصور مستوى أفضل للتنمية في مجتمع ليس للأطفال فيه أحلام وخطط مستقبلية.

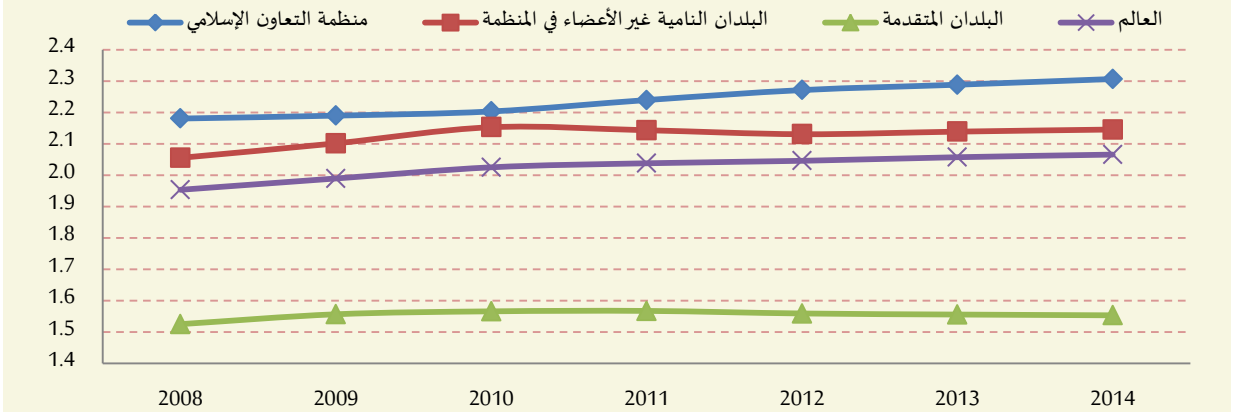
يكون الأطفال الذين هم في خضم المراحل الحرجة للتنمية الشخصية أكثر تضررا من الحرب بالمقارنة مع البالغين. فهم يعتمدون أكثر حتى من البالغين على الحماية التي توفرها الأسرة والمجتمع والقانون في حالة السلم (MOFA، 2000). ويمكن للحروب أن تهدد بإزاحة عناصر الحماية هذه، مع عواقب سلبية على نمو الطفل وبالتالي على سلام واستقرار القادم من الأجيال.

تتعدد أوجه أثر الصراعات على الأطفال، فهم عرضة للتشويه والقتل والإبعاد عن وطنهم ومجتمعهم واليتم والبعد عن الآباء والعنف والاستغلال الجنسي، كما يتم تسليحهم للقتال ويتعرضون للصدمات ويحرمون من حقهم في التعليم والرعاية الصحية. وتدمر الصراعات بشكل خاص مستقبل البنات، فبالإضافة إلى كونهن محرومات حتى في حالة السلم، فهن يتعرضن للاعتداء الجنسي والاغتصاب والاستعباد وأشكال أخرى من المحن في وقت النزاعات (MOFA، 2000).

ووفقا لمركز أنقرة (2014a)، فقد أمضت 53 دولة في منظمة التعاون الإسلامي خلال الفترة الممتدة بين 1946 و2005 ما مجموعه 621 عاما في النزاعات، أي ما يعادل 11.7 عاما لكل دولة. وخلال هذه الصراعات بلغ عدد القتلى ما يقرب من 3 ملايين شخص في بلدان المنظمة، أو أكثر من 4600 شخص في كل نزاع. هذا المعدل هو نفسه تقريبا في 107 من البلدان غير الأعضاء في المنظمة خلال 11 عاما من الصراع إلا أن عدد القتلى في هذه البلدان فاق 7 ملايين خلال هذه الفترة. وبناء على بيانات مستمدة من قاعدة بيانات أوبسالا المتعلقة بالصراعات، أظهر مركز أنقرة (2014a) أن حصة مجموعة منظمة التعاون الإسلامي من الصراعات في جميع أنحاء العالم ارتفعت من نسبة 32% المسجلة عام 2003 إلى 48.9% في عام 2011، بحيث تأخذ هذه الصراعات عموما شكل "صراعات داخلية".

الشكل: 8.6

مؤشر السلام العالمي، 2008-2014



المصدر: قاعدة بيانات مؤشر السلام العالمي (GPI)، معهد الاقتصاد والسلام (IEP).

وبالنظر لمؤشر آخر يطلق عليه مؤشر السلام العالمي (GPI) الذي يعده معهد الاقتصاد والسلام (IEP) نجد أيضا أن "الصراعات في منطقة منظمة التعاون الإسلامي في تزايد". وحسب الشكل 8.6، فإن نتيجة مؤشر السلام العالمي للمتوسط العالمي في تزايد منذ عام 2008 وبلغت 2.07 (أعلى مستوى على مر السنين) في عام 2014 مما يدل على تراجع

السلم في العالم أو ارتفاع نسبة الصراعات فيه.[4] وبدوره، ارتفع متوسط مجموعة بلدان منظمة التعاون الإسلامي على المؤشر بين عامي 2008 و 2014 إذ ارتفع من 2.18 المسجل في 2008 إلى 2.30 عام 2014. وبهذه النتيجة، تكون مجموعة منظمة التعاون الإسلامي هي المجموعة ذات أعلى نتيجة كمتوسط مقارنة مع مجموعات البلدان الأخرى ما يدل على وجود درجة أقل من السلم وعدد أكبر من الصراعات.

وعموما، فإن الأرقام تكشف أن الصراعات في البلدان الأعضاء في منظمة المؤتمر الإسلامي، في المتوسط، آخذة في الارتفاع وأن متوسط مستوى السلم في تراجع في منطقة منظمة التعاون الإسلامي عاما بعد عام. وهذه الحقائق تدل على أن عدد متزايد من الأطفال يعانون كل سنة من ويلات الصراعات وانعدام السلم في بلدان منظمة التعاون الإسلامي. وأكثر ما يتعرضون له هي الصراعات المسلحة والاتجار بالبشر والعنف والاعتداءات وعدم توفر الخدمات الأساسية بالشكل اللازم. وفي بعض النقاط المشتعلة بمجموعة بلدان المنظمة تشتد معاناة الأطفال، وتشمل هذه المناطق سوريا وأفغانستان وفلسطين ونيجيريا والعراق واليمن. ونظرا لطبيعة الصراعات، فإنه ليس من السهل التوصل إلى أرقام دقيقة حول إجمالي عدد الأطفال المتضررين وإلى أي مدى وصلت بهم المعانات جراء هذه الصراعات. ومع ذلك، يمكن الاعتماد على تقديرات اليونيسف التي أجرتها على اثنين من البلدان الأعضاء في المنظمة للحصول على بعض القرائن التي تبرز مدى معاناة الأطفال من النزاعات في العالم الإسلامي. فقد بلغ عدد الأطفال الذين قتلوا في العراق فقط حوالي 700 في عام 2014، وأكثر من 10.000 طفل قتلوا في سوريا منذ اندلاع الصراع عام 2011 (اليونيسف، 2013b). هذه الأرقام مقتصرة فقط على عدد القتلى ولا تغطي حجم العنف ضد الأطفال في مناطق النزاع هذه. بالإضافة إلى ذلك، تتجلى آثار الصراعات في هذه البلدان أيضا على مستوى البنية التحتية المدمرة (شبكات الصرف الصحي ومياه الشرب والنقل) والمستشفيات والمدارس المنهارة. فعلى سبيل المثال، أحرقت 460 مدرسة بالكامل وبشكل منهجي في اتشيه الإندونيسية خلال شهر مايو 2003 فقط وذلك في سياق الصراع بين القوات الحكومية والجماعات المتمردة.

ويعد النزوح أيضا من الآثار السلبية للصراعات، فالأطفال يعانون من هذا الأمر وما يرفقه من تعرض لمختلف أشكال العنف والاعتداء في طريقهم للوجهات الجديدة. فعلى سبيل المثال، أدى الصراع في جنوب السودان إلى نزوح 490.000 طفل في ظرف يقل عن سنة. وتوفير الخدمات الأساسية لمثل هذا العدد من الأطفال في ظرف وجيز ليس ليس بالأمر الهين حتى في البلدان المتقدمة، كما يستحيل أيضا توفير الحماية الكاملة لهؤلاء الأطفال من العنف وسوء المعاملة. وكنتيجة لكل ذلك، فإن الصراعات تؤدي بالعديد من الأطفال حول العالم مآسي حقيقية.

غالبا ما تستمر معاناة الأطفال الذين يعايشون الصراعات لتصاحبهم طوال حياتهم بسبب الآثار النفسية بعيدة المدى لهذه الصراعات حتى ولم تم أخذهم لأماكن بعيدا عنها. أظهرت دراسة حالة أجرتها اليونيسف (2013) على المراهقين من اللاجئين السوريين (المتراوحة أعمارهم بين 5 و17 سنة) الذين يعيشون في المخيمات في الأردن أن من بين أكثر المخاوف

[4] مؤشر السلام العالمي (GPI) هو مؤشر يستخدم لقياس حالة السلم أو غياب العنف والصراع وطنيا. فالمؤشر يقيس حالة 162دولة وهو صادر عن معهد الاقتصاد والسلام (IEP). يتشكل من 22 مؤشرا، تتراوح بين مستوى الانفاق العسكري لبلد ما وعلاقاته بالبلدان المجاورة له والنسبة المئوية لنزلاء السجن. ويتم الحصول على البيانات من مجموعة من المصادر الموثوقة والمرموقة، بما في ذلك المعهد الدولي للدراسات الاستراتيجية والبنك الدولي ومختلف وكالات الأمم المتحدة ومعاهد السلام وEIU. والأمم الأكثر سلاما تكون درجتها منخفضة على المؤشر. وبعبارة أخرى،تدل الدرجة المنخفضة على عدد أقل من النزاعات أو توفر السلم بقدر كبير.

المتعلقة بالصحة النفسية انتشارا هي سلس البول والإعاقة الذهنية والتوحد / اضطرابات النمو. وأهم ثلاثة مصادر القلق العامة للمراهقين هي: الخوف في المخيم والشعور بالحزن والتغلب عليه وسوء معاملة الأطفال داخل الأسرة.

وباختصار، يمكن القول أن الصراعات في بلدان منظمة التعاون الإسلامي آخذة في التصاعد، وهي تؤثر بشكل كبير على الأطفال بطرق مختلفة وتجعلهم أكثر عرضة للمخاطر. والأسوأ من هذا هو أن الأطفال الذين يعايشون حالات الصراع يفقدون الكثير من الأمل في مستقبلهم، وهذا الأمر لا يؤثر سلبا على جودة حياتهم فقط ولكن يشكل أيضا تهديدا بالنسبة لتنمية بلدانهم. لهذا يتعين على البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي إيجاد سبل لحل مشاكلها بالطرق الدبلوماسية قدر الإمكان بدلا من اللجوء للصراعات. وعلاوة على ذلك، يتعين أيضا على الدول الأعضاء والأمانة العامة لمنظمة التعاون الإسلامي التعامل مع موضوع الأطفال في مناطق النزاع بطريقة أكثر منهجية، فإنشاء مخيمات وتوفير الخدمات الأساسية قد تسحن جزئيا من جودة حياة الأطفال فقط. وحسب اليونيسف (2013)، فإن معاناة الأطفال الذين يعيشون في المخيمات قادمين من مناطق الصراع تستمر لتتجلى في أشكال مختلفة من سوء المعاملة والعنف إلى الاضطرابات النفسية. ولذلك، ينبغي على صانعي السياسات مراعاة كل هذه الجوانب المختلفة في جدول أعمالهم.

ونظرا لحدة ما أسفرت عنه النزاعات المسلحة من آثار على الأطفال، عرف العالم تحركات مهمة لمعالجة هذه الظاهرة. ففي عام 1990، دخلت اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الطفل حيز التنفيذ، وتتضمن أحكاما هامة تخص الأطفال المتأثرين بالنزاع المسلح. وبعد نشر تقرير ماشيل، أنشأت الجمعية العامة للأمم المتحدة مكتب الممثل الخاص للأمين العام المعني بالأطفال والصراعات المسلحة عام 1997. ويختص المكتب، في جملة أمور، بتقييم التقدم المحرز والخطوات التي تم اتخاذها والصعوبات التي تعرقل عملية تعزيز حماية الأطفال في حالات النزاع المسلح، وأيضا رفع الوعي وتعزيز جمع المعلومات بشأن محنة الأطفال المتضررين من النزاعات المسلحة وتشجيع تطوير الشبكات، فضلا عن تعزيز التعاون الدولي لضمان احترام حقوق الطفل في مختلف مراحل النزاع المسلح.[5]

وعلى الرغم من كل هذه الجهود الدولية، إلا أن معاناة الأطفال بسبب الصراعات مستمرة لأن عدد هذه الأخيرة لا يسجل تراجعا في جميع أنحاء العالم بشكل عام ويرتفع في منطقة منظمة التعاون الإسلامي بالتحديد. وهذا يدل على أن مزيدا من الأطفال يعانون من الآثار السلبية للصراعات كل عام. وعلى المدى البعيد، يبدو أن الحل الأقل كلفة والأكثر فعالية هو ضمان السلام. خلاف ذلك، فإن أي حل آخر لفض الصراعات و أية جهود لحماية الأطفال لن تكون فعالة إلا جزئيا. إضافة إلى ذلك، فإن هذه الجهود من شأنها أن تساعد الأطفال فقط في بعض المناطق من العالم بينما تستمر البقية من الأطفال في مناطق أخرى من العالم في العيش في ظل المخاطر.

6.5 عمالة الأطفال

وفقا لتعريف منظمة العمل الدولية (ILO)، فإن مصطلح "عمالة الأطفال يعني استخدام الأطفال في أي عمل يحرمهم من طفولتهم ويعيق من قدرتهم على الالتحاق بالمدارس بشكل عادي وأي عمل يشكل خطرا وضررا على السلامة الذهنية أو الجسدية أو الاجتماعية أو الأخلاقية". وعلى مدى سنوات، قام المجتمع الدولي بالتعاون مع الحكومات والجهات المعنية الأخرى بخطوات كبيرة لتطوير وتفعيل إطار تشريعي وسياساتي مناسب لمعالجة قضية عمالة الأطفال. فتشغيل الأطفال

[5] مجهودات منظمة التعاون الإسلامي ملخصة في الملحق.

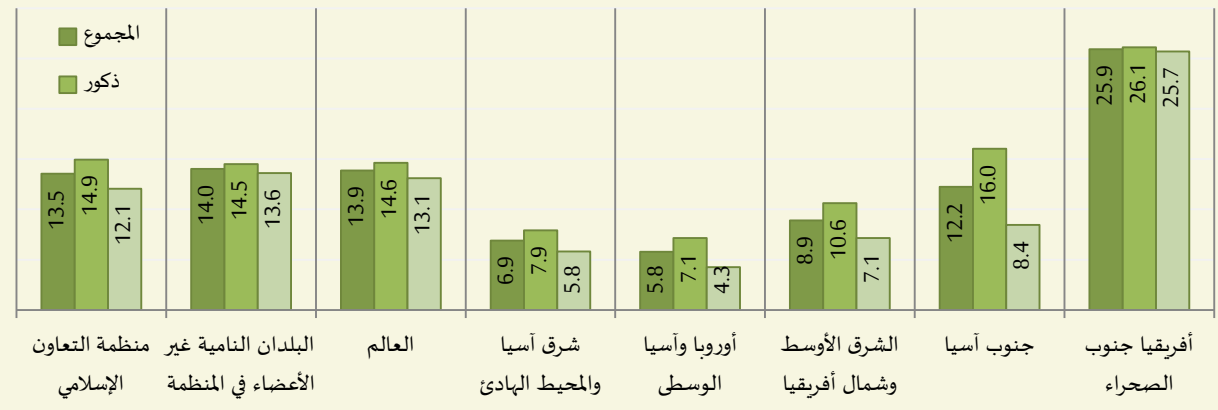
اليوم يعد أمرا محظورا في جميع أنحاء العالم، وعدد الأطفال العاملين في انخفاض (منظمة العمل الدولية، 2013). ومع ذلك، وعلى الرغم من كل الإنجازات والتقدم الحاصل في هذا الإطار، إلا أنه من المؤسف أن ملايين الأطفال حول العالم ما يزالون عرضة للعمالة.

وتشير آخر تقديرات اليونيسف أن 106 مليون طفل المتراوحة أعمارهم بين 5 و14 سنة كانوا عرضة لعمالة الأطفال[6] في جميع أنحاء العالم خلال الفترة الممتدة بين عامي 2009 و2013، وتقريبا كل من هؤلاء الأطفال يعيشون في البلدان النامية. فأكبر عدد مطلق للأطفال العاملين يتمركز في البلدان النامية غير الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي (73 مليون)، كما أن حالات تشغيل الأطفال ظلت أيضا مرتفعة في هذه البلدان على الرغم من قابلة مقارنتها على الصعيد العالمي. وكما هو مبين في الشكل 9.6، فإن 13.9% من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 5 و14 سنة كانوا عرضة للتشغيل على المستوى العالمي، في حين بلغت هذه النسبة 14.0% في البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة و 13.5% في بلدان المنظمة. وعموما، بقي انتشار عمالة الأطفال أعلى بين الأولاد أكثر من البنات في الفئة العمرية المتراوحة بين 5 و14 سنة. وبالنسبة لانتشار عمالة الأطفال بين الأطفال الذكور، سجلت بلدان المنظمة نسبة 14.9% مقارنة مع 14.6% في العالم و 14.5% في البلدان النامية الأخرى. وعلى الرغم من تسجيل دول المنظمة لأداء قريب من المستوى العالمي من حيث إجمالي الأطفال العاملين والذكور منهم، ظل الوضع أفضل نسبيا في حالة انتشار عمالة الأطفال بين الإناث. فكما هو مبين في الشكل 9.6، فإن 12.1% من الأطفال الإناث كن عرضة لعمالة الأطفال في بلدان المنظمة بالمقارنة مع 13.1% في العالم و 13.6% في البلدان النامية الأخرى.

كما هو مبين في الشكل 9.6، تختلف معدلات انتشار عمالة الأطفال بشكل كبير من منطقة لأخرى في مجموعة بلدان منظمة التعاون الإسلامي. ففي الفترة الممتدة بين عامي 2009 و2013، سجل أعلى معدل لانتشار العمالة بين الأطفال المتراوحة أعمارهم بين 5 و14 سنة في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى (25.9%) في حين تم تسجيل أدنى معدل في

الشكل: 9.6

انتشار عمالة الأطفال (%)، 2009-2013



المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة بناء على قاعدة بيانات اليونيسف

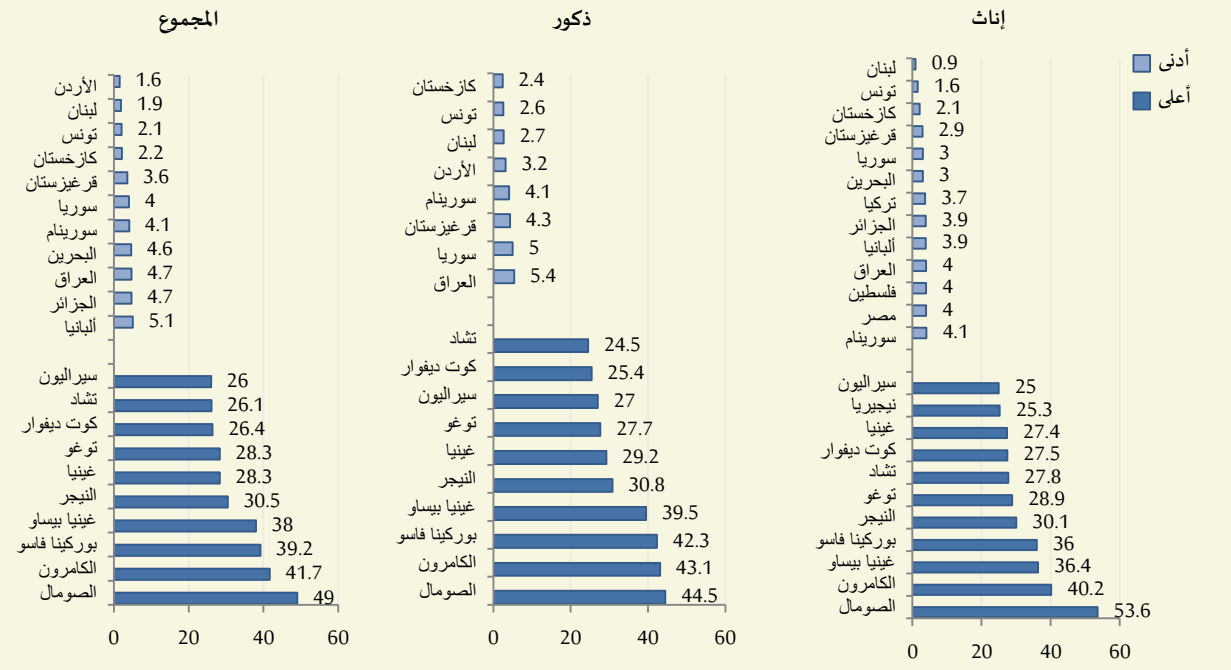
[6] وفقا لليونيسف، يعتبر الطفل منخرطا في عمالة الأطفال إذا توفرت الشروط التالية: (أ) الأطفال ما بين 5 و11 سنة الذين قاموا بنشاط اقتصادي لمدة ساعة واحدة على الأقل أو على الأقل 28 ساعة من الأعمال المنزلية خلال الأسبوع المرجعي؛ أو (ب) الأطفال ما بين 12 و14 سنة الذين قاموا بنشاط اقتصادي لمدة 14 ساعة على الأقل أو على الأقل 28 ساعة من الأعمال المنزلية خلال الأسبوع المرجعي.

منطقة أوروبا وآسيا الوسطى (5.8%). أما بالنسبة لباقي المناطق، فقد سجلت منطقة جنوب آسيا معدل انتشار عمالة الأطفال بلغ 12.2% تلتها منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا بمعدل 8.9% ثم منطقة شرق آسيا والمحيط الهادئ بمعدل 6.9%. وبقي معدل انتشار عمالة الأطفال بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 5 و14 سنة في كل المناطق، باستثناء منطقة أفريقيا جنوب الصحراء، أقل من متوسط منظمة التعاون الإسلامي، كما أنها منتشرة بشكل أكبر عموما في أوساط الذكور في جميع مناطق المنظمة. وبمعدل 26.1%، سجلت منطقة أفريقيا جنوب الصحراء أعلى نسبة انتشار لعمالة الأطفال الذكور من بين كل المناطق، بالمقابل سجلت منطقة أوروبا وآسيا الوسطى 7.1% فقط (الشكل 9.6). وبالنسبة لباقي المناطق فقد بلغت نسبة تعرض الذكور من الأطفال للتشغيل 16.0% في منطقة جنوب آسيا و 10.6% في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، و 7.9% في منطقة شرق آسيا والمحيط الهادئ. وظلت نسبة الأطفال المستخدمين من الذكور في منطقتي أفريقيا جنوب الصحراء وجنوب آسيا أعلى من إجمالي المتوسطات الإقليمية، وبالمقابل ظلت هذه النسبة أقل بشكل واضح عن إجمالي المعدلات الإقليمية في مناطق أوروبا وآسيا الوسطى، وشرق آسيا والمحيط الهادئ، والشرق الأوسط وشمال أفريقيا.

وفي حالة عمالة الأطفال الإناث، سجلت منطقتي أفريقيا جنوب الصحراء وجنوب آسيا من جديد أعلى معدل انتشار بلغ 25.7% و 8.4% على التوالي في حين لم تكن المعدلات في باقي المناطق سوى 4.3% في أوروبا وآسيا الوسطى و5.8% في شرق آسيا والمحيط الهادئ و 7.1% في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (الشكل 9.6). باستثناء منطقة أفريقيا جنوب الصحراء، ظل معدل انتشار عمالة الأطفال بين الإناث أقل بكثير من إجمالي المعدلات الإقليمية خلال فترة 2009-2013.

الشكل: 10.6

بلدان المنظمة ذات أدنى وأعلى معدلات انتشار عمالة الأطفال (%)، 2009-2013



المصدر: قاعدة بيانات اليونيسف

من ناحية أخرى، هناك تباينات واسعة في حالات تشغيل الأطفال بين مختلف بلدان منظمة التعاون الإسلامي (الشكل 10.6). فقد تميزت كل من الأردن (1.6%) ولبنان (1.9%) وتونس (2.1%) وكازاخستان (2.2%) بانخفاض معدلات عمالة الأطفال من الفئة المتراوحة أعمارهم بين 5 و14 سنة خلال الفترة الممتدة بين عامي 2009 و2013، وهذه البلدان مصنفة أيضا ضمن قائمة أفضل عشر بلدان في العالم أداء (الشكل 16.1 [هكذا]). في المقابل، سجلت أعلى نسبة انتشار عمالة الأطفال في الصومال (49%) تلتها الكاميرون (41.7%) وبوركينا فاسو (39.2%) ثم غينيا بيساو (38%)، وهي بلدان مصنفة ضمن قائمة خمس دول الأكثر عمالة للأطفال في العالم. وعموما، فاقت نسبة انتشار عمالة الأطفال 20% في 15 بلدا من بلدان منظمة التعاون الإسلامي، في حين كانت هذه النسبة أقل من 10% في 18 بلدا آخر. بشكل عام، سجلت أعلى معدلات عمالة الأطفال في بلدان منظمة التعاون الإسلامي في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، ونفس الأمر بالنسبة لجنس الأطفال المستخدمين. وبالنسبة لبلدان المنظمة ذات أعلى نسبة لعمالة الأطفال بين الأطفال الذكور والإناث هي نفسها المذكورة أعلاه (الشكل 10.6).

7 ملاحظات ختامية

تطرق هذا التقرير لوضع الأطفال في بلدان منظمة التعاون الإسلامي من منظور مقارن، وانصب التركيز على العوامل الاجتماعية والاقتصادية المتعلقة بالصحة والتعليم والتغذية والصراعات وعمالة الأطفال التي تشكل أثرا على رفاه الأطفال ونموهم. ومن خلال هذا التقرير تمت مناقشة كل هذه الأبعاد التي تمس الأطفال بشكل مباشر بالتفصيل وتحليلها بالاعتماد على البيانات المتاحة عن بلدان منظمة التعاون الإسلامي في الأقسام المخصصة لكل موضوع من هذا التقرير.

وتتميز بلدان منظمة التعاون بالفتوة من حيث التوزيع السكاني، إذ أن أكثر من ثلث السكان تقل أعمارهم عن سن الخامسة عشر. وهذا ما يستلزم الطلب الكبير على الرعاية الصحية والتعليم والغذاء والترفيه والحماية الاجتماعية والخدمات الاجتماعية للرضع والأطفال الصغار. وعلى مر السنين، حققت العديد من بلدان المنظمة تقدما كبيرا بخصوص حق الأطفال في الصحة، وذلك بتوفير المزيد من الموارد أكثر مما تم استثماره ذي قبل في خدمات الرعاية الصحية الأولية. كما أن هناك قصص نجاح هامة حققتها بعض بلدان المنظمة في تنفيذ التدخلات مثل الرعاية قبل الولادة وإشراف كوادر صحية ماهرة على حالات الولادة والتحصين والرعاية المبكرة لعلاج الالتهاب الرئوي والإسهال والملاريا. كل هذه الجهود أتت أكلها وهذا ما يعكس انخفاض معدل وفيات الأطفال في كل أنحاء مجموعة منظمة التعاون الإسلامي. وتشير أحدث التقديرات إلى أنه إذا كانت وفيات الأطفال قد استمرت على نفس وتيرة معدلات عام 1990، لبلغ عدد وفيات الأطفال في بلدان المنظمة 4.5 ملايين خلال عام 2013 (بحيث تم تسجيل 2.9 مليون حالة وفاة). ويدل هذا الفارق (1.6 مليون) على أنه تم إنقاذ حياة 4372 طفل عن كل يوم. ومع ذلك، وعلى الرغم من هذا التقدم الملحوظ، فإن أداء بلدان منظمة التعاون الإسلامي كمجموعة منذ عام 1990 كان متدنيا بالمقارنة مع المجموعات الأخرى من حيث خفض معدل وفيات الأطفال. فبانخفاض التغطية بشكل مقلق فيما يخص تدخلات الرعاية الصحية للطفل ، بقي الوضع سيئا بشكل كبير في منطقتي جنوب آسيا وأفريقيا جنوب الصحراء، حيث بلغت فيهما نسبة أطفال المنظمة دون سن الخامسة حوالي 60% عام 2013.

ومن بين الأمور الأخرى الرئيسية ذات الاهتمام بالنسبة لبلدان منظمة التعاون الإسلامي هي التغذية والأمن الغذائي للطفل. ونتيجة لذلك، فإنه ليس فقط خطر موت الأطفال بسبب الأمراض الشائعة مثل الإسهال والالتهاب الرئوي والملاريا ما ظل مرتفعا جدا في هذه البلدان، ولكن هناك أيضا معاناة العديد من الأطفال عاهات بدنية وإدراكية بسبب سوء التغذية والنقص في المغذيات الدقيقة مثل فيتامين أ واليود والحديد. خلال فترة 2009-2013، عانى حوالي ثلث الأطفال في بلدان منظمة التعاون الإسلامي من تأخر النمو و 21.3% من نقص الوزن و 11% من الهزال و 7.4% منهم عانوا من زيادة الوزن. وعلى الرغم من أنه يمكن الوقاية من هذه المضاعفات ومعالجتها إلى حد كبير عن طريق اتباع ممارسات سليمة لتغذية الطفل كما هو موصى به من قبل منظمة الصحة العالمية واليونيسف، إلا أنه فقط 42.9% من الأطفال في منظمة التعاون الإسلامي هم من تلقوا الرضاعة خلال الساعة الأولى من الولادة و 34.9% هم من تلقوا الرضاعة الطبيعية خلال ستة أشهر الأولى من الحياة و 46.7% حصلوا على رضاعة طبيعية حتى في سن الثانية و66.1% من الرضع تلقوا إلى الأغذية التكميلية من 6 إلى 8 أشهر.

وبالنظر إلى المؤشرات المعتمد عليها علاقة بالتعليم من منظور رفاه الأطفال، يتبين أن بلدان منظمة التعاون الإسلامي حققت تحسنا كبيرا منذ فترة التسعينيات فيما يخص محو الأمية ومعدلات الالتحاق بالمدارس وإكمال الدراسة. ومع ذلك، فإنه ما يزال أمام بلدان المنظمة، في المتوسط، مسارا طويلا للوصول إلى مستوى البلدان المتقدمة فيما يتعلق بمعدلات الإلمام بالقراءة والكتابة والالتحاق بالمدارس وإكمال الدراسة.

ومن حيث كفاية الخدمات التعليمية للأطفال، ما زال متوسط بلدان المنظمة متخلفا عن نتائج البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة. فعلى سبيل المثال، يبلغ حجم النفقات الحكومية لكل تلميذ في بلدان المنظمة ما متوسطه 928 دولار لكل تلميذ، في حين أن المتوسط في البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة يبلغ 1860 دولار خلال السنة نفسها. كما أن بلدان المنظمة تواجه مشاكل أيضا فيما يتعلق بجودة التعليم للأطفال، فمن بين المشاكل العويصة هي اكتظاظ الفصول الدراسية بحيث ترتفع معدلات التلميذ إلى المعلم بشكل كبير مقارنة مع تلك المسجلة في البلدان المتقدمة. ومن بين الأمور الأخرى التي تم تسجيلها في الخدمات التعليمية للأطفال في بلدان المنظمة هي غياب المساواة بين الجنسين، فهناك فوارق شاسعة بين الفتيان والفتيات من حيث الولوج إلى التعليم ذلك لكون البنات أكثر المحرومات. وأخيرا، من حيث الاختلافات فيما بين الأقطار، تختلف معدلات الالتحاق بالمدارس وإكمال الدراسة على نطاق واسع ضمن مجموعة بلدان المنظمة. ولذلك فمن الواضح أنه يجب على بعض بلدان المنظمة، خاصة تلك الواقعة في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، بذل بعض الجهود الإضافية لتسجيل معدلات مرتفعة للالتحاق بالمدارس ولتوفير تعليم جيد للأطفال إذا ما قارناها مع غيرها من بلدان المنظمة كتلك الواقعة في آسيا الوسطى.

من أجل حماية الأطفال وتوفير الخدمات الأساسية لهم، تتبوأ شهادة الميلاد أهمية خاصة. ومع ذلك، يقبع متوسط أرقام تسجيل المواليد في بلدان منظمة التعاون الإسلامي في مرتبة متأخرة عن متوسط البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة وعن المتوسط العالمي أيضا. لهذا السبب يعاني العديد من أطفال بلدان المنظمة من الحرمان من الخدمات العامة ويواجهون أشكالا مختلفة من العنف بسبب عدم توفر شهادة ميلاد رسمية، وهذا ما يجعل من الأمر مسألة ذات أولوية بالغة بالنسبة لواضعي السياسات في بلدان المنظمة لتحسين وضع رفاه الأطفال.

من المعلوم أنه ليس هناك ما يبرر ممارسة أي شكل من أشكال العنف ضد الأطفال. ومع ذلك، تظهر الأرقام أن العنف والإساءة يمارسان بدرجات متفاوتة ضد الأطفال في العديد من البلدان في جميع أنحاء العالم، وهذا أمر لا يجب تجاهله. مع الأسف، تكشف الأرقام أن معدلات سوء المعاملة والعنف ضد الأطفال في البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي مرتفعة نسبيا فيما يتعلق بالتأديب العنيف والعنف ضد المرأة (أمهات الأطفال) و تشويه الأعضاء التناسلية للإناث وزواج الأطفال.

بدورها، تشكل النزاعات في بلدان منظمة التعاون الإسلامي تهديدا كبيرا لرفاه الأطفال، فأثرها الخطير على الأطفال يتجلى في كونها تحدث وفيات وإصابات في صفوفهم وتدمير البنية التحتية وخلق بيئة فوضوية يصعب فيها السيطرة على العنف وسوء المعاملة بالإضافة إلى إبعاد الأطفال عن أسرهم وبلدانهم. وعموما، فإن عدد الصراعات آخذ في الارتفاع في منطقة منظمة التعاون الإسلامي في السنوات الأخيرة حيث يتزايد عدد الأطفال الذين يعانون من الصراعات وبدرجات متفاوتة عاما بعد عام.

ومن بين أسوأ أشكال الاستغلال المتفشية في كل العالم النامي هي عمالة الأطفال. على الرغم من حظر تشغيل الأطفال في غالبية بلدان منظمة التعاون الإسلامي، إلا أن نسبة الأطفال المتراوحة أعمارهم بين 5 و14 سنة الذين كانوا عرضة للتشغيل خلال فترة 2009-2013 بلغت 13.5%. وبشكل عام، الذكور من الأطفال هم الأكثر عرضة لعمالة الأطفال ممقارنة بالفتيات. وضمن المجموعات الإقليمية لمنظمة التعاون الإسلامي، ظل معدل انتشار عمالة الأطفال الأعلى في منطقتي أفريقيا جنوب الصحراء وجنوب آسيا، حيث يقطن حاليا 45% من إجمالي الأطفال منظمة التعاون الإسلامي المتراوحة أعمارهم بين 5 و14 سنة.

8 توصيات بشأن السياسات

يعتبر الوضع الصحي والتغذوي للأطفال في العديد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي سيئا للغاية. لذلك يبقى التحدي المطروح أمام البلدان ذات العبء في المنظمة هو كيفية تحقيق تغطية شاملة لتدخلات فعالة بما في ذلك الرعاية قبل الولادة وبعدها وتوفير ظروف لولادة أكثر أمانا، بالإضافة إلى رعاية المواليد الجدد والرضع والرضاعة الطبيعية والمكملات الغذائية الدقيقة والتحصين الروتيني ضد الأمراض التي يمكن الوقاية منها مع زيادة الاستثمارات ثم تعزيز المساءلة لتحسين الحالة الصحية والتغذوية للأطفال.

وفيما يتعلق بالصحة، تشمل الإجراءات ذات الأولوية تدريب مقدمي الرعاية السابقة للولادة، وتحسين الإمدادات والخدمات اللوجستية للمرافق الصحية، وتعزيز الروابط بين الجماعات والمستشفيات التي تقدم الرعاية المستعجلة للأم والطفل، والاستثمار من أجل توفير عدد أكبر وأكثر مهارة وعدة من المهنيين الصحيين للوصول إلى غالبية الأطفال الذين لا يحصلون على الرعاية الصحية الأساسية في الوقت الحاضر، تطوير برامج رعاية الأمومة وحديثي الولادة منزلية بناء على النماذج الناجحة للعاملين في مجال الصحة المجتمعية، وتثقيف الأسر والمجتمعات المحلية حول أفضل السبل لتنشئة أطفالهم بشكل صحي والتعامل مع المرض عند حدوثه وتحسين الاستفادة من البيانات لمراقبة وتحسين تغطية وجودة الرعاية الصحية للأطفال. ولتحسين تغطية التحصين بين الأطفال، من بين الإجراءات ذات الأولوية التي يجب على الحكومات والجهات الفاعلة الأخرى اتخاذها هي صياغة استراتيجيات مبتكرة لتحقيق مستوى عال ومتكافئ من تغطية التحصين وأيضا تطوير واستخدام اللقاحات والتكنولوجيات الجديدة، بالإضافة إلى مزامنة أسبوع التطعيم في بلدان منظمة التعاون الإسلامي ومحاربة الطابوهات ضد التطعيم من خلال إشراك قادة المجتمع السياسي والديني، كما يتعين كذلك تفعيل آلية منظمة التعاون الإسلامي لتجميع اللقاحات وشرائها لضمان العرض في الوقت المناسب والتوصل إلى اللقاحات ذات الجودة بأسعار تنافسية، ولا سيما الجديدة منها وغير المستعملة.

يتعين على الحكومات اتخاذ التدابير اللازمة لتحسين الوضع التغذوي للأطفال من خلال استهداف حالات نقص الوزن وتأخر النمو والهزال وزيادة الوزن بين الأطفال. وبما أن صحة الأم أمر بالغ الأهمية بالنسبة للطفل، فإنه ينبغي للبلدان تطوير وتحسين برامج وخدمات الصحة العامة لتثقيف النساء في سن الإنجاب وتزويدهن بالمصادر اللازمة لتعزيز التغذية الصحية قبل وأثناء الحمل، وأيضا القيام بتقييمات للنساء الحوامل المعرضات للخطر للمساعدة على ضمان تلقيهن للعناية الطبية المناسبة. بالإضافة إلى ذلك، ينبغي بذل الجهود لمنع المرأة من الإدمان على التدخين وتشجيع المدخنات على الإقلاع عن التدخين. ومن الأمور الأخرى فاقة الأهمية التي وجب مراعاتها من طرف صانعي السياسات هي القيام ببحوث أكاديمية وسريرية حول الأسباب الرئيسية للاضطرابات المرتبطة بسوء التغذية. ولمعالجة السمنة، فقد تبين مدى نجاعة حملات ضبط الوزن على نطاق السكان لرفع مستوى الوعي لدى العاملين في المجال الطبي وصناع السياسات وعموم الناس للحد من السمنة. وبالإضافة إلى ذلك، فإنه من المهم أيضا مراقبة تسويق الأغذية غير الصحية والمشروبات السكرية للأطفال، والسيطرة على استخدام المزاعم المضللة حول الصحة والتغذية. في بعض البلدان، أقدمت الحكومات أيضا على الرفع من الضرائب على الأطعمة ذات السعرات الحرارية العالية ومنخفضة القيمة الغذائية للحد من استهلاك هذه المنتجات.

ويعد تشجيع الرضاعة الطبيعية الحصرية لمدة 6 أشهر واستمرار الرضاعة الطبيعية حتى بلوغ سنتين من العمر فأكثر أمرا غاية الأهمية بالنسبة للحالة التغذوية للأطفال. وكما هو موصى به من طرف الاستراتيجية العالمية لتغذية الرضع وصغار الأطفال (منظمة الصحة العالمية، 2003)، فإنه يتعين توفر الدعم الصحي لجميع الأمهات لبدء الرضاعة الطبيعية الحصرية والاستمرار عليها لمدة 6 أشهر وضمان تقديم الأطعمة التكميلية الملائمة والآمنة في الوقت المناسب مع مواصلة الرضاعة الطبيعية حتى بلوغ الطفل سنتين من العمر أو أكثر. وللتعامل مع مظالم الأمهات العاملات، ينبغي للحكومات سن تشريعات لحماية حقوق الرضاعة الطبيعية للمرأة العاملة ووضع وسائل لتنفيذها وفقا لمعايير العمل الدولية. وعلاوة على ذلك، تعد تقوية الأغذية وإضافة المكملات المغذيات الدقيقة وعلاج سوء التغذية الحاد أيضا من المجالات الهامة للسياسات خاصة بالنسبة للبلدان ذات الأعباء الثقيلة. وفي هذا الصدد، يمكن لبلدان منظمة التعاون الإسلامي الاستفادة من الدعم الفني والمالي الذي تقدمه المؤسسات الدولية والشركاء في التنمية من خلال مبادرات مثل حركة توسيع نطاق التغذية (SUN) التي تعمل على مساعدة البلدان في وضع وتنفيذ سياسات وطنية لتغذية الرضع وصغار الأطفال والتعاون مع الشركاء لتنفيذ برامج ذات أهداف تغذوية مشتركة وتعبئة الموارد لتوسيع نطاق التغذية بشكل فعال مع التركيز بصفة أساسية على تمكين المرأة. في الوقت الحاضر، تضم هذه الحركة 55 دولة بما في ذلك 26 دولة في منظمة التعاون الإسلامي.

بالنظر للحقائق والأرقام ذات الصلة بتعليم الأطفال، يتبين أنه يتعين على البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي تخصيص المزيد من الموارد المالية والبشرية لقطاع التعليم. فزيادة الإنفاق على التعليم قد يساعد جزئيا فقط في معالجة المشاكل المتعلقة بتعليم الأطفال، لذا ينبغي الاستفادة من المصادر المخصصة للتعليم بحذر شديد بناء على تخطيط سليم. فيتعين على صناع السياسة إعطاء الأولوية للمناطق المحرومة (المناطق النائية في البلدان) حيث يعاني الأطفال كثيرا بغرض الحد من التفاوت الملحوظ في مختلف المناطق بخصوص تعليم الأطفال. كما يتعين أيضا وضع سياسات التعليم الخاصة بالأطفال على أساس مبدأ المساواة بين الجنسين. وفي بلدان منظمة التعاون الإسلامي والمناطق التي تحرم فيها الفتيات، يجب على صناع السياسات تطوير بعض السياسات المتعلقة بالتعليم لتشجيع الفتيات على الالتحاق بالمؤسسات التعليمية والحصول على دعم أسرهن، ويمكن أن تشمل هذه السياسات حوافز مالية وغير مالية. وفي السياق ذاته، يمكن للسياسات التي تهدف إلى الرفع من مستوى الوعي العام أن تلعب كذلك دورا مهما. من جهة، يمكن للمنظمات غير الحكومية والعلماء المسلمين، على وجه التحديد، أن أن يساهموا بشكل كبير في نجاح سياسات تعليم الأطفال في بلدان منظمة التعاون الإسلامي، فتأثير هذه المنظمات والعلماء المسلمين على الأسر يفوق بشكل كبير أثر المؤسسات العامة في بعض مناطق بلدان منظمة التعاون الإسلامي. لذلك، ينبغي على واضعي السياسات عدم التقليل من أهمية المنظمات غير الحكومية والعلماء المسلمين كفاعلين أساسيين لنجاح سياساتهم المتعلقة بتعليم الأطفال.

وتشير الأرقام المتعلقة بتسجيل المواليد إلى أن بلدان منظمة التعاون الإسلامي بحاجة إلى تكثيف جهودها لزيادة معدل تسجيل المواليد، ما من شأنه أن يساعد الأطفال على الاستفادة من مستوى حياة أفضل فيما يتعلق بالتعليم والصحة وباقي الجوانب الاجتماعية والاقتصادية الأخرى. ووفقا لليونيسف، فإن سياسات دعم تسجيل المواليد تشمل العناصر التالية: الإصلاح القانوني والسياساتي، والتخطيط الاستراتيجي للسجل المدني وبناء القدرات والرفع من مستوى التوعية، ودمج تسجيل المواليد مع الخدمات الأخرى، مثل الصحة والتعليم، والتسجيل المجتمعي وحملات التعبئة الاجتماعية. ويمكن أيضا الاعتماد على أساليب مبتكرة، بما في ذلك تكنولوجيا SMS وتقديم الدعم للحكومات لتطوير نظم المعلومات

حول تسجيل المواليد على الانترنت. وكما هو موضح من قبل اليونيسف، فإن هناك مجموعة واسعة من الخيارات السياسوية لزيادة معدلات تسجيل المواليد. بناء على ذلك، يمكن لكل بلد عضو في منظمة التعاون الإسلامي حسب وضعه الراهن الاستفادة من هذه الخيارات السياسة بدرجات متفاوتة.

بشكل عام، يمكن الاعتماد على العديد من السياسات لمكافحة مختلف أشكال العنف ضد الأطفال بما في ذلك تنظيم حملات توعوية عامة وسن تشريعات. ومع ذلك، تبقى الطريقة الأكثر فعالية لمكافحة العنف هي "الوقاية" وبالتالي يتعين على صانعي السياسات في بلدان منظمة التعاون الإسلامي أخذ هذا الأمر بعين الاعتبار. وأفضل طريقة للرفع من مستوى الوقاية تتجلى في الاستثمار في التعليم ومراجعة المناهج التعليمية (بما في ذلك برامج تعلّم الكبار)، وذلك بهدف الرفع من مستوى الوعي والحد من العنف والإساءة ضد الأطفال. كما أن تنظيم حملات عامة قد تساعد صانعي السياسات في جهودهم الرامية إلى الحصول على تأييد الرأي العام وكذلك زيادة فعالية سياساتهم بخصوص العنف. ولكن نجاح هذه السياسات يبقى رهينا بالتخطيط طويل الأجل وتوفر الإرادة السياسية في البلدان النامية، بما في ذلك أعضاء منظمة التعاون الإسلامي. بالتالي، فإن وضع سياسات قصيرة الأجل دون معالجة الأسباب الجذرية للعنف ضد الأطفال، مثل الجهل وعدم الفهم الكافي لحقوق الإنسان الأساسية ، لا يمكن أن تثمر عن أكثر من حلول جزئية.

وبالنسبة للصراعات، فإن أقل الطرق تكلفة وأكثرها نجاعة للتعامل معها هي إحلال السلام والحفاظ عليه، لكن الأمر ليس بالهين كما قد يبدو لاسيما مع ما يعيشه العالم من أحداث. لهذا السبب، يجب على واضعي السياسات العمل على إيجاد حلول للتقليص من حدة آثار النزاعات على الأطفال وتحسين رفاهيتهم في مناطق الصراع. وفي هذا الصدد، يقترح تقرير اليونيسف (2004) على المجتمع الدولي النظر في التأثير على الأطفال قبل الانخراط في الصراع، وتوفير الحماية للأطفال والنساء خلال النزاع، وإنهاء تجنيد الأطفال، وتعزيز بيئة حامية للأطفال على كل المستويات، من حقوق الأسرة وحتى مستوى القوانين الوطنية والدولية، ومنع حصول الصراع من خلال معالجة الأسباب الكامنة وراء العنف واستثمار المزيد من الموارد في الوساطة وحل النزاعات، وجعل مسألة الرصد والإبلاغ عن انتهاكات حقوق الطفل في مناطق النزاع من الأولويات، بما في ذلك جمع البيانات الموثوقة حول الأطفال الذين يشاركون بنشاط في الصراعات المسلحة، وتوسيع حملات التسريح والتوعية بالألغام، وإعادة الأطفال المنخرطين في الصراع المسلح في أقرب وقت ممكن لمقاعدهم المدرسية، وتعزيز قدرة الوكالات الإنسانية على التصدي للصراعات من خلال تطوير نظم الإنذار المبكر والتأهب على أعلى مستوى.

وهناك خيارات سياسوية يمكن لمنظمة التعاون الإسلامي، ببلدانها الأعضاء السبعة والخمسين، الاعتماد عليها لمساعدة الأطفال في مناطق النزاع. أولا ، يمكن للمنظمة عقد اجتماعات عادية وغير عادية لتسليط الضوء على أهمية هذه المسألة وإنشاء آلية للرصد في هذا المجال. ثانيا، يمكنها أيضا تكثيف جهودها مع الأمم المتحدة من أجل وقف الصراعات خصوصا في المناطق الساخنة مثل اليمن وسوريا، حيث يعاني الآلاف من الأطفال. وعلاوة على ذلكيمكن لهذه الجهود أن تشمل، إذا كان ذلك ممكنا، خلق مناطق آمنة / معسكرات داخل البلدان لحماية النساء والأطفال. وأخيرا، يمكن للمنظمة أيضا تشكيل هيئة متخصصة / مبعوث لجمع الأموال للأطفال ورصد وتنسيق وتقديم المساعدة الإنسانية لهم في مناطق النزاع وذلك بالتعاون مع مجموعة البنك الإسلامي للتنمية. وعموما، يجب على كل من البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي والمجتمع الدولي العمل جنبا إلى جنب مع الاحترام الكامل وذلك لبناء مستقبل أفضل للأطفال.

اعتمدت غالبية بلدان منظمة التعاون الإسلامي فعليا تشريعات تحظر تشغيل وعمل الأطفال أو تفرض قيودا صارمة على ذلك، وذلك تماشيا مع المعايير المعتمدة من قبل منظمة العمل الدولية (ILO). وعلى الرغم من هذه الجهود، إلا أن ظاهرة عمالة الأطفال مازالت قائمة في جميع أنحاء بلدان منظمة التعاون الإسلامي وبدرجات متفاوتة. وكان التقدم بطيئا نسبيا خصوصا في بلدان منظمة التعاون الإسلامي الواقعة في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. هذه الحالة تؤكد حاجة الحكومات إلى الإنفاذ الصارم للقوانين والتشريعات لمكافحة عمل الأطفال. للقيام بذلك، تحتاج بلدان المنظمة إلى تطوير استجابة متكاملة لعمالة الأطفال في ضوء خارطة الطريق الدولية للقضاء على أسوأ أشكال عمل الأطفال بحلول عام 2016 وإعلان برازيليا بشأن عمل الأطفال (2013). وعلى مر السنين، تمكنت العديد من الدول من التقليص من حدة عمالة الأطفال من خلال توظيف تدابير بسيطة وميسورة التكلفة وفعالة مثل: إشراك المجتمع المدني ووسائل الإعلام لتغيير المواقف التي تتغاضى عن عمل الأطفال، وزيادة الوعي العام حول الاعتداء وآثاره الضارة على صحة ونمو الأطفال، والشروع في برامج اجتماعية لدعم الأسر المحتاجة ومساعدتها على إيجاد دخل بديل لمنع عمل الأطفال، وجمع ونشر البيانات والمعلومات المتعلقة بعمالة الأطفال لتحسين تنفيذ التدابير الوقائية والحمائية.

المراجع

Collier, P., and Sambanis, N. (2002). Understanding Civil War: A New Agenda, Journal of Conflict Resolution, 46(1).

Fang, X., Brown, D. and Corso, P. (2013). Analytical Report for the Project "Development of Regional Costing Model to Estimate the Economic Burden of Child Maltreatment in the East Asia and Pacific Region", Bangkok (unpublished).

Fang, X., Brown, D. S., Florence, C. S., & Mercy, J. A. (2012). The Economic Burden of Child Maltreatment in the United States and Implications for Prevention. *Child Abuse & Neglect, 36*(2), 156–165.

Haloi A., and Limbu, D. K. (2013). Socio-Economic Factors Influence the Age at First Marriage of Muslim Women of a Remote Population from North-East India, Antrocom Online Journal of Anthropology, vol. 9. n. 1, 75-79.

MOFA (2000). The Impact of Armed Conflict on Children: Filling Knowledge Gaps. Ministry of Foreign Affairs of Japan. Available from: http://www.mofa.go.jp/policy/human/child/survey/annex2.html#I.

Runyan, D., Wattam, C., Ikeda, R., Hassan, F., & Ramiro, L. (2002). Child Abuse and Neglect by Parents and other Caregivers. In: Krug E., Dahlberg LL., Mercy JA., Zwi AB., Lozano R., editors. World Report on Violence and Health. Geneva,Switzerland: World Health Organization; 2002. p. 59–86. Available from: http://www.who.int/violence_injuryprevention/violence/global_campaign/en/chap3.pdf.

SESRIC (2014). Education and Scientific Development in OIC Countries. Ankara, Turkey.

SESRIC (2014a). Managing Disasters and Conflicts in OIC Countries. Ankara, Turkey.

UN (2010). The World's Women 2010: Trends and Statistics. New York, USA

UN (2014). The Millennium Development Goals Report 2014. New York, USA

UNICEF (2001). Early Marriages Child Spouses. The United Nations Children's Fund: New York, USA.

UNICEF (2004). The State of the World's Children 2005: Childhood under Threat. The United Nations Children's Fund: New York, USA.

UNICEF (2005). Investing in the Children of the Islamic World. New York, USA.

UNICEF (2005a). Early Marriage A Harmful Traditional Practice A Statistical Exploration. New York, USA.

UNICEF (2013a), Improving Child Nutrition: The achievable imperative for global progress. New York, USA

UNICEF (2013b). Mental Health/Psychosocial and Child Protection Assessment for Syrian Refugee Adolescents in Za'atari Refugee Camp, Jordan. (In cooperation with International Medical Corps).

UNICEF (2014). Hidden in Plain Sight: A Statistical Analysis of Violence Against Children. New York, USA.

UNICEF (2015). Birth Registration. New York, USA.

Walter, Barbara F. (2010). Conflict Relapse and the Sustainability of Post-Conflict Peace, World Development Report 2011 Background Paper.

WHO (2003). Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. Geneva, Switzerland.

WHO (2010). NHA Policy Highlight No.2/April 2010.

WHO (2013b). Global and Regional Estimates of Violence against Women: Prevalence and Health Effects of Intimate Partner Violence and Non-Partner Sexual Violence.

WHO (2015a). Children: Reducing Mortality, Fact sheet No.178.

WHO (2015b). Immunization Coverage, Fact sheet No.378.

WHO (2015c). Micronutrient Deficiencies. Available at: http://www.who.int/nutrition/topics/ida/en/

المرفقات

الملحق 1: نحو طفولة سليمة[7]

لكل طفل الحق في حياة كاملة ومنتجة، وضمان تنشئة أطفالنا في البيئات التي تزرع فيهم الثقة وتمنحهم الرفاه والسعادة والأمن لهي مسؤوليتنا المشتركة. وقد أنشأ الإسلام إطارا قانونيا، يشمل مدونة لقواعد الأخلاق، يهدف إلى حماية حقوق الفرد بما في ذلك حقه في العيش في مجتمع آمن. وبالنسبة للأطفال، يعتبر الأمن ذا أهمية فائقة، فقد أكد القرآن والسنة النبوية الشريفة على حقوق الأطفال في الصحة والتعليم والأمن والاستقرار. كما أن الحقوق والمسؤوليات المتعلقة بالأطفال واضحة المعالم عبر التاريخ الإسلامي وفي أدبيات الإسلام. فكل من الآباء والأمهات والأسر والمجتمعات المحلية والحكومات لديهم مسؤوليات معينة تجاه الأطفال إذ يتوجب عليهم جميعا لتحقيق هذه الحقوق وضمانها.

إن الصراع المتصاعد في جميع أنحاء العالم يؤدي في وقتنا الحاضر لزيادة وتعقد المخاطر الحماية للأفراد المعرضين للخطر في الأسرة، وخاصة الأطفال. ووفقا لآخر التقارير المعنية بالشؤون الإنسانية، فإن عدد الأشخاص اللاجئين في (16.7 مليون) وأيضا النازحين داخليا (33.3 مليون) تزايد مستمر منذ عام 2013 أكثر من أي وقت مضى (منذ عام 1994). ويعاني الأطفال والنساء بشكل غير متناسب وجسديا ونفسيا عند اندلاع الحرب والصراع في بلادهم. ففي البلدان الأعضاء في المنظمة التي تشهد حروب أهلية أو صراعات مسلحة أو احتلال أو عدم الاستقرار مثل فلسطين وسوريا والعراق والصومال ونيجيريا وأذربيجان يعاني الأطفال بشكل كبير ويواجهون تحديات وعقبات ضخمة تحرمهم من الاستمتاع بطفولة طبيعية وآمنة. فهم يتعرضون بشكل يومي لأخطار تهدد حياتهم، كما أن الملايين منهم يجدون أنفسهم مستهدفين في النزاعات وليس فقط كمتفرجين. فبعضهم يسقط ضحية لهجوم شامل ضد المدنيين وآخرون يروحون ضحية إبادة جماعية محسوبة. وهناك من الأطفال من يعاني من آثار العنف الجنسي أو الحرمان متعددة الأوجه بسبب الصراعات المسلحة التي تعرضهم للجوع أو الأمراض. وبالتالي فإن تأثير الصراع المسلح والنزوح والاستغلال كلها عوامل تؤدي لآثار سلبية جدا على الصحة النفسية والعقلية للأطفال، بحيث أن معاناتهم تستمر باضطراب الصدمة وهذا ما يمنعهم من المضي قدما في الحياة والعيش بشكل طبيعي والمساهمة بإيجابية في مجتمعاتهم.

لذلك، يتوجب على الأمانة العامة لمنظمة التعاون الإسلامي، جنبا إلى جنب مع الدول الأعضاء ومؤسسات المنظمة الفرعية والمتخصصة والتابعة، اتخاذ تدابير فعالة لتحسين الظروف غير المقبولة ومحنة الأطفال المعرضين للخطر الذين يعيشون في ظل الصراع المسلح.

المبرر وراء الدعوة للوقوف على سلامة وأمن الأطفال

يعتبر الوضع الراهن بالنسبة للملايين من الأطفال المتضررين من الحروب والنزاعات المسلحة في العالم الإسلامي كارثيا ويستمر هؤلاء الأطفال في معاناتهم من كل "الانتهاكات الستة الجسيمة ضد الأطفال خلال النزاعات المسلحة"، بل وأكثر من ذلك. فوفقا لليونيسف، بلغ عدد القتلى من الأطفال في العراق ما يقرب من 700 خلال عام 2014 فقط. وأكثر من

[7] تم إنجاز هذا الملحق من طرف قسم الشؤون الثقافية والاجتماعية والأسرة بالأمانة العامة لمنظمة التعاون الإسلامي.

10.000 طفل قتلوا في سوريا منذ اندلاع الصراع عام 2011. كما اختطفت جماعة بوكو حرام 276 تلميذة في شمال شرق نيجيريا سنة 2014، ونفس العمل قامت به الدولة الإسلامية في العراق والشام حين اختطفت 153 من الفتيان الأكراد خلال سنة 2014. بالإضافة إلى كل هذا، ما زالت المدارس والمستشفيات عرضة للهجمات، فقد تضررت 244 مدرسة على الأقل في غزة بفعل القصف والغارات الجوية كما أن نصف مستشفيات غزة تضررت منذ بداية عام 2014. وفي سوريا، أكثر من نصف مجموع الأطفال في سن الدراسة لا يذهبون إلى المدارس نتيجة للصراع القائم. ما يزال الأطفال محرومين من حقهم في الطفولة آمنة، ناهيك عن حقوقهم وحاجاتهم الإنسانية الأساسية. على الرغم من أن الأمانة العامة للمنظمة بتنسيقها مع الدول الأعضاء قد أحرزوا الكثير من التقدم للتصدي للتحديات والمشكلات التي تهدد الأطفال في العالم الإسلامي، إلا أن هذه الجهود لا تزال مقتصرة فقط على حالة الصراع المسلح القائم في الوقت الراهن في العالم الإسلامي. لذلك، يجب على الأمانة العامة لمنظمة التعاون الإسلامي تذكير الدول الأعضاء وجميع المؤسسات ذات العلاقة لاتخاذ تدابير أكثر فعالية تهدف إلى ضمان حماية الأطفال المسلمين في العالم وخاصة في مناطق الصراع.

الانتهاكات الجسيمة الستة ضد الأطفال خلال النزاعات المسلحة

الانتهاكات الجسيمة الستة ضد الأطفال خلال النزاعات المسلحة حددها مجلس الأمن في قراراته لتحقيق هدف حماية الأطفال أثناء النزاعات المسلحة. فقد أنشأ مجلس الأمن الدولي، بناء على القرار رقم 1612 لعام 2005 ، فريق عمل معني بالأطفال والصراعات المسلحة وأيضا آلية للرصد والإبلاغ (MRM) لرصد وتوثيق والإبلاغ عن الانتهاكات البشعة لحقوق الأطفال بطريقة منهجية في حالات الصراع المسلح. وفيما بعد وسع وعزز قرار مجلس الأمن رقم 1882 لعام 2009 آلية الرصد والإبلاغ.

خلال أوقات النزاع، يجب احترام القانون الدولي الإنساني وحقوق الإنسان مع إيلاء اهتمام خاص للأطفال الذين غالبا ما لا يملكون وسيلة للدفاع عن أنفسهم ضد الانتهاكات. كما ينبغي احترام وحماية وتعزيز كامل حقوق الطفل الاقتصادية والاجتماعية والثقافية فضلا عن السياسية والمدنية منها. ومع ذلك، وبعد مشاورات واسعة داخل الأمم المتحدة وبعثات حفظ السلام التابعة لها والدول الأعضاء والمنظمات غير الحكومية، حدد مجلس الأمن الدولي ست فئات من الانتهاكات التي تستدعي الاهتمام بشكل أولي. وقد تم اختيار هذه **الانتهاكات الجسيمة الستة ضد الأطفال خلال النزاعات المسلحة** نظرا لإمكانية رصدها وعدها ولطبيعتها الفاضحة وشدة عواقبها على حياة الأطفال. وهذه الانتهاكات الجسيمة الستة ضد الأطفال خلال النزاعات المسلحة هي:

1. قتل الأطفال أو تشويههم،
2. تجنيد الأطفال أو استخدامهم من قبل القوات المسلحة أو الجماعات المسلحة،
3. الاغتصاب أو أي شكل من أشكال العنف الجنسي الأخرى للأطفال،
4. اختطاف الأطفال،
5. الهجوم على المدارس أو المستشفيات،
6. منع وصول المساعدات الإنسانية إلى الأطفال.

أنشطة وجهود منظمة التعاون الإسلامي لرفاه الأطفال في العالم الإسلامي

منذ تأسيسها ومنظمة التعاون الإسلامي (OIC) تقوم بجهود مكثفة لتعزيز رفاهية الأطفال ورخائهم وحماية حقوقهم في العالم الإسلامي وذلك عملا بما يلي:

- إعلان حقوق الطفل لسنة 1959،
- اتفاقية حقوق الطفل لسنة 1989،
- إعلان القاهرة حول حقوق الإنسان في الإسلام،
- عهد منظمة التعاون الإسلامي حول حقوق الطفل في الإسلام، الذي يشدد على أهمية حقوق الطفل،
- برنامج العمل العشري (2005-2015)، وقرارات القمة الإسلامية العاشرة حول الطفل.

المؤتمرات الوزارية لوزراء الطفولة في الدول الأعضاء

المؤتمر الإسلامي للوزراء المكلفين بالطفولة هو واحد من المؤتمرات الإسلامية المتخصصة التي ينظمها الإيسيسكو، بالتنسيق مع الأمانة العامة لمنظمة التعاون الإسلامي والجهات المختصة في البلدان المضيفة، في مجالات التعليم العالي والبحث العلمي والثقافة والبيئة والطفولة.

اعتمدت كل من الدورة الأولى والثانية و الثالثة للمؤتمر الإسلامي للوزراء المكلفين بالطفولة، والتي عقدت في الرباط والخرطوم وطرابلس وباكو على التوالي عام 2005 و2009 و2011 و2013 بالتنسيق بين الأمانة العامة والإيسيسكو واليونسيف إعلان الرباط وإعلان الخرطوم وإعلان طرابلس وإعلان باكو بشأن قضايا الأطفال في العالم الإسلامي.

1- أصدر المؤتمر الأول الذي عقد بالرباط في المغرب (7-9 نوفمبر 2005) "إعلان الرباط بشأن قضايا الأطفال في البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي".
2- أصدر المؤتمر الثاني الذي عقد بالخرطوم في السودان (2-4 فبراير 2009) "إعلان الخرطوم: نحو مستقبل أكثر إشراقا لأطفالنا".
3- أصدر المؤتمر الثالث الذي عقد بطرابلس بليبيا (10-11 فبراير 2011) "إعلان طرابلس بشأن تسريع تنمية الطفولة المبكرة في العالم الإسلامي".
4- أصدر المؤتمر الرابع الذي عقد في باكو بأذربيجان (11-12 نوفمبر 2013) "إعلان باكو: نحو مستقبل أفضل لأطفال المناطق الحضرية في العالم الإسلامي".

المؤتمرات الوزارية بشأن الطفولة على مستوى منظمة التعاون الإسلامي

المؤتمر الإسلامي الوزاري الأول بشأن قضايا الطفولة

ركز المؤتمر الإسلامي الوزاري الأول المتعلق بقضايا الطفل المنعقد بالرباط في المملكة المغربية، من 7 إلى 9 نوفمبر 2005، على الموضوعات المتعلقة بالصحة وفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز وحماية الأطفال من العنف والاستغلال

والإيذاء والتعليم والاستثمار لصالح الأطفال. وقد تم تنظيم المؤتمر بالتعاون مع الإيسيسكو واليونيسف والأمانة العامة لمنظمة التعاون الإسلامي.

أرسى المؤتمر الأسس والاحتياجات الأساسية للأطفال في العالم الإسلامي على أساس الوضع الاجتماعي والاقتصادي والسياسي الراهن للعالم الإسلامي في ذلك الوقت.

سلط المؤتمر الضوء على القضايا الرئيسية التي تحتاج إلى معالجة من قبل الدول الأعضاء ومختلف التدابير والطرق التي يمكن استخدامها واتباعها في كل قضية لتحقيق النتائج المرجوة لمصلحة الأطفال في العالم الإسلامي ورفاهيتهم.

و من أهم القضايا التي تم التوصية بشأنها تدخل في إطار:

- حماية الأطفال ضد العنف،
- تعليم الأطفال،
- الاستثمار لصالح الأطفال.

وكانت أهم التوصيات الصادرة عن هذا المؤتمر:

- تكليف الإيسيسكو واليونيسف ومنظمة التعاون الإسلامي بمسؤولية متابعة تنفيذ هذا الإعلان بالاشتراك مع رئيس المؤتمر، وأيضا دعم الجهود الفردية والمشتركة للدول الأعضاء بهدف مساعدتها في الوفاء بالتزاماتها وتعهداتها للأطفال.
- تكليف الإيسيسكو بمسؤولية عقد المؤتمر الوزاري الإسلامي حول الطفل على أساس منتظم، ومتابعة تنفيذ القرارات والتوصيات الصادرة عنه بالتعاون مع الأمانة العامة لمنظمة التعاون الإسلامي ومنظمة اليونيسف.
- يوصي في هذا السياق، بتطوير آليات لتعزيز تبادل الخبرات بين الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي في تطوير وتنفيذ السياسات المتعلقة بحقوق الطفل، ولتوفير الإشراف على التقدم المحرز في تنفيذ هذا الإعلان أو أية إعلانات أو قرارات مستقبلية تتعلق بحقوق الطفل ووثيقة "عالم يليق بالأطفال".

المؤتمر الوزاري الإسلامي الثاني للوزراء المكلفين بقضايا الطفولة: نحو مستقبل أكثر إشراقا لأطفالنا

عقد الاجتماع الوزاري الثاني المتعلق بالأطفال في الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي في بالخرطوم في السودان تحت شعار "نحو مستقبل أكثر إشراقا لأطفالنا". وقد تم تنظيم المؤتمر بالتعاون مع الإيسيسكو واليونيسف والأمانة العامة لمنظمة التعاون الإسلامي.

وقد تم التركيز في المؤتمر على مجالات "صحة الطفل" و"التعليم" و"حماية الطفل" و"العولمة" فيما يتعلق بالأطفال ومناقشة طرق تسريع التقدم في هذه المجالات. نتج عن المؤتمر إصدار إعلان الخرطوم، الذي سلط الضوء على القضايا والاهتمامات التي تواجه الأطفال ونموهم في الدول الأعضاء، كما بت في مجموعة من التوصيات والمقترحات لمعالجتها. كما أثنى الإعلان على، من بين أمور أخرى، دور الأمانة العامة لمنظمة التعاون الإسلامي في إيلاء أهمية وأولوية لقضايا الأطفال وذلك تماشيا مع الرؤية والأهداف المحددة في برنامج العمل العشري لمنظمة التعاون الإسلامي (2005-2015).

ودعا المؤتمر إلى ضرورة تمكين الأطفال وخلق الفرص وتيسير الولوج إلى التعليم المناسب والرعاية الصحية ومرافق الترفيه

وأكد المؤتمر بقوة على الحاجة إلى سن تدابير وقائية ضد الاعتداء على الأطفال وعمالة الأطفال وتجنيد الأطفال.

وخلال المؤتمر، تم تسليط الضوء أيضا على مجزرة الأطفال الفلسطينيين الأبرياء الذين قتلوا وأصيبوا بجراح ويتّموا من جراء العدوان الإسرائيلي الوحشي على غزة، وذلك في إدانة للحكومة الإسرائيلية على استمرارها في استغلال حقوق الإنسان وأيضا تأكيدا على وجوب مثول مرتكبي جرائم الحرب هذه أمام المحاكم الدولية.

وفي نفس الوقت الذي يلفت فيه المؤتمر انتباه المشاركين إلى **عهد منظمة التعاون الإسلامي حول حقوق الطفل في الإسلام**[8]، حث أيضا الدول الأعضاء على التوقيع والمصادقة عليه.

كما تمت الإشارة أيضا إلى أنشطة الأمانة العامة للمنظمة المتمثلة في توفير الإغاثة والمساعدات الملموسة ل 25.000 من الأطفال الإندونيسيين الذين تيتموا بسبب كارثة تسونامي في ديسمبر 2004. والتقدير خص أيضا مساهمات منظمة التعاون الإسلامي في عملية تطوير وتنفيذ برامج مماثلة للأطفال في دارفور وقطاع غزة.

وأهم التوصيات الصادرة عن هذا المؤتمر هي كالآتي:

- تكليف الإيسيسكو بمسؤولية متابعة تنفيذ إعلان الخرطوم بالتنسيق مع رئيس المؤتمر، وبدعم الجهود الفردية والمشتركة للدول الأعضاء بهدف مساعدتهم في الوفاء بالتزاماتهم وتعهداتهم تجاه الأطفال.
- توجيه طلب للإيسيسكو بإحداث البرامج والأنشطة التي تهدف إلى تعزيز حالة الأطفال وإعداد، بالتنسيق مع الدول الأعضاء والجهات المختصة، الدراسات والأبحاث والبيانات والمؤشرات المتعلقة بحالة الأطفال بشكل عام، وذلك بهدف مساعدة البلدان الأعضاء في تنفيذ محتويات إعلان الخرطوم ومتابعة تنفيذها.
- دعوة الإيسيسكو إلى التنسيق والتعاون مع المؤسسات الإسلامية والدولية المتخصصة للقيام بالدراسات التي تهدف إلى تحسين وضع المرأة والأطفال والأسر في الدول الأعضاء، وخاصة في المناطق المستهدفة المحددة في إعلان الخرطوم.
- حث الدول الأعضاء على تقديم تقارير منتظمة للإيسيسكو حول التدابير المتخذة لتنفيذ إعلان الخرطوم.
- دعوة الأمانة العامة لكل من منظمة التعاون الإسلامي والإيسيسكو لتقديم إعلان الخرطوم إلى المؤتمرات المتخصصة التي تعقدها المنظمات العربية والإسلامية والدولية ذات الصلة لتسليط الضوء على المنظور الإسلامي فيما يتعلق بقضايا الأطفال وخصوصياتها في العالم الإسلامي، وإقتراح توقعات وخطط عمل مستقبلية على الدول الأعضاء في هذا الصدد.

المؤتمر الوزاري الإسلامي الثالث للوزراء المكلفين بقضايا الطفولة: تسريع تنمية الطفولة المبكرة في العالم الإسلامي

تم تنظيم المؤتمر الوزاري الإسلامي الثالث حول قضايا الطفولة بالتعاون مع الإيسيسكو واليونيسف والأمانة العامة لمنظمة التعاون الإسلامي في طرابلس بالجماهيرية العربية الليبية من 10 إلى11 فبراير 2011.

[8] اعتمد عهد حقوق الطفل في الإسلام خلال الدورة 32 للمؤتمر الإسلامي لوزراء الخارجية (CFM) الذي عقد في صنعاء، الجمهورية اليمنية (القرار رقم 1/32-LEG حول حقوق الإنسان). وقد اعتمد هذا العهد انطلاقا من التزام منظمة التعاون الإسلامي بتوفير الأمن والرفاهية والرخاء للأطفال وعلى هذا النحو تعتبر المصادقة على هذا العهد خطوة حاسمة نحو تحقيق خطة عملها عموما. ولذلك، فإن منظمة التعاون الإسلامي، من خلال كل اجتماعاتها الوزارية والفعاليات الإقليمية والدولية، تدعو باستمرار الدول الأعضاء للتوقيع والتصديق على مختلف الاتفاقيات التي من بينها عهد حقوق الطفل.

كان إعلان طرابلس بمثابة نقطة تحول على جدول الأعمال الذي عادة ما يتبع من أجل رفاهية وتنمية الطفولة في العالم الإسلامي.

لم يقتصر المؤتمر على اتباع النتائج والأهداف المحققة في الاجتماع الثاني بالخرطوم عام 2009 فقط، ولكنه عرض أيضا مخاوف إضافية مع ارتفاع أهمية والأثر الكبير على سلامة ورفاه الأطفال في العالم الإسلامي والبلدان الأعضاء. وناقش الاجتماع، على وجه الخصوص، التدابير اللازمة لصون وحماية الأطفال في المناطق المتضررة من الكوارث الطبيعية والحروب في الدول الأعضاء.

دعا المؤتمر جميع البلدان الأعضاء إلى تسريع العمل في المجالات التالية:

- السياسات الوطنية.
- الرعاية الصحية والتغذية.
- التعليم قبل المدرسي.
- دعم المجتمعات المحلية وتحسين برامج الأبوة والأمومة.
- حماية الطفولة المبكرة في حالة الطوارئ.
- تعزيز التضامن الإسلامي والتعاون الدولي لتمويل برامج تنمية الطفولة المبكرة.
- تعزيز دور المجتمع المدني في وسائل الإعلام.

وأهم التوصيات الصادرة عن هذا المؤتمر هي كالآتي:

- استعراض الإيسيسكو حول مسؤوليتها المتمثلة في ضمان متابعة تنفيذ إعلان طرابلس مع الجهات المختصة في الدول الأعضاء، وذلك بالتنسيق مع الأمانة العامة لمنظمة التعاون الإسلامي ورئيس المؤتمر، وأيضا عن طريق الحفاظ على الدعم لجهود الدول الأعضاء على الوفاء بالتزاماتها وتعهداتها تجاه الأطفال.
- متابعة نتائج التقرير المقدم إلى الإيسيسكو حول التدابير التي اتخذتها الجهات المختصة من أجل تنفيذ إعلان طرابلس.
- وضع توصية بشأن الإيسيسكو لجدولة برامج وأنشطة تنمية الطفولة المبكرة في إطار خطط عملها، ولمواصلة إعداد الدراسات والبحوث والبيانات والمؤشرات ذات الصلة، ولتعزيز التنسيق مع اليونيسف للقيام بجرد للآليات والتجارب الرائدة في العالم في هذا المجالات، وأيضا لوضع المعايير المناسبة لرصد حالة الطفولة المبكرة وضمان متابعة برامج تنمية الطفولة المبكرة، وذلك بالتنسيق مع الدول الأعضاء والشركاء الدوليين والإقليميين ومن البلدان الإسلامية.
- وضع توصية لدعوة الإيسيسكو، بإحداث مرصد إسلامي حول حقوق الطفل يتم تكليفه بإعداد قاعدة بيانات عن وضع وقضايا الطفولة في العالم الإسلامي وتيسير تبادل الخبرات والمعلومات بين الهياكل والهيئات الوطنية المختصة في البلدان الأعضاء.
- إعادة التوصية بشأن اعتماد الإطار القانوني لإنشاء منتدى الإيسيسكو لأطفال العالم الإسلامي، وتكليف الإيسيسكو بالإشراف على المنتدى وعقد دوراته العادية والاستثنائية لتنفيذ مثل هذا الإطار القانوني.

- ضمان توفير الحماية والرعاية الشاملة للطفولة المبكرة في الأراضي الفلسطينية المحتلة والجولان السوري المحتل، والحث على المزيد من التضامن مع البلدان التي يتعرض أطفالها للموت والهجرة الاضطرارية بسبب الحروب والكوارث الطبيعية.
- الدعوة لدعم الجهود الإنسانية التي تنشرها الأمانة العامة لمنظمة التعاون الإسلامي في الدول الأعضاء، بالاشتراك مع الجهات المتعاونة، لصالح الأطفال الميتمين بسبب الكوارث الطبيعية والحروب في الدول الأعضاء.

المؤتمر الوزاري الإسلامي الرابع للوزراء المكلفين بقضايا الطفولة: الأطفال وتحديات التحضر في العالم الإسلامي

عقدت الدورة الرابعة للمؤتمر الإسلامي للوزراء المكلفين بالطفولة في باكو بجمهورية أذربيجان في نوفمبر 2013 تحت شعار "الأطفال وتحديات التحضر في العالم الإسلامي". وقد تم تنظيم المؤتمر بالتعاون مع الإيسيسكو واليونيسف والأمانة العامة لمنظمة التعاون الإسلامي.

تناول المؤتمر التحديات التي يواجهها الأطفال جراء التحضر السريع في الدول الأعضاء، وبت بشأن خطة عمل لمواجهة هذه التحديات وتشعباتها. وتضمنت الخطة:

- حق الأطفال في التعليم،
- رعاية صحية لائقة،
- الحماية من الاعتداء والعمل الإجباري وتجنيد الأطفال والاتجار بهم.

ناقش المؤتمر الوثيقة الرئيسية حول "الأطفال وتحديات التحضر في العالم الإسلامي" ومشروع وثيقة حول "التعليم قبل المدرسي في العالم الإسلامي: بعض التجارب الناجحة".

قدم المؤتمر أيضا نتائج الدورة الأولى لمنتدى أطفال العالم الإسلامي. وبالإضافة إلى ذلك، قدم رؤساء وفود الدول الأعضاء بياناتهم وتقاريرهم حول قضايا الطفولة في العالم الإسلامي. بالإضافة إلى ذلك، اعتمد المشاركون قرارات المؤتمر و"إعلان باكو: نحو مستقبل أفضل لأطفال المناطق الحضرية في العالم الإسلامي"، حيث دعت الدول الأعضاء ل:

- سياسات متكاملة.
- تدابير وخدمات ملائمة للأطفال.
- تحسين ولوج عادل لظروف معيشية كريمة لأطفال الحواضر في العالم الإسلامي.

كما دعا المؤتمر المجتمع الدولي إلى المضي قدما في قضية الأطفال، ولا سيما أولئك الذين يعيشون في ظروف قاسية ويعانون من الحروب الأهلية والصراعات والكوارث الطبيعية.

الملحق 2: تركيبة المجموعات الإقليمية لمنظمة التعاون الإسلامي

شرق آسيا والمحيط الهادئ (EAP-3)	أوروبا وآسيا الوسطى (ECA-10)	الشرق الأوسط وشمال أفريقيا(MENA-19)	جنوب آسيا (SA-4)	أفريقيا جنوب الصحراء (SSA-21)
بروناي أندوسيا ماليزيا	ألبانيا؛ أذربيجان؛ كازخستان؛ قرغيزستان؛ طاجكستان؛ تركيا؛ تركمانستان؛ أوزباكستان؛ غيانا*؛ سورينام*	الجزائر؛ البحرين؛ جيبوتي؛ مصر؛ إيران؛ العراق؛ الأردن؛ الكويت؛ لبنان؛ ليبيا؛ المغرب؛ عمان؛ السعودية؛ سوريا؛ تونس؛ الإمارات العربية المتحدة؛ اليمن	أفغانستان بنغلاديش المالديف باكستان	بنين؛ بركينا فاسو؛ الكامرون؛ تشاد؛ جزر القمر؛ كوت ديفوار؛ الغابون؛ غامبيا؛ غينيا؛ غينيا بيساو؛ مالي؛ موريتانيا؛ موزمبيق؛ النيجر؛ نيجيريا؛ السنغال؛ سيراليون؛ الصومال؛ السودان؛ توغو؛ أوغندا

ملاحظة: يستند تقسيم المجموعات الإقليمية لمنظمة التعاون الإسلامي على تصنيف البنك الدولي. تقع كل من غيانا وسورينام في أمريكا اللاتينية، لكن نظرا لمحدود عدد دول منظمة التعاون الإسلامي في تلك المنطقة فقد تم ضم هذين البلدين لمجموعة أوروبا وآسيا الوسطى لأغراض الحساب فقط.

مركز أنقرة

Kudüs Caddesi No: 9, 06450 ORAN, Ankara, Turkey

Tel: +90-312-468 6172

Fax: +90-312-467 3458

E-mail: oicankara@sesric.org

Web: www.sesric.org