وضع الأطفال

في البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي

منظمة التعاون الإسلامي

مركز الأبحاث الإحصائية والاقتصادية
والاجتماعية والتدريب للدول الإسلامية

وضع الأطفال
في البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي

منظمة التعاون الإسلامي

مركز الأبحاث الإحصائية والاقتصادية والاجتماعية

والتدريب للدول الإسلامية (سيسرك)

© 2017 مركز الأبحاث الإحصائية والاقتصادية والاجتماعية والتدريب للدول الإسلامية (سيسرك)

Kudüs Cad. No: 9, Diplomatik Site, 06450 Oran, Ankara –Turkey

الهاتف: +90–312–468 6172

الموقع الإلكتروني: www.sesric.org

البريد الإلكتروني: pubs@sesric.org

تخضع المادة المقدمة في هذه الطبعة لقانون حقوق الطبع و النشر. يعطي المؤلفون الإذن بعرض ونسخ وتحميل وطباعة المواد المعروضة على أن لا يتم إعادة استخدامها، في أي ظرف، لأغراض تجارية. وللحصول على الإذن لإعادة إنتاج أو إعادة طبع أي جزء من هذا المنشور، يرجى إرسال طلب يشمل جميع المعلومات لدائرة النشر بسيسرك.

كما ينبغي توجيه جميع الاستفسارات بشأن الحقوق والتراخيص إلى دائرة النشر بسيسرك على العنوان المذكور أعلاه.

الرقم الدولي المعياري للكتاب: 978-975-6427-68-2

تم التصميم الداخلي وتصميم الغلاف من قبل سفاش بهليفان، دائرة النشر، سيسرك.

تمت ترجمة هذا التقرير من الإنجليزية من قبل فريق وحدة الترجمة العربية والمكون من إحسان الخليع ومحمد أمين عزاوي، دائرة النشر، سيسرك.

لمزيد من المعلومات، يرجى الاتصال بدائرة الأبحاث عبر البريد الإلكتروني: research@sesric.org

المحتويات

توطئة I

ملخص III

1 مقدمة 1

2 لمحة مختصرة عن ديمغرافية الأطفال 3

3 صحة الطفل ورفاهيته 7

1.3 وفيات الأطفال 7

2.3 الأسباب الرئيسية لوفيات الأطفال 10

3.3 خدمات الرعاية الصحية للطفل 11

4.3 الوقاية من الأمراض المعدية ومكافحتها 16

4 تغذية الطفل والأمن الغذائي 21

1.4 حالات سوء التغذية 21

2.4 ممارسات تغذية الطفل 25

3.4 نقص المغذيات الدقيقة 27

5 التعليم الأساسي والتمدرس 33

1.5 الالتحاق بالمدارس والمواظبة على الحضور 33

2.5 إكمال التعليم والتقدم فيه 39

3.5 كفاية خدمات التعليم 44

6 حماية الطفل ورعايته 51

1.6 تسجيل المواليد 51

2.6 إيذاء الأطفال وسوء معاملتهم 53

3.6 زواج الأطفال 59

4.6 الصراعات والأطفال 61

5.6 عمالة الأطفال 64

7 ملاحظات ختامية 67

8 توصيات سياساتية 71

المراجع 77

الملحقات 79

المختصرات

AMR	معدل وفيات البالغين
ANCC	تغطية العناية ما قبل الولادة
DTP	الدفتيريا والكزاز والسعال الديكي
EAP	منطقة شرق آسيا والمحيط الهادئ
ECA	منطقة أوروبا وآسيا الوسطى
EPI	برنامج التحصين الموسع
FCTC	الاتفاقية الإطارية بشأن مكافحة التبغ
IDP	النازحون داخليا
LAC	منطقة أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي
LEB	متوسط العمر المتوقع عند الولادة
MDGs	الأهداف الإنمائية للألفية
MENA	منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا
OIC	منظمة التعاون الإسلامي
SA	منطقة جنوب آسيا
SDGs	أهداف التنمية المستدامة
SSA	منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى
U5MR	معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة
UNFPA	صندوق الأمم المتحدة للسكان
UNICEF	منظمة الأمم المتحدة للطفولة - اليونيسيف
WB	البنك الدولي
WHO	منظمة الصحة العالمية
NER	صافي معدل الالتحاق بالمدارس
GER	معدل القيد الإجمالي بالمدارس
ITN	الناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات
ORS	أملاح الإماهة الفموية
UNESCO	منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلوم والثقافة

شكر وتقدير

تم إعداد هذا التقرير من قبل مزهر حسين بمساعدة من جهاد بطل أوغلو. كما أجري العمل تحت الإشراف العام لنبيل دبور، المدير العام المساعد والقائم بأعمال مدير دائرة الأبحاث في سيسرك، الذي قدم توجيهاته وأدلى بتعليقاته القيمة في إطار إنجاز هذا العمل.

توطئة

في وقتنا هذا، يوجد اعتراف على نطاق واسع بحق الأطفال في تحقيق النمو البدني والفكري والعاطفي الكامل. وكان السبب الذي قاد القبول العالمي لحقوق الإنسان من أجل جميع الأطفال هو اتفاقية حقوق الطفل، وهي أول اتفاقية دولية ملزمة قانونيا بشأن رفاه الطفل وحمايته. وبالنظر من زاوية شاملة، يعتبر أطفال اليوم أكثر صحة وأمنا من الاستغلال الاجتماعي والاقتصادي والثقافي مما كان عليه الوضع قبل 50 عاما من الآن. إلا أنه على الرغم من التقدم الملحوظ، تبقى حقيقة أن الملايين من الأطفال في جميع أنحاء العالم- بما في ذلك العديد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي- ما يزالون يموتون بسبب الأمراض والمضاعفات التي يمكن في الواقع الوقاية منها، واقعا مؤلما وحتى الناجين منهم يعيشون حياة مليئة بالبؤس والجهل والحرمان والاستغلال.

وتتميز بلدان منظمة التعاون الإسلامي بتمتعها بتوزيع سكاني أكثر شبابية، مع أكثر من ثلث السكان تحت سن 15. وهذا ما يؤكد الطلب الكبير على الرعاية الصحية والتعليم المدرسي والغذاء والترفيه والحماية الاجتماعية وخدمات الرعاية الاجتماعية للرضع والأطفال الصغار في هذه البلدان. وعلى مر السنين، أحرزت العديد من دول المنظمة تقدما ملحوظا فيما يتعلق بضمان حقوق الأطفال في طفولة ورعاية وتغذية آمنة، مع استثمار مصادر بشكل أكبر من أي وقت مضى في خدمات الرفاه والرعاية الصحية والاجتماعية. إلا أنه بالرغم من التقدم البارز على مستوى دول المنظمة، ، كمجموعة، إلا أنها ما تزال متخلفة عن متوسطات العالم والدول النامية غير الأعضاء في المنظمة.

ينتشر مستوى التحسن في حالة الأطفال بشكل غير متساو عبر المجموعات الإقليمية لمنظمة التعاون الإسلامي. فقد ظلت منطقتي جنوب آسيا وأفريقيا جنوب الصحراء الكبرى من أصعب الأماكن التي يمكن أن يعيش فيها الأطفال، علما أنها في سنة 2015 كانت موطنا لنحو 60% من أطفال المنظمة الذين تقل أعمارهم عن سن الخامسة. وتتميز غالبية البلدان في هاتين المنطقتين بانخفاض الاستثمارات العامة والخاصة في مجالات الصحة الأساسية والتعليم والحماية الاجتماعية وخدمات الرعاية الاجتماعية وتفتقر إلى السياسات المناسبة وآليات تحسين وضع الأطفال. ويتطلب هذا الوضع مزيدا من الالتزام والجهود من قبل الحكومات وأصحاب المصلحة الآخرين للنظر في هذه المسألة الهامة بشكل أكبر وعلى مستوى أعلى في جداول أعمالهم الخاصة بالتنمية . وهناك أيضا حاجة ماسة إلى تقوية وتعزيز التعاون والتآزر في مختلف المسائل المتعلقة برعاية الطفل على الصعيدين الإقليمي والدولي.

وفي ظل هذه الخلفية، يقدم هذا التقرير تحليلا وتقييما مفصلين عن وضع الأطفال في دول منظمة التعاون الإسلامي. فهو يقيس أداء دول المنظمة في أربعة أبعاد: صحة الطفل ورفاهه، وتغذية الطفل والأمن الغذائي، والتعليم الأساسي والتمدرس، وحماية الطفل ورعايته وذلك من خلال تحليل أحدث البيانات حول بعض المؤشرات مثل معدلات وفيات الأطفال، وانتشار نقص التغذية ونقص المغذيات الدقيقة، والالتحاق بالمدارس والمواظبة على الحضور، وانتشار عمالة الأطفال وسوء معاملتهم. ويختتم التقرير بعرض توصيات بشأن السياسات التي تهدف إلى تعزيز تنفيذ التدخلات على مستويات التعاون الوطني والبيني في منظمة التعاون الإسلامي والدولي لتحسين وضع الأطفال في دول المنظمة.

السفير موسى كولاكليكايا
المدير العام
سيسرك

ملخص

لمحة مختصرة عن ديمغرافية الأطفال

تتميز بلدان منظمة التعاون الإسلامي بتوزيع سكاني أكثر شبابية، مع أكثر من ثلث السكان تحت سن 15 (أي 602 مليون طفل تحت 15). وفي تناقض حاد، أعمار سكان البلدان المتقدمة هو أكبر من ذلك بكثير، مع فقط 16.4% أقل من 15 سنة. ونظرا للانخفاض الكبير في معدلات الولادات وكذلك ارتفاع متوسط العمر المتوقع، يشكل عدد الأطفال نسبة إلى عدد السكان تراجعا على مر السنين. ففي عام 1990، كان 41.7% من السكان في منظمة التعاون الإسلامي تقل أعمارهم عن 15 بالمقارنة مع 34% في عام 2016. كما تم تسجيل اتجاه تناقصي في حالة البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة والدول المتقدمة على حد السواء.

صحة الطفل ورفاهيته

وفيات الأطفال

على مدى العقدين الماضيين، شهدت العديد من دول منظمة التعاون الإسلامي تحسناً كبيراً في تغطية الرعاية الصحية والخدمات، وبالتالي عرفت انخفاضا في معدلات وفيات الأطفال. ووفقاً لأحدث التقديرات، وبدءا من أعلى معدل أساسي البالغ 126 حالة وفاة لكل 1000 ولادة حية في عام 1990 فإن دول المنظمة تمكنت من خفض معدل وفيات الأطفال دون الخامسة (**U5MR**) بنسبة 52% لتصل إلى 60 حالة وفاة لكل 1000 ولادة حية في عام 2015. ومع ذلك، وعلى الرغم من هذا التحسن، قامت مجموعة دول المنظمة بأقل قدر من التقدم في التقليص من وفيات الأطفال منذ عام 1990. وإن كانت معدلات وفيات الأطفال قد تراجعت في مختلف ربوع المجموعات الإقليمية لمنظمة التعاون الإسلامي، تبقى منطقتي أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وجنوب آسيا ضمن أكثر الأماكن الصعبة بالنسبة لبقاء الطفل.

الأسباب الرئيسية لوفيات الأطفال

تعتبر الأسباب الرئيسية لوفيات الأطفال دون سن الخامسة في دول منظمة التعاون الإسلامي نفسها في البلدان النامية الأخرى. ففي عام 2015، تسببت ثلاثة أمراض معدية في حوالي 40% من حالات وفيات الأطفال دون سن الخامسة: الالتهاب الرئوي / الإنتان (23%) والإسهال (9%) والملاريا (8%). ومن بين المضاعفات المتعلقة بالحمل والولادة، ظل الخداج (15%) السبب الرئيسي في حالات وفيات الأطفال دون سن الخامسة يليه الاختناق أثناء الولادة (12%) والإصابات (6%).

خدمات الرعاية الصحية للطفل

يمكن تجنب غالبية حالات وفيات الأمهات وحديثي الولادة والأطفال من خلال تدخلات مثل الرعاية ماقبل الولادة وتوفر قابلات ماهرات أثناء الولادة والتحصين والرعاية المبكرة التي تقي من الأمراض المعدية. ويعتبر

توفير الرعاية الجيدة قبل الولادة مصدر قلق كبير في العديد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي. فخلال الفترة الممتدة بين عامي 2010 و 2015، استفاد حوالي 54% من مجموع النساء الحوامل في بلدان المنظمة من الفحوصات الأربعة السابقة للولادة الموصى بها. لكن بقي متوسط المنظمة أقل من متوسط البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة والعالم. وهناك في دول المنظمة ما يزال عدد كبير من الولادات تجري دون مساعدة طالما أن 63% فقط من الولادات هي التي أجريت بمساعدة طبيب أو ممرضة أو قابلة خلال الفترة المتراوحة بين عامي 2010 و 2015 مقابل 80% في البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة و 76 في المائة في العالم. وزاد معدل تطعيم اللقاح الثلاثي DTP3 في دول المنظمة من 67% في عام 2000 إلى 78% في عام 2015. وظلت معدل التغطية في هذه الدول أقل من معدل العالم (86%) والبلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة (88%).

الوقاية من الأمراض المعدية ومكافحتها

في الفترة 2010-2015، بلغ العبء المشترك لثلاث أمراض معدية: الالتهاب الرئوي والإسهال والملاريا 40% بالنسبة لبلدان منظمة التعاون الإسلامي مقابل 36% في العالم و 33% في البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة. وتم تسجيل غالبية حالات الوفيات في بلدان المنظمة الناجمة عن الأمراض المعدية في منطقتي أفريقيا جنوب الصحراء وجنوب آسيا. وتبين أحدث التقديرات أن 45% من الأطفال الذين يعانون من أعراض الالتهاب الرئوي في مجموعة دول المنظمة قاموا بزيارة مقدم الرعاية الصحية للفحص وفقط 36% منهم تلقوا العلاج بالمضادات الحيوية. وونفس الوضع يسود في العالم وفي البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة. ويعتبر الإسهال بدوره واحدا من الأمراض الرئيسية الخاطفة لأرواح الأطفال، إذ يمثل 9% من مجموع وفيات المنظمة. وعلى الرغم من أنه يمكن معالجة الإسهال في مرحلة الطفولة بأملاح الإماهة الفموية، إلا أن 36% فقط من الأطفال المصابين بالإسهال في البلدان الأعضاء هم من تلقوا العلاج بأملاح الإماهة الفموية. وسجل معدل التغطية 27% في العالم و 25% في البلدان النامية الأخرى. وشكلت دول منظمة التعاون الإسلامي 62% من العبء العالمي لوفيات الأطفال الناجمة عن الملاريا في الفترة 2010-2015. على الرغم من أن النوم تحت الناموسيات المعالجة بالمبيدات الحشرية هو الطريقة الأكثر فعالية لمنع عدوى الملاريا والحد من الوفيات، إلا أن 14% فقط من الأطفال هم الذين ينامون تحت هذه الناموسيات في دول المنظمة و 10% في العالم.

تغذية الطفل والأمن الغذائي

التقزم، ونقص الوزن، والهزال وفرط الوزن

تشير أحدث التقديرات إلى أن حوالي 33% من الأطفال دون سن الخامسة في دول منظمة التعاون الإسلامي توقف نموهمخلال الفترة الممتدة بين عامي 2010 و 2015 مقابل 26% في البلدان النامية الأخرى وفي العالم. وخلال الفترة نفسها، سجلت نسبة الأطفال دون سن الخامسة الذين يعانون من نقص في الوزن

21.3% في بلدان المنظمة بالمقارنة مع 20.8% في البلدان النامية الأخرى. ويمثل الهزال شكلا حادا من أشكال نقص التغذية وهو ما يشكل خطر الإصابة بالأمراض لدى الأطفال أو حتى موتهم. وبلغت نسبة انتشار الهزال معدلات متقاربة في بلدان المنظمة وفي البلدان النامية الأخرى وذلك بنسبتي 9.3% و 7.7% على التوالي. وعلى الرغم من أن حالات فرط الوزن ارتبطت في وقت من الأوقات بصورة أساسية بالبلدان ذات الدخل المرتفع، إلا أن ما يقرب من 72% من الأطفال الذين يعانون من فرط الوزن في العالم من بين حوالي 30 مليون طفل عاشوا في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل خلال الفترة الممتدة بين عامي 2010 و 2015. واستأثرت دول منظمة التعاون الإسلامي بحوالي ثلث إجمالي الأطفال الذين يعانون من فرط الوزن في العالم بمعدل انتشار بلغ 6.3% مقابل 3.5% في البلدان النامية الأخرى.

ممارسات تغذية الطفل

تعتبر التغذية السليمة خاصة خلال العامين الأولين من الحياة أمرا بالغ الأهمية من أجل بقاء الطفل ونموه وتنميته. وتكشف أحدث التقديرات المتعلقة بممارسات التغذية أنه على الرغم من الأهمية البالغة للحالة التغذوية للأطفال، فإن عددا كبيرا من الرضع والأطفال لا يحظون بالرضاعة الطبيعية. وفي بلدان منظمة التعاون الإسلامي، 39.3% فقط من الرضع تم إرضاعهم طبيعياً خلال الساعة الأولى من الولادة وفقط نسبة 32.7% تم إرضاعهم طبيعياً خلال الأشهر الستة الأولى من الحياة مقارنة مع 39.1% و 33.3% في العالم، على التوالي. وظلت تغطية الرضاعة الطبيعية حتى سن الثانية من العمر أفضل نسبياً في بلدان منظمة التعاون الإسلامي بمعدل 43.6% من مجموع الأطفال الذين خضعوا للرضاعة حتى سن الثانية من العمر. وفيما يخص التغذية الملائمة للأطفال مع الأغذية التكميلية المناسبة والآمنة تكشف التقديرات ذات الصلة أن 57.6% من الأطفال الرضع في دول المنظمة تم إطعامهم الأطعمة الصلبة أو شبه الصلبة أو اللينة في سن 6-8 أشهر.

نقص المغذيات الدقيقة

يعد نقص المغذيات الدقيقة مثل نقص فيتامين (أ) والحديد واليود والزنك وحمض الفوليك ظاهرة شائعة جداً بين النساء والأطفال في البلدان النامية ذات الدخل المنخفض، بما في ذلك بعض بلدان منظمة التعاون الإسلامي. وعلى الصعيد العالمي، تلقى حوالي ثلثي الأطفال (64%) المتراوحة أعمارهم بين 6 أشهر و 59 شهراً جرعتين من فيتامين (أ) خلال الفترة الممتدة بين عامي 2009 و 2013، بينما بلغت هذه النسبة 69% في دول منظمة التعاون الإسلامي و 61% في الدول النامية غير الأعضاء في المنظمة. وخلال الفترة ذاتها، بلغت نسبة الأسر المعيشية التي تستهلك الملح المعالج باليود على نحو كاف 59% في دول المنظمة مقابل 74% في البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة و 69% في العالم. وبقي فقر الدم الناجم عن نقص الحديد كذلك من بين التحديات الصحية الكبيرة، مما أثر على أكثر من 41% من الأطفال دون سن الخامسة من العمر في العالم في عام 2016. وفي الوقت الذي بلغ فيه معدل انتشار فقر الدم في البلدان المتقدمة نسبة

11% فقط، كانت الأعداد مهولة في البلدان النامية غير الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي وفي بلدان المنظمة بمعدلي 41 و 50 %، على التوالي، من الأطفال الذين يعانون من فقر الدم.

التعليم الأساسي والتمدرس

الالتحاق بالمدارس والمواظبة على الحضور

يعتبر الحصول على التعليم الأساسي حقا أساسيا من حقوق الأطفال، هذا لأن تلقيهم للتعليم يساعدهم على التعلم وتنمية شخصيتهم وهويتهم ويرسم معالم مكانتهم الاجتماعية والاقتصادية والثقافية في المستقبل. وبالنظر إلى مؤشرات مختارة حول التعليم من منظور رفاه الأطفال يتبين أن بلدان منظمة التعاون الإسلامي قد حققت تحسنا كبيرا من حيث معدلات الإلمام بالقراءة والكتابة والإلتحاق بالمدارس وإكمال التمدرس منذ التسعينات. غير أن بلدان منظمة التعاون الإسلامي، في المتوسط، ما يزال أمامها طريق طويل للوصول إلى مستوى البلدان المتقدمة من حيث معدلات الإلمام بالقراءة والكتابة، والانخراط في التعليم وإكماله. فمقارنة مع عام 1990، سجل معدل الإلمام بالقراءة والكتابة في صفوف الشباب في مجموعة المنظمة عام 2016 رقما أعلى بحوالي 1.6 نقطة مئوية. وخلال نفس الفترة، ارتفع متوسط البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة بنسبة 2.5 نقطة مئوية فقط.

الإكمال و التقدم

تمكنت بلدان منظمة التعاون الإسلامي من الرفع من معدلات إكمال الدراسة من 72.2% في عام 2000 إلى 82.8% في عام 2016، وكما سجل معدل التكرار فيها انخفاضا من 11.8% إلى 6.2% في عام 2016 خلال نفس الفترة.

كفاية خدمات التعليم

تبين حصة إنفاق الحكومة على التعليم من إجمالي نفقاتها مدى الأهمية النسبية لقطاع التعليم بالنسبة للحكومة. وفي البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي، شكل الإنفاق الحكومي على قطاع التعليم 15.8% من إجمالي نفقاته في عام 2004. وبلغت هذه النسبة 12.9% في الدول المتقدمة و 13.7% في البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة، مع تسجيل 13.1% كمتوسط عالمي. وارتفعت هذه النسبة إلى 16.5% في البلدان الأعضاء في المنظمة و 14.8% في البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة، بينما انخفضت إلى 12.7% في البلدان المتقدمة بحلول عام 2014، مما أدى إلى زيادة طفيفة في المتوسط العالمي ليسجل 13.2%.

وعلى المستوى الجزئي، ارتفعت النفقات الحكومية على التعليم لكل تلميذ في جميع أنحاء العالم بين عامي 2002 و 2014. وفي الوقت الذي بلغ فيه متوسط الإنفاق على التعليم الابتدائي في دول منظمة التعاون الإسلامي عام 2014 مبلغ 332 دولار أمريكيا، بلغ هذا المتوسط في الدول غير الأعضاء أكثر من 500 دولار،

وفي البلدان المتقدمة أكثر من 9200 دولار. وفي المستوى الثانوي من التعليم أيضا، تنفق دول المنظمة أقل مبلغ لكل طالب يبلغ 546 دولار. وعندما يتعلق الأمر بالتعليم العالي، فإن الفجوة بين دول المنظمة والبلدان المتقدمة تتضاءل قليلا. فالبلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة تنفق في المتوسط حوالي 50% أكثر من بلدان المنظمة في جميع مستويات التعليم. ومن ناحية أخرى، تنفق البلدان المتقدمة أكثر من بلدان المنظمة بحوالي 30 ضعفا على مستوى التعليم الابتدائي، و 20 ضعفا على مستوى التعليم الثانوي و 10 أضعاف على مستوى التعليم العالي.

حماية الطفل ورعايته

تسجيل المواليد

بصرف النظر عن كون تسجيل المواليد هو أول إقرار قانوني بوجود الطفل، فهو أمر أساسي لضمان عد الأطفال وحصولهم على الخدمات الأساسية. ووفقا لأحدث البيانات، تسجل مجموعة دول منظمة التعاون الإسلامي أدنى معدل لتسجيل المواليد مقارنة بمجموعات البلدان الأخرى خلال الفترة بين عامي 2010 و 2015. فقط 75.1% من الأطفال مسجلون في مجموعة المنظمة بالمقارنة مع 82.7% في العالم و 80.5% في البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة.

إيذاء الأطفال وسوء معاملتهم

بالإضافة إلى كونه انتهاكا صارخا لحقوق الإنسان، يؤدي إيذاء الأطفال وسوء معاملتهم إلى تبعات صحية وخيمة بالنسبة للأطفال. وقد بلغ متوسط معدل انتشار التأديب العنيف (ضد الأطفال) خلال الفترة الممتدة بين عامي 2010 و 2015 في مجموعة منظمة التعاون الإسلامي 80.5%، وهو المتوسط الأعلى مقارنة بمتوسطي البلدان النامية غير الأعضاء (69.9%) ولعالم (74.9%). وفيما يتعلق بالفرق بين الذكور والإناث في ذات المجموعة فإن الذكور يتعرضون للتأديب العنيف بنسبة تصل إلى (82.1%) مقارنة بالفتيات (79.7%). وبالإضافة إلى تعنيف الأطفال، أظهرت البيانات الخاصة ببلدان المنظمة أن ظاهرتي العنف ضد المرأة (أمهات الأطفال) وتشويه الأعضاء التناسلية للإناث منتشرتان بشكل كبير، بحيث تشكلان تهديدا آخر للصحة البدنية والعقلية للأطفال.

زواج الأطفال

قد يؤدي الزواج في سن مبكرة (قبل سن 18) إلى مشاكل جسيمة على صحية الرجال والنساء غير المهيئين للزواج. فوفقا لمجموعة البيانات للفترة 2008-2014، فإن مجموعة المنظمة تسجل أعلى نسبة لانتشار زواج الأطفال حيث أن 7.1% من مجموع الزيجات تتم قبل سن الـ 15 و 25.6% منها قبل سن الـ 18. وبالمقابل، يبلغ المتوسط العالمي 5.6% بالنسبة لحالات الزواج تحت سن الـ 15 و 23.8% لحالات الزواج

قبل بلوغ 18 سنة من العمر. ويعتبر الفقر وحماية الفتيات وشرف الأسرة وتوفير الاستقرار خلال الفترات الاجتماعية غير المستقرة بعضا من العوامل الرئيسية الدافعة وراء زواج الأطفال.

الصراعات والأطفال

تشكل الصراعات في دول المنظمة تهديدا رئيسيا لرفاه الأطفال. فبين عامي 2010 و 2016، سجلت مجموعة دول المنظمة أعلى متوسط على مؤشر السلام العالمي مقارنة مع مجموعات البلدان الأخرى، الأمر الذي يشير إلى وجود درجة متدنية من السلم وعدد أكبر من الصراعات. وتوحي هذه الحقائق إلى أن عدد الأطفال الذين يعانون من النزاعات وانعدام السلام في دول المنظمة في تزايد مستمر. فهم أكثر عرضة للصراعات المسلحة، والاتجار بالبشر، والعنف وسوء المعاملة، والافتقار إلى الخدمات الأساسية.

عمالة الأطفال

تعد عمالة الأطفال من أسوأ أشكال الاستغلال المتفشية في كل أرجاء العالم النامي، وعلى الرغم من كونها محظورة في بلدان منظمة التعاون الإسلامي إلا أن 17.0% من الأطفال لم يفلتوا من من مستنقع الشغل في الفترة 2009-2015. وفي الوقت نفسه، بلغت هذه النسبة 15.3% في الدول النامية غير الأعضاء في المنظمة و 15.8% في العالم. وعموما، غالبا ما تكون نسبة الأولاد المشاركين في عمالة الأطفال أكثر من الفتيات. وفي الفترة 2009-2015، بلغت نسبة الذكور من الأطفال المنخرطين في عمل الأطفال في بلدان المنظمة 16.7%مقابل 15.3% من الإناث.

1 مقدمة

تعتبر الطفولة مرحلة ثمينة من حياة الإنسان للتنمية الجسدية والفكرية والعاطفية. ولذلك فإنه من الأهمية بمكان أن يحصل جميع الأطفال على الرعاية الصحية الجيدة والتغذية الجيدة والتعليم والحماية من الأذى وسوء المعاملة والتمييز. وبما أن الأطفال هم أكثر الكائنات ضعفا في هذا العالم، فإن المسؤولية مشتركة أمام الآباء وأفراد الأسرة والمجتمع المدني والحكومات لضمان احترام حقوقهم وحمايتها وإعمالها. وعلى مدى العقود الأخيرة، أولى العالم اهتماما خاصا لمسألة حماية الأطفال ورفاههم. وتعد اتفاقية حقوق الطفل، التي دخلت حيز النفاذ في عام 1989، من أهم الإنجازات التي تحققت في هذا الصدد. وهذه الاتفاقية هي أول معاهدة دولية لحقوق الإنسان تجمع بين مجموعة شاملة من المعايير للأطفال لضمان تمتع كل طفل بطفولة ورعاية آمنة.

وتتميز بلدان منظمة التعاون بالفتوة من حيث التوزيع السكاني، إذ أن أكثر من ثلث السكان تقل أعمارهم عن سن الـ 15 من العمر. وهذا ما يؤكد الطلب الكبير على الرعاية الصحية والتعليم المدرسي والغذاء والترفيه والحماية الاجتماعية وخدمات الرعاية الاجتماعية للرضع والأطفال الصغار في هذه البلدان. وعلى مر السنين، تعاونت دول منظمة التعاون الإسلامي مع مؤسساتها المتخصصة والمنتسبة والشركاء الدوليون المعنيون لبذل جهود واسعة لتعزيز رعاية الأطفال ورفاههم وحماية حقوقهم في العالم الإسلامي[1]. وفي هذا الصدد، عقدت دول المنظمة أربعة مؤتمرات وزارية حول الطفولة وصاغت اتفاقية حقوق الطفل في الإسلام، التي اعتمدتها الدورة الثانية والثلاثون للمؤتمر الإسلامي لوزراء الخارجية التي عقدت في صنعاء باليمن. وبالإضافة إلى ذلك، فإن صحة وتغذية الأم وحديثي الولادة والأطفال هي إحدى المجالات المواضيعية الستة للتعاون المحددة في برنامج العمل الاستراتيجي لمنظمة التعاون الإسلامي للفترة 2014-2023 والذي اعتمده المؤتمر الإسلامي الرابع لوزراء الصحة الذي عقد في جاكرتا بإندونيسيا.

وقد أدت هذه الجهود النبيلة بالفعل إلى نتائج جيدة، ومن منظور أوسع، يمكن القول بأن أطفال اليوم يتمتعون بصحة جيدة وأكثر أمنا من الاستغلال الاجتماعي والاقتصادي والثقافي أكثر مما كان عليه الأمر قبل 30 عاما. ومع ذلك، وعلى الرغم من جميع التطورات الإيجابية، فإن المجتمع الدولي ما يزال مقصرا في الوفاء بوعده والتزامه بضمان تمتع كل طفل بطفولة ورعاية آمنة. فهناك ملايين من الأطفال حول العالم،

[1] ترد في الملحق 1 معلومات مفصلة عن الجهود التي تبذلها منظمة التعاون الإسلامي لتحسين وضع الأطفال.

بما في ذلك دول المنظمة، الذين يودعون الحياة بسبب الأمراض التي يمكن الوقاية منها، بينما يعاني من استطاع البقاء على قيد الحياة من البؤس والجهل والحرمان وسوء المعاملة. ويتطلب هذا الوضع مزيدا من الالتزام والجهود من قبل الحكومات وأصحاب المصلحة الآخرين للنظر في هذه المسألة الهامة بشكل أكبر وعلى مستوى أعلى في جداول أعمالهم الخاصة بالتنمية . وهناك أيضا حاجة ماسة إلى تقوية وتعزيز التعاون والتآزر في مختلف المسائل المتعلقة برعاية الطفل على الصعيدين الإقليمي والدولي.

وعلى أساس هذه الخلفية، يسلط هذا التقرير الضوء على وضع الأطفال في دول منظمة التعاون الإسلامي من منظور مقارن. ويبدأ التقرير بتقديم لمحة عامة مختصرة بشأن ديمغرافية الأطفال في بلدان المنظمة. ويتطرق القسم 3 لموضوع صحة الأطفال ورفاههم عن طريق تحليل أحدث البيانات المتعلقة باتجاهات وفيات الأطفال وأسبابها الرئيسية وتغطية خدمات الرعاية الصحية للأطفال. فيما يناقش القسم 4 حالة تغذية الأطفال والأمن الغذائي، مع التركيز بشكل خاص على المؤشرات الرئيسية لتغذية الأطفال وانتشار نقص المغذيات الدقيقة وممارسات تغذية الرضع وصغار الأطفال. ويقدم القسم 5 صورة مفصلة عن تعليم الأطفال ودراستهم عن طريق تحليل اتجاهات الالتحاق بالمدارس الابتدائية والثانوية والمواظبة على الحضور وإكمال الدراسة والتقدم فيها مع بعض النقاط البارزة في مدى كفاية خدمات التعليم الأساسي في بلدان منظمة التعاون الإسلامي. ويركز الفرع 6 من التقرير على حماية الطفل ورعايته من خلال النظر في بعض المسائل الرئيسية المتعلقة بتسجيل المواليد وعمالة الأطفال وإساءة معاملتهم وآثار الصراعات المسلحة عليهم. وتتلخص النتائج الرئيسية للتقرير في القسم 7. ويختتم التقرير بعرض توصيات بشأن السياسات التي تهدف إلى تعزيز تنفيذ التدخلات على مستويات التعاون الوطني والبيني في منظمة التعاون الإسلامي وعلى الصعيد الدولي لتحسين وضع الأطفال في دول المنظمة.

© سيسرك 2017

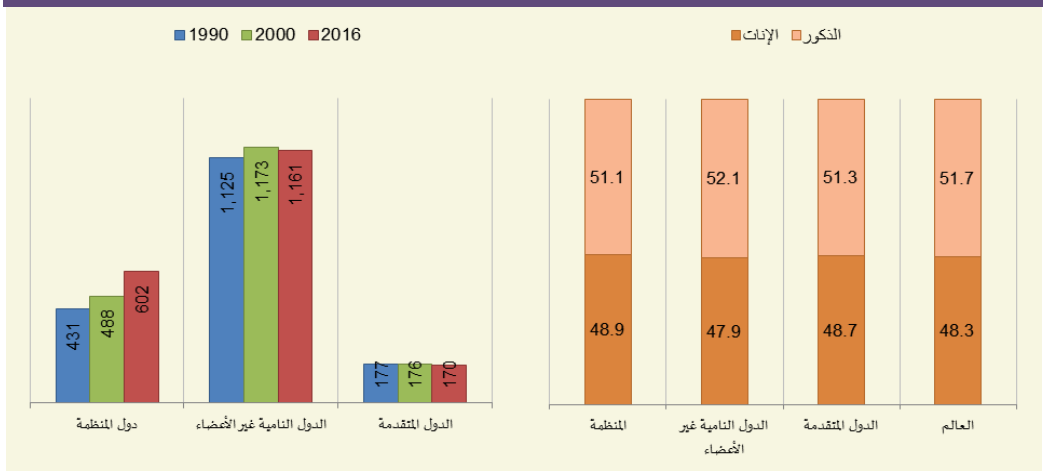
2 لمحة مختصرة عن ديمغرافية الأطفال

يشكل الأطفال في جميع أنحاء العالم جزءا كبيرا من مجموع السكان. ووفقا لأحدث البيانات المتوفرة، فإن أكثر من ربع مجموع سكان العالم البالغ عددهم 7.4 مليارات كانت أعمارهم تقل عن 15 عام 2016 (الشكل 1.2). ويبين الاتجاه زيادة في عدد السكان من الأطفال في بلدان منظمة التعاون الإسلامي من 430 مليون في 1990 إلى 602 مليون في عام 2016، أي ما يعادل نموا بنسبة 39.8% خلال هذه الفترة. وتعتبر بلدان المنظمة حاليا موطنا لـ 31% من مجموع أطفال العالم و 34% من أطفال البلدان النامية. وفي عام 2016، كان أكثر من ثلث أطفال المنظمة يعيشون في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. بينما ظلت الحصص النسبية لمنطقتي شرق آسيا والمحيط الهادئ وأوروبا وآسيا الوسطى منخفضة جدا، (راجع الملحق 2 للمجموعات الإقليمية لمنظمة التعاون الإسلامي).

وفيما يتعلق بالتوزيع بين الجنسين، فإن 51.1% من سكان المنظمة الذين تقل أعمارهم عن 15 سنة هم من الذكور، في حين تبلغ نسبة الإناث 48.9%. وظلت الحصة النسبية للسكان الذكور (52.1%) في البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة أعلى قليلا من المجموعات الأخرى.

الشكل 1.2

مجموع السكان دون سن الخامسة عشر (بالملايين) وحصة الأطفال الإناث والذكور (يمين)



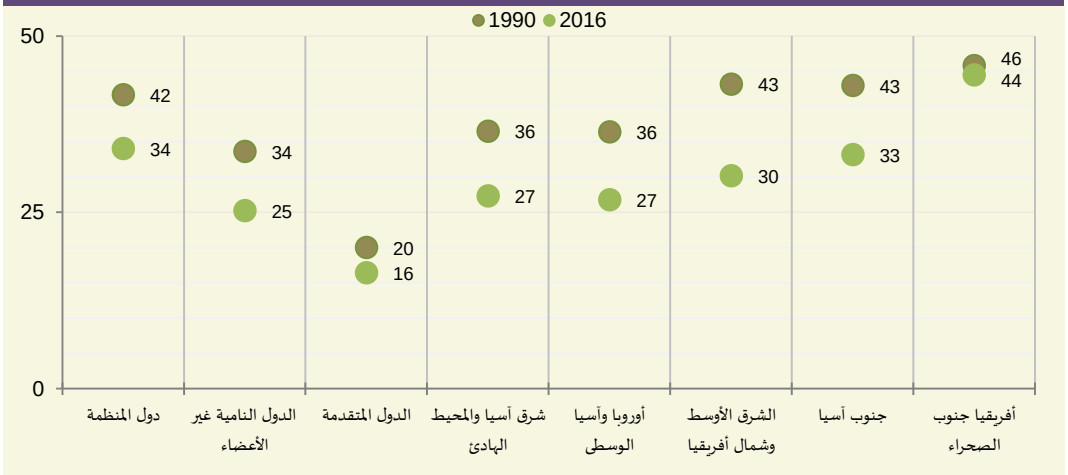
المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على قاعدة بيانات مؤشرات التنمية العالمية للبنك الدولي

وتتميز بلدان المنظمة بالفتوة فيتوزيعها السكاني، حيث أن أكثر من ثلث السكان هم دون سن الخامسة عشرة (الشكل 1.2). وفي تناقض حاد، أعمار سكان البلدان المتقدمة هو أكبر من ذلك بكثير، مع فقط 16.4% أقل من 15 سنة. ونظرا للانخفاض الكبير في معدلات الولادات وكذلك ارتفاع متوسط العمر المتوقع، يشكل عدد الأطفال نسبة إلى عدد السكان تراجعا على مر السنين على المستوى الدولي. ففي عام 1990، كان 41.7% من السكان في منظمة التعاون الإسلامي تقل أعمارهم عن 15 بالمقارنة مع 34% في عام 2016. كما تم تسجيل اتجاه تناقصي في حالة البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة والدول المتقدمة على حد السواء. 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 44% منهم تحت سن 15 تليها منطقة جنوب آسيا بنسبة 33%، ثم منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (30%) (الشكل 2.2). وخلال الفترة من 1990 إلى 2016، شهدت منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا أعلى تراجع في نسبة الأطفال في مجموع السكان، مع انخفاض بلغ 13 نقطة مئوية. ومن بين المناطق الأخرى، سجلت منطقتي أوروبا وآسيا الوسطى وشرق آسيا والمحيط الهادي تراجعا بمعدل 10 نقاط مئوية منذ عام 1990. وعلى العكس من ذلك، ظلت نسبة الأطفال إلى حد كبير دون تغيير في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء، بنسبة 2% من عام 1990 إلى 2016.

الشكل 2.2

حصة الأطفال دون الخامسة عشر من العمر من مجموع السكان (%)

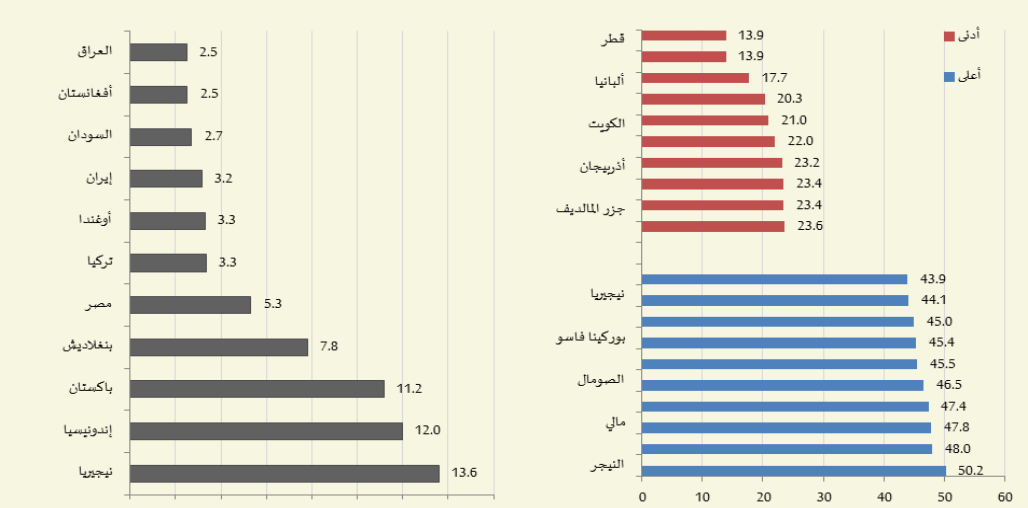


المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على قاعدة بيانات مؤشرات التنمية العالمية للبنك الدولي

© سيسرك 2017

الشكل 3.2

الحصة من إجمالي عدد الأطفال من السكان في منظمة التعاون الإسلامي (يسار) ودول المنظمة ذات أعلى وأدنى حصة من الأطفال من إجمالي السكان، 2016



المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على قاعدة بيانات مؤشرات التنمية العالمية للبنك الدولي

وظل العدد الإجمالي للأطفال الذين تقل أعمارهم عن 15 مركزا 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 خلال عام 2013. ومن بين هذه البلدان، استأثرت نيجيريا بأكبر حصة (13.7%) من إجمالي الأطفال في دول المنظمة تليها إندونيسيا (12.8%) وباكستان (11.0%) وبنغلاديش (8.4%). ومن حيث الحصة النسبية للأطفال من مجموع السكان في بلد ما، صنفت تسع بلدان أعضاء في المنظمة من منطقة أفريقيا جنوب الصحراء من بين أكثر 10 بلدان فتوة في منظمة التعاون الإسلامي. وكما هو مبين في الشكل 3.2، تأتي النيجر في المرتبة الأولى بنسبة 50% من إجمالي عدد السكان دون سن الـ 15، تليها تشاد (48%) وأوغندا (48%). وفي المقابل، ظلت نسبة الأطفال من مجموع السكان منخفضة بشكل ملحوظ في معظم بلدان المنظمة الواقعة ضمن منطقة الشرق الأوسط و شمال أفريقيا. وبالنسبة لعام 2013، سجلت قطر أدنى نسبة أطفال من مجموع السكان (13.6%)، تلتها الإمارات العربية المتحدة (15.3%) ثم ألبانيا (20.6%). وعلى الصعيد العالمي، احتلت قطر المرتبة الثالثة بعد اليابان وألمانيا بتسجيلها لأدنى نسبة للأطفال من مجموع السكان.

3 صحة الطفل ورفاهيته

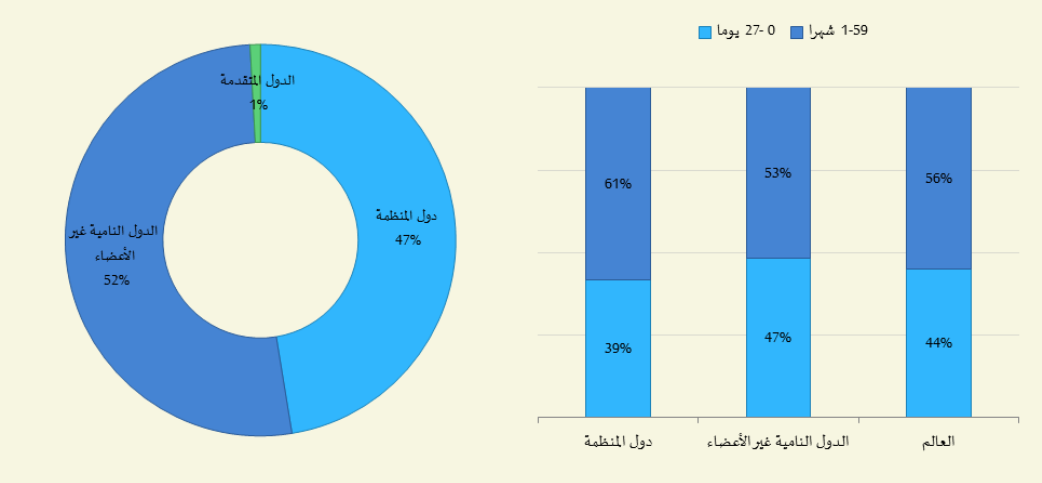
تعتبر الصحة أمر حيوي لرفاه جميع البشر. ووفقا لتعريف منظمة الصحة العالمية، الصحة لا تعني فقط غياب المرض بل هي مفهوم متعدد الأبعاد يشمل الحالة البدنية والنفسية والرفاه الاجتماعي للشخص. فالحق في الصحة أمر حيوي للجميع، ولكنه مهم بصفة خاصة للأطفال لأنهم أكثر عرضة للخطر والمضاعفات المرضية والصحية. وعلاوة على ذلك، عندما لا يعاني الأطفال من الأمراض فهم يصبحون أكثر قدرة على تحقيق مستوى أعلى من النمو البدني والفكري والعاطفي، ويكبرون بصحة وإنتاجية أكبر. وعلى مر السنين، أحرز العالم تقدما كبيرا من حيث إعمال حق الأطفال في الصحة وخفض معدلات وفياتهم في جميع أنحاء العالم. ومن بين أمور أخرى، تعتبر دوافع تحسين مستويات المعيشة وارتفاع مستوى التعليم وانتشار خدمات الرعاية الصحية الأساسية على نطاق واسع جوهرية لهذا التقدم. لكن على الرغم من المكاسب الملحوظة، ما تزال هناك تحديات كبيرة في البلدان النامية ذات الدخل المنخفض، بما في ذلك العديد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي. ويهدف هذا القسم إلى التحقيق في حالة صحة الأطفال في دول المنظمة من خلال تحليل اتجاهات الوفيات والسبب الرئيسي لوفيات الأطفال وتغطية خدمات الرعاية الصحية للأطفال.

1.3 وفيات الأطفال

معدل وفيات الأطفال هو عدد وفيات الأطفال دون سن الخامسة من العمر لكل 1000 مولود حي. وهو أحد أهم المؤشرات الدالة على وضع صحة الأطفال، والذييعكس بالأساس التغطية الشاملة وفعالية خدمات الرعاية الصحية جنباً إلى جنب مع التنمية الاجتماعية والاقتصادية في البلاد. وكان بمثابة المؤشر المرجعي للهدف الرابع من الأهداف الإنمائية للألفية للأمم المتحدة، والذي كانت غايته خفض معدل وفيات الأطفال بمقدار الثلثين بين عامي 1990 و 2015، معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة (الأمم المتحدة، 2014). وعلى الصعيد العالمي، توفي أكثر من 6 ملايين طفل قبل بلوغهم الخامسة في عام 2015. خطر تعرض الطفل للموت هو أعلى في فترة ما بعد الولادة؛ في 28 يوماً الأولى من الحياة. وفي عام 2015، تم الإبلاغ عن 44% من وفيات الأطفال دون سن الخامسة خلال فترة ما بعد الولادة (الشكل 1.3). يمكن الوقاية من غالبية هذه الوفيات بسهولة، وذلك عن طريق ضمان الحصول على ظروف مواتية وفعالة للولادة الآمنة وخدمات رعاية الأطفال حديثي الولادة (منظمة الصحة العالمية، 2015).

الشكل 1.3

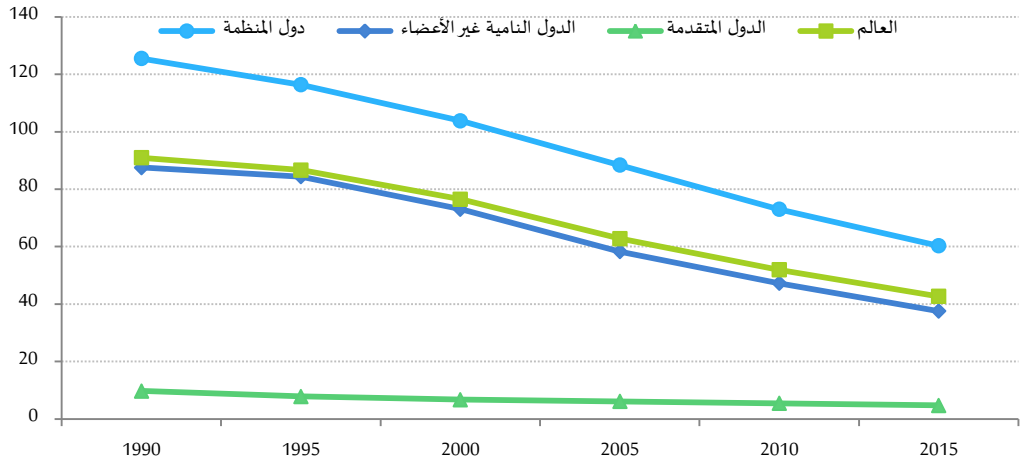
توزيع الوفيات دون سن الخامسة حسب المناطق والتركيبة العمرية (يمين)، 2015



المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على مستودع بيانات منظمة الصحة العالمية

الشكل 2.3

معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة (لكل 1000 مولود حي)



المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على مستودع بيانات منظمة الصحة العالمية

ظلت وفيات الأطفال دون سن الخامسة مركزة للغاية في البلدان النامية التي تمثل أكثر من 99% من الإجمالي العالمي في عام 2015. مما يعني أن في المتوسط حوالي 16000 طفل يلقون حتفهم كل يوم في البلدان النامية. واستأثرت دول منظمة التعاون الإسلامي، كونها جزءاً كبيراً من العالم النامي، بنسبة 47.4% من الإجمالي العالمي لحالات الوفاة تحت سن الخامسة في عام 2015؛ وبعبارة أخرى، توفي حوالي

© سيسرك 2017

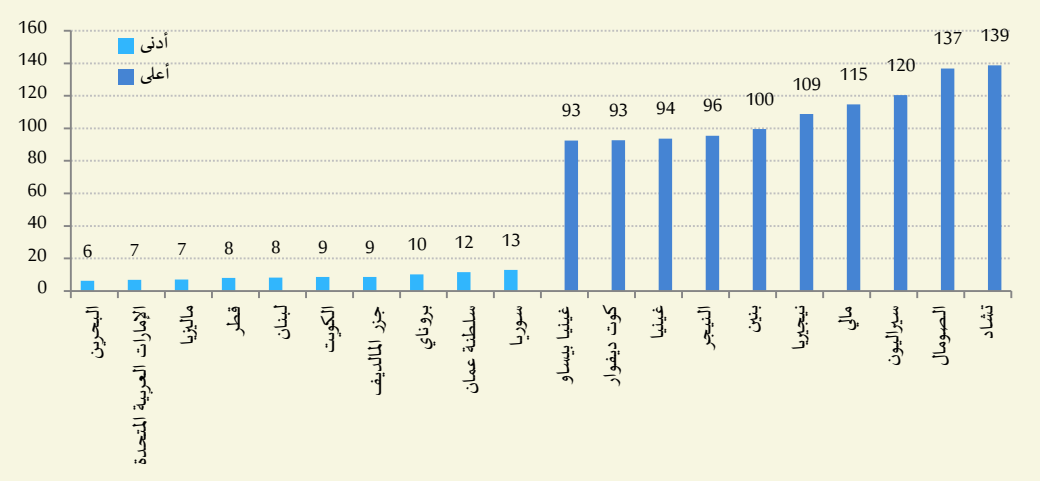
7700 طفل دون سن الخامسة كل يوم في هذه الدول. وحصلت أكثر من 39% من حالات وفيات الأطفال فيها خلال الـ 28 يوماً الأولى من عمر الطفل (الشكل 1.3).

وعلى مر السنين، أظهرت معدلات وفيات الأطفال اتجاهاً نحو الانخفاض في جميع أنحاء العالم (الشكل 2.3) حيث انخفض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بنسبة 53% منذ العام 1990 بمعدل 43 حالة وفاة لكل 1000 مولود حي في عام 2015. كما سجلت البلدان النامية غير التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي أيضاً تقدماً ملحوظاً مع انخفاض بلغ 57% في معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة منذ عام 1990. وتماشياً مع الاتجاهات العالمية، تم تحسين الحالة الخاصة بوفيات الأطفال في دول المنظمة. وبدءا من أعلى معدل لوفيات الأطفال دون سن الخامسة البالغ 126 حالة وفاة لكل 1000 ولادة حية في عام 1990، فإن دول المنظمة تمكنت من خفض معدل وفيات الأطفال دون الخامسة بنسبة 52% لتصل إلى 60 حالة وفاة لكل 1000 ولادة حية في عام 2015. لكن على الرغم من هذا التحسن، أحرزت مجموعة دول المنظمة أقل قدر من التقدم في خفض وفيات الأطفال منذ عام 1990. واعتباراً من عام 2015، فإن واحداً من أصل 17 طفلا في بلدان المنظمة يموت قبل بلوغه سن الخامسة مقارنة مع واحد من أصل 27 طفلا في البلدان النامية الأخرى وطفل واحد فقط من أصل 23 طفلا على مستوى العالم.

وعلى الصعيد الوطني، قطعت العديد من دول منظمة التعاون الإسلامي أشواطا كبيرة في مكافحة وفيات الأطفال على مدى العقدين الماضيين. فخلال فترة 1990-2015، تم تسجيل انخفاض بلغ أكثر من ثلثي حالات الوفيات (66%) في 22 دولة من دول المنظمة وفي 16 بلداً تراوح معدل الانخفاض ما بين 50 إلى 65%. واعتباراً من عام 2015، تراوح معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة في دول المنظمة بين مستوى منخفض بلغ ست حالات وفاة لكل 1000 مولود حي في البحرين وبين مستوى مرتفعبلغ 139 حالة في تشاد (الشكل 3.3). وسجلت سبع بلدان أعضاء في المنظمة معدلا أقل من 10 حالات وفاة لكل 1000 مولود حي. وفي المقابل، سجلت عشرة بلدان من المنظمة من منطقة جنوب الصحراء الكبرى معدلا فاق 90 حالة وفاة لكل 1000 مولود حي. سبعة من هذه البلدان العشرة تصنّف من بين أعلى 10 دول وفقاً لأعلى معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة في العالم. وفي عام 2015، احتلت تشاد المرتبة الثانية فيما يتعلق بأعلى معدل وفيات تحت سن الخامسة في العالم تلتها الصومال (المرتبة الثالثة) وسيراليون (المرتبة الخامسة) ومالي (المرتبة السادسة) ونيجيريا (المرتبة السابعة) وبنين (المرتبة الثامنة) ثم النيجر (المرتبة العاشرة).

الشكل 3.3

دول منظمة التعاون الإسلامي ذات أدنى وأعلى معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة من العمر (لكل 1000 مولود حي)، 2015



المصدر: منظمة الصحة العالمية، مستودع البيانات

2.3 الأسباب الرئيسية لوفيات الأطفال

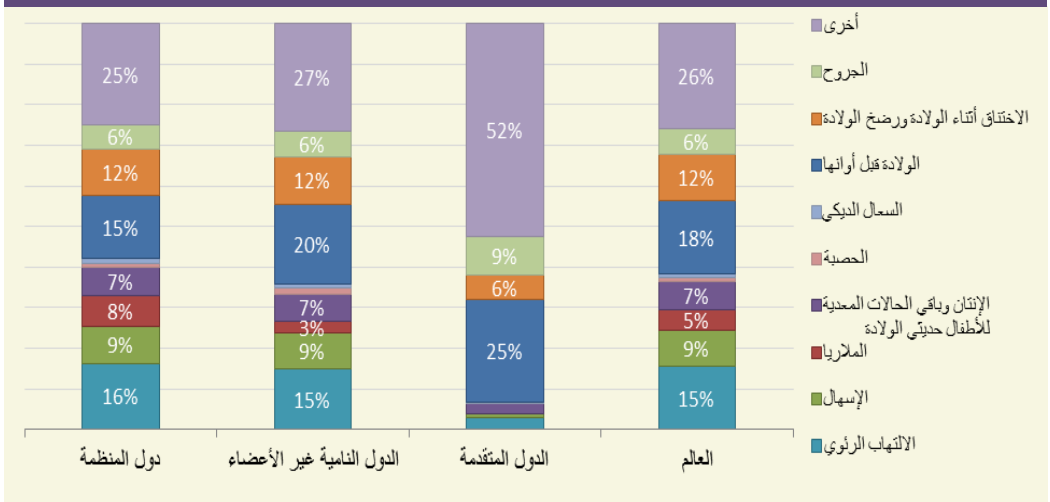
تسببت الأمراض المعدية والحمل والمضاعفات ذات الصلة في أكثر من ثلاثة أرباع إجمالي الوفيات في صفوف الأطفال دون سن الخامسة على المستوى العالمي في عام 2015. في الواقع، يمكن إلى حد كبير الوقاية من هذه الأسباب أو علاجها عن طريق ضمان الوصول إلى تدخلات بسيطة ومعقولة التكلفة مثل التطعيم والرعاية الصحية ما قبل الولادة والولادة بصورة سليمة.

كما هو مبين في الشكل 4.3، نجد أن الخداج مثل أكبر سبب للوفاة في صفوف الأطفال دون سن الخامسة في عام 2013، وما يقرب من 50% من هذه الوفيات كانت بسبب الأمراض المعدية مثل الالتهاب الرئوي / الإنتان (الالتهاب الرئوي لحديثي الولادة)، الإسهال والملاريا وغيرها الأمراض المعدية. يلاحظ وجود حالة مماثلة أيضاً في حالة البلدان النامية غير الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي حيث الأسباب الرئيسية للوفاة بين الأطفال دون سن الخامسة هي مضاعفات النمو المبكر، الالتهاب الرئوي والاختناق أثناء الولادة والإسهال. في المقابل، أسباب وفيات الأطفال في الدول المتقدمة أكثر ميلاً نحو المضاعفات المرتبطة بالحمل والولادة أكثر منها من الأمراض المعدية. وتعتبر الأسباب الرئيسية لوفيات الأطفال دون سن الخامسة في دول منظمة التعاون الإسلامي نفسها في البلدان النامية الأخرى. وكما هو مبين في الشكل 6.4، فإن 40% من وفيات الأطفال دون سن الخامسة سببها ثلاثة أمراض معدية: الالتهاب الرئوي / الإنتان (23%) والإسهال (9%) والملاريا (8%). ومن بين المضاعفات المتعلقة بالحمل والولادة، ظل الخداج (15%) السبب الرئيسي في حالات وفيات الأطفال دون سن الخامسة يليه الاختناق أثناء الولادة (12%) والإصابات (6%).

© سيسرك 2017

الشكل 4.3

الأسباب الرئيسية لوفيات الأطفال، 2015



المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على مستودع بيانات منظمة الصحة العالمية

3.3 خدمات الرعاية الصحية للطفل

يرى خبراء الصحة أن غالبية وفيات الأمهات والأطفال يمكن الوقاية منها وأن التدخلات مثل الرعاية السابقة للولادة، وتوفر القابلات الماهرات أثناء الولادة، والتطعيم والرعاية المبكرة التي من شأنها علاج الالتهاب الرئوي والإسهال والملاريا كلها أمور حاسمة لبقاء ورفاه الأمهات والأطفال. ويتناول هذا القسم الفرعي أداء دول منظمة التعاون الإسلامي من حيث تغطية بعض هذه التدخلات المحددة.

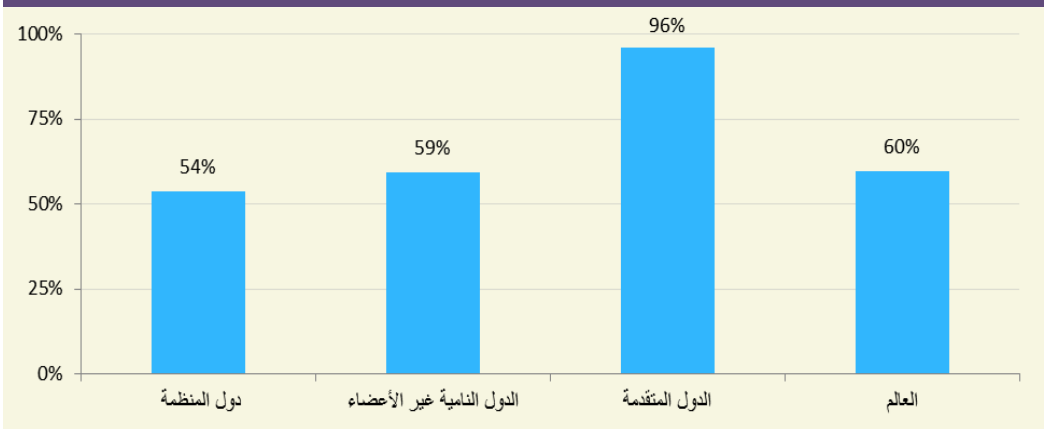
الرعاية السابقة للولادة

الرعاية السابقة للولادة (ANC) وتقديم المشورة هي نقطة الدخول إلى نظام الرعاية الصحية الرسمي، وتوفر قاعدة صلبة لمراقبة وتحسين صحة الأم والطفل من خلال تحديد ومنع / السيطرة على مضاعفات ما قبل الولادة في مرحلة مبكرة (منظمة الصحة العالمية، 2010). وتحدد الرعاية السابقة للولادة نسبة مجموع النساء الحوامل اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15-49 واللاتي تلقين معاينة صحية مهنية لأسباب تتعلق بالحمل. ولجودة وفعالية الرعاية قبل الولادة، فإن عدد الزيارات وتوقيتها مهم جداً.

ويعتبر توفير الرعاية الجيدة قبل الولادة مصدر قلق كبير في العديد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي. فخلال الفترة الممتدة بين عامي 2010 و 2015، استفاد حوالي 54% من مجموع النساء الحوامل في بلدان المنظمة من الفحوصات الأربعة السابقة للولادة الموصى بها (الشكل 5.3). لكن بقي متوسط المنظمة أقل من متوسط البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة والعالم.

الشكل 5.3

تغطية الرعاية السابقة للولادة، 2010-2015*

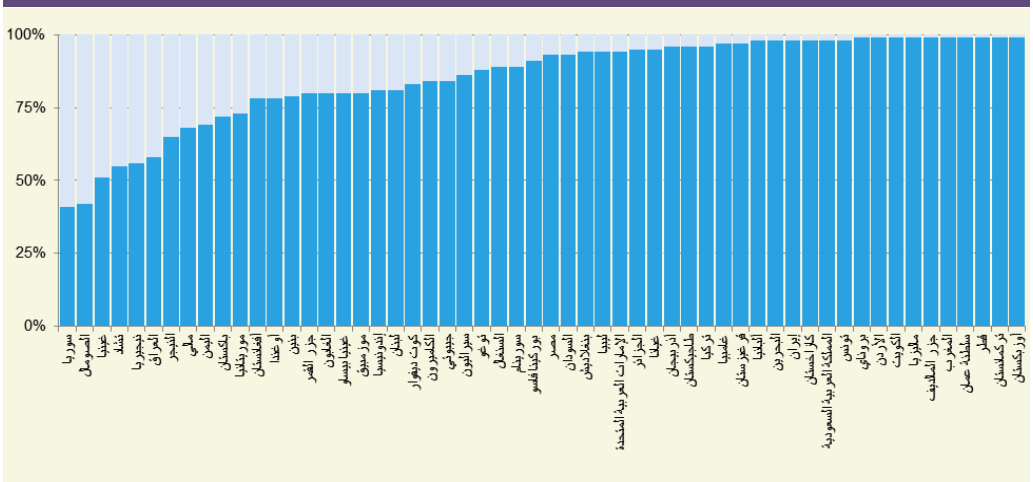


المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على بيانات اليونيسيف.* آخر سنة متوفرة

على مستوى كل بلد على حدة، زار أكثر من 80% من النساء الحوامل العيادة الصحية أربع مرات في 14 دولة في منظمة التعاون الإسلامي في حين تراوحت هذه النسبة بين 50% إلى 78% في 13دولة أخرى. سجلت كل من الصومال وجيبوتي وأفغانستان أدنى نسبة لتغطية الرعاية السابقة للولادة ، بحيث فقط 6.3% و 22.6% و 22.7%، على التوالي، من النساء زرن المرافق الصحية أربع مرات أثناء الحمل (الشكل 6.3). وعلى العموم، ظل معدل تغطية الرعاية السابقة للولادة أقل من 50% في 16 بلدا عضوا. كما أن غالبية بلدان منظمة التعاون الإسلامي التي لديها أقل تغطية للرعاية ما قبل الولادة تقع في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء (11 بلدا).

الشكل 6.3

أعلى وأدنى تغطية للرعاية السابقة للولادة في بلدان منظمة التعاون الإسلامي، 2010-2015 *



المصدر: بيانات اليونيسيف.* آخر سنة متوفرة

© سيسرك 2017

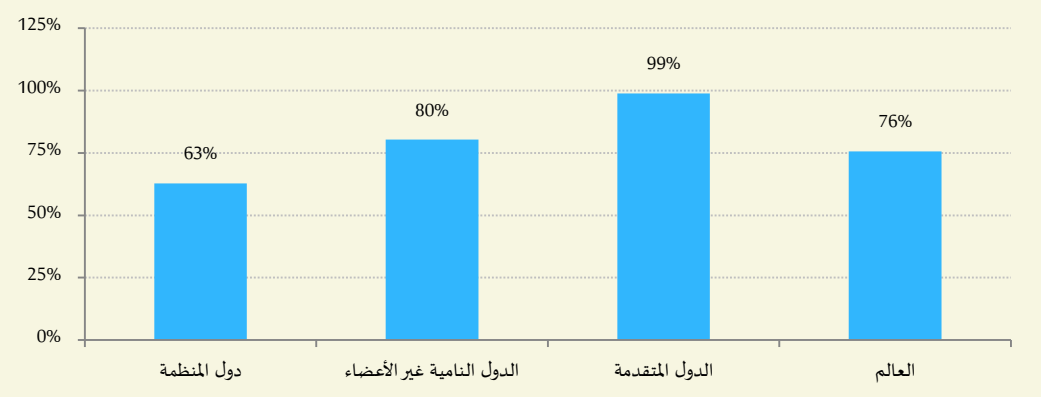
نسبة الولادات بحضور مهنيين صحيين مهرة

الرعاية الصحية الماهرة والمساعدة في وقت الولادة من الأمور البالغة الأهمية بالنسبة لصحة وبقاء كل من الأم والطفل. ووفقا لآخر تقديرات لمنظمة الصحة العالمية، فإن حوالي 2 مليون حالة وفاة نفاسية ووفات حديثي الولادة تحصل كل عام، على الصعيد العالمي، بسبب نقص الرعاية الصحية المناسبة أثناء المخاض والولادة. يمكن الوقاية من هذه الوفيات إلى حد كبير من خلال ضمان توفير المساعدة من العاملين الصحيين المهرة - طبيب أو ممرضة أو قابلة - أثناء الولادة.

وفقا لأحدث التقديرات، نجد أن ربع حالات الولادة (24%) على الصعيد العالمي ما تزال تجري دون المساعدة والرعاية الماهرة (الشكل 7.3). غالبية هذه الولادات تحدث دون مساعدة طبية في البلدان النامية. في 2010-2015، فإن الطبيب أو الممرضة أو القابلة ساعدوا في 63% من الولادات في بلدان منظمة التعاون الإسلامي. وفي المقابل، سجلت هذه النسبة 80% في الدول غير الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي و 76% في العالم.

الشكل 7.3

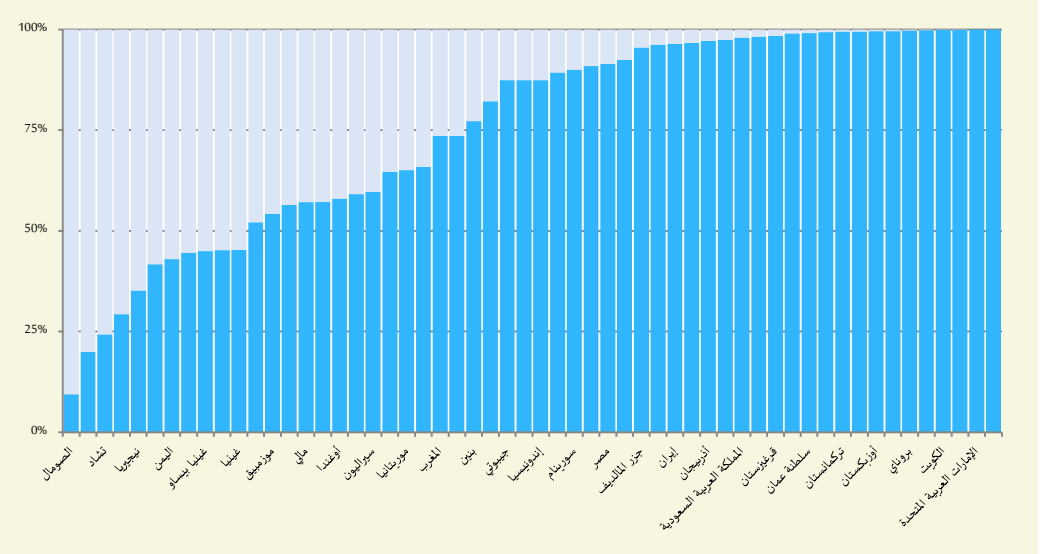
الولادات التي تمت عبر الموظفين الصحيين المدربين، 2010-2015



المصدر: حسابات موظفي سيسرك استنادا إلى بيانات اليونيسف. * آخر سنة متاحة

وعلى مر السنين، شهدت غالبية دول منظمة التعاون الإسلامي تحسنا في نسبة توفير الرعاية عند الولادة. وخلال الفترة 2010 - 2015، ساعد موظفي الصحة أكثر من 90% من الولادات في 26 بلدا عضوا (الشكل 8.3). كما أن غالبية البلدان الأفضل أداء هي من بلدان منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (14 بلدا) ومنطقة أوروبا وآسيا الوسطى (7 بلدان). وفي المقابل، ساعد العاملون الصحيون المهرة أقل من نصف مجموع الولادات في 11 بلدا من بلدان منظمة التعاون الإسلامي. وظلت الحالة مقلقة بشكل خاص في الصومال والسودان وتشاد والنيجر حيث تمت أكثر من 70% من إجمالي المواليد دون أي رعاية صحية ومساعدة خلال وقت الولادة (الشكل 8.3).

الشكل 8.3
الولادات التي تمت عن طريق الموظفين الصحيين المدربين في دول منظمة التعاون الإسلامي، 2010-2015*



المصدر: بيانات اليونسيف. * آخر سنة متوفرة.

التحصين

مع الأخذ بعين الاعتبار المخاطر الصحية في سن معينة، فإن تحصين الطفولة هو أحد أكثر الطرق كفاءة وفعالية للوقاية من أمراض مثل الحصبة، التهاب السحايا، الدفتيريا، التيتانوس، السعال الديكي (السعال الديكي)، الحمى الصفراء، شلل الأطفال والتهاب الكبد الوبائي ب. على مر السنين، بُذلت جهود جادة في جميع أنحاء العالم لتطوير وتحسين برامج التحصين والتغطية الوطنية عن طريق ضمان الحصول على اللقاحات والتدريب اللازم للعاملين الصحيين. ساعدت هذه الجهود المقدرة نحو زيادة تغطية التحصين لمنع الملايين من وفيات الأطفال في جميع أنحاء العالم.

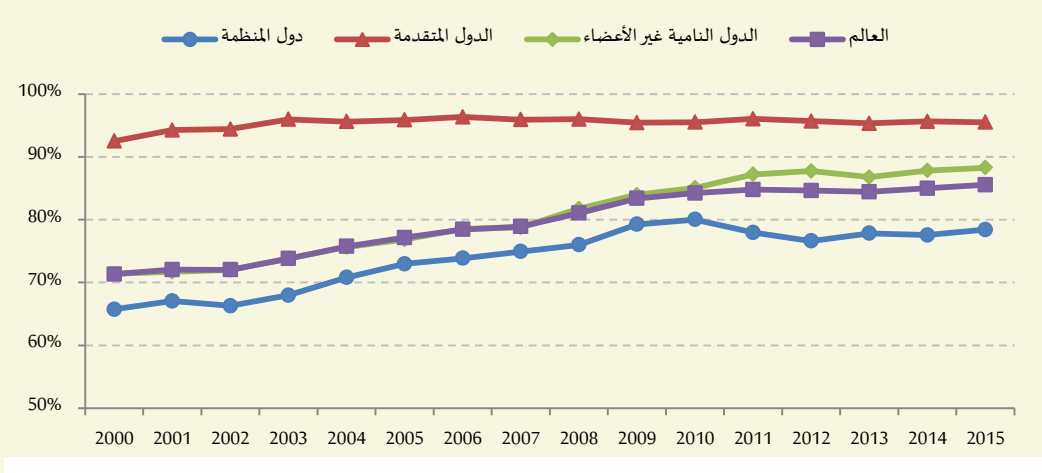
تغطية الدفتيريا والكزاز والسعال الديكي DTP3، هي مزيج من لقاحات ضد ثلاثة أمراض معدية : الدفتيريا والكزاز والسعال الديكي (السعال الديكي)، تستخدم كمؤشر قياسي لبرنامج التحصين الروتيني في بلد / منطقة ما عن طريق صندوق الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) ومنظمة الصحة العالمية (منظمة الصحة العالمية، 2015). فعلى الصعيد العالمي، زادت تغطية التحصين ضد الدفتيريا والكزاز والسعال الديكي (DTP3) خلال السنة الأولى من العمر من 71% في عام 2000 إلى 86% في عام 2015، وهو ما يمثل زيادة بنسبة 14 نقطة مئوية (الشكل 9.3). هناك اتجاه مماثل ساد في البلدان النامية غير التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي مع زيادة تغطية التحصين من 71% في عام 2000 إلى 88% في عام 2015. شهدت بلدان

© سيسرك 2017

المنظمة أيضاً تحسنا في التحصين ضد الدفتيريا والكزاز والسعال الديكي (DTP3) بين الذين تتراوح أعمارهم بين سنة واحدة كما ارتفع معدل تغطيتها من 67% في 2000 إلى 78% في عام 2015. وعلى الرغم من أن تغطية بلدان منظمة التعاون الإسلامي قد ظلت تحت متوسط العالم والبلدان النامية غير التابعة للمنظمة، فهم مازالوا يلحقون بالركب بصورة متسارعة مع زيادة 13 نقطة مئوية خلال 2000.

الشكل 9.3

تغطية التحصين باللقاح الثلاثي 2000-2015*

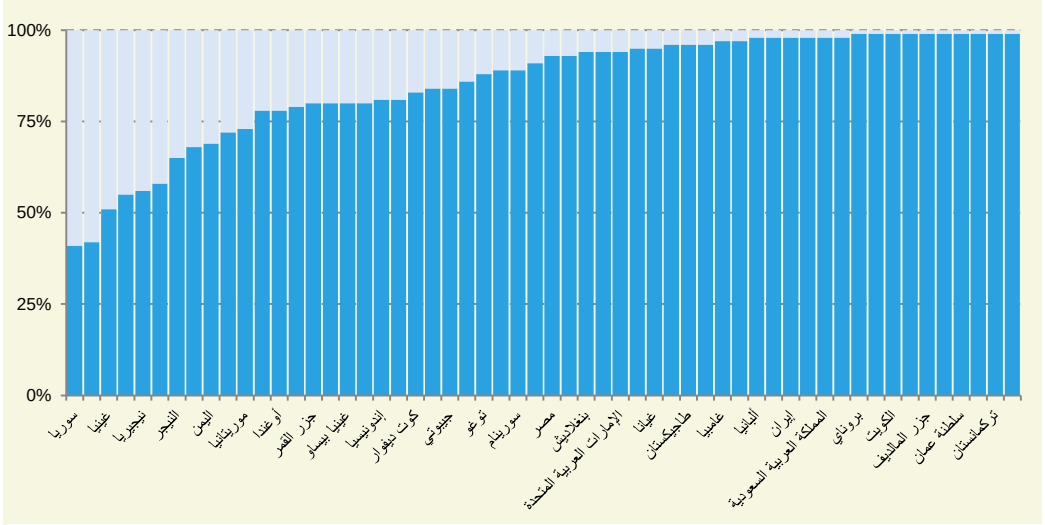


المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على مستودع بيانات منظمة الصحة العالمية

ظلت التغطية بالتحصين ضد الدفتريا والكزاز والسعال الديكي عالية جدا في غالبية بلدان منظمة التعاون الإسلامي. في عام 2015، سجلت 30 دولة في المنظمة معدل تغطية بنسبة 90% أو أكثر. ومن بين هذه الدول الثلاثين، سجلت سبع دول المنظمة التغطية بالتحصين نسبة 99% (الشكل 10.3). من بين دول أخرى، كانت 12 دولة ضمن نطاق 80-89%، وظلت نسبة التغطية بين 70 إلى 79% في سبع دول أخرى في منظمة التعاون الإسلامي. وفي المقابل، كان حوالي ثلث الأطفال البالغين من العمر سنة واحدة غير محصنين ضد الدفتريا والكزاز والسعال الديكي في سبع دول أعضاء في منظمة التعاون الإسلامي. وكما هو مبين في الشكل 13.3، سُجلت من بين هذه الدول أدنى نسبة للتغطية في سوريا (41%)، تليها الصومال (42%) وغينيا (51%).

الشكل 10.3

أعلى وأدنى نسب تغطية التحصين باللقاح الثلاثي في بلدان منظمة التعاون الإسلامي، 2015



المصدر: منظمة الصحة العالمية، مستودع البيانات

4.3 الوقاية من الأمراض المعدية ومكافحتها

على الصعيد العالمي، تسببت ثلاثة أمراض معدية في أكثر من 36% من مجموع الوفيات لمن هم دون سن الخامسة: الالتهاب الرئوي والإسهال والملاريا. ويبلغ عبء الجمع بين هذه الأمراض الثلاثة 33% من مجموع وفيات الأطفال دون سن الخامسة في البلدان النامية غير التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي وأكثر من 40% في بلدان المنظمة (الشكل 11.3). يمكن الوقاية من أغلبية هذه الوفيات باستخدام التدابير السهلة والفعالة بالأسعار المعقولة من حيث التكلفة.

بقي الحد من وفيات الأطفال الناجمة عن التهابات الجهاز التنفسي الحاد هدفاً بعيد المنال ويرجع ذلك أساسا إلى مخططات التحصين غير المكتملة، وسوء التغذية، وطلب الرعاية والعلاج غير الكافي أو في وقت متأخر. تشير آخر التقديرات إلى أن 45% من الأطفال الذين يعانون من أعراض الالتهاب الرئوي في العالم قد نقلوا إلى مقدّم الخدمة الصحية لإجراء الفحص الطبي و36% فقط من تلقوا العلاج بالمضادات الحيوية في 2010-2015. تسود حالة مماثلة كل البلدان النامية في منظمة التعاون الإسلامي وحتى غير التابعة لها. مع ذلك، فإن العلاج بالمضادات الحيوية للالتهاب الرئوي مرتفع بشكل ملحوظ في بلدان المنظمة مع نسبة التغطية 52% (الشكل 11.3).

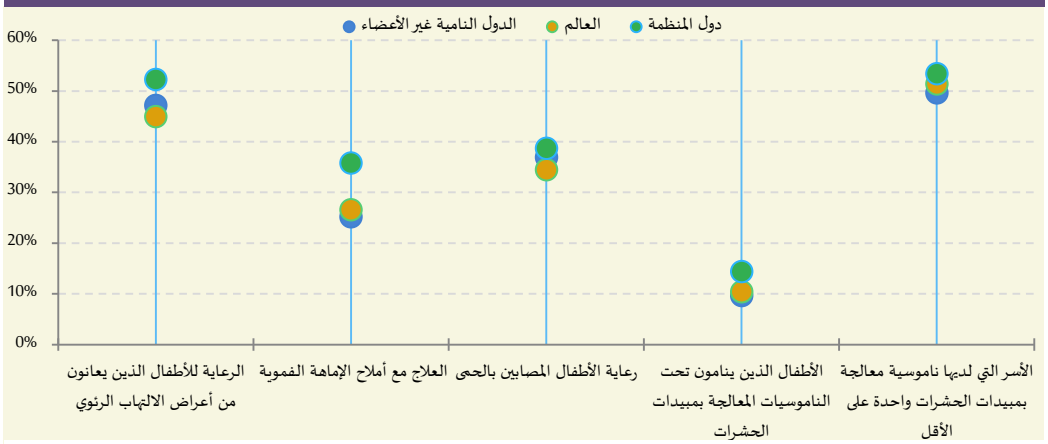
يعتبر الإسهال قاتل رئيسي آخر للأطفال، حيث يشكل 9% من مجموع الوفيات من الأطفال دون سن 5 في العالم. وعلى الرغم من أنه يمكن معالجة إسهال الأطفال بمحول بسيط مصنوع من أملاح الإماهة

© سيسرك 2017

الفموية، نجد أن أكثر من ثلث الأطفال (27%) الذين يعانون من الإسهال في جميع أنحاء العالم قد تم علاجهم بإستخدام أملاح الإماهة الفموية في 2010-2015. سجل معدل التغطية 36% في العالم و 25% في البلدان النامية الأخرى.

الشكل 11.3

تغطية تدابير للأمراض المعدية، 2010-2015*



المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على بيانات اليونيسيف.* آخر سنة متوفرة

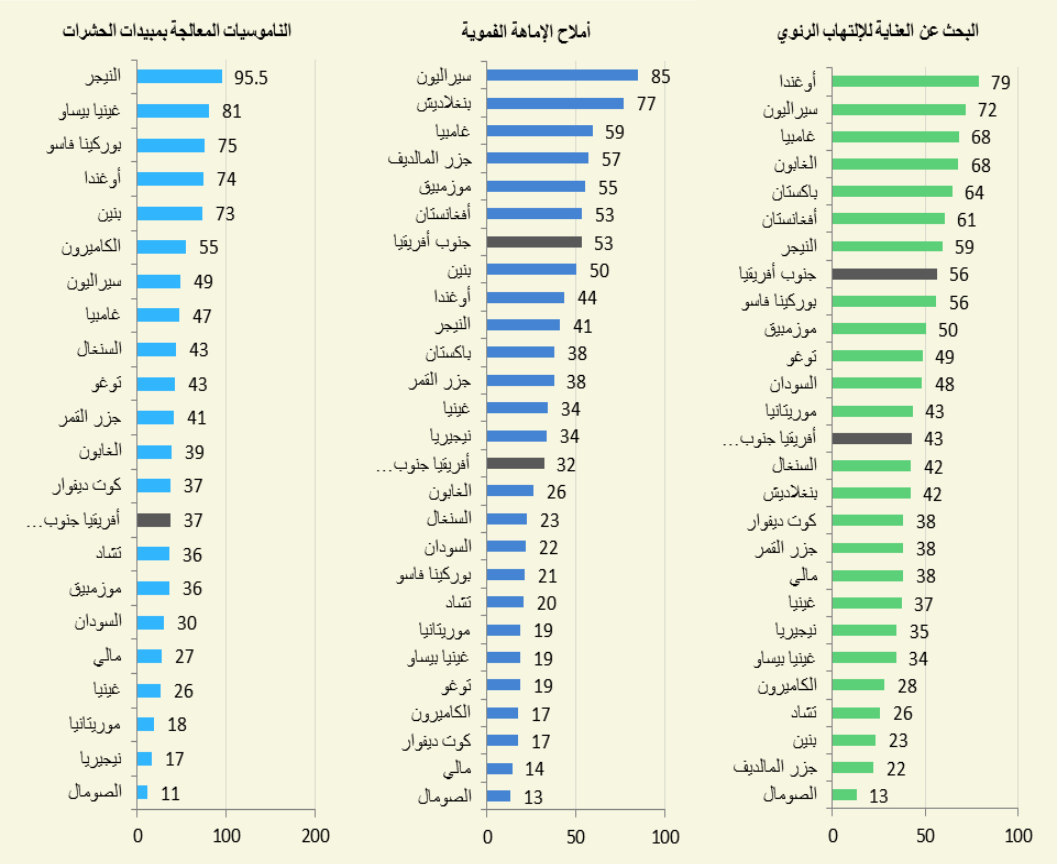
فعلى الصعيد العالمي، تنسب أكثر من 5% من مجموع وفيات الأطفال للإصابة بالملاريا. كما حدثت معظم هذه الوفيات في دول منظمة التعاون الإسلامي والتي تمثل 62% من العبء العالمي في 2010-2015. ويعتبر النوم تحت الناموسيات المعالجة بالمبيدات الحشرية هي الطريقة الأكثر فعالية لمنع الإصابة بالملاريا والحد من الوفيات ذات الصلة والناجمة عن الملاريا. مع ذلك، في جميع أنحاء العالم، نجد أن نسبة 10% فقط من الأطفال ينامون تحت الناموسيات في 2010-2015. على الرغم من أن نسبة التغطية قد بقيت أفضل نسبيا في دول منظمة التعاون الإسلامي، لا يزال 11% فقط من مجموع الأطفال ينامون تحت الناموسيات (الشكل 11.3). وفي المتوسط، لدى ما يقرب نصف مجموع الأسر على الأقل ناموسية واحدة في البلدان النامية غير التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي مقارنة بمتوسط منظمة التعاون الإسلامي الذي يقدر 53.4% فقط.

ظل معدل وفيات الأطفال الناجمة عن الالتهاب الرئوي والإسهال والملاريا مركزة للغاية في منطقتين في منظمة التعاون الإسلامي وهي: أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وجنوب آسيا. اعتباراً من عام 2015، شكلت منطقة أفريقيا جنوب الصحراء 99% من وفيات الأطفال دون سن الخامسة بسبب الملاريا في بلدان منظمة التعاون الإسلامي. على الرغم من هذه الحصيلة الثقيلة، تشير التقديرات الأخيرة إلى أن 37% فقط من

الأطفال في هذه المنطقة ينامون تحت الناموسيات وفقط نصف مجموع الأسر (51%) لديها ناموسية واحدة على الأقل. بالنسبة للعديد من الدول في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء، ظلت تغطية الناموسيات أقل بكثير من المتوسط الإقليمي (الشكل 12.3). وبصورة عامة، سجلت أدنى تغطية في الصزمال حيث فقط 11% من الأطفال ينامون تحت الناموسيات تليها نيجيريا (17%)، وموريتانيا (18%).

الشكل 12.3

تغطية تدابير للأمراض المعدية في بلدان مختارة من منظمة التعاون الإسلامي، 2010-2015*



المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على بيانات اليونيسيف.* آخر سنة متوفرة

في 2005-2015، تم الإبلاغ عن 90% من وفيات الأطفال المرتبطة بالإسهال في دول منظمة التعاون الإسلامي في منطقتي أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى (64%) وجنوب آسيا (26%). ومع ذلك، حتى في هذه المناطق ذات العبء الثقيل، ظل العلاج بإستخدام أملاح الإماهة الفموية منخفضاً حيث أن نصف مجموع الاطفال (53%) يعانون من الإسهال تم علاجهم بإستخدام أملاح الإماهة الفموية في جنوب آسيا و 31% فقط في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. عادة، ما تسجل بلدان منظمة التعاون الإسلامي ذات العبء الأعلى

© سيسرك 2017

للوفيات الناجمة عن والمتعلقة بالإسهال أدنى تغطية لعلاج أملاح الإماهة الفموية. كما هو مبين في الشكل 12.3، تم علاج أقل من 30% من الأطفال الذين يعانون من الإسهال بإستخدام أملاح الإماهة الفموية في 12 بلداً، جميعهم من منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. وسجلت الصومال أقل نسبة تغطية لأملاح الإماهة الفموية (13%) تليها مالي (14%) وكوت ديفوار (17%).

بالنسبة لحالة الالتهاب الرئوي، تم الإبلاغ عن 85% من وفيات الأطفال في المنظمة في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى (60%) و(25%) في جنوب آسيا. بمجرد ظهور أعراض الالتهاب الرئوي لدى الأطفال، فإن طلب الرعاية المبكر والعلاج الفوري يمكن أن ينقذ حياتهم. إلا أنه في 2010-2015، فقط 43% من الأطفال من لديهم أعراض الالتهاب الرئوي في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء و 56% في جنوب آسيا من تمت معاينتهم من قبل مقدمي الرعاية الصحية. وعلى مستوى كل بلد على حدة، كما هو مبين في الشكل 12.3، تم أخذ أكثر من ثلثي الأطفال المصابين بالالتهاب الرئوي لمقدم خدمة الصحية في أربعة بلدان لمنظمة التعاون الإسلامي وهي: أوغندا (79%)، وسيراليون (72%)، وغامبيا (68%)، والغابون (68%). وعلى الجانب الآخر من المقياس، طلب الرعاية لعلاج الالتهاب الرئوي بقي عند أدنى مستوى له في الصومال (13%)، تليها جزر المالديف (22%) وبنين (23%).

4 تغذية الطفل والأمن الغذائي

تعتبر التغذية السليمة للطفل هي إحدى أقوى الأدوات لتنشئة جيل صحي ومنتج. فهي تساعد على تحسين فرص الأطفال للبقاء على قيد الحياة خلال السنوات الأولى من الحياة كما تساهم في نموهم البدني والمعرفي أيضا. من المعلوم أن سوء التغذية تزيد من مخاطر الوفاة بين الأطفال بسبب الأمراض الشائعة مثل الإسهال والالتهاب الرئوي والملاريا كما قد يؤدي أيضا إلى توقف النمو، الذي لا رجعة فيه، والذي يرتبط بضعف وانخفاض القدرة المعرفية المدرسية وأداء العمل. وفقاً لليونيسيف (2013)، يتم تقييم الحالة التغذوية للأطفال من خلال قياس الوزن والطول. المؤشرات الأكثر شيوعاً للوضع التغذوي هي توقف النمو، ونقص الوزن والهزال، وزيادة الوزن. ويقدم هذا القسم تحليلا تفصيليا لأداء بلدان المنظمة بخصوص المؤشرات التغذوية الرئيسية.

1.4 حالات سوء التغذية

التقزم

وفقا لليونيسيف (2013)، يعتبر جميع الأطفال دون سن الخامسة وأقل من ناقصين (-2) حسب الانحراف المعياري لمتوسط معايير نمو الطفل لدى منظمة الصحة العالمية.يعانون من التقزم، تظهر أحدث تقديرات منظمة الصحة العالمية أن حوالي 170 مليون طفل في العالم، معظمهم من البلدان النامية، لديهم إعاقة في النمو في 2010-2015. عدد الأطفال دون سن الخامسة الذين يعانون من التقزم الحاد والمعتدل على حد سواء، يمثل 2.5% من مجموع سكان العالم. تتحمل دول منظمة التعاون الإسلامي 39% العبء العالمي للأطفال الذين يعانون من التقزم في 2010-2015. كما يبين الشكل 1.4 حوالي 30.8% من الأطفال دون سن الخامسة في دول منظمة التعاون الإسلامي توقف نموهم 2010-2015 مقابل 26% في البلدان النامية الأخرى وفي العالم. من بين المناطق في المنظمة والتي سجلت أعلى نسبة انتشار للتقزم في كانت في جنوب آسيا (42%)، تلتها شرق آسيا والمحيط الهادئ (35%) وأفريقيا جنوب الصحراء (34%). أما من حيث عدد الأطفال الذين يعانون من التقزم، شكلت هذه المناطق الثلاث 83% من مجموع الأطفال الذين يعانون من التقزم في بلدان المنظمة خلال 2010-2015. بقي توزيع الأطفال الذين يعانون من التقزم متفاوت للغاية في جميع أنحاء دول منظمة التعاون الإسلامي إذ يعيش أكثر من نصفهم داخل نطاق المنظمة وبالخصوص في أربع دول وهي: باكستان (17% من مجموع منظمة التعاون الإسلامي)، ونيجيريا 15.3%، وإندونيسيا (13.5%) وبنغلاديش (8.3%).

وعلى الصعيد القطري، توقف نمو أكثر من الثلث (33%) من مجموع الأطفال في 13 بلدا من بلدان منظمة التعاون الإسلامي (الشكل 2.4). ومن بين هذه البلدان، سجلت أعلى نسبة انتشار في اليمن (46.5%) وباكستان (45%) وموزمبيق (43.1%). أما من ناحية أخرى، كان 10% أو أقل من الأطفال دون سن الخامسة يعانون من التقزم في ثمانية بلدان في منظمة التعاون الإسلامي. ستة من بين هذه البلدان من منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. وحافظت الكويت على أعلى أداء بنسبة 5.8% من الأطفال الذين يعانون من توقف النمو، وتلتها إيران (6.8%) وفلسطين (7.4%).

نقص الوزن

يعتبر الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 0–59 شهرا والذين تقل أعمارهم عن ناقص إثنين من متوسط المعيار الوزن مقابل السن لنمو الطفل حسب منظمة الصحة العالمية من ذوي الوزن الناقص. في 2010-2015، نجد أن نسبة 15.5% أو 104 مليون طفل تحت سن الخامسة في العالم يعاني من نقص الوزن. من بين البلدان النامية، شكلت مجموعة البلدان النامية غير التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي أعلى نسبة للأطفال ناقصي الوزن (61%)، تليها دول المنظمة (38.5%). كما هو مبين في الشكل 1.4، جاءت نسبة الأطفال دون سن الخامسة الذين يعانون من نقص الوزن بمقدار 18.4% في بلدان المنظمة بنسبة قريبة من البلدان النامية الأخرى (16%). من بين مناطق المنظمة التي سجلت أعلى نسبة انتشار للتقزم كانت في جنوب آسيا (31%)، تلتها أفريقيا جنوب الصحراء (21%) وشرق آسيا والمحيط الهادئ (19%). من حيث الأرقام المطلقة للأطفال ناقصي الوزن، كانت مناطق أفريقيا جنوب الصحراء وجنوب آسيا موطناً لحوالي 80% من مجموع الأطفال ناقصي الوزن في بلدان المنظمة. حوالي ثلثي الأطفال (65%) ناقصي الوزن في بلدان منظمة التعاون الإسلامي كانوا يعيشون فقط في خمس دول وهي: باكستان (19.5% من مجموع المنظمة)، ونيجيريا (15.4%) ، وبنغلاديش (12.5%) وإندونيسيا (12.4%) والسودان (4.9%).

وعلى الصعيد القطري، بقيت نسبة انتشار نقصان الوزن أعلى من 25% في سبع من بلدان المنظمة (الشكل 2.4). سجلت النيجر أعلى معدل انتشار زيادة الوزن (37.9%)، تليها السودان (33%)، وبنغلادش (32.6%). وعلى الجانب الآخر من المقياس، شكل الأطفال الذين يعانون من نقص الوزن أقل من 5% من مجموع الأطفال دون سن الخامسة في 13 دولة من دول المنظمة. ويوجد ثمانية من هذه البلدان الثلاثة عشر من منطقة الشرق الاوسط وشمال أفريقيا وخمسة بلدان من منطقة أوروبا وآسيا الوسطى. سجلت فلسطين أعلى معدل انتشار نقصان الوزن (1.4%)، تليها تركيا (1.9) ، وتونس (2.3%).

الهزال

يعتبر الهزال مشكلة صحية كبيرة للأطفال. ويمثل شكلا حادا من أشكال نقص التغذية وهو ما يشكل خطر الإصابة بالأمراض لدى الأطفال أو قد يؤدي إلى موتهم. لأغراض إحصائية يعتبر الأطفال الذين تتراوح

© سيسرك 2017

أعمارهم بين 0–59 شهرا والذين هم أقل من ناقص إثنين من متوسط معيار الوزن مقابل الطول لنمو الطفل حسب منظمة الصحة العالمية ذو وزن ناقص.

فعلى الصعيد العالمي، نجد أن أكثر من 51 مليون طفل تحت سن 5 سنوات من العمر تم فقدهم بصورة معتدلة أو حادة في 2010-2015، وهو ما يمثل 7.6% من الأطفال في العالم. حالياً، حوالي 40% من الأطفال الذين تم فقدهم في العالم يعيشون في بلدان المنظمة في حين تصل هذه النسبة 60% بالنسبة للبلدان النامية الأخرى. لكن كما هو مبين في الشكل 1.4، وبقي انتشار الهزال مستقرا في بلدان المنظمة وغيرها من البلدان النامية على مستوى 9.3% و 7.7% على التوالي. من بين المناطق التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي، الهزال أكثر انتشاراً في شرق آسيا والمحيط الهادئ، حيث واحد من كل ثمانية أطفال (12.3%) يعاني من الهزال المتوسط أو الحاد (الشكل 1.4). توجد حالة مماثلة في منطقة جنوب آسيا. كما أن عبء الهزال أعلى في مناطق أفريقيا جنوب الصحراء وجنوب آسيا ، والتي يمثل 63% من مجموع الأطفال الذين يتم فقدهم في دول المنظمة (مع 37% يعيشون في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء و 26% في جنوب آسيا). والجدير بالذكر أن أكثر من نصف مجموع الأطفال في المنظمة الذين يتم فقدهم كانوا يعيشون في أربع بلدان فقط وهي: إندونيسيا (16.6% من مجموع المنظمة)، باكستان (12.8%) ، ونيجيريا (12.1%) وبنغلاديش (10.8%).

على الصعيد القطري، توقف نمو أكثر من 15% من مجموع الأطفال في خمس من بلدان المنظمة (الشكل 2.4). ومن بين هذه البلدان، سجلت أعلى نسبة انتشار في جيبوتي (21.5%) والنيجر (18.7%) والسودان (16.3%). أما من ناحية أخرى، كان 5% أو أقل من الأطفال يعانون من التقزم في ستة عشر من منظمة التعاون الإسلامي. نصف هذه البلدان من منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. ومع انتشار التقزم بنسبة 1.2%، ظلت فلسطين هي الأفضل أداء تليها تركيا (1.9%)، والمغرب (2.3%).

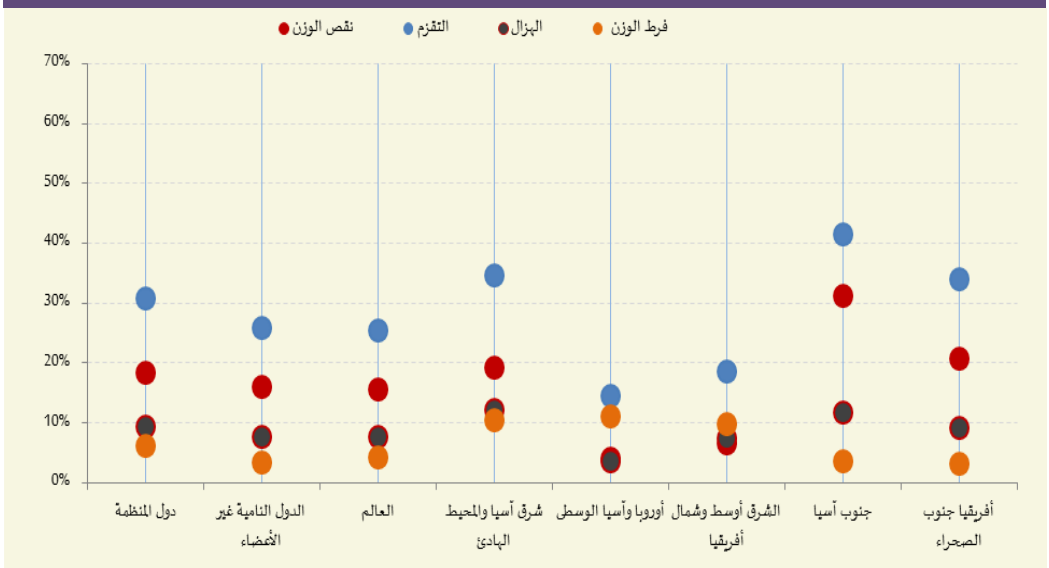
زيادة الوزن

فرط الوزن والسمنة في مرحلة الطفولة في إرتفاع في جميع أنحاء العالم وخاصة في العالم النامي. هناك عواقب صحية خطيرة لفرط الوزن والسمنة في مرحلة الطفولة بما في ذلك أمراض القلب والأوعية الدموية، السكري، والعديد من أنواع السرطان. كتعريف، يعتبر الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 0-59 شهرا والذين تزيد أعمارهم عن ناقص إثنين من متوسط المعيار الوزن مقابل الطول لنمو الطفل حسب منظمة الصحة العالمية لديهم زيادة في الوزن. فعلى الصعيد العالمي، في 2010-2015 يقدر عدد الأطفال الذين يعانون من زيادة الوزن دون سن الخامسة تصل إلى ما يزيد على 30 مليون نسمة. على الرغم من أن زيادة الوزن ارتبطت مرة واحدة بصورة أساسية مع البلدان ذات الدخل المرتفع، كان 72% من مجموع

الأطفال يعانون من زيادة الوزن في العالم يعيشون في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. في سنة 2010 ظل انتشار زيادة الوزن بين الأطفال في دول منظمة التعاون الإسلامي (6.3%) أعلى من البلدان النامية الأخرى (3.5%). بقي انتشار زيادة الوزن أعلى في منطقة أوروبا وآسيا الوسطى وشرق آسيا والمحيط الهادئ والشرق الأوسط وشمال أفريقيا (الشكل 1.4). شكلت هذه المناطق الثلاث 68% من عبء المنظمة المتعلق بالأطفال الذين يعانون من زيادة الوزن (مع 35% يعيشون في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، و 21% في أوروبا وآسيا الوسطى و 13% في شرق آسيا والمحيط الهادئ). على المستوى القطري، فإن أعلى نسبة من مجموع الأطفال الذين يعانون من زيادة الوزن في المنظمة (21%) يعيش في اندونيسيا تليها مصر (14%)، وباكستان (8.7%).

وعلى الصعيد القطري، بقيت نسبة زيادة الوزن أعلى من 15% في 13 بلدا من بلدان المنظمة (الشكل 2.4). سجلت ألبانيا أعلى معدل انتشار زيادة الوزن (23.4%)، تليها ليبيا (22.4%)، وسوريا (17.9%). وعلى الجانب الآخر من المقياس، شكل الأطفال الذين يعانون من نقصان الوزن أقل من 3% من مجموع الأطفال دون سن الخامسة في 11 دولة من دول منظمة التعاون الإسلامي. ومن بين هذه البلدان، سجلت موريتانيا أدنى معدل انتشار لنقص الوزن (1.2%) تليها السنغال (1.3%) ثم بنغلاديش (1.4%).

الشكل 1.4
معدل سوء التغذية، 2010-2015*

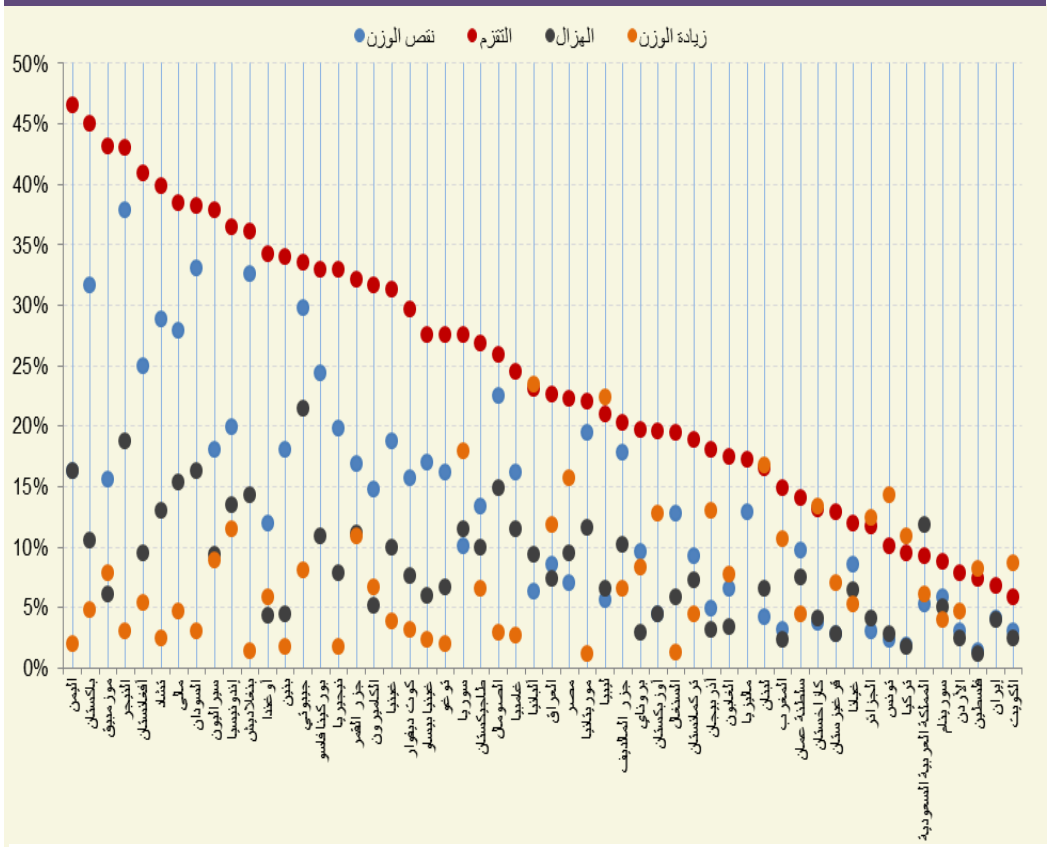


المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على بيانات اليونيسيف.* آخر سنة متوفرة

© سيسرك 2017

الشكل 2.4

معدل سوء التغذية في دول منظمة التعاون الإسلامي 2010-2015*



المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على بيانات اليونيسيف. *آخر سنة متوفرة.

2.4 ممارسات تغذية الطفل

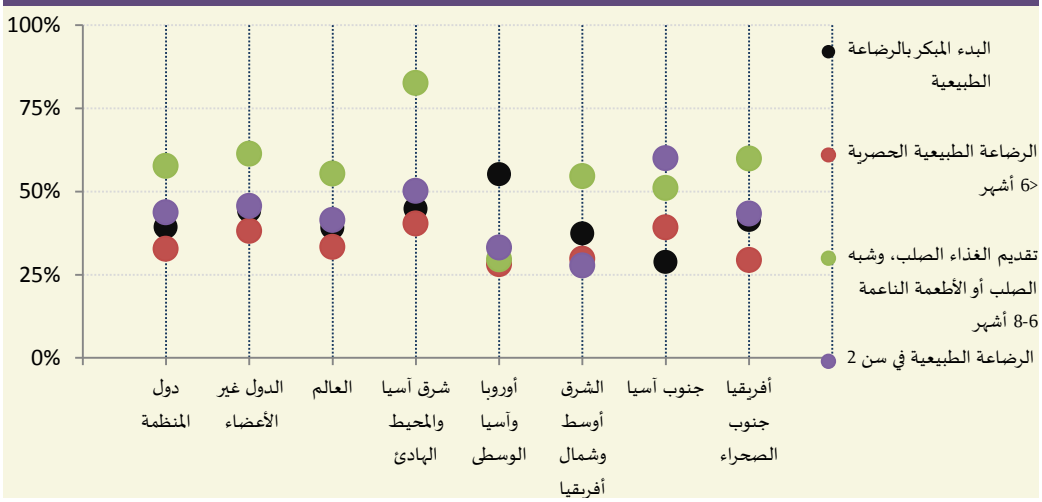
تعتبر التغذية السليمة خاصة خلال العامين الأولين من الحياة أمرا بالغ الأهمية من أجل بقاء الطفل ونموه وتنميته. وفيما يتعلق بأفضل العادات الغذائية للطفل، نجد أن وكالات الصحة الدولية مثل اليونيسيف ومنظمة الصحة توصي بأن الرضع ينبغي أن يتلقوا الرضاعة الطبيعية خلال ساعة واحدة من الولادة، وأن تستمر الرضاعة الطبيعية وحدها خلال الأشهر الستة الأولى من عمر الطفل حتى تصل إلى سنتين من العمر وأكثر من ذلك. ابتداء من 6 أشهر، ينبغي الجمع بين الرضاعة الطبيعية مع التغذية الآمنة، التي تتناسب مع أعمارهم من خلال الأطعمة الصلبة واللينة. وفقاً للنتائج الأخيرة لليونيسيف (2013) تنفيذ هذه التدخلات يمكن أن يقلل من الوفيات العالمية للأطفال دون سن 5 سنوات من العمر بنسبة 20%.

كما أن أحدث تقديرات ممارسات التغذية بين الأطفال الرضع والأطفال الصغار تكشف أنه على الرغم من الأهمية البالغة لتغذية الأطفال فإن عددا كبيرا منهم لا يتم إرضاعهم طبيعياً. أما على الصعيد العالمي، فقط 39.1% من الرضع يتم إرضاعهم رضاعة الطبيعية في غضون ساعة واحدة من الولادة و 33.3% تلقوا رضاعة طبيعية حصريا في فترة 0-5 أشهر (الشكل 4.3). تمشّياً مع الاتجاهات العالمية، ظلت تغطية ممارسات تغذية الرضع والأطفال أكثر أو أقل متماثلة في كل من البلدان النامية في منظمة التعاون الإسلامي وغير التابعة لها. ففي بلدان المنظمة، فقط 39.3% من الرضع تلقوا رضاعة طبيعية خلال الساعة الأولى من الولادة، ونسبة 32.7% تلقوا الرضاعة الطبيعية وحدها خلال الأشهر الستة الأولى من الحياة. وظلت تغطية الرضاعة الطبيعية حتى سن الثانية من العمر أفضل نسبياً في بلدان منظمة التعاون الإسلامي بمعدل 43.6% من مجموع الأطفال الذين خضعوا للرضاعة حتى سن الثانية من العمر. وفيما يخص التغذية الملائمة للأطفال مع الأغذية التكميلية المناسبة والآمنة تكشف التقديرات ذات الصلة أن 57.6% من الأطفال الرضع في دول المنظمة تم إطعامهم الأطعمة الصلبة أو شبه الصلبة أو اللينة في سن 6-8 أشهر. بينما ظلت تغطية الأغذية التكميلية للرضع تقريبا على نفس المستوى في كل من العالم والبلدان النامية غير التابعة للمنظمة. وبشكل عام، متوسط دول المنظمة فيما يخص الشروع المبكر للكشف عن سرطان الثدي والرضاعة الطبيعية الحصرية لمدة ستة أشهر ظلت أقل بشكل واضح من متوسطات الدول النامية غير التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي (الشكل 3.4).

تغطية ممارسات الرضاعة الطبيعية الموصى بها تختلف إلى حد كبير بين المناطق في منظمة التعاون الإسلامي (الشكل 3.4). حصّة الرضع الذين يحصلون على رضاعة طبيعية خلال ساعة واحدة من الولادة يتراوح من 28.8% في جنوب آسيا إلى 55.2% في منطقة أوروبا وآسيا الوسطى. من ناحية أخرى، من حيث استمرار الرضاعة الطبيعية في عمر 2 سنة من العمر، تتراوح التغطية من 27.7% في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا إلى 60% في جنوب آسيا. وبصفة عامة، تكشف البيانات المستمدة من ثلاثة مؤشرات تتعلق بالرضاعة الطبيعية أن عددا كبيرا من الأطفال ما زالوا عرضة لسوء التغذية في جميع مناطق منظمة التعاون الإسلامي. فيما يتعلق بإدخال الأغذية التكميلية، سجلت منطقة شرق آسيا والمحيط الهادئ أعلى نسبة للتغطية بنسبة 82.5% في حين تم إطعام حوالي ثلثي الأطفال الأطعمة الصلبة وشبه الصلبة أو اللينة في 6-8 أشهر في مناطق الشرق الأوسط وشمال أفريقيا وجنوب آسيا وأفريقيا جنوب الصحراء (الشكل 3.4).

© سيسرك 2017

الشكل 3.4
تغطية ممارسات تغذية الأطفال، 2010-2015*



المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على بيانات اليونيسيف. *آخر سنة متوفرة

3.4 نقص المغذيات الدقيقة

يعد نقص المغذيات الدقيقة مثل نقص فيتامين (أ) والحديد واليود والزنك وحمض الفوليك ظاهرة شائعة جداً بين النساء والأطفال في البلدان النامية ذات الدخل المنخفض، بما في ذلك بعض بلدان منظمة التعاون الإسلامي. في الوقت الذي يعتبر فيه بذل الجهود لتحسين الوضع التغذوي للأطفال من خلال الرضاعة الطبيعية والتغذية التكميلية أمرا حاسما، فإن التدخلات مثل المكملات تعتبر كنهج سريع لتحسين تناول المغذيات الدقيقة الحيوية بين النساء والأطفال. يعطي هذا القسم الفرعي لمحة موجزة عن الجهود التي تبذلها دول منظمة التعاون الإسلامي لتحسين نقص المغذيات الدقيقة بين الأطفال.

المكمل الغذائي فيتامين (أ)

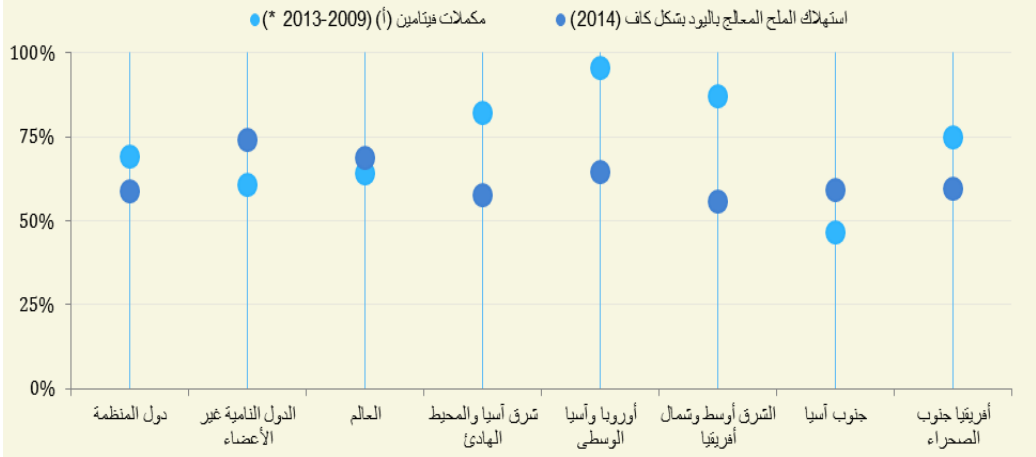
وفقا لمنظمة الصحة العالمية (2015)، نقص فيتامين (أ) هو مشكلة صحية عامة وخاصة في أفريقيا وجنوب شرق آسيا. فهو لا يمثل فقط السبب الرئيسي للعمى الذي يمكن الوقاية منه في الأطفال ولكنه يزيد أيضاً من خطر المرض والموت من الإتهابات الشديدة. على الصعيد العالمي، حوالي ثلثي الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6-59 شهراً تلقى جرعتين من فيتامين (أ) في 2009-2013 (الشكل 4.4). ظلت تغطية فيتامين (أ) أعلى في دول منظمة التعاون الإسلامي حيث 69% من الأطفال يتلقون جرعتين منه في البلدان النامية. سجلت الدول غير التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي تغطية منخفضة نسبيا بلغت 61%. التغطية التكميلية

لفيتامين (أ) تختلف بشكل كبير بين المناطق في منظمة التعاون الإسلامي. في 2009-2013، سجلت أوروبا وآسيا الوسطى أعلى معدل تغطية 96 في المائة تليها منطقة الشرق الأوسط بنسبة (87%) ومنطقة شرق آسيا والمحيط الهادئ بنسبة (82%). في المقابل، لا يزال الأطفال الأكثر عرضة لنقص فيتامين ألف، وبالتالي العمى في مناطق شرق آسيا ، مع أكثر من نصف الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6-59 شهرا لم يتلقون جرعتين من فيتامين (أ) (الشكل 4.4).

استهلاك الملح المعالج باليود

إن استهلاك الملح المعالج باليود بشكل كاف هو تدخل رئيسي آخر لمنع وتحسين نقص اليود وعواقبه. وفقا لمنظمة الصحة العالمية (2015c)، فإن نقص اليود هو السبب الأكثر شيوعا للإعاقة الذهنية في مرحلة الطفولة. نتيجة لذلك، فإنه لا يؤثر فقط على أداء الطفل في المدرسة ولكن يؤثر على إنتاجيتهم والقدرة على الحصول على وظيفة في مرحلة البلوغ أيضاً. أما على الصعيد العالمي، ما يقرب من 50 مليون شخص يعانون من درجة معينة من تلف في الدماغ ناجم عن نقص اليود. وفقاً لأحدث التقديرات، على الصعيد العالمي، 69% من الأسر تحصل على نسبة كافية من الملح المعالج باليود (15 جزء في المليون أو أكثر)، ولكن التغطية تختلف بشكل ملحوظ بين البلدان النامية (الشكل 4.4). البلدان النامية غير الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي سجلت أعلى معدل للتغطية، مع 74% من الأسر التي تستهلك الملح المعالج باليود على نحو كاف. في المقابل، 59% فقط من الأسر تستهلك الملح المعالج باليود على نحو كاف في بلدان منظمة التعاون الإسلامي. الاستهلاك الكافي للملح المعالج باليود ظل على نفس المستوى تقريبا في جميع المناطق في منظمة التعاون الإسلامي باستثناء أوروبا وآسيا الوسطى، حيث بلغت نسبة الأسر المستهلكة للملح المعالج باليود 65% في 2009-2013.

الشكل 4.4
تغطية المكملات الغذائية الدقيقة

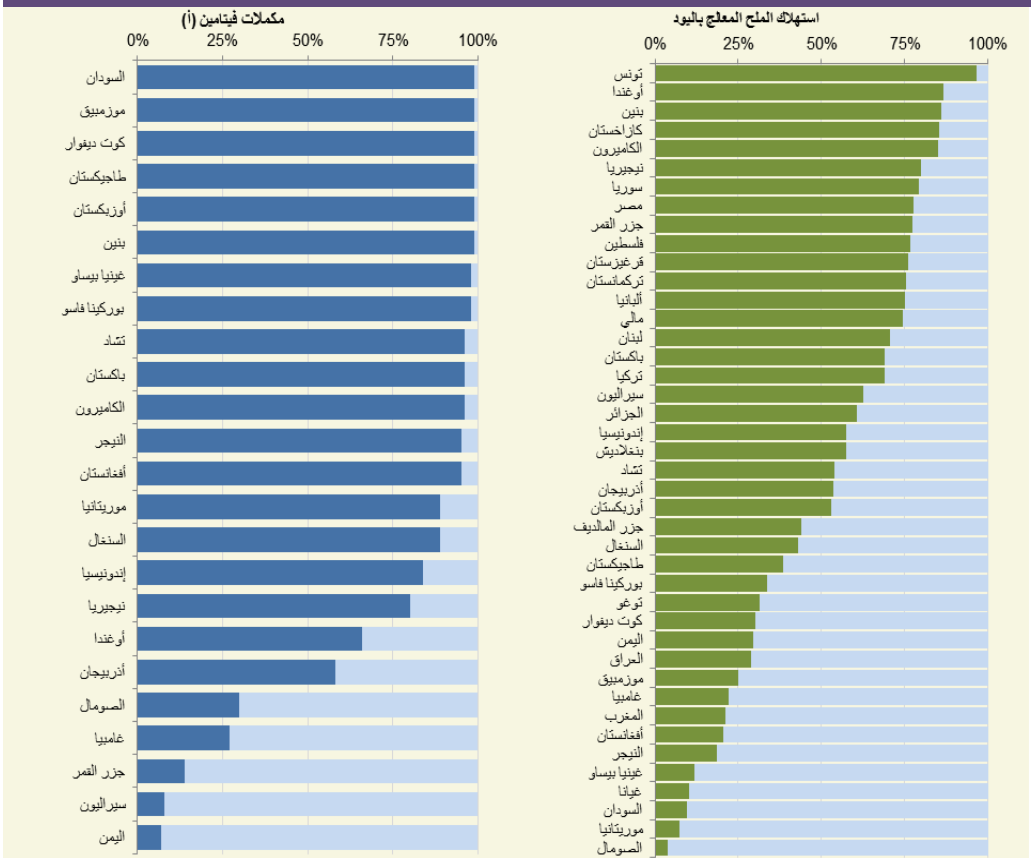


المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على بيانات اليونيسيف.* آخر سنة متوفرة

© سيسرك 2017

على مستوى كل بلد على حدة، 20 من أصل 27 دولة في منظمة التعاون الإسلامي، والتي تتوفر حولها البيانات، قد وصلت إلى الهدف العالمي 80% من التغطية المتعلقة بجرعة فيتامين (أ). 20 من بين هذه الدول ، ظلت التغطية فيها أكثر من 90% في 17 بلدا في منظمة التعاون الإسلامي، 12 منها من منطقة أفريقيا جنوب الصحراء (الشكل 5.4). لإستهلاك الملح المعالج باليود على نحو كاف، فإن من بين بلدان منظمة التعاون الإسلامي 43 التي توفرت حولها البيانات، تمكنت تونس فقط من الوصول إلى الهدف العالمي البالغ 90% من التغطية. من بين دول أخرى، فإن نسبة استهلاك الملح المعالج باليود تراوحت بين 50 و88% في 23 دولة في منظمة التعاون الإسلامي. 14 من هذه الدول ظلت التغطية فيها أكثر من 70%.

الشكل 5.4
أعلى وأدنى نسب تغطية المكملات الغذائية الدقيقة في بلدان المنظمة



المصدر: بيانات اليونيسيف

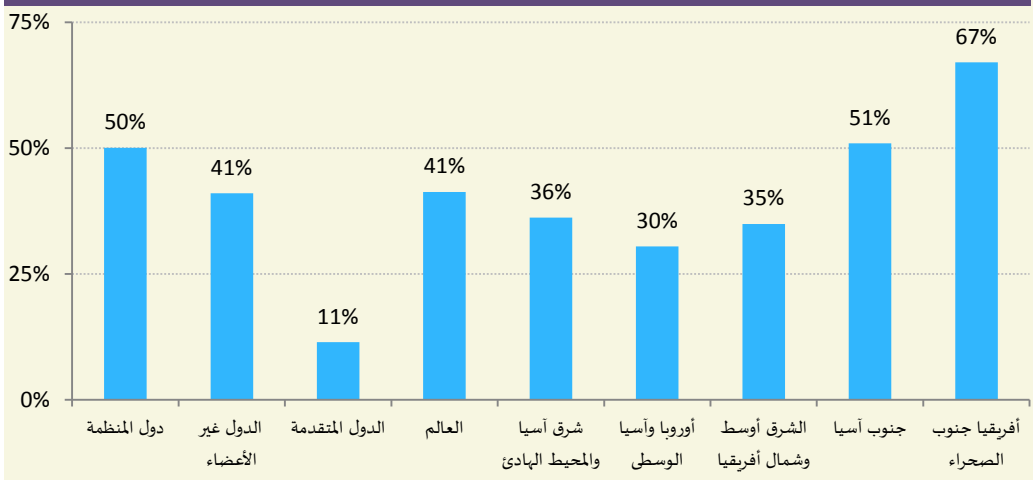
على الجانب السفلي، أقل من 30% من الأسر تستهلك الملح المعالج باليود على نحو كاف في 11 دولة في منظمة التعاون الإسلامي. من بين هذه البلدان، ظلت التغطية أقل من 15% في الصومال، وموريتانيا، والسودان، وغيانا، وغينيا بيساو.

أنيميا نقص الحديد

نقص الحديد هو أحد الاضطرابات الغذائية الأكثر شيوعا وإنتشاراً في العالم. وبالرغم من ذلك، في الغالب ينتشر بين الأطفال والنساء في البلدان النامية ذات الدخل المنخفض، على الرغم من أنه هو نقص المغذيات الوحيد الذي ينتشر أيضاً في كثير في البلدان المتقدمة. يشار إلى نقص الحديد باعتباره السبب الأكثر شيوعا لفقر الدم عند الأطفال. هناك أدلة دامغة على أن فقر الدم بسبب نقص الحديد خلال السنتين الأوليين من الحياة يؤدي إلى ضعف في النمو المعرفي والسلوكي للأطفال التي قد يستمر حتى بعد علاج نقص الحديد.

وفقاً لأحدث التقديرات، أكثر من 41% من الأطفال دون سن 5 يعانون من فقر الدم في عام 2016. وفي الوقت الذي بلغ فيه معدل انتشار فقر الدم في البلدان المتقدمة نسبة 11% فقط، كانت الأعداد مهولة في البلدان النامية غير الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي وفي بلدان المنظمة بمعدلي 41% و 50 %، على التوالي، من الأطفال الذين يعانون من فقر الدم (الشكل 6.4). ظل فقر الدم لدى الأطفال، في منطقة منظمة التعاون الإسلامي، تحدياً صحياً كبيراً في جنوب آسيا وأفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. شكلت هاتين المنطقتين أكثر من 70% من مجموع الأطفال المصابين بفقر الدم في بلدان المنظمة. كما هو مبين في الشكل 6.4، حوالي 67% من الأطفال يعانون من فقر الدم في أفريقيا جنوب الصحراء و 51% في جنوب آسيا. في المقابل، كان أقل من 40% من الأطفال المصابين بفقر الدم في المناطق الأخرى.

الشكل 6.4
انتشار فقر الدم بسبب نقص الحديد (%)، 2016



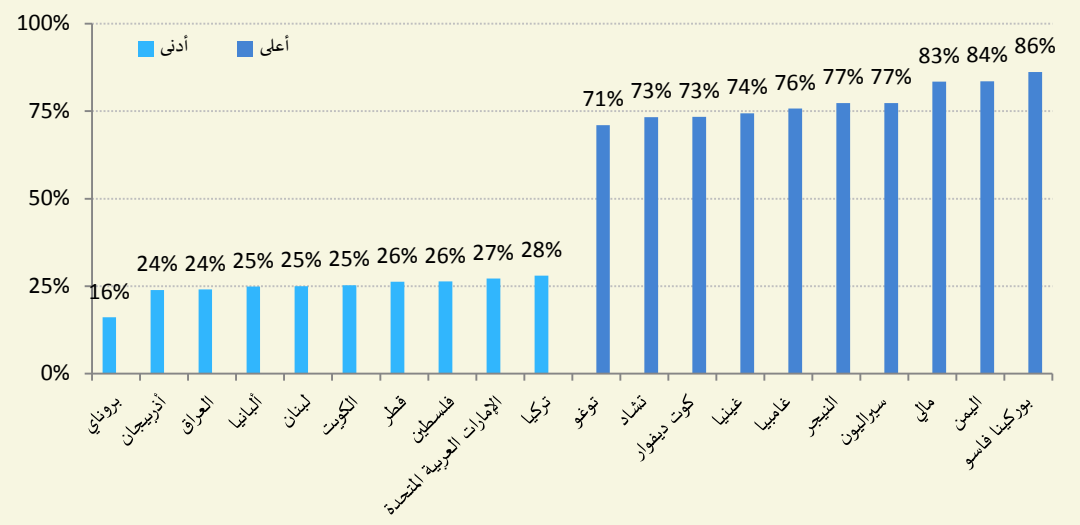
المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على قاعدة بيانات مؤشرات التنمية العالمية للبنك الدولي

بالبحث في كل بلد على حدة، كما هو مبين في الشكل 7.4، سجلت بروناي أدنى معدل إنتشار لفقر الدم بين الأطفال (16%)، تلتها أذربيجان (24%) ثم العراق (24%). على الجانب الآخر من المقياس، بقي الانتشار

© سيسرك 2017

مرتفعا في بوركينا فاسو (86%)، تليها اليمن (84%) ومالي (83%). بشكل عام، كان أكثر من نصف الأطفال المصابين بفقر الدم في 22 بلداً في منظمة التعاون الإسلامي، 20 منهم من منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى.

الشكل 7.4
دول المنظمة ذات أعلى وأدنى معدلات انتشار فرط الوزن (%)، 2016



المصدر: قاعدة بيانات مؤشرات التنمية العالمية للبنك الدولي

5 التعليم الأساسي والتمدرس

تعد القدرة على إنتاج المعرفة واستخدامها عاملا رئيسيا في التنمية المستدامة ثم تحقيق ميزة نسبية. "التعليم شرط أساسي من شروط التنمية الاقتصادية ومكافحة الفقر، والقرآن يصرح، و بقدر عال من الأولوية، بأهمية تعليم الفتيات والفتيان" (اليونيسف، 2005). ويلاحظ أن 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. والعمال المتعلمون أو المهرة قادرون على أداء المهام المعقدة وبالتالي المساهمة في إنتاج منتجات أكثر تطوراً من الناحية التكنولوجية. فهم قادرون على زيادة القدرة الاستيعابية للبلد من خلال اكتساب المعارف والتكنولوجيا الأجنبية وتنفيذها، وهو أمر ذو أهمية حاسمة في تنويع الاقتصاد وتنميته بنجاح.

يعتبر الحصول على التعليم الأساسي حقا أساسيا من حقوق الأطفال، هذا لأن تلقيهم للتعليم يساعدهم على التعلم وتنمية شخصيتهم وهويتهم ويرسم معالم مكانتهم الاجتماعية والاقتصادية والثقافية في المستقبل. فمع مرور السنوات، أحرزت مكاسب مهمة نحو تحقيق هدف حصول الجميع على التعليم، ومع ذلك ما يزال الملايين من الأطفال في سن المدرسة الابتدائية والثانوية محرومين من التمدرس في حين لم يتمكن الملايين من الأطفال الآخرين من إكمال دراستهم الابتدائية والثانوية. ويسلط هذا القسم الضوء على تعليم الأطفال وتمدرسهم في بلدان المنظمة بشكل مفصل وذلك 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 المنظمة من منظور مقارن.

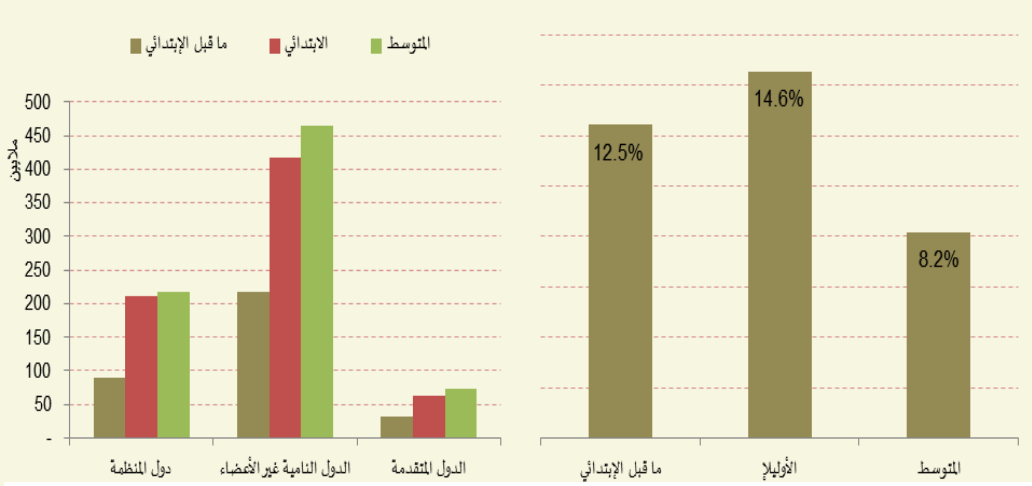
1.5 الالتحاق بالمدارس والمواظبة على الحضور

السكان في سن التمدرس

إن عدد السكان في البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي في زيادة متواصلة. وبلغ عدد السكان في سن التمدرس الذين يتابعون دراستهم في المرحلتين الابتدائية والثانوية 211 و 210 مليون على التوالي في مجموعة دول المنظمة (الشكل 1.5). كما أن عدد سكان مجموعة المنظمة في سن التمدرس في تزايد مستمر وبوتيرة سريعة مع مرور الوقت وذلك بفضل ارتفاع معدل الخصوبة المسجل في بلدان المنظمة (الشكل 2.5). وهذا الأمر 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. وفي مجموعة المنظمة كذلك، سجلت أعلى نسبة (14.6%) كزيادة في عدد السكان في سن التمدرس على مستوى التعليم الابتدائي وذلك نتيجة ارتفاع معدل الخصوبة بين عامي 2005 و 2015 (الشكل 2.5). وفي نفس المجموعة، زاد عدد السكان في سن التعليم ما قبل الإبتدائي أيضا بنسبة 12.5% خلال نفس الفترة.

الشكل 1.5 و 2.5 (يمين)
السكان في سن التمدرس، 2015، التغير في النسبة المئوية في السكان في سن التمدرس بين 2005 و 2015



المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على قاعدة بيانات معهد اليونسكو للإحصاء.

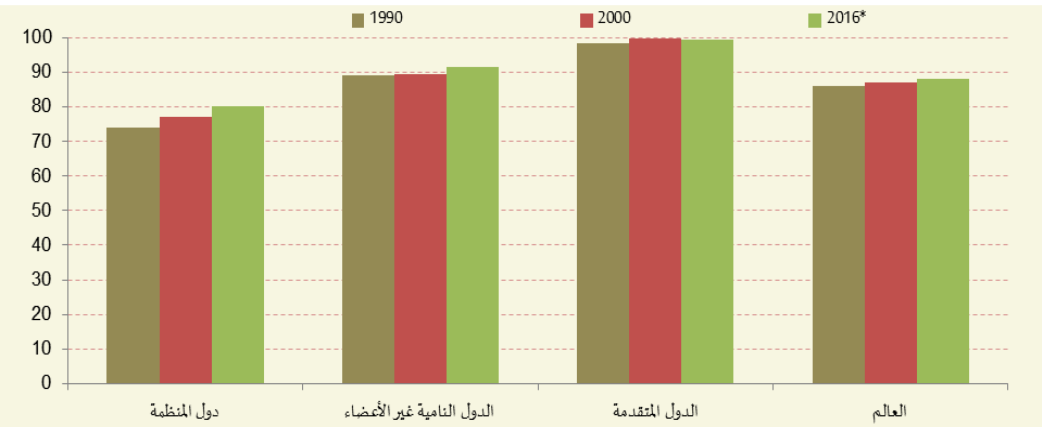
وعلى الرغم من التقدم الكبير الحاصل على مستوى التعليم، إلا أنه ما زالت هناك بلدان في المنظمة حيث لا يلتحق الأطفال بالمدرسة. بالرغم من كل التطورات الإيجابية في التعليم المدرسي في مجموعة المنظمة، تشير الأرقام إلى أن الأمية ما زالت قائمة كأحد أبرز التحديات في صفوف الأطفال والسكان الشباب.

مع ذلك، فإن الاتجاه الإيجابي المسجل على مدى العقدين الأخيرين في مجموعة المنظمة يبدو واعدا بشكل كبير. فمقارنة مع عام 1990، سجل معدل الإلمام بالقراءة والكتابة في صفوف الشباب في مجموعة المنظمة عام 2016 رقما أعلى بحوالي 1.6 نقطة مئوية. وخلال نفس الفترة، ارتفع متوسط البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة بنسبة 2.5 نقطة مئوية فقط. أما المتوسط العالمي فقد بلغ 88.2% في عام 2016 وهي نسبة تفوق متوسط المنظمة البالغ 82% في العام نفسه (الشكل 3.5). وعلى مستوى كل بلد على حدة، سجلت بعض بلدان المنظمة معدلات أكثر من نسبة 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 4.5).

© سيسرك 2017

الشكل 3.5

معدلات إلمام الشباب بالقراءة والكتابة (%)



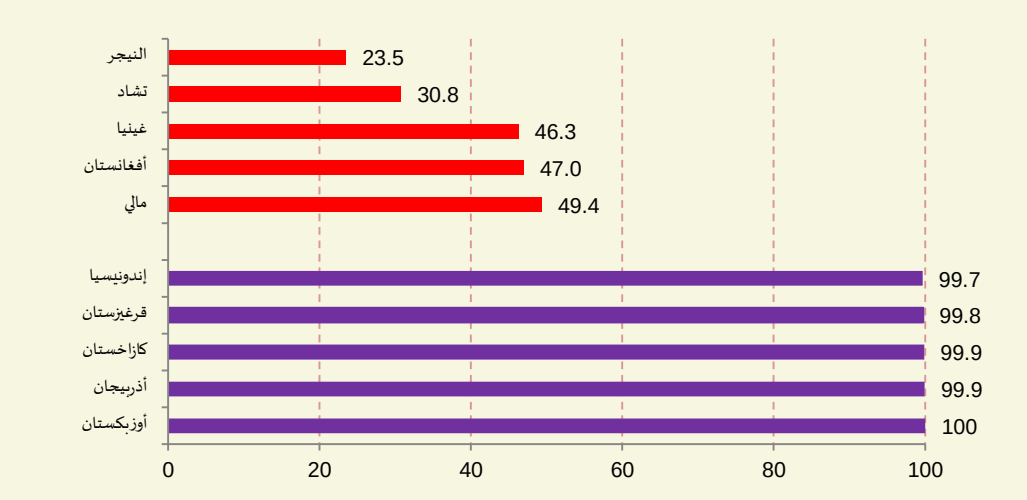
المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على قاعدة بيانات معهد اليونسكو للإحصاء.

معدل الالتحاق بالمدرسة

يمكن للمشاركة في برامج التعليم الأولي تحسين أداء الأطفال في المدارس الابتدائية لاحقا، بالإضافة إلى لعب دور رعاية الأطفال بالنسبة للآباء والأمهات العاملين. وعلى مدى العقد الماضي، ارتفع عدد الأطفال الملتحقين بمدارس التعليم قبل الابتدائي في جميع أنحاء العالم بشكل كبير.

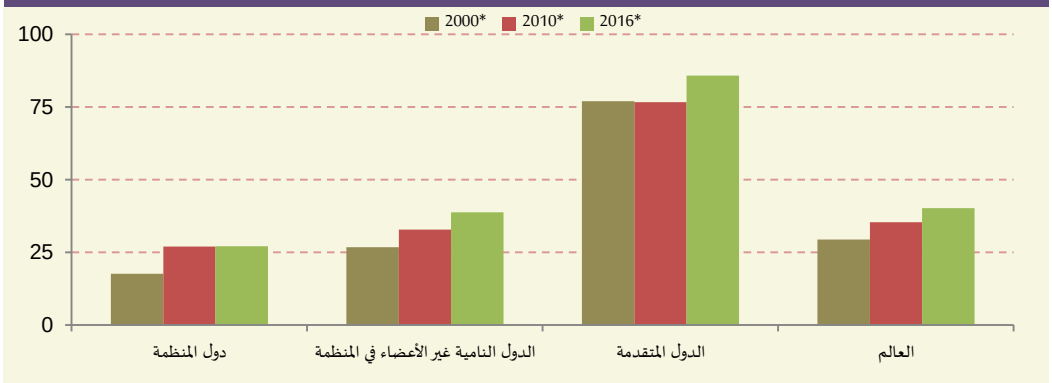
الشكل 4.5

أدنى وأعلى دول المنظمة أداء في معدلات الإلمام بالقراءة والكتابة في صفوف الشباب



المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على قاعدة بيانات معهد اليونسكو للإحصاء.

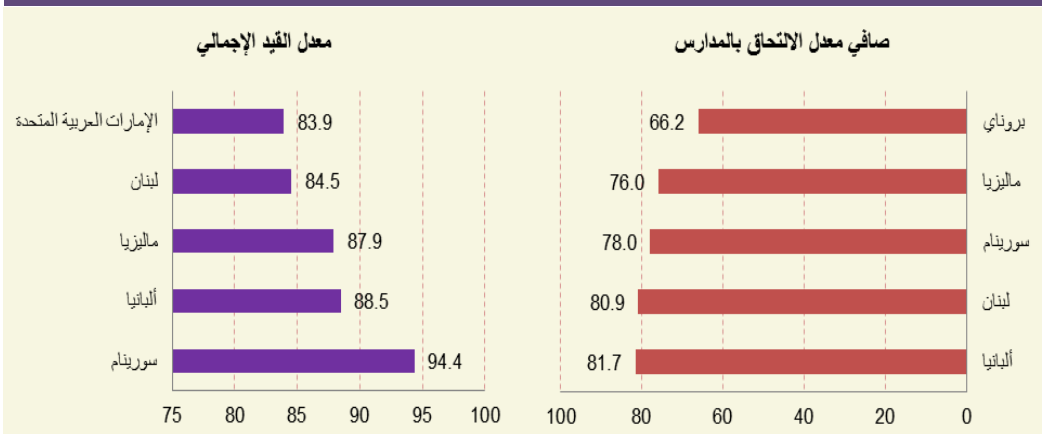
الشكل 5.5
معدلات الالتحاق بالمدارس قبل الابتدائية



المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على قاعدة بيانات معهد اليونسكو للإحصاء. **ملاحظة:** متوسطات المجموعات القطرية مرجحة حسب عدد السكان الذين هم في سن رسمية بالنسبة لمستوى التعليم ما قبل الابتدائي. * أو أحدث البيانات المتاحة في السنوات الخمس الماضية

وبالنسبة للبلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي، عرفت وتيرة ازدهار معدلات الالتحاق بالتعليم الأولي تباطؤا نسبيا بالمقارنة مع الوتيرة العالمية، هذا على الرغم من أن عدد المسجلين في التعليم الأولي قد سجل ارتفعا. ويبقى المتوسط المسجل في بلدان المنظمة أقل بكثير من المتوسط العالمي ومتوسط البلدان المتقدمة اعتبارا من عام 2016 من حيث معدل القيد الإجمالي (GER) على مستوى التعليم الأولي. وفي مجموعة المنظمة، بلغ معدل القيد الإجمالي في متوسطه نسبة 27% (الشكل 5.5). وسجلت سورينام أعلى نسبة مئوية من حيث هذا المعدل (94.4%) في عام 2016. كانت ألبانيا الدولة ذات أعلى أداء من حيث صافي معدل الالتحاق (NER) في عام 2016 بحيث بلغ 81.7% (الشكل 6.5).

الشكل 6.5
أعلى دول المنظمة من حيث معدل القيد بالتعليم ما قبل الابتدائي، 2016*



المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على مؤشرات التنمية العالمية وقاعدة بيانات معهد اليونسكو للإحصاء * أو أحدث البيانات المتاحة في السنوات الخمس الماضية

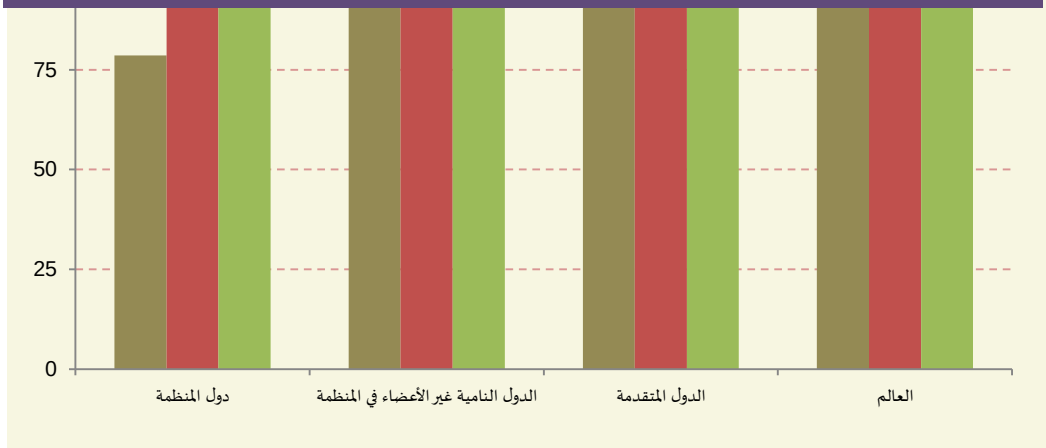
© سيسرك 2017

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. وفي هذا الصدد، يعكس الشكل 7.5 توجهات معدل القيد الإجمالي بالمدارس الابتدائية في بلدان المنظمة بالمقارنة مع مجموعات البلدان الأخرى والعالم. فقد ارتفعت الأرقام الخاصة بمعدل القيد الإجمالي بشكل مطرد في دول المنظمة وبلغت 94.1% في عام 2016. ومع ذلك، يبقى هذا المعدل أقل بكثير بالمقارنة مع متوسطات مجموعات البلدان الأخرى. وعلى مستوى البلد الواحد، سجلت توغو أعلى معدل للقيد الإجمالي (128.7%) في عام 2016، كما بلغت تونس أعلى الأرقام (99.6%) من حيث صافي معدل الالتحاق بالمدارس الابتدائية خلال نفس السنة (الشكل 8.5).

ويشير التعليم الثانوي رسميا للبرامج في المستويين 2 و 3 للتصنيف الدولي الموحد للتعليم (ISCED). وتصمم برامج 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 موضوع التدريس، 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 7.5

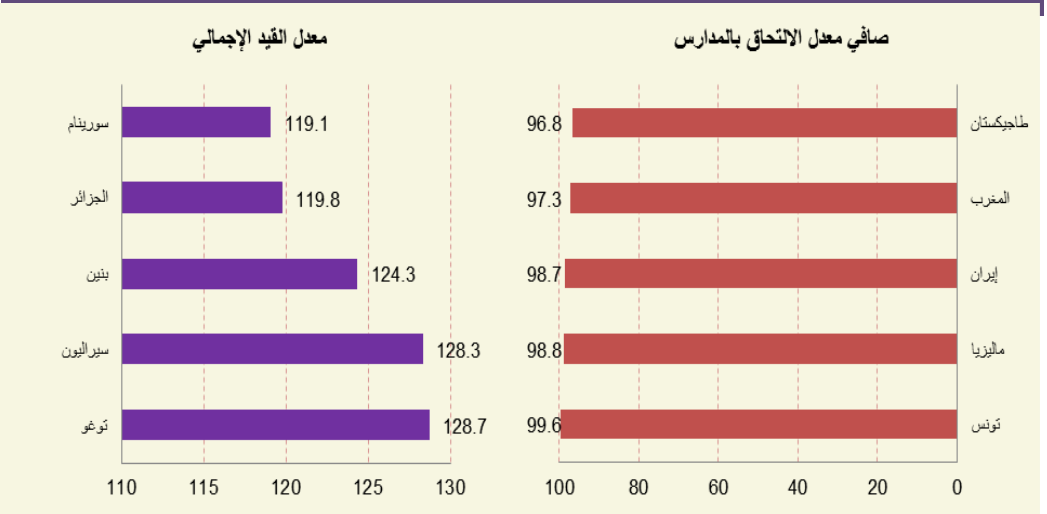
معدلات الالتحاق بالمدارس الابتدائية



المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على مؤشرات التنمية العالمية وقاعدة بيانات معهد اليونسكو للإحصاء **ملاحظة:** متوسطات المجموعات القطرية مرجحة حسب عدد السكان الذين هم في سن رسمية بالنسبة لمستوى التعليم الابتدائي. * أو أحدث البيانات المتاحة في السنوات الخمس الماضية.

* أو أحدث البيانات المتاحة خلال السنوات الخمس الماضية

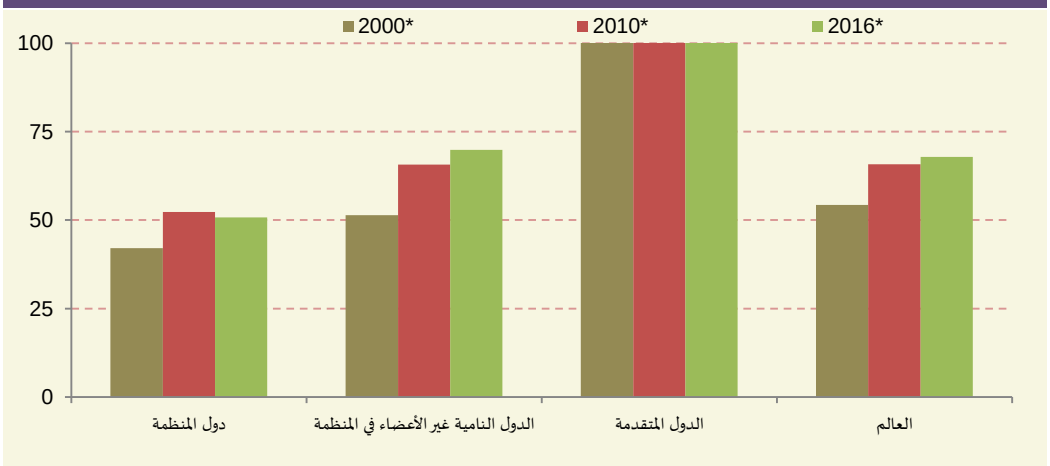
الشكل 8.5
أعلى دول المنظمة من حيث معدلات القيد بالتعليم الإبتدائي، 2016*



المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على مؤشرات التنمية العالمية وقاعدة بيانات معهد اليونسكو للإحصاء * أو أحدث البيانات المتاحة في السنوات الخمس الماضية

وتُظهر أحدث البيانات المتاحة أن معدل القيد الإجمالي في مدارس التعليم الإعدادي يسير في اتجاه تصاعدي في جميع أنحاء العالم الشكل (9.5). وفي الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي، ارتفع متوسط معدل القيد الإجمالي في مدارس التعليم الإعدادي من 42.1% المسجل عام 2000 إلى 50.8% عام 2016. واعتبارا من عام 2016، سجلت البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة معدلا بلغ 69.8%، مقارنة

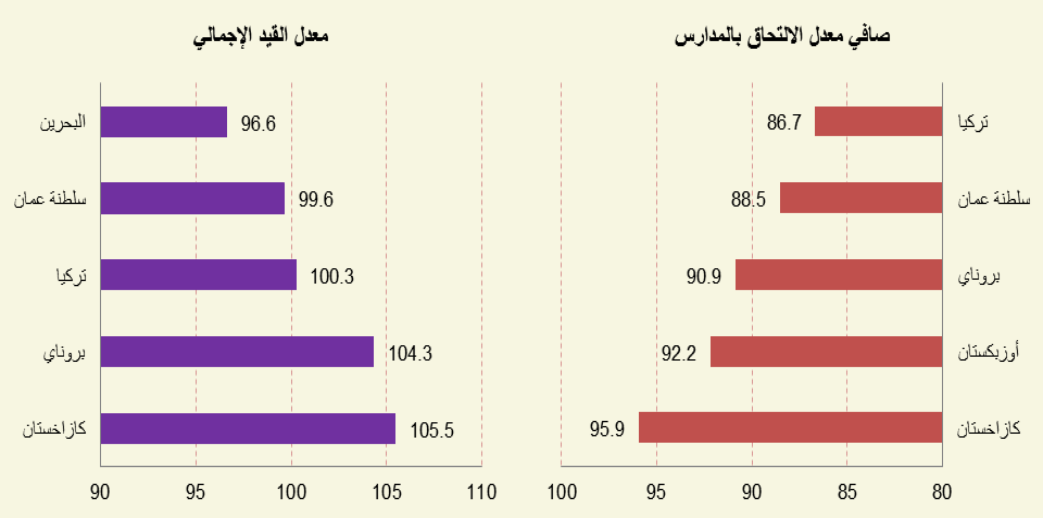
الشكل 9.5
معدلات الالتحاق بالمدارس المتوسطة



المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على مؤشرات التنمية العالمية وقاعدة بيانات معهد اليونسكو للإحصاء **ملاحظة:** متوسطات المجموعات القطرية مرجحة حسب عدد السكان الذين هم في سن رسمية بالنسبة لمستوى التعليم المتوسط. * أو أحدث البيانات المتاحة في السنوات الخمس الماضية
* أو أحدث البيانات المتاحة خلال السنوات الخمس الماضية

© سيسرك 2017

الشكل 10.5
أعلى دول المنظمة أداء من حيث معدلات القيد بمدارس التعليم الإعدادي، 2016*



المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على مؤشرات التنمية العالمية وقاعدة بيانات معهد اليونسكو للإحصاء * أو أحدث البيانات المتاحة في السنوات الخمس الماضية

مع 51.4% فقط خلال سنة 2000. وعلى مستوى المدارس الإعدادية، سجلت كازاخستان أعلى معدل للقيد الإجمالي (105.5%) وصافي معدل الالتحاق (95.9%) في مجموعة المنظمة (الشكل 10.5). وبشكل عام، حققت مجموعة دول المنظمة نتائج مهمة من حيث التمدرس وتوفير التعليم الأساسي للأطفال خلال العقود القليلة الماضية. ومع ذلك، فإن المتوسطات المسجلة في بلدان المنظمة أقل بكثير من المتوسطات المسجلة في العالم بخصوص معدلات الالتحاق بالمدارس ومعدلات الإلمام بالقراءة والكتابة.

2.5 إكمال التعليم والتقدم فيه

تناول القسم الفرعي السابق نسب المشاركة في التعليم بالنظر لمعدلات الإلمام بالقراءة و الكتابة ومعدلات الالتحاق بالمدارس من منظور مقارن. لكنلا يمثل الالتحاق بالمدرسة سوى الخطوة الأولى في الحياة التعليمية للطفل. 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. وفي هذا السياق، يتناول هذا القسم الفرعي مؤشرات إكمال التعليم والتقدم فيه في بلدان المنظمة.

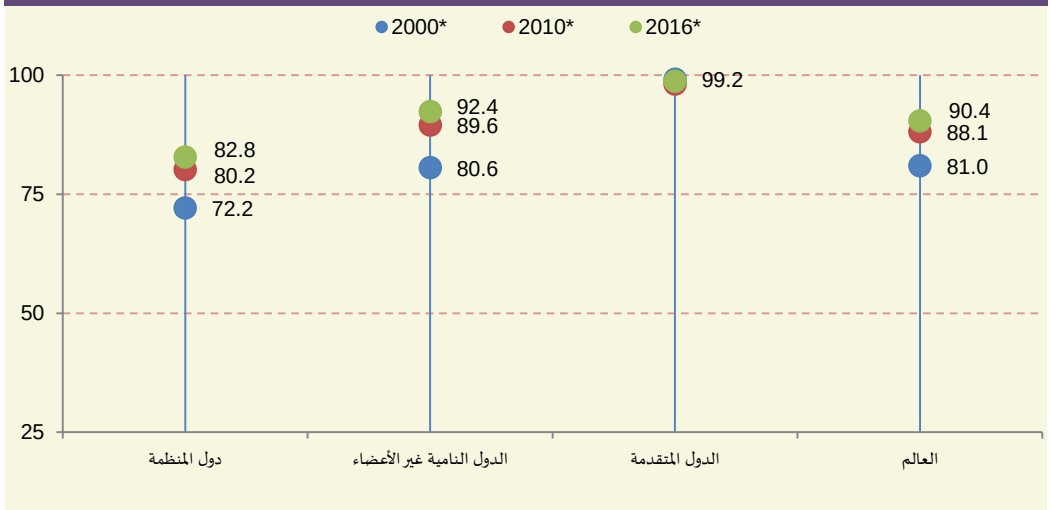
معدل الإكمال

يشير معدل الإكمال 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.

ويعرض الشكل 11.5 معدلات إكمال التعليم الابتدائي في مختلف مجموعات البلدان وذلك للفترة الممتدة بين عامي 2000 و 2016. فقد ازداد متوسط المعدل العالمي لإكمال الدراسة من نسبة 81% المسجلة عام 2000 إلى 90.4% عام 2016. ومما لا شك فيه فقد لعبت التكنولوجيا المبتكرة دورا هاما بحيث أنها لم تؤد فقط لارتفاع معدلات التخرج ولكن نتج عنها أيضا انخفاض في الأداء. وقد حققت بلدان المنظمة زيادة في متوسط معدلات الإكمال من 72.2% في عام 2000 إلى 80.2% في عام 2010، وبلغ المعدل 82.8% بحلول 2016 (الشكل 11.5). وبعبارة أخرى، فإن الزيادة قد فاقت 10 في المئة بالنسبة لمجموعة المنظمة بالمقارنة مع عام 2000. وعلى الرغم من هذا التحسن الحاصل في مجموعة المنظمة، إلا أن متوسطها ما يزال متخلفا عن متوسطات البلدان النامية غير الأعضاء فيها وعن البلدان المتقدمة والعالم اعتبارا من عام 2016.

الشكل 11.5

معدلات إكمال الدراسة في المدارس الابتدائية (%)



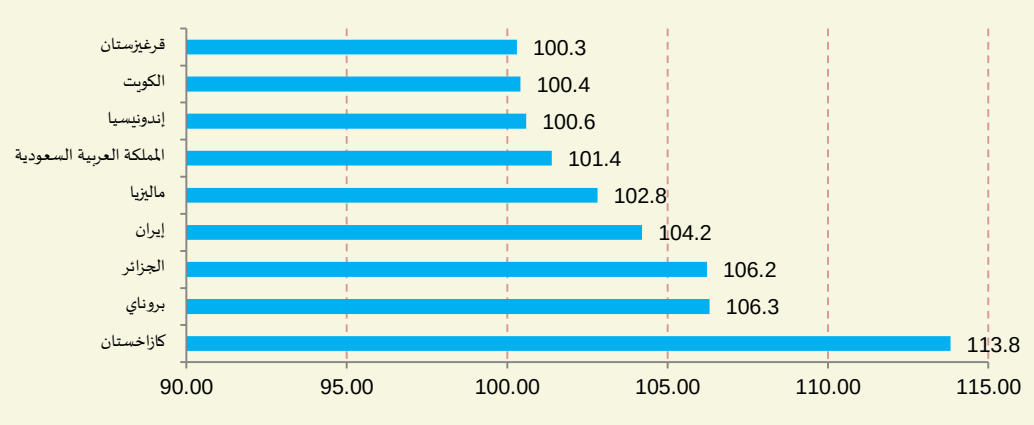
المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على مؤشرات التنمية العالمية وقاعدة بيانات معهد اليونسكو للإحصاء * أو أحدث البيانات المتاحة في السنوات الخمس الماضية

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. وعلى مستوى كل بلد على حدة، تجاوزت معدلات الإكمال في 10 بلدان من المنظمة 100% بحلول عام 2016. واحتلت الإمارات العربية المتحدة الصدارة بمعدلات إكمال بلغت 113.8% (الشكل 12.5).

© سيسرك 2017

الشكل 12.5

دول المنظمة ذات أعلى معدلات إكمال الدراسة، 2016 *



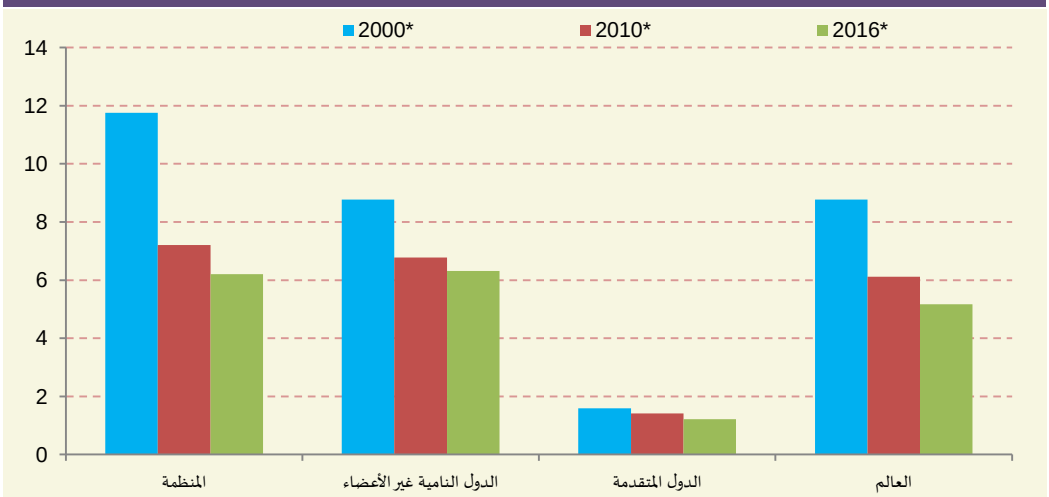
المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على مؤشرات التنمية العالمية وقاعدة بيانات معهد اليونسكو للإحصاء * أو أحدث البيانات المتاحة في السنوات الخمس الماضية

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 المعدل حالة التلاميذ الذين يكررون الفصل وتأثيره على الكفاءة الداخلية للنظم التعليمية. وبالإضافة إلى ذلك، فهو واحد من المؤشرات الرئيسية لتحليل وتوقع تدفقات التلاميذ من الصف الأول إلى درجة أعلى ضمن دورة تعليمية.

الشكل 13.5

معدلات الرسوب في المدارس الابتدائية (% من إجمالي الالتحاق)



المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على مؤشرات التنمية العالمية وقاعدة بيانات معهد اليونسكو للإحصاء * أو أحدث البيانات المتاحة في السنوات الخمس الماضية

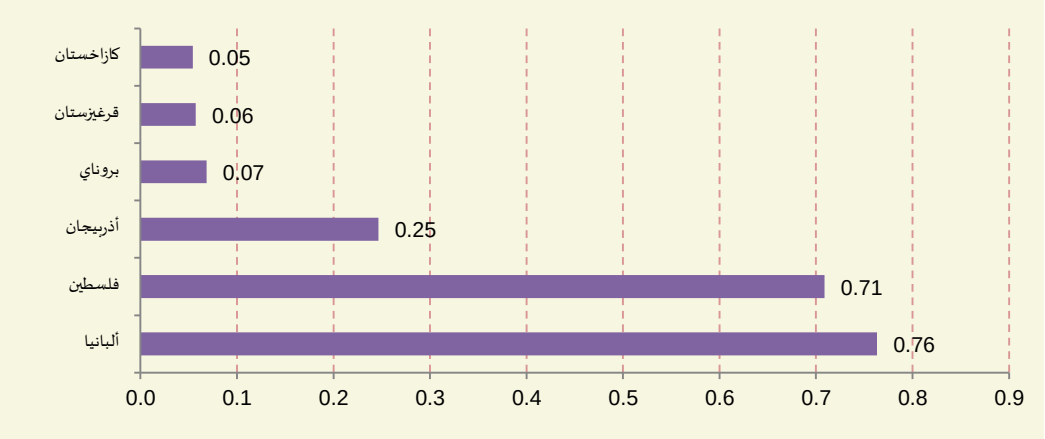
© سيسرك 2017

ويبين الشكل 13.5 معدلات الرسوب في المدارس الابتدائية لمجموعات مختلفة من البلدان بين عامي 2000 و 2016. انخفض على المستوى العالمي معدل الرسوب في المدارس الابتدائية بنسبة 5.2% في 2016. ولوحظ اتجاه مماثل في مجموعة البلدان المتقدمة النمو. وقد خفضت مجموعة البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة ومجموعة الدول الأعضاء معدلات الرسوب فيها في الفترة قيد النظر. فقد نجحت مجموعة المنظمة في تخفيض النسبة من 11.8% عام 2000 إلى 6.2% عام 2016. 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.

وعلى مستوى البلد الواحد، حسب البيانات المتاحة حققت 10 بلدان أعضاء في منظمة التعاون الإسلامي معدلات رسوب في المدارس الابتدائية أقل من المتوسط العالمي البالغ 5.2% في عام 2016. ومن بين هذه البلدان، احتلت كازاخستان المرتبة الأولى بنسبة بلغت 0.05% للرسوب في المدارس الابتدائية تلتها كل من قيرغيزستان (0.06%) وبروناي (0.21%) (الشكل 14.5).

الشكل 14.5

معدلات الرسوب في المدارس الابتدائية (%)، 2016*



المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على مؤشرات التنمية العالمية وقاعدة بيانات معهد اليونسكو للإحصاء * أو أحدث البيانات المتاحة في السنوات الخمس الماضية

معدل البقاء

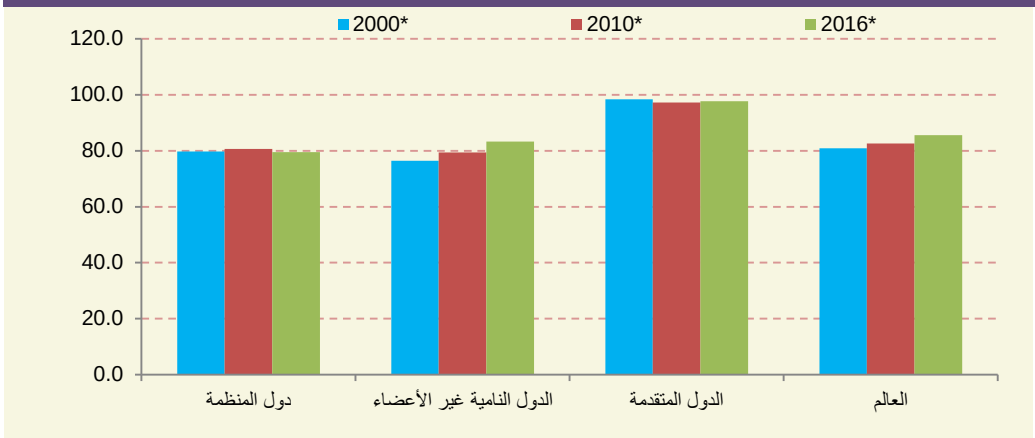
يعد معدل البقاء مؤشرا للدلالة على نسبة الأطفال الملتحقين بالصف الأول الابتدائي والذين يصلون في النهاية إلى الصف الأخير من المرحلة الابتدائية. ويبين الشكل 15.5 معدلات البقاء في مختلف مجموعات البلدان بين عامي 2000 و2016. وخلال الفترة قيد النظر، ارتفع معدل البقاء على الصعيد العالمي من

© سيسرك 2017

80.9% إلى 85.6%؛ في حين شهدت البلدان الأعضاء في المنظمة، في المتوسط، زيادة من 79.8% إلى 80.7% بين عامي 2000 و 2010. في عام 2016، تم تسجيل معدل البقاء حتى الصف الأخير من التعليم الابتدائي في المنظمة بنسبة 79.5%، وهو أقل نسبيا من المجموعات القطرية الأخرى.

الشكل 15.5

معدل البقاء حتى الصف الأخير من المدرسة الابتدائية (%)

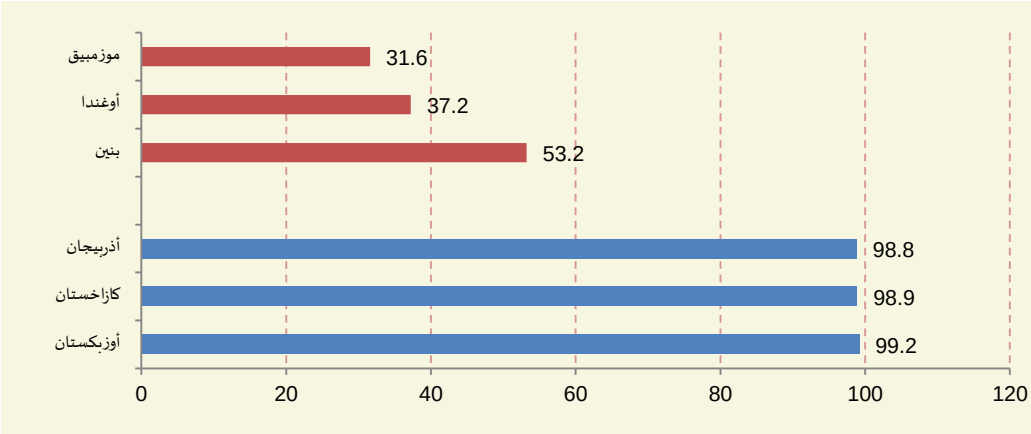


المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على مؤشرات التنمية العالمية وقاعدة بيانات معهد اليونسكو للإحصاء * أو أحدث البيانات المتاحة في السنوات الخمس الماضية

وعلى مستوى البلد الواحد، فإن هناك تفاوتا كبيرا بين البلدان الأعضاء في المنظمة. سجلت كازاخستان معدلات بقاء تفوق 99%. ومن ناحية أخرى، هناك بلدان أعضاء مثل موزمبيق وتشاد حيث لا يستطيع سوى ثلث الطلبة الوصول إلى الصف الأخير من المدرسة الابتدائية (الشكل 16.5).

الشكل 16.5

بلدان منظمة التعاون الإسلامي ذات أعلى وأدنى مستويات البقاء (%) 2016*



المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على مؤشرات التنمية العالمية وقاعدة بيانات معهد اليونسكو للإحصاء * أو أحدث البيانات المتاحة في السنوات الخمس الماضية

© سيسرك 2017

وبشكل عام، نجحت بلدان منظمة التعاون الإسلامي في 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 المنظمة ما تزال متخلفة عن المتوسط العالمي في العديد منها. وبالنظر إلى المنحى الإيجابي الذي تتجه فيه مجموعة المنظمة، فمن المحتمل أن تلحق بالمتوسطات العالمية على مستوى العديد من الأبعاد. وبتحقيق ذلك، يمكن للأطفال في البلدان الأعضاء في المنظمة إكمال تعليمهم إلى حد أعلى واكتساب مهارات إضافية وتوسيع معارفهم. وبهذه الطريقة، فإن الأطفال في البلدان الأعضاء في المنظمة يكسبون رواتب أعلى ويعيشون في ظل ظروف أفضل بشكل عام.

3.5 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 في التعليم والتقدم 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 المنظمة في قطاع التعليم.

تمويل التعليم

يعد توفير التعليم للأطفال أمرا مهما للنمو الاقتصادي والتنمية. ومع ذلك، فإن مثل هذه الخدمة ذات التكلفة العالية تتطلب مستوى عال من التدخل الحكومي. وفي هذا الصدد، يحلل هذا القسم الفرعي مستويات الإنفاق الحكومي على التعليم في مجموعة بلدان منظمة التعاون الإسلامي مقارنة مع نظيراتها في المجموعات الأخرى.

حصة الإنفاق الحكومي على التعليم من إجمالي النفقات الحكومية

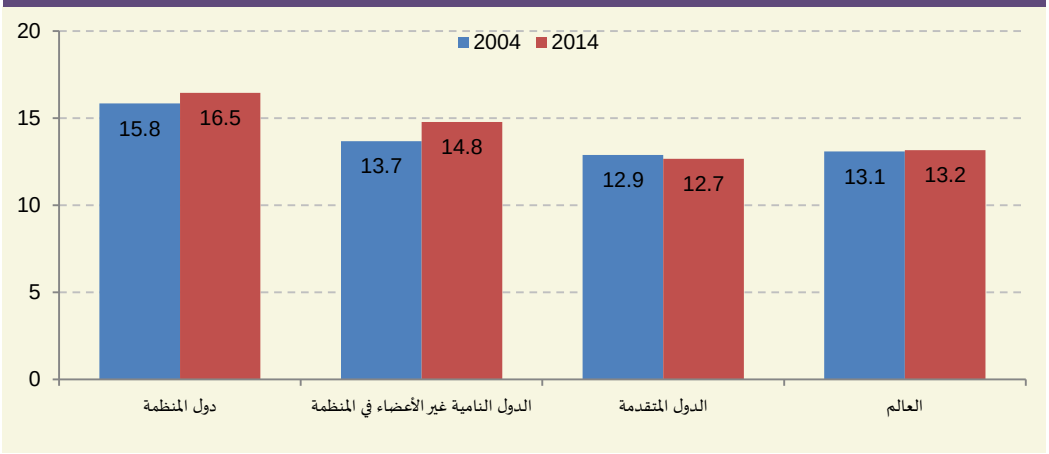
تعتبر حصة إنفاق الحكومة على التعليم من إجمالي نفقاتها مؤشرا رئيسيا آخر مدى الأهمية النسبية لقطاع التعليم بالنسبة للحكومة. فكلما كانت حصة الإنفاق على التعليم من إجمالي الإنفاق الحكومي مرتفعة، يكون دعم الحكومة لقطاع التعليم كبيرا. وهذا يعني أيضا زيادة حجم الاستثمار في الأطفال ومستقبل البلاد.

© سيسرك 2017

فاقت حصة الإنفاق الحكومي على التعليم من إجمالي النفقات في بلدان المنظمة خلال فترة 2004 -2014 نظيرتها في كل من البلدان المتقدمة والبلدان النامية (الشكل 17.5). وهذا يعني أن الحكومات في البلدان الأعضاء في المنظمة قد أنفقت على قطاع التعليم أكثر من متوسطات المتقدمة والعالمية في المتوسط. وفي البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي، شكل الإنفاق الحكومي على قطاع التعليم 15.8% من إجمالي نفقاته في عام 2004. وبلغت هذه النسبة 12.9% في الدول المتقدمة و 13.7% في البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة، مع تسجيل 13.2% كمتوسط عالمي. وبحلول عام 2014، ارتفعت النسبة إلى 16.5% في بلدان المنظمة و 12.0% في البلدان النامية غير المنظمة، في حين انخفضت النسبة في البلدان المتقدمة غير الأعضاء 12.7%، ليتتقدم بذلك المتوسط العالمي إجمالا بمعدل نقطة مئوية واحدة ويسجل 13.2%.

الشكل 17.5

النفقات الحكومية على التعليم (% من إجمالي النفقات الحكومية)



المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على مؤشرات التنمية العالمية وقاعدة بيانات معهد اليونسكو للإحصاء

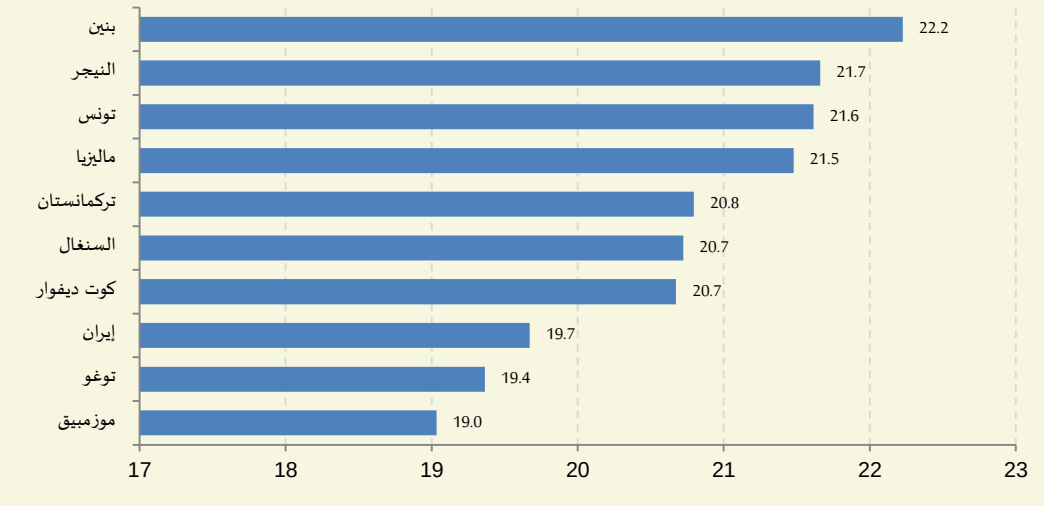
ومن بين البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي التي تتوفر حولها البيانات، سجلت بنين أعلى نسبة للنفقات الحكومية على التعليم بنسبة بلغت 22.2% من إجمالي الإنفاق الحكومي (الشكل 18.5). وتلتها كل من النيجر (21.7%) وتونس (21.6%) وماليزيا (21.5%) وتركمانستان (20.8%) والسنغال (20.7%) وكوت ديفوار (20.7%)، وكلها خصصت ما يقارب خمس مجموع الإنفاق الحكومي على قطاع التعليم. وبالإضافة إلى هذه الدول، كانت إيران (19.7%) وتوغو (19.4%) وموزمبيق (19%) من بين الدول العشر الأولى في هذا الباب (الشكل 18.5).

حصة النفقات الحكومية على التعليم من الناتج المحلي الإجمالي

وإحدى الأساليب المستعملة لتحليل حجم النفقات العامة على التعليم في بلد معين هي مقارنة هذه النفقات بالناتج المحلي الإجمالي (GDP) لاقتصاد هذا البلد، وهو ما يمثل مجموع النفقات في هذا الاقتصاد. ويمكن احتسابها عن طريق تحديد الحجم الذي تكرسه الحكومة لقطاع التعليم من الناتج المحلي الإجمالي. والمقياس المستخدم لحساب هذه النسبة هو "النفقات الحكومية على التعليم كنسبة مئوية

الشكل 18.5

بلدان منظمة التعاون الإسلامي ذات أعلى مستويات الإنفاق الحكومي على التعليم (%)، 2014*



المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على مؤشرات التنمية العالمية وقاعدة بيانات معهد اليونسكو للإحصاء

من الناتج المحلي الإجمالي". كما يعكس هذا المؤشر أيضا مدى الأهمية التي تولها الحكومة للاستثمار في الأطفال ورأس المال البشري بشكل عام.

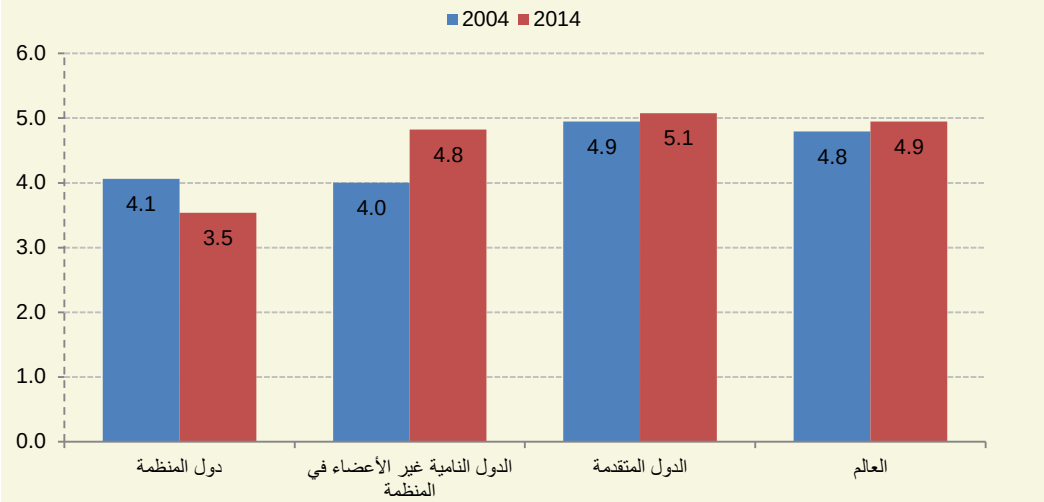
وكما هو مبين في الشكل 19.5، أنفقت الحكومات في جميع أنحاء العالم ما متوسطه 4.8% من الناتج المحلي الإجمالي على التعليم خلال عام 2004، وبعد عقد من الزمن ازداد هذا الرقم بشكل طفيف بنسبة 0.1 نقطة مئوية ليصل إلى 4.9% عام 2014. كما يفوق أيضا معدل الإنفاق في البلدان المتقدمة نفس المعدل في البلدان النامية. إذ بلغت نسبة الإنفاق العام من الناتج المحلي الإجمالي على التعليم في البلدان المتقدمة 4.9% خلال عام 2004 لتزيد هذه النسبة بحلول عام 2014 إلى 5.1%. لكن بالمقابل، لم تتمكن الحكومات في البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة من إنفاق سوى 4.0% من ناتجها المحلي الإجمالي على قطاع التعليم خلال عام 2004 لترتفع هذه النسبة بمقدار 0.8 نقطة مئوية خلال عشر سنوات لتصل إلى 4.8% سنة 2011.

© سيسرك 2017

لم يكن الوضع في بلدان منظمة التعاون الإسلامي يدعو للتفاؤل طالما أن متوسط الإنفاق الحكومي على التعليم بلغ 4.1% من الناتج المحلي الإجمالي في عام 2004، 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 . غير أنه انخفض بنسبة 0.6 نقطة مئوية ليستقر على 3.5% في عام 2014. وعلى مدى عقد من الزمان، اتسعت الفوارق في الإنفاق على التعليم لتصل إلى 1.3 نقطة مئوية لصالح البلدان النامية غير الأعضاء، مما يعكس نقصا في الاستثمار في التعليم من قبل بلدان المنظمة (الشكل 19.5).

الشكل 19.5

النفقات الحكومية على التعليم (% من إجمالي الناتج المحلي الإجمالي)



المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على مؤشرات التنمية العالمية وقاعدة بيانات معهد اليونسكو للإحصاء

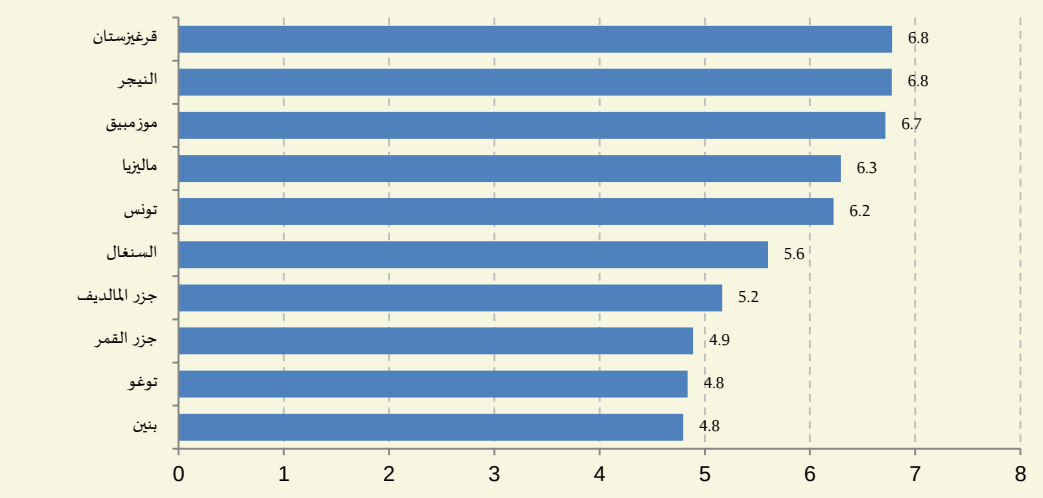
وعلى مستوى كل بلد على حدة، استأثر الإنفاق الحكومي على التعليم بحصة 6.8% من الناتج الإجمالي في قيرغيزستان والنيجر، وهما البلدين المسجلين لأعلى معدل من بين كل دول منظمة التعاون الإسلامي التي تتوفر حولها البيانات لآخر سنة بين عامي 2010 و 2014. وبالإضافة إلى هذين البلدين، شكلت كل من موزمبيق (6.7%) وماليزيا (6.3%) وتونس (6.2%) والسنغال (5.6%) وجزر المالديف (5.2%) وجزر القمر (4.9%) وتوغو (4.8%) وبنين (4.8%) الدول العشر الأولى في المنظمة من حيث الإنفاق الحكومي على التعليم كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي (الشكل 20.5). ومن الجدير بالملاحظة أن ستة من هذه البلدان تدخل ضمن قائمة أقل البلدان نموا حسب تصنيف الأمم المتحدة.

نصيب التلميذ الواحد من النفقات الحكومية على التعليم

بالإضافة إلى المؤشرات الكلية المذكورة أعلاه والتي تقارن النفقات الحكومية 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.

الشكل 20.5

بلدان منظمة التعاون الإسلامي ذات أعلى مستويات الإنفاق الحكومي على التعليم (% من إجمالي الناتج المحلي الإجمالي)، 2014



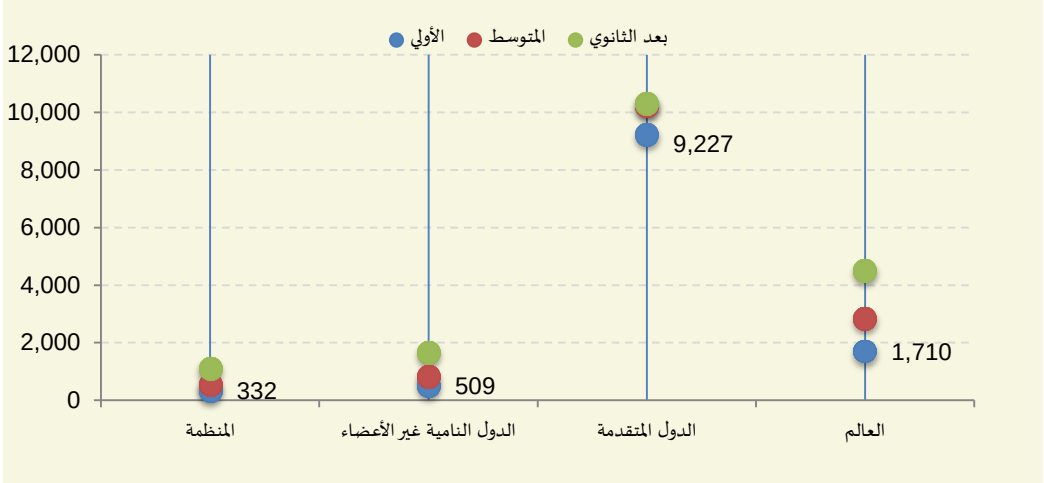
المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على مؤشرات التنمية العالمية وقاعدة بيانات معهد اليونسكو للإحصاء

ووفقا لآخر الإحصائيات، فإن هناك تباينات شاسعة بين مختلف المناطق من حيث نصيب التلميذ الواحد من النفقات الحكومية على التعليم (الشكل 21.5). وفي الوقت الذي تنفق فيه دول منظمة التعاون الإسلامي ما متوسطه 332 دولار على في التعليم الابتدائي، تنفق الدول غير الأعضاء في المنظمة أكثر من 500 دولار، فيما تنفق البلدان المتقدمة أكثر من 9200 دولار.

© سيسرك 2017

الشكل 21.5

النفقات الحكومية على التعليم حسب كل تلميذ (بالدولار الأمريكي)



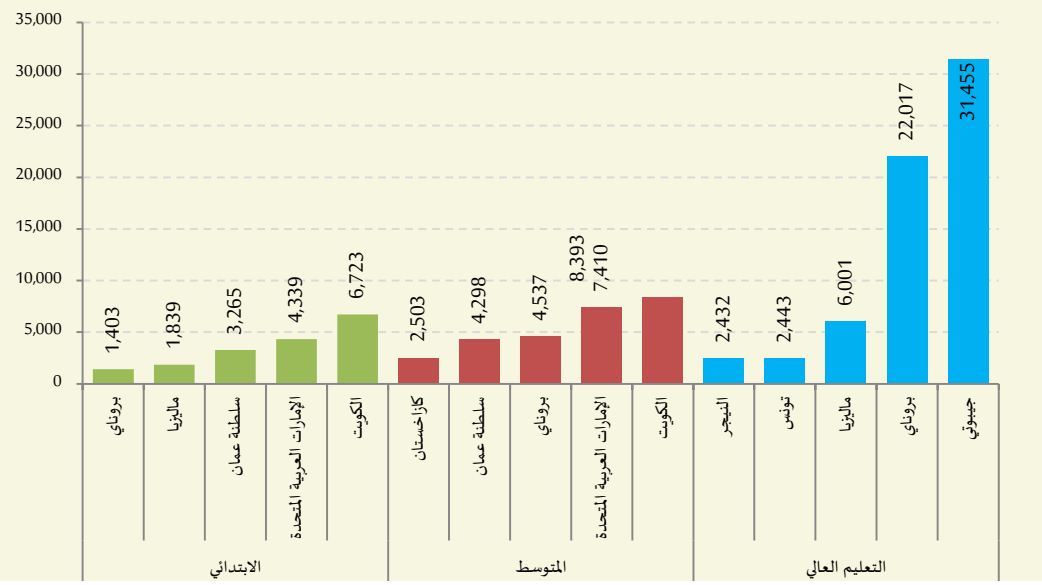
المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على مؤشرات التنمية العالمية وقاعدة بيانات معهد اليونسكو للإحصاء

وضمن بلدان منظمة التعاون الإسلامي التي تتوفر حولها البيانات، سجلت الكويت أعلى معدل لنصيب التلميذ الواحد من النفقات الحكومية على التعليم في المستوى الابتدائي (6723 دولار)، تليها كل من الإمارات العربية المتحدة (4339 دولار) ثم سلطنة عمان (3265 دولار). أما في المستوى الثانوي، فإن دول المنظمة المتصدرة للقائمة هي الكويت (8393 دولار)، والإمارات العربية المتحدة (7410 دولار)، وبروناي دار السلام (4537 دولار). وعلى مستوى التعليم العالي، تعتلي جيبوتي القائمة بمبلغ 31455 دولار، تليها بروناي دار السلام (22017 دولار) وماليزيا (6001 دولار) (الشكل 22.5). ويمكن أن يعزى الرقم المرتفع المسجل في جيبوتي إلى انخفاض عدد الطلاب الملتحقين بالتعليم العالي، الذي كان أقل من 5000 طالب في عام 2011.

© سيسرك 2017

الشكل 22.5

دول منظمة التعاون الإسلامي ذات أعلى معدل من حيث نصيب الطالب الواحد من النفقات الحكومية على التعليم (بالدولار



المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على مؤشرات التنمية العالمية وقاعدة بيانات معهد اليونسكو للإحصاء

© سيسرك 2017

6 حماية الطفل ورعايته

مقارنة بالراشدين، يعتبر الأطفال أكثر عرضة للاستغلال الاجتماعي والاقتصادي والثقافي، وهذا ما يستدعي ضرورة وضع وتنفيذ آليات خاصة للحماية والرعاية الاجتماعيتين لصون حقوقهم. ومن شأن تمتع الأطفال بآلية فعالة من هذا النوع أن يمكنهم من الاستفادة من الخدمات الأساسية مثل تسجيل المواليد والضمان الاجتماعي والرعاية الصحية والتعليم، كما يمكنهم أن يكونوا في معزل عن تعرضهم لأي شكل من أشكال سوء المعاملة والاستغلال. 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 سوف يمثل محاولة لتسليط الضوء على بعض الشواغل الرئيسية المتعلقة بتسجيل المواليد وانتشار عمالة الأطفال وتغطية الضمان الاجتماعي وسوء معاملة الطفل واستغلاله في بلدان المنظمة .

1.6 تسجيل المواليد

يعد تسجيل المواليد، أو التسجيل الرسمي لولادة طفل من قبل الحكومة، عملية يصير بموجبها الطفل في كنف القانون، كما تعد أمرا أساسيا لصيانة العديد من حقوق الطفل المدنية والسياسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية. وتنص المادة 7 من اتفاقية حقوق الطفل على أن لكل طفل الحق في التسجيل عند الولادة دون أي تمييز (اليونيسيف، 2015).

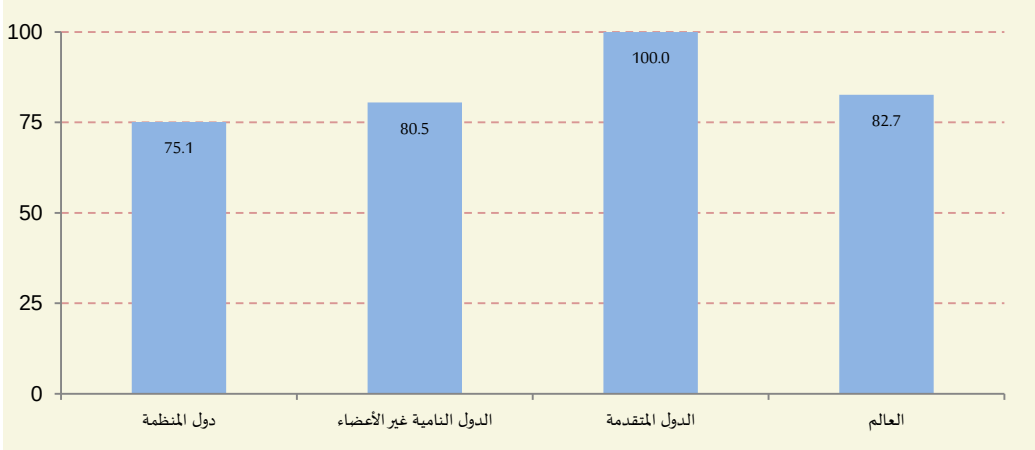
وبصرف النظر عن كون تسجيل المواليد هو الاعتراف القانوني الأول بوجود الطفل، فهو يعد أمرا أساسيا لضمان إحصاء الأطفال وحصولهم على الخدمات الأساسية مثل الصحة والضمان الاجتماعي والتعليم، بالإضافة إلى كونه "جواز سفر للحماية" بالنسبة للأطفال بحيث يمكن معرفة سن الطفل من خلال شهادة الميلاد. كما يمكن أن يشكل توفر هذه الشهادة من قبل الجهات الرسمية حائلا للأطفال دون تعرضهم لحوادث تبدأ من زواجهم مبكرا وصولا إلى إساءة معاملتهم واستغلالهم بطريقة سهلة المنال. 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.

ويعتبر تعميم تسجيل المواليد من أقوى الوسائل لضمان المساواة على نطاق واسع في الخدمات والتدخلات لصالح الأطفال. كما تكتسب عملية تسجيل المواليد أهمية بالغة بالنسبة للحكومات في مجال التخطيط والاستثمار ورصد التوجهات الديموغرافية.

وبالنسبة لمستويات التسجيل، تكاد تشمل عملية تسجيل الأطفال دون سن الخامسة كل الأطفال في البلدان المتقدمة. ويعيش معظم الأطفال غير المسجلين في البلدان الأقل نموا، لا سيما في منطقتي جنوب آسيا وأفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. وحيثما توجد نزاعات مسلحة واضطرابات أهلية وحروب يرتفع عدد الأطفال غير المسجلين.

الشكل 1.6

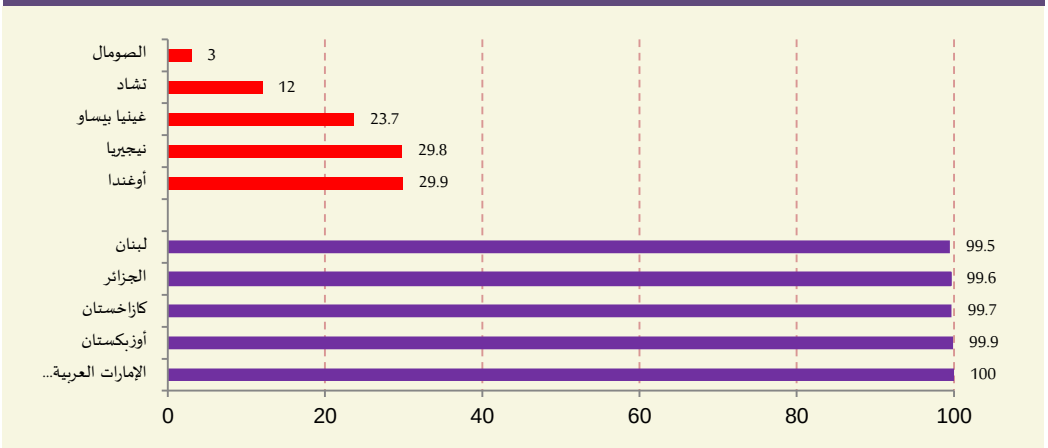
تسجيل المواليد (% من جميع المواليد)، 2010-2015*



المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على بيانات اليونيسيف.* آخر سنة متوفرة

الشكل 2.6

دول منظمة التعاون الإسلامي ذات أعلى وأدنى معدلات تسجيل المواليد، 2010-2015*



المصدر: بيانات اليونيسيف.* آخر سنة متوفرة

© سيسرك 2017

ووفقا للشكل 1.6، فقد سجلت مجموعة منظمة التعاون الإسلامي أدنى متوسط من حيث الولادات المسجلة بالمقارنة مع مجموعات البلدان الأخرى بين عامي 2010 و 2015، بحيث بلغ متوسط نسبة الأطفال المقيدين 75.1% فقط في مجموعة المنظمة مقارنة مع 82.7% في العالم و80.5% في البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة. أما في البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة فقد بلغ متوسط نسبتها 80.5% وهو ما يمثل رقما أعلى بقليل من المتوسط الخاص ببلدان المنظمة. وعلى مستوى كل بلد على حدة، فقد سجلت الصومال أدنى معدل لتسجيل المواليد (3%) تلتها تشاد (12.0%). على الجانب الآخر، تم تسجيل أكثر من 99.5% من جميع المواليد في الإمارات العربية المتحدة وأوزبكستان وكازاخستان والجزائر ولبنان خلال الفترة قيد النظر (الشكل 2.6).

2.6 إيذاء الأطفال وسوء معاملتهم

بالإضافة إلى كونه انتهاكا صارخا لحقوق الإنسان، يؤدي إيذاء الأطفال وسوء معاملتهم إلى تبعات صحية وخيمة عليهم. وعلى الرغم من أهمية الأمر في إنشاء أجيال سليمة صحيا، إلا أن مجموعات البيانات الدولية لا توفر إلا قدرا محدودا من المعلومات وذلك لمحدودية تسجيل المواليد وصعوبة إثبات حالات إيذاء الأطفال وسوء معاملتهم وتوثيقها. وقد يكون من المفيد الاعتماد على المؤشرات المختارة ذات الصلة بسوء معاملة الإطفال والإساءة إليهم، على محدوديتها، وذلك للتوصل إلى فهم الوضع النسبي للأطفال في بلدان المنظمة مقارنة مع مجموعات البلدان الأخرى، كما قد يمثل عاملا مساعدا لصناع السياسات عند وضعهم للسياسات ذات الصلة.

العنف ضد الأطفال

تؤثر ممارسة العنف تجاه الأطفال سلبا على صحتهم وتحصيلهم الدراسي. ويقدم الجدول (أ) سردا كاملا عن العواقب التي يسببها العنف تجاه الأطفال وذلك في خمس فئات رئيسية: عواقب جسدية، ونفسية جنسية، وإنجابية، إلى جانب عواقب صحية أخرى على المدى الطويل إضافة إلى عواقب مالية. وتبرز هذه القائمة أن العنف تجاه الأطفال يؤدي إلى العديد من العواقب الوخيمة غير المتوقعة التي تمس سواء الأطفال أنفسهم أو المجتمع ككل.

ويكلف العنف تجاه الأطفال المجتمع غاليا. فقد قدر فانج وآخرون (**Fang et al, 2012**) التكاليف الاقتصادية التي تكبدتها الولايات المتحدة الأمريكية نتيجة للحالات الجديدة من حالات إساءة معاملة الأطفال خلال عام 2008 بـ 124 مليار دولار (بسعر الدولار لسنة 2010). وتغطي هذه التكلفة الخسائر الإنتاجية، إلى جانب تكاليف التعليم الخاص والرعاية الطبية والصحية ورفاه الأطفال وتكاليف العدالة

الجنائية الناتجة عن تجارب الأطفال مع إساءة المعاملة، وتتكبد الإنتاجية أكبر حصة من الخسائر. وفي دراسة أخرى، قدر فانج وآخرون (Fang et al, 2013) التكلفة الاقتصادية لإساءة معاملة الأطفال في شرق آسيا والمحيط الهادئ بمبلغ تجاوز 160 مليار دولار (بسعر الدولار لسنة 2004) بناء على الخسائر الاقتصادية الناجمة عن الوفاة والأمراض وأنماط السلوك المنطوية على مخاطر صحية تعزى إلى إساءة معاملة الأطفال.

ونظرا لمحدودية البيانات، تم الاعتماد في هذا القسم الفرعي على مؤشر "التأديب العنيف" لتقييم وضع العنف ضد الأطفال في البلدان الأعضاء في المنظمة من منظور مقارن. وتعرّف منظمة اليونيسف التأديب العنيف بالإجراءات التي يتخذها أحد الوالدين أو القائم على رعاية الطفل بقصد إحداث ألم جسدي أو نفسي لديه كوسيلة لتصحيح السلوك وكرادع. ويمكن لطريقة التهذيب هذه أن تتخذ شكلين: الاعتداء النفسي والعقاب البدني (الجسدي). ويتضمن الشكل الأول الصياح، والصراخ ورفع الصوت في وجه الطفل، ومناداته أو مناداتها بمسميات مشينة، أما الشكل الثاني فيشمل الأعمال التي يقصد بها التسبب بألم جسدي أو بعدم ارتياح للطفل دون نية إحداث إصابات به. ويتضمن العقاب البدني الطفيف هز الطفل أو ضربه على الكف أو الذراع أو الساق 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 نحو دوري من قبل من يقدمون لهم الرعاية في جميع أنحاء العالم.

© سيسرك 2017

الشكل 1.6
العواقب الحادة وطويلة المدى للعنف ضد الأطفال

عواقب الصحة الجسدية	**عواقب نفسية**
إصابات على مستوى البطن/الصدر	التعاطي المفرط للمشروبات الكحولية والمخدرات
إصابات على مستوى الدماغ	ضعف في النمو الإدراكي
كدمات ورضوض	سلوكات إجرامية وعنيفة وأخرى محفوفة بالمخاطر
حروق وندبات	الاكتئاب والقلق
إصابات على مستوى الجهاز العصبي المركزي	تأخر في النمو العقلي
كسور	اضطرابات الأكل والنوم
تمزقات وجروح	مشاعر الخجل والشعور بالذنب
ضرر على مستوى العينين	فرط النشاط
الإعاقة	علاقات رديئة
عواقب جنسية وإنجابية	ضعف الأداء المدرسي
مشاكل الصحة الإنجابية	ضعف الثقة بالنفس
الضعف الجنسي	الاضطراب النفسي اللاحق للإصابات
الأمراض المنتقلة جنسيا، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز	الاضطرابات النفسية الجسدية
الحمل غير المرغوب فيه	سلوك انتحاري وإلحاق الأذى بالنفس
عواقب صحية أخرى بعيدة المدى	**عواقب مالية**
السرطان	**تكاليف مباشرة:** تكاليف العلاج وزيارة المستشفيات والأطباء والخدمات الصحية الأخرى.
أمراض الرئة المزمنة **متلازمة القولون المتهيّج**	**تكاليف غير مباشرة:** فقدان الإنتاجية، والإعاقة، و تراجع مستوى جودة الحياة، والموت المبكر.
مرض القلب الإقفاري **أمراض الكبد** **مشاكل الصحة الإنجابية مثل العقم.**	**التكاليف التي يتكبدها نظام العدالة الجنائية وغيرها من المؤسسات:** النفقات المتعلقة بتوقيف الجناة ومقاضاتهم. التكاليف المقدمة لمنظمات الرعاية الاجتماعية، والتكاليف المرتبطة بكفالة الأطفال، والتكاليف المقدمة للنظام التعليمي وقطاع العمل نتيجة غياب الإنتاجية وانخفاضها.

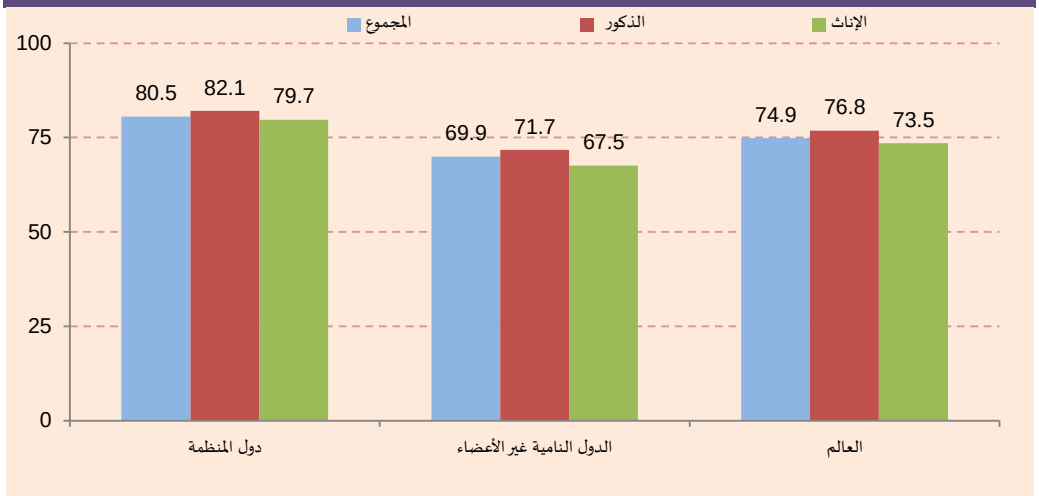
المصدر: *Runyan et al Child Abuse and Neglect by Parents and other Caregivers. In: Krug EG et al. (Eds). World Report on Violence and Health. Geneva, World Health Organization, pp 59—86.*

ووفقا للشكل 3.6، فقد بلغ متوسط معدل انتشار التأديب العنيف (ضد الأطفال) في مجموعة منظمة التعاون الإسلامي خلال فترة 2010-2015 ما نسبته 80.5% وهو الأعلى مقارنة مع متوسط البلدان النامية غير الأعضاء (69.9%) ومتوسط العالم (74.9%). ومن حيث الفرق بين البنات والأولاد، فإن نسبة الأولاد

الذين يتعرضون للتأديب العنيف في مجموعة المنظمة مرتفعة جدا (82.1%) مقارنة مع البنات (79.7%)، كما هو الحال في البلدان النامية غير الأعضاء. أما على مستوى كل بلد على حدة، فيعود أعلى معدل لانتشار التأديب العنيف على مستوى المنظمة إلى تونس، بحيث تعرض ما نسبته 93.2% من مجموع الأطفال لشكل من أشكال التأديب العنيف. من ناحية أخرى، لم يتعرض سوى 49.4% من مجموع الأطفال في كازاخستان لشكل من أشكال التأديب العنيف (الشكل 4.6).

الشكل 3.6

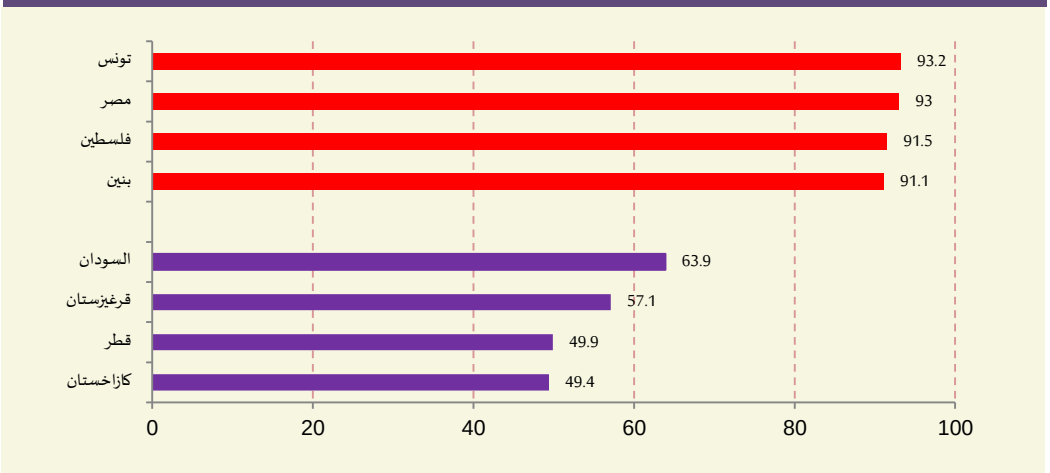
انتشار التأديب العنيف (%)، 2010-2015*



المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على بيانات اليونيسيف.* آخر سنة متوفرة

الشكل 4.6

دول منظمة التعاون الإسلامي ذات أعلى وأدنى معدلات انتشار التأديب العنيف (%)، كلا الجنسين، 2010-2015*



المصدر: بيانات اليونيسيف.* آخر سنة متوفرة

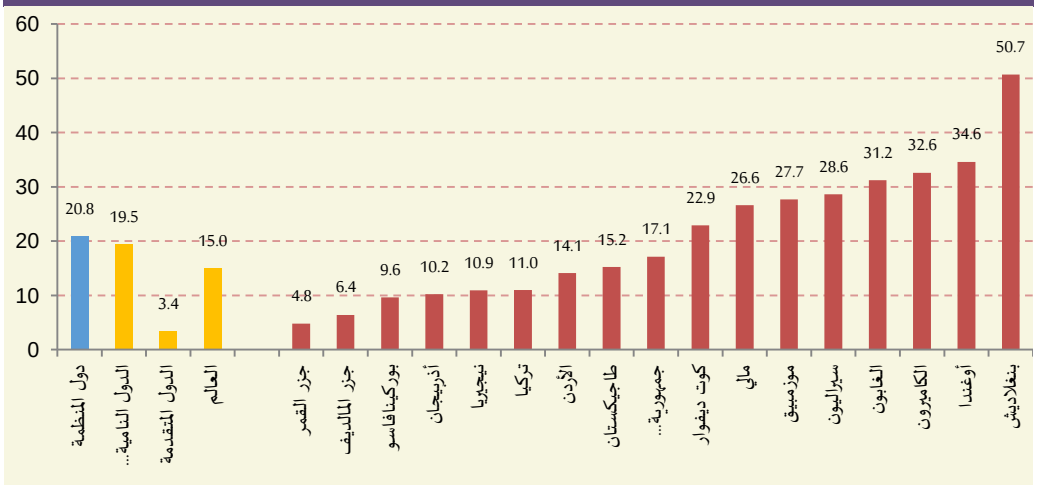
© سيسرك 2017

وفي مجتمع لا تعامل فيه المرأة على قدم المساواة مع الرجل وتتعرض لسوء المعاملة، فمن الأرجح أيضا أن يتلقى الأطفال أنواعا مختلفة من سوء المعاملة. ويتم في الغالب تعريض المرأة للمعاملة السيئة في حضرة أطفالهن؛ لهذا فإنه ليس من اليسير في كثير من الأحيان التطرق للعنف ضد المرأة بمعزل عن التطرق للعنف ضد الأطفال. وتقطن في بلدان منظمة التعاون الإسلامي أكثر من 750 مليون امرأة وهو ما يمثل 48.4% من مجموع السكان. ووفقا لهيئة الأمم المتحدة للمرأة، تعيش ما يربو عن 370 مليون امرأة في بلدان المنظمة دون حماية قانونية من العنف. ويشمل مصطلح "العنف ضد المرأة" العديد من أشكال العنف، بما في ذلك العنف من جهة شريك الحياة (عنف شريك الحياة) والاغتصاب / الاعتداء الجنسي وغيره من أشكال العنف الجنسي المرتكب من قبل شخص آخر غير الشريك (العنف الجنسي من غير الشريك) (منظمة الصحة العالمية، b2013). ويؤدي العنف الذي تتعرض له المرأة من قبل شريك حياتها إلى تبعات وخيمة وقد تمتد طويلا، خاصة إذا كان هذا العنف متكررا ومرفوقا بالعنف النفسي والجنسي أيضا (الأمم المتحدة، 2010).

وفي هذا الصدد، يعرض الشكل 5.6 نسبة النساء اللاتي تعرضن للعنف الجسدي أو النفسي أو الجنسي في الأشهر الـ 12 السابقة (% من النساء المتراوحة أعمارهن بين 15 و 49). وحسب البيانات المتوفرة، ينحصر أعلى معدل للعنف الجسدي أو الجنسي في مجموعة المنظمة مقارنة مع مجموعة الدول الأخرى. وعلى المستوى الفردي لدول المنظمة، وفي ظل البيانات المتوفرة، فقد سُجلت أعلى نسبة في بنغلاديش (50.7%) تليها أوغندا فالكاميرون ثم الغابون.

الشكل 5.6

نسبة النساء اللاتي تعرضن للعنف الجسدي أو النفسي أو الجنسي في الأشهر الـ 12 السابقة (% من النساء المتراوحة أعمارهن بين 15 و 49).



المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على مجموعة البيانات المتعلقة بانتشار العنف ضد المرأة لهيئة الأمم المتحدة للمرأة 2017. **ملاحظة:** تم احتساب متوسطات 17 من بلدان منظمة التعاون الإسلاميفقط نظرا لمحدودية البيانات المتوفرة

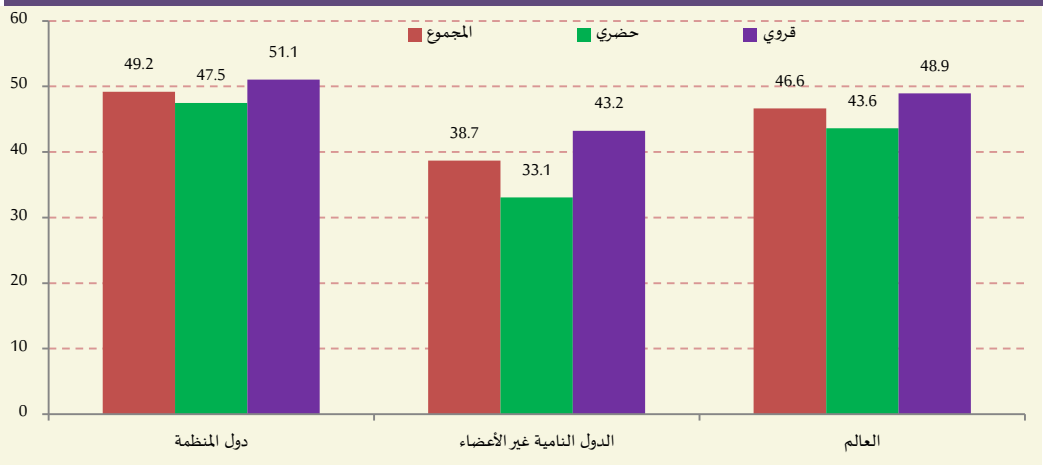
وبشكل عام، فإن متوسط انتشار العنف ضد المرأة وسوء معاملتها في البلدان النامية، بما فيها البلدان الأعضاء في المنظمة، يفوق المتوسط الخاص بالبلدان المتقدمة والمتوسط العالمي. وكما تمت الإشارة في فقرة سابقة، يترتب عن ارتفاع حالات العنف ضد المرأة الكثير من العواقب السلبية على الأطفال. ولهذا فإن صناع السياسات بحاجة إلى وضع سياسات من شأنها حماية المرأة ضد العنف وسوء المعاملة على نحو أكثر فعالية، حتى يتمكن النساء والأطفال من العيش في سعة من الأمن والطمأنينة وراحة البال.

تشويه/ بتر الأعضاء التناسلية الأنثوية

يحيل مصطلح "تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية" (FGM، المعروف أيضا باسم "بتر الأعضاء التناسلية الأنثوية") 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 الأنثوية ظاهرة تحدث 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، b2013).

الشكل 6.6

تشويه/ بتر الأعضاء التناسلية لدى الإناث المتراوحة أعمارهن بين 15 و 49 عاما (%)، 2010-2015*



المصدر: حسابات موظفي سيسرك استنادا إلى بيانات اليونيسيف، بناءً على المسوح الديمغرافية والصحية والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات ومسوح أخرى نموذجية على الصعيد الوطني. **ملاحظة:** البيانات متاحة لما مجموعه 29 بلدا، 22 منها دول أعضاء في منظمة التعاون الإسلامي *آخر سنة متوفرة

دائما ما ينتج عن تشويه الأعضاء التناسلية لدى الإناث تبعات جسدية ونفسية. وبصرف النظر عن الآلام الحادة المصاحبة، 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

© سيسرك 2017

يتسبب النزيف والالتهاب الناجم عن هذه العملية في الوفاة (اليونيسف، a2005). 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 مجموعة بيانات اليونيسف، يعد انتشار تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية أمرا شائعا في 29 بلدا، من بينها 22 بلدا عضوا في منظمة التعاون الإسلامي. ويظهر الشكل 6.6 إلى بلوغ متوسط بلدان المنظمة في عام 2014 ما نسبته 49.6%،[2] كما تختلف حدة انتشار الظاهرة بين المناطق الحضرية والريفية. ففي المناطق الحضرية ينخفض المتوسط إلى 47.5% بينما يرتفع في المناطق الريفية إلى 51.1%. أما بالنسبة لمتوسط سبعة من البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة فقد بلغ 38.7% 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 الوحشي الذي يؤثر على الصحة البدنية والعقلية للفتيات طوال فترة حياتهن.

3.6 زواج الأطفال

تعتبر الأسرة أصغر وحدة في المجتمع، والزواج هو أول خطوة في تكوين الائتلاف الأسري والذي يعد لبنة أساسية من أجل مجتمع صحي وسليم. 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. وللسن عند الزواج الأول آثار بالغة على النساء ورفاه الأسرة. وقد يؤدي الزواج في سن مبكرة إلى مشاكل صحية بالنسبة للرجال والنساء غير المهيئين ذهنيا وجسديا للزواج. علاوة على ذلك، فإن الزواج في سن مبكرة جدا عادة ما يكون بسبب الضغوط الاجتماعية والأسرية التي تعتبر أبرز العوامل المؤدية لفشل الزواج (Haloi and Limbu, 2013). وتشكل الأسر غير السعيدة المكونة من أزواج لا يتمتعون بعلاقات سليمة خطرا يتهدد المجتمع.

ويقر 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،

[2] وعلى الرغم من أن الشكل يظهر انتشار تشويه الأعضاء التناسلية لدى الفتيات والنساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15 و 49 عاما، إلا أن تعرض معظمهن لهذه العملية كان خلال مرحلة الطفولة.

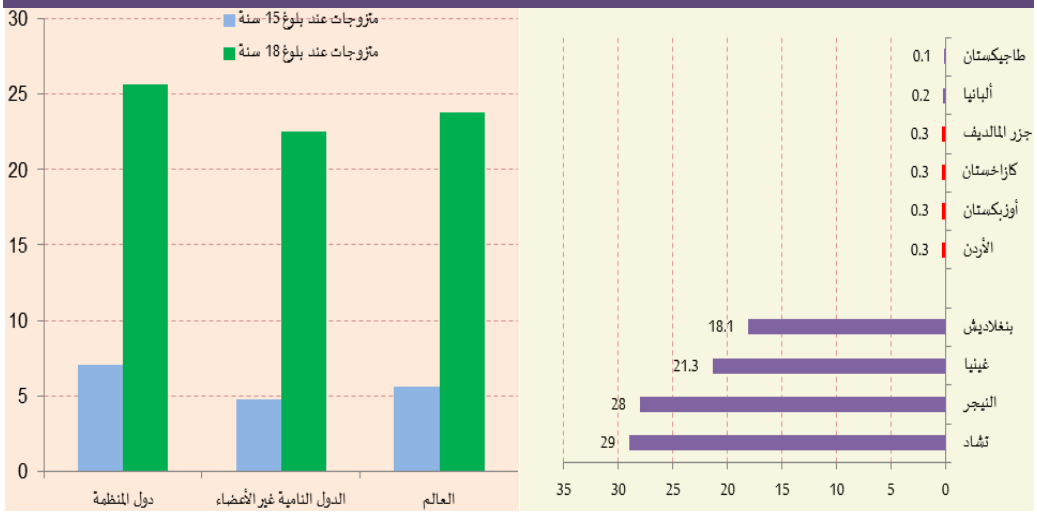
سواء من حيث الحد الأدنى لسن الزواج أو الرضى، إلا أن هذه القوانين عادة ما لا يتم تطبيقها على حالات الزواج التقليدي. وينص تقرير اليونيسف (2001) على أن عددا كبيرا من الفتيات وعدد أقل من الأولاد يدخلون في زواج دون ممارسة حقهم في اختيار شريك زواجهم. وهكذا يكون مصير الفتيات الصغيرات وغير المتعلمات طالما أن تولي مسؤوليات الزوجة لا تدع عادة مجالا لمواصلة الدراسة وتكاد تعزل الفتاة من العملية التعليمية تماما (اليونيسف، 2001). وهذا يؤدي أيضا إلى الحمل المبكر، وهو ما يعني وجود مخاطر أكبر على صحة الأم والطفل على حد سواء.

ويعرض الشكل 7.6 معدل انتشار زواج الأطفال (سواء بالنسبة للزواج قبل سن 15 أو 18) في مختلف مجموعات البلدان بين عامي 2008 و 2014. وحسب الشكل، فإن مجموعة منظمة التعاون الإسلامي سجلت أعلى معدلات انتشار زواج الأطفال في كلا الفئتين بحيث أن 7.1% من جميع حالات الزواج حصلت قبل بلوغ 15 سنة و 25.6% منها قبل سن 18. وبالمقابل، يبلغ المتوسط العالمي 5.6% بالنسبة لحالات الزواج تحت سن الـ 15 و 23.8% لحالات الزواج قبل بلوغ 18 سنة من العمر. أما في البلدان النامية غير الأعضاء، فيعتبر زواج الأطفال أقل شيوعا مقارنة بمجموعة بلدان المنظمة بحيث سجلت نسبتي 4.7% و 22.5% 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 المنظمة في تشاد (29%) تلتها النيجر (28%)، بينما تم تسجيل أدنى معدل في نفس المجموعة في طاجيكستان (0.1%) (الشكل 7.6).

الشكل 7.6

زواج الأطفال (%) 2008-2014* (يسار)، وعدد الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي ذات أعلى وأدنى معدلات انتشار زواج الأطفال (تزويجهم عند بلوغ 15 سنة، %)



المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على بيانات اليونيسيف.* آخر سنة متوفرة

© سيسرك 2017

4.6 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، فحيثما توجد صراعات هناك احتمال كبير بأن يحرم الأطفال من الخدمات الأساسية مثل التعليم والرعاية الصحية.

ويحدد والتر (Walter،2010) ضمن تقرير للبنك الدولي وجود ثلاثة أنماط بشأن الصراعات وتجدد حدوثها. أولا، للحروب الأهلية معدل تكرار مرتفع بشكل مهول؛ فمن بين 103 بلدا شهد شكلا من أشكال الصراع خلال الفترة الممتدة بين 1945 و2009، لم يتمكن 59 بلدا من تجنب عودة الحرب الأهلية لاحقا. وهذا 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" لـ Collier و Sambanis، 2002. والتوجه الثاني الذي حدده والتر هو أن الحروب الأهلية المتكررة أصبحت الشكل السائد للنزاع المسلح في العالم اليوم. وفي الواقع، ومنذ عام 2003، فإن كل الحروب الأهلية التي اندلعت لم تكن إلا استمرارا لحرب أهلية سابقة، مما يدل على أن مشكلة الحروب الأهلية لا تتمحور حول منع اندلاع حروب أهلية جديدة وإنما 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 من منظور تاريخي ويقيم الآثار المحتملة لهذه الصراعات على الأطفال.

مما لا شك فيه 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 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.

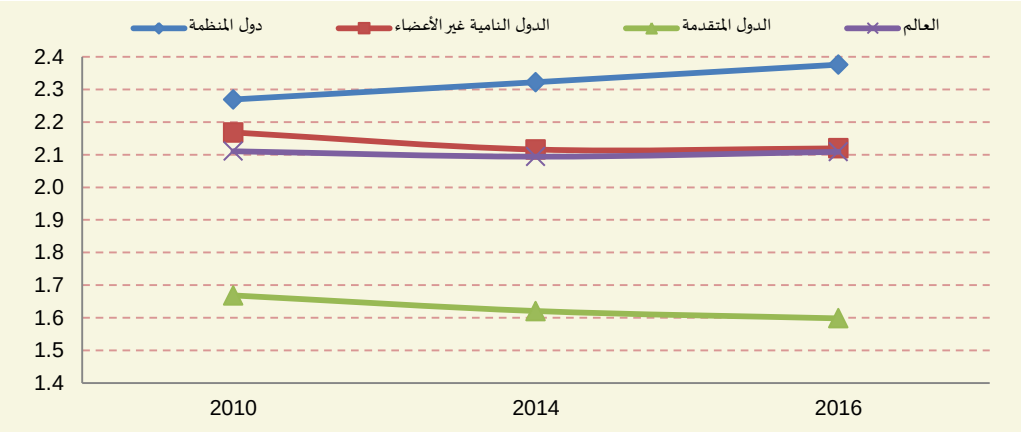
ويعد الأطفال، الذين هم في خضم المراحل الحرجة للتنمية الشخصية، أكثر تضررا من الحرب بالمقارنة مع الكبار. فهم يعتمدون أكثر حتى من البالغين على الحماية التي توفرها الأسرة والمجتمع والقانون في حالة

السلم (MOFA،2000). ويمكن للحروب أن تهدد باقتلاع عناصر الحماية هذه، حاملة معها عواقب سلبية تمس نمو الطفل وبالتالي تؤثر على سلام القادم من الأجيال واستقرارهم.

وتتعدد أوجه أثر الصراعات على الأطفال، فهم عرضة للاستهداف 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 الفتيات، فبالإضافة إلى كونهن محرومات حتى في حالة السلم، فهن يتعرضن للاعتداء الجنسي والاغتصاب والاستعباد وأشكال أخرى من المحن في وقت النزاعات (MOFA،2000).

الشكل 8.6

مؤشر السلام العالمي، 2010-2016



المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناءً على قواعد بيانات مؤشر السلام العالمي لمعهد الاقتصاد والسلام (IEP).

ووفقا لمؤشر السلام العالمي (GPI) الذي يعده معهد الاقتصاد والسلام (IEP)، فإن "الصراعات في منطقة منظمة التعاون الإسلامي تسلك منحى تصاعديا".[3] وارتفع متوسط مجموعة بلدان المنظمة على المؤشر بين عامي 2010 و 2016 إذ سجل ارتفاعا من 2.3 عام 2010 إلى 2.4 عام 2016. وبهذه النتيجة، تكون مجموعة المنظمة هي المجموعة ذات أعلى نتيجة كمتوسط مقارنة مع مجموعات البلدان الأخرى ما يدل على وجود تدني في درجات السلم وعدد أكبر من الصراعات.

[3] مؤشر السلام العالمي (GPI) هو مؤشر يستخدم لقياس حالة السلم أو غياب العنف والصراع وطنيا. ويقيس حالة 162دولة وهو صادر عن معهد الاقتصاد والسلام (IEP). ويتألف من 22 مؤشرا، تتراوح بين مستوى الإنفاق العسكري لبلد ما وعلاقاته بالبلدان المجاورة له والنسبة المئوية لنزلاء السجون. 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 ووحدة البحوث الاقتصادية التابعة لمجلة ذي إيكونوميست. وتمتلك الأمم الأكثر سلاما قيما منخفضة على المؤشر. أي أن الدرجة المنخفضة على المؤشر تدل على عدد أقل من النزاعات أو انتشار حالة من السلم بقدر كبير.

© سيسرك 2017

وبشكل عام، تكشف الأرقام أن الصراعات في البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي، في المتوسط، آخذة في الارتفاع، وأن متوسط مستوى السلم في تراجع فيها عاما بعد آخر. وتدلل هذه الحقائق على أن عددا متزايدا من الأطفال يعانون كل سنة من ويلات الصراعات وانعدام السلم في بلدان المنظمة . فهم أكثر عرضة للصراعات المسلحة، والاتجار بالبشر، والعنف وسوء المعاملة، والافتقار إلى الخدمات الأساسية. وعلى وجه خاص، تشتد معاناة الأطفال في مناطق ساخنة من مناطق المنظمة، 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 القتلى من الأطفال في العراق ما يقرب من 700 خلال عام 2014 فقط، بينما قتل أكثر من 10.000 طفل في سوريا منذ اندلاع الصراع عام 2011 (اليونيسف، b2013). وتقتصر هذه الأرقام على عدد القتلى فقط 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 إقليم آتشيه الإندونيسي خلال شهر مايو 2003 فقط وذلك في سياق الصراع بين القوات الحكومية والجماعات المتمردة.

ويعد النزوح أيضا من الآثار السلبية للصراعات، فالأطفال ليسوا بمنأى عن المعاناة من عمليات النزوح وما يرفقه من تعرضهم لمختلف أشكال العنف والاعتداء في طريقهم لوجهات جديدة. 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 إلى مآسي حقيقية.

وغالبا ما تستمر معاناة الأطفال الذين يعايشون الصراعات لتصاحبهم طوال حياتهم بسبب الآثار النفسية بعيدة المدى لهذه الصراعات حتى بعد أخذهم لأماكن بعيدة عنها. وأظهرت 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 المتعلقة بالصحة النفسية انتشارا سلس البول والإعاقة الذهنية والتوحد / اضطرابات النمو، وأن أهم ما يبعث على القلق في أوساط المراهقين هي ثلاثة: 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. والأدهى من ذلك 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. ولذلك، فإنه حري بالبلدان الأعضاء 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 تحسن من جودة حياة الأطفال بشكل جزئي لا غير. وحسب اليونيسف (2013)، فإن معاناة الأطفال الذين يعيشون في المخيمات تستمر لتتجلى في أشكال مختلفة من الاضطرابات النفسية نتيجةً لتعرضهم للعنف وسوء المعاملة في المناطق المتأثرة بالصراعات. ولذلك، ينبغي على صانعي السياسات مراعاة كل هذه الجوانب المختلفة لتضمينها 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 منها "تقييم التقدم المحرز والخطوات التي تم اتخاذها والصعوبات التي تعرقل عملية تعزيز حماية الأطفال في حالات النزاع المسلح، إلى جانب 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[4]".

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 يرزحون تحت وطأة الآثار السلبية للصراعات كل عام. وعلى المدى البعيد، يبدو أن الحل الأقل كلفة والأكثر فعالية هو ضمان السلام، وفيما عدا ذلك، فأي 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.

5.6 عمالة الأطفال

وفقا لتعريف منظمة العمل الدولية، فإن مصطلح "عمالة الأطفال يعني استغلال الأطفال في أي عمل يحرمهم من طفولتهم ويعيق من قدرتهم على الالتحاق بالمدارس النظامية ويشكل خطرا وضررا على سلامتهم الذهنية أو الجسدية أو الاجتماعية أو الأخلاقية". وعلى مدى سنوات، قام المجتمع الدولي بالتعاون

[4] يتوفر في الملحق ملخص بشأن الجهود التي بذلتها منظمة التعاون الإسلامي.

© سيسرك 2017

مع الحكومات والجهات المعنية الأخرى بخطوات كبيرة لتطوير وتفعيل إطار تشريعي وسياساتي مناسب لمعالجة قضية عمالة الأطفال. وفي الوقت الحاضر، فإن عمالة الأطفال يعد أمرا محظورا في جميع أنحاء العالم، وعدد الأطفال العاملين في انخفاض (منظمة العمل الدولية، 2013). مع ذلك، وعلى الرغم من كل الإنجازات والتقدم الحاصل في هذا الإطار، إلا أنه من المؤسف أن ملايين الأطفال حول العالم ما يزالون عرضة للعمالة.

وكما هو مبين في الشكل 9.6، فإن 15.8% من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 5 و 14 سنة كانوا عرضة للتشغيل على المستوى العالمي، في حين بلغت هذه النسبة 15.3% في البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة و 17.0% في بلدان المنظمة. وبشكل عام، بقي انتشار عمالة الأطفال أعلى بين الأولاد أكثر من البنات في الفئة العمرية المتراوحة بين 5 و 14 سنة. أما بالنسبة لانتشار عمالة الأطفال بين الذكور، فقد سجلت بلدان المنظمة نسبة 16.7% مقارنة مع 16.4% في العالم و 14.5% في البلدان النامية الأخرى. وعلى نحو مشابه، فقد سجلت بلدان المنظمة متوسط انتشار أعلى للعمالة في أوساط الأطفال من الإناث (15.3%) مقارنة مع 14.6% في العالم و 14.4% في البلدان النامية الأخرى.

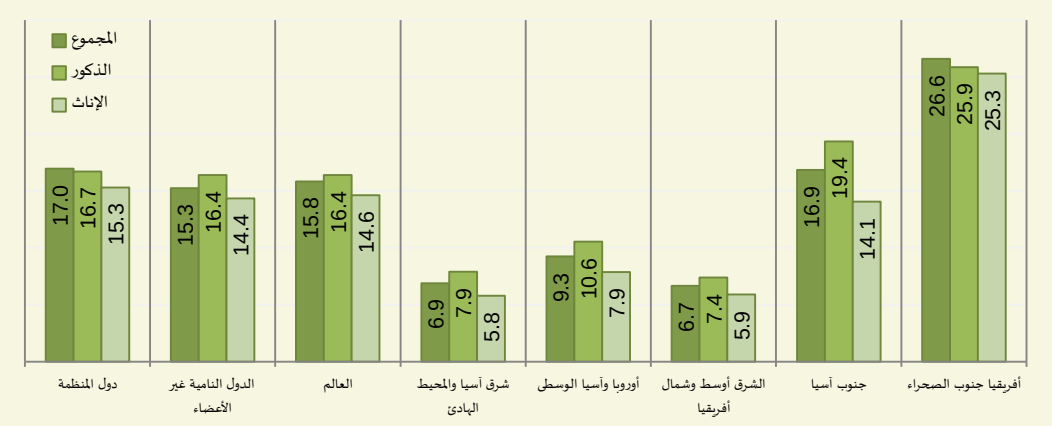
وكما هو مبين في الشكل 9.6، تختلف معدلات انتشار عمالة الأطفال بشكل كبير من منطقة لأخرى في مجموعة بلدان منظمة التعاون الإسلامي. ففي الفترة الممتدة بين عامي 2009 و 2013، سُجل أعلى معدل لانتشار العمالة بين الأطفال المتراوحة أعمارهم بين 5 و 14 سنة في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى (26.6%) في حين تم تسجيل أدنى معدل في منطقة أوروبا وآسيا الوسطى (5.8%). أما بالنسبة لباقي المناطق، فقد سجلت منطقة جنوب آسيا معدل انتشار بلغ 12.2% تلتها منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا بمعدل 8.9% ثم منطقة شرق آسيا والمحيط الهادئ بمعدل 6.7%. وبقي معدل انتشار عمالة الأطفال بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 5 و 14 سنة في كل المناطق، باستثناء منطقة أفريقيا جنوب الصحراء، أقل من متوسط منظمة التعاون الإسلامي، كما تعد عمالة الأطفال مستشرية بشكل عام في أوساط الذكور في جميع مناطق المنظمة. وبمعدل 25.9%، سجلت منطقة أفريقيا جنوب الصحراء أعلى نسبة انتشار لعمالة الأطفال الذكور من بين كل المناطق (الشكل 9.6). وفي حالة عمالة الأطفال الإناث، سجلت منطقتي أفريقيا جنوب الصحراء وجنوب آسيا من جديد أعلى معدل انتشار بلغ 25.3% و 14.1% على التوالي في حين لم تبلغ المعدلات في باقي المناطق سوى 5.8% في أوروبا وآسيا الوسطى و 5.8% في شرق آسيا والمحيط الهادئ و 5.9% في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (الشكل 9.6).

من ناحية أخرى، هناك تباينات شاسعة 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 في الفئة المتراوحة أعمارهم بين 5 و 14 سنة خلال الفترة الممتدة بين عامي 2009 و 2015 (الشكل 10.6). في المقابل، سجلت أعلى نسبة انتشار عمالة الأطفال في الصومال

(49%) تلتها الكاميرون (47%) وبوركينا فاسو (39.2%) ثم غينيا بيساو (38%)، وقد تم تصنيف هذه الدول الأربع ضمن البلدان ذات أعلى المعدلات في هذا الصدد في العالم.

الشكل 9.6

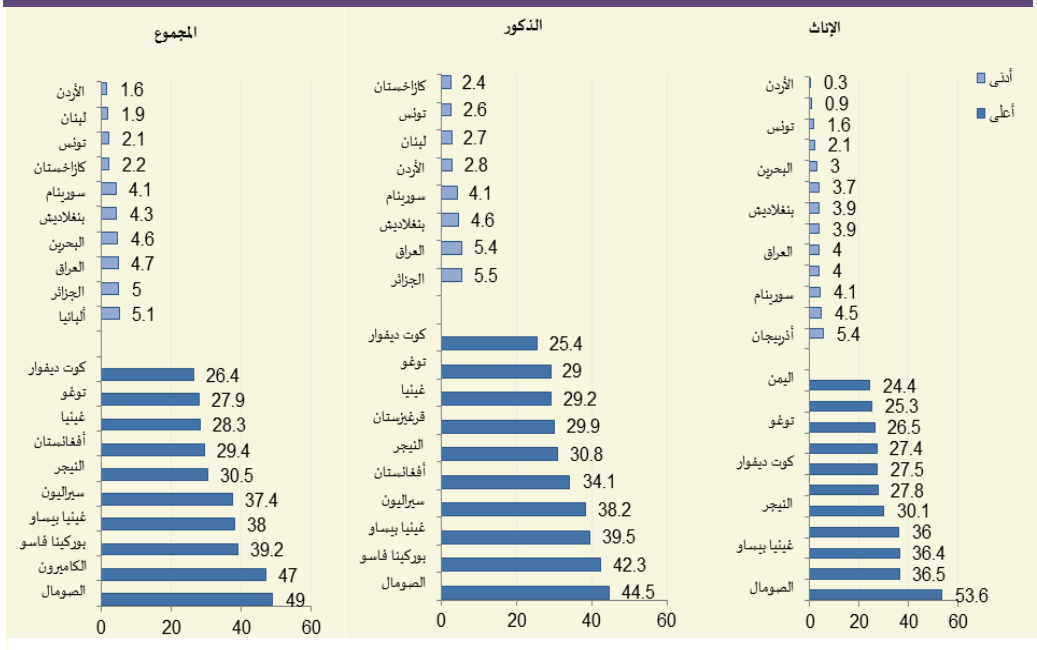
انتشار العمالة بين الأطفال (%)، 2009-2015*



المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على بيانات اليونيسيف.* آخر سنة متوفرة

الشكل 10.6

دول المنظمة ذات أعلى وأدنى معدلات انتشار العمالة بين الأطفال (%)، 2009-2015*



المصدر: بيانات اليونيسيف.* آخر سنة متوفرة

© سيسرك 2017

7 ملاحظات ختامية

يلقي هذا التقرير الخاص بوضعية الأطفال في منظمة التعاون الإسلامي من منظور مقارن. وينصب التركيز على العوامل الاجتماعية والاقتصادية المتعلقة بالصحة والتعليم والتغذية والصراعات وعمالة الأطفال التي تشكل أثرا على رفاه الأطفال وتنميتهم. إذ من خلال هذا التقرير تمت مناقشة كل هذه الأبعاد التي تمس الأطفال بشكل مباشر بالتفصيل وتحليلها بالاعتماد على البيانات المتاحة عن بلدان المنظمة في الأقسام المخصصة لكل موضوع من هذا التقرير.

وتتميز بلدان المنظمة بالفتوة من حيث التوزيع السكاني، إذ أن أكثر من ثلث السكان تقل أعمارهم عن سن الـ 15 من العمر. كما يؤكد هذا الأمر الطلب الكبير على الرعاية الصحية والتعليم المدرسي والغذاء والترفيه والحماية الاجتماعية وخدمات الرعاية الاجتماعية للرضع والأطفال الصغار. وعلى مر السنين، أحرزت العديد من دول المنظمة تقدما ملحوظا فيما يتعلق بضمان حقوق الأطفال في الرعاية الصحية مع تنامي الموارد التي يتم استثمارها في خدمات الرعاية الصحية الأساسية أكثر من أي وقت مضى. 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. وبدءا من أعلى معدل لوفيات الأطفال دون سن الخامسة البالغ 126 حالة وفاة لكل 1000 مولود حي في عام 1990، فإن دول المنظمة تمكنت من خفض معدل وفيات الأطفال دون الخامسة بنسبة 52% لتصل إلى 60 حالة وفاة لكل 1000 مولود حي في عام 2015. لكن على الرغم من هذا التقدم الملحوظ، فإن هذه الدول كمجموعة بلغت أقل المكاسب فيما يتعلق بالتقليص من وفيات الأطفال منذ ذلك العام. وبانخفاض 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 2015.

كما تعد قضايا التغذية والأمن الغذائي للطفل في دول المنظمة مثار قلق كبير هي الأخرى. ونتيجة لذلك، فإن الأطفال في دول المنظمة لا يعانون فقط من ارتفاع خطر الوفاة بسبب أمراض كالإسهال والالتهاب الرئوي والملاريا، بل يتعدى ذلك إلى العاهات الجسدية والذهنية بسبب سوء التغذية ونقص المغذيات

الدقيقة مثل فيتامين (أ) واليود والحديد. خلال فترة 2010-2015، عانى حوالي ثلث الأطفال في بلدان منظمة التعاون الإسلامي من تأخر النمو و 18% من نقص الوزن و 9% من الهزال و 6% منهم عانوا من زيادة الوزن. فعلى 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 39% من الأطفال في منظمة التعاون الإسلامي هم من تلقوا الرضاعة خلال الساعة الأولى من الولادة و 33% هم من تلقوا الرضاعة الطبيعية خلال ستة أشهر الأولى من الحياة و 44% حصلوا على رضاعة طبيعية حتى في سن الثانية و66.1% من الرضع تلقوا الأغذية التكميلية من 6 إلى 8 أشهر.

وبالنظر إلى مؤشرات مختارة حول التعليم من منظور رفاه الأطفال يتبين أن بلدان منظمة التعاون الإسلامي قد حققت تحسنا كبيرا من حيث معدلات الإلمام بالقراءة والكتابة والإلتحاق بالمدارس وإكمال التمدرس منذ التسعينات. غير أنه ما يزال أمام البلدان الأعضاء في المنظمة ، في المتوسط، طريق طويل للوصول إلى مستوى البلدان المتقدمة من حيث معدلات الإلمام بالقراءة والكتابة، والإنخراط في التعليم وإكمال المستويات القانونية.

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 نصيب التلميذ الواحد من النفقات الحكومية 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. وفيما يتعلق بنوعية التعليم للأطفال، تواجه البلدان الأعضاء في المنظمة مشاكل بهذا الخصوص. كما تواجه بلدان المنظمة مشاكل تتعلق 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. من بين الحقائق الأخرى التي لوحظت في الخدمات التعليمية للأطفال في البلدان الأعضاء في المنظمة هي عدم وجود بعد يتعلق بالمساواة بين الجنسين. ويتبين أن هناك فوارق هامة بين الفتيان والفتيات في الحصول على التعليم، وأن الفتيات في الغالب محرومات. وأخيرا، من حيث الاختلافات فيما بين الأقطار، تختلف معدلات الالتحاق بالمدارس وإكمال الدراسة على نطاق واسع ضمن مجموعة بلدان المنظمة. لذلك 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.

© سيسرك 2017

ومن أجل حماية الأطفال وتوفير الخدمات الأساسية لهم، تتبوأ شهادة الميلاد أهمية خاصة. مع 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. وكنتيجة لذلك يضطر العديد من الأطفال في البلدان الأعضاء في المنظمة إلى البقاء خارج نطاق الخدمات العامة ويواجهون أشكالا مختلفة من العنف بسبب عدم وجود شهادة ميلاد رسمية. ومن ثم، فهي من المسائل الهامة والعاجلة التي يتعين على واضعي السياسات في البلدان الأعضاء في المنظمة التصدي لها لتحسين رفاه الأطفال.

من المعلوم أنه ليس هناك ما يبرر ممارسة أي شكل من أشكال العنف ضد الأطفال. مع ذلك، تظهر الأرقام أن العنف والإساءة يمارسان بدرجات متفاوتة ضد الأطفال في العديد من البلدان في جميع أنحاء العالم، وهذا أمر لا يجب تجاهله. إلا أنه ومع 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.

وتشكل الصراعات في دول المنظمة تهديدا رئيسيا لرفاه الأطفال. أثر الصراعات خطير جدا على الأطفال ويتجلى ذلك في كونه يحدث 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.

تعد عمالة الأطفال من أسوأ أشكال الاستغلال المتفشية في كل أرجاء العالم النامي، فالأفكار المتعلقة بعمل الأطفال محظورة في بلدان منظمة التعاون الإسلامي، و 17% من الأطفال الذين يبلغ عمرهم 5-14 ما زالوا محاصرين في عمل الأطفال في الفترة 2009-2015. وعموما، غالبا ما تكون نسبة الأولاد المشاركين في عمالة الأطفال أكثر من الفتيات. وفي المجموعات الإقليمية لمنظمة التعاون الإسلامي، ظل انتشار عمالة الأطفال أعلى في منطقتي أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وجنوب آسيا، التي تعد حاليا موطنا لنحو نصف مجموع الأطفال في منظمة التعاون الإسلامي الذين تتراوح أعمارهم بين 5 و 14 سنة.

8 توصيات سياساتية

يعتبر الوضع الصحي والتغذوي للأطفال في العديد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي سيئا للغاية. لذلك يبقى التحدي المطروح أمام بلدان المنظمة الرازحة تحت وطأة هذا الوضع 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 يخص الصحة، تتشمل الإجراءات ذات الأولوية تدريب مقدمي الرعاية السابقة للولادة، وتحسين الإمدادات والخدمات اللوجستية للمرافق الصحية، وتعزيز الروابط بين المجتمعات والمستشفيات فيما يخص إحالة الحالات وتقديم الرعاية العاجلة للأمهات والأطفال، والاستثمار في توفير المزيد من العاملين في مجال الصحة المدربين والمجهزين بشكل أفضل من أجل الوصول إلى معظم الأطفال المحرومين من الرعاية الصحية الأساسية في الوقت الحاضر، وتطوير برامج الرعاية المنزلية لهذه الفئات القائمة على نماذج ناجحة من العاملين في صحة المجتمع، ونشر الوعي لدى العائلات والمجتمعات بشأن الطرق المثلى لتنشئة الأطفال بشكل صحي والتعامل مع الأمراض عند حدوثها، والاستخدام الأمثل للبيانات لمراقبة وتحسين التغطية الصحية للأطفال وجودتها. ولتحسين نطاق التحصين بين الأطفال، ينبغي للتدابير ذات الأولوية المتخذة من قبل الحكومات والأطراف المساهمة الأخرى أن تتضمن صياغة استراتيجيات ابتكارية لتحقيق نطاق تحصين واسع ومنصف، وتطوير لقاحات وتقنيات جديدة للتحصين واستخدامها، ومزامنة أسبوع التطعيم بين دول المنظمة، ومجابهة تحريم التلقيح من خلال إشراك الرموز الدينية والسياسية في المجتمع، وتفعيل آلية الشراء المشترك للقاحات ضمن منظمة التعاون الإسلامي لتأمين توفير اللقاحات ذات الجودة العالية والحصول عليها في الوقت المناسب.

كما يتعين على الحكومات اتخاذ التدابير اللازمة لتحسين الوضع الغذائي للأطفال من خلال استهداف حالات نقص الوزن وتوقف النمو والهزال لديهم. وبالنظر إلى حقيقة أن صحة الأم أمر بالغ الأهمية بالنسبة لطفلها، فإنه ينبغي على الدول تطوير برامج وخدمات الصحة العامة والعمل على تحسينها بحيث تقوم بتوفير الإمكانيات التوعوية والمادية للنساء في سن الإنجاب لتعزيز جانب التغذية الصحية لديهن في فترة ما

قبل الحمل وأثناءه، وإجراء عمليات تقييم للنساء الحوامل المعرضات للخطر سعيا للمساهمة في ضمان حصولهن على العناية الطبية الملائمة. بالإضافة إلى ذلك، يجب بذل المزيد من الجهود لصرف النساء عن التدخين، وتشجيع المدخنات على الإقلاع عن التدخين. وتعد الأبحاث الأكاديمية والسريرية بشأن المسببات الرئيسية للاضطرابات الناجمة عن سوء التغذية أمرا بالغ الأهمية كذلك، ويستوجب قدرا عاليا من اهتمام صناع السياسات. وفيما يتعلق بعلاج مشكلة السمنة، فقد كان للحملات الداعية إلى التحكم في الوزن على مستوى السكان بالغ الأثر في نشر الوعي بشأن الحد من فرط الوزن بين العاملين في المجال الطبي وصناع السياسات وعامة الناس. ومن الأمور التي تكتسي أهمية كبيرة في هذا الشأن كذلك إبقاء تسويق الأغذية غير الصحية والمشروبات السكرية للأطفال تحت المراقبة، والحد من استخدام المنتجات التي تدّعي بشكل مضلل أنها صحية ومغذية. وفي بعض البلدان، قامت الحكومات بفرض زيادة في مقدار الضرائب على الأغذية ذات السعرات الحرارية المرتفعة والقيمة الغذائية المنخفضة تقليلا لاستهلاكها.

ويعد تشجيع الاقتصار على الرضاعة الطبيعية في الستة الأشهر الأولى واستمرارها حتى عامين وأكثر ذا أهمية بالغة بالنسبة للوضع الغذائي للأطفال. وعلى النحو الذي أوصت به الاستراتيجية العالمية لتغذية الرضع وصغار الأطفال (منظمة الصحة العالمية، 2003)، يتعين على جميع الأمهات الحصول على الإعانة الاحترافية للشروع في الرضاعة الطبيعية الخالصة وإبقائها لستة أشهر، وضمان تقديم الأغذية التكميلية الآمنة بالقدر والتوقيت الملائمين مع إبقاء الرضاعة الطبيعية لمدة سنتين أو أكثر. ومن أجل معالجة مظالم الأمهات العاملات، فإنه يتوجب على الحكومات أن تسنّ تشريعات من شأنها أن تحمي حقوقهن في الإرضاع الطبيعي، وتستحدث الوسائل لإنفاذها وفقا لمعايير العمل الدولية. إضافة إلى ذلك، فإن إثراء الأغذية، وتكميلها بالمغذيات الدقيقة، ومعالجة سوء التغذية الحاد تعتبر مجالات سياساتية هامة لا سيما في البلدان التي تزداد فيها وطأة هذه القضايا. وفي هذا الصدد، يمكن لدول المنظمة الاستفادة من الدعم الفني والمالي التي تقدمه المؤسسات الدولية وشركاء التنمية من خلال مبادرات على غرار حركة الارتقاء بمستوى التغذية (SUN) التي تقوم بمساعدة البلدان في وضع وتنفيذ السياسات المتعلقة بتغذية الرضع وصغار الأطفال، والتعاون مع الشركاء في تنفيذ البرامج ذات الأهداف المشتركة في مجال التغذية، وحشد الموارد للرفع من مستوى التغذية بشكل فعال مع التركيز بصورة أساسية على تمكين المرأة. وفي الوقت الراهن، تضم عضوية هذه الحركة 55 دولة تشمل 26 دولة عضو في منظمة التعاون الإسلامي.

فبالنظر للحقائق والأرقام ذات الصلة بتعليم الأطفال، يتبين أنه يتعين على البلدان الأعضاء في المنظمة تخصيص المزيد من الموارد المالية والبشرية لقطاع التعليم. إن زيادة الإنفاق على التعليم لا يمكن إلا أن يعالج جزئيا المشاكل المتعلقة بتعليم الأطفال. وينبغي استخدام المصادر المخصصة للتعليم بعناية فائقة مع التخطيط السليم. حيث يتعين على صناع السياسة إعطاء الأولوية للمناطق المحرومة (المناطق النائية في

© سيسرك 2017

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 المنظمة ومناطقها 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. وتعتبر المنظمات غير الحكومية والعلماء المسلمين،على وجه التحديد، من العوامل التمكينية الجوهرية لنجاح السياسات التعليمية للأطفال في البلدان الأعضاء في المنظمة. وتؤثر العديد من المنظمات غير الحكومية والعلماء المسلمين على الأسر أكثر من المؤسسات العامة في بعض مناطق البلدان الأعضاء في المنظمة. ولهذا، ينبغي على واضعي السياسات عدم التقليل من أهمية المنظمات غير الحكومية والعلماء المسلمين كفاعلين أساسيين لنجاح سياساتهم المتعلقة بتعليم الأطفال.

كما تشير 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. إذ يمكن 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 السياساتية لزيادة معدلات تسجيل المواليد. وبناء على ذلك، يمكن لكل بلد عضو في منظمة التعاون الإسلامي حسب وضعه الراهن الاستفادة من هذه الخيارات السياسة بدرجات متفاوتة.

وبشكل عام، يمكن الاعتماد على العديد من السياسات لمكافحة مختلف أشكال العنف ضد الأطفال بما في ذلك تنظيم حملات توعوية عامة وسن تشريعات. ومع ذلك، فإن أكثر الطرق فعالية لمكافحة العنف هي "الوقاية". ولذلك، يتعين على واضعي السياسات في البلدان الأعضاء في المنظمة أن يأخذوا هذه الحقيقة 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.

فأقل الطرق فعالية وتكلفة للتصدي للصراعات هي إحلال السلام والحفاظ عليه. ومع ذلك، ليس من الممكن دائما منع الصراعات نظرا للوضع القائم في العالم. لهذا السبب، يجب على واضعي السياسات العمل على إيجاد حلول للتقليص من حدة آثار النزاعات على الأطفال وتحسين رفاهيتهم في مناطق الصراع. وتحقيقا لهذه الغاية، وللتقليل من آثار الصراعات على الأطفال، يقترح تقرير اليونيسيف (2004) على المجتمع الدولي : الأخذ بعين الاعتبار أثر الصراع على الأطفال قبل الدخول فيه، والسماح بحماية الأطفال والنساء أثناء الصراع؛ وإنهاء تجنيد الأطفال؛ وتعزيز البيئة الوقائية للأطفال على جميع المستويات، ابتداء من مستوى الأسرة إلى مستوى القوانين الوطنية والدولية؛ ومنع الصراعات عن طريق معالجة الأسباب الكامنة وراء العنف واستثمار المزيد من الموارد في الوساطة وحل النزاعات؛ وجعل الرصد والإبلاغ عن انتهاكات حقوق الطفل في مناطق النزاع ذا أولوية كبيرة، بما في ذلك جمع بيانات موثوقة عن الأطفال الذين يشاركون بنشاط في الصراعات المسلحة؛ وتوسيع نطاق حملات التسريح والتوعية بخطر الألغام؛ وإعادة تشغيل التعليم للأطفال الذين وقعوا في صراعات مسلحة في أقرب وقت ممكن؛ وتعزيز قدرة الوكالات الإنسانية على الاستجابة للصراعات عن طريق تطوير نظم الإنذار المبكر وتحسين التأهب.

وهناك خيارات سياساتية يمكن لمنظمة التعاون الإسلامي، ببلدانها الأعضاء السبعة والخمسين، الاعتماد عليها لمساعدة الأطفال في مناطق النزاع. أولا وقبل كل شيء، يمكن لمنظمة التعاون الإسلامي تنظيم اجتماعات / محافل عادية وخاصة/عالية المستوى لتسليط الضوء على أهمية القضية وإنشاء آلية رصد 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 ذلك يمكن 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.

© سيسرك 2017

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 البلدان الواقعة في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. هذه الحالة تؤكد حاجة الحكومات إلى الإنفاذ الصارم للقوانين والتشريعات لمكافحة عمل الأطفال. وللقيام بذلك، تحتاج بلدان المنظمة إلى تطوير استجابة متكاملة لعمالة الأطفال في ضوء خارطة الطريق الدولية للقضاء على أسوأ أشكال عمالة الأطفال بحلول عام 2016 وإعلان برازيليا بشأن عمالة الأطفال (2013). فعلى 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(–156 ,(2165.

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 (2016). 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 (2016). The Millennium Development Goals Report 2015. New York, USA

UNICEF (2001). Early Marriages and 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.

© سيسرك 2017

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/

الملحقات

الملحق 1: نحو طفولة سليمة [5]

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 مسألة ذات 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. وللوالدين والأسر والمجتمعات المحلية والحكومات مسؤوليات معينة تجاه الأطفال. إذ أن جميعهم ملزمون بالوفاء بهذه الحقوق وتأمينها.

إن الصراع المتصاعد في جميع أنحاء العالم يؤدي في وقتنا الحاضر لزيادة وتعقد المخاطر المتعلقة بحماية الأفراد الضعفاء في الأسرة، وخاصة الأطفال. ووفقا لآخر التقارير المعنية بالشؤون الإنسانية، فإنه منذ عام 2013 وعدد الأشخاص اللاجئين (16.7 مليون) وأيضا النازحين داخليا (33.3 مليون) في تزايد مستمر وأكثر من أي وقت مضى (منذ عام 1994). كما يعاني الأطفال والنساء بشكل متفاوت وجسديا ونفسيا عند اندلاع الحرب والصراع في بلادهم. ففي البلدان الأعضاء في المنظمة التي تشهد حروبا أهلية أو صراعات مسلحة أو احتلالا 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. إذ يسقط بعضهم 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. لذلك فإن أثر النزاع المسلح والتشرد والاستغلال يؤدي إلى آثار سلبية شديدة على صحة الطفل النفسية والعقلية. فمعاناتهم تستمر مع اضطرابات ما بعد الصدمة تمنعهم من التحرك والعيش حياة طبيعية والمساهمة بشكل إيجابي في مجتمعاتهم.

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

لهذا 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 والوقوف مع الأطفال المعرضين للخطر الذين يعيشون في ظل الصراع المسلح في محنتهم.

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. إن أكثر من 10.000 طفل قتلوا في سوريا منذ اندلاع الصراع عام 2011. اختطفت بوكو حرام 276 تلميذة في شمال شرق نيجيريا في عام 2014. وقد اختطف تنظيم داعش 153 طفلا كرديا خلال عام 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. في سوريا، أكثر من نصف مجموع الأطفال في سن الدراسة لا يذهبون إلى المدارس نتيجة للصراع القائم. وما يزال الأطفال محرومين من حقهم في الطفولة آمنة، ناهيك عن حقوقهم وحاجاتهم الإنسانية الأساسية. وعلى 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. لهذا السبب، 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

إن الانتهاكات الجسيمة الستة ضد الأطفال خلال النزاعات المسلحة قد 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.5 وفيما بعد وسع وعزز قرار مجلس الأمن رقم 1882 لعام 2009 آلية الرصد والإبلاغ.

© سيسرك 2017

وخلال 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. مع 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. فقد 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

إن المؤتمر الإسلامي للوزراء المكلفين بالطفولة هو أحد 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 والرابعة 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: إعلان: 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.

© سيسرك 2017

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

وسلط 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.

كما انه من أهم القضايا التي تم التوصية بشأنها تدخل في إطار:

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

إذ كانت 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.

في نفس الوقت الذي يلفت فيه المؤتمر انتباه المشاركين إلى عهد منظمة التعاون الإسلامي حول حقوق الطفل في الإسلام[6]، 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. وخص التقدير أيضا مساهمات منظمة التعاون الإسلامي في عملية تطوير وتنفيذ برامج مماثلة للأطفال في دارفور وقطاع غزة.

إذ كانت أهم التوصيات الصادرة عن هذا المؤتمر:

- 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.

[6] اعتمد عهد حقوق الطفل في الإسلام خلال الدورة 32 للمؤتمر الإسلامي لوزراء الخارجية (CFM) الذي عقد في صنعاء، الجمهورية اليمنية (القرار رقم LEG-32/1 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. لذلك، 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.

© سيسرك 2017

- 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.

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.

إذ كانت أهم التوصيات الصادرة عن هذا المؤتمر:

- 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

© سيسرك 2017

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

منطقة شرق آسيا والمحيط الهادئ EAP-3	منطقة أوروبا وآسيا الوسطى ECA-10	منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا MENA-19	منطقة جنوب آسيا SA-4	أفريقيا جنوب الصحراء (SSA-21)
بروناي إندونيسيا ماليزيا	ألبانيا، أذربيجان، كازاخستان، قيرغيزستان، طاجيكستان تركيا، تركمانستان أوزبكستان غيانا *، سورينام *	الجزائر؛ البحرين، جيبوتي؛ مصر، إيران؛ العراق؛ الأردن؛ الكويت؛ لبنان؛ ليبيا. المغرب؛ سلطنة عمان؛ فلسطين؛ دولة قطر؛ المملكة العربية السعودية؛ سوريا؛ تونس؛ الإمارات العربية المتحدة؛ اليمن	أفغانستان بنغلاديش جزر المالديف باكستان	بنين. بوركينا فاسو؛ الكاميرون. تشاد. جزر القمر. كوت ديفوار؛ الغابون. غامبيا، غينيا. غينيا بيساو. مالي. موريتانيا. موزامبيق؛ النيجر. نيجيريا؛ السنغال؛ سيرا ليون؛ الصومال؛ السودان. ليذهب؛ 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.

© سيسرك 2017