

وضع الأطفال في العالم ٢٠١٣

الأطفال ذوو الإعاقات



وضع الأطفال في العالم ٢٠١٣

شكر وعرهان

يأتي هذا التقرير ثمرة للتعاون بين العديد من الأفراد والمؤسسات، الذين يستحقون الشاء والعرهان. وإذ يتوجه فريق الأبحاث وهيئة التحرير بالشكر لكل أولئك الذين أسهموا بمحض اختيارهم بالكثير من خبراتهم وطاقاتهم، فإنه يُرجي شكره على وجه الخصوص إلى:

«فسنا بوسنجاك» (الخدمات الاجتماعية الدولية)، «صهيب تشولكلن» (المقرر الخاص للأمن العام للأمم المتحدة بشأن الإعاقة)، «مورين دوركين» (جامعة وسكنسن)، «نورا غروسي وماريا كت» (منظمة ليونارد تشيشاير للإعاقة ومركز التنمية الشمولية، الكلية الجامعية - لندن)، «نواف كباره» (المنظمة العربية للأشخاص المعوقين)، «ليزا جوردان» (مؤسسة بيرنارد فان لير)، «كوني لورين-بوي» (تحالف الإعاقة الدولي)، «باربارا ليروي» (جامعة ولاية وين)، «تشارلوت ماكلين-نهلابو» (الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية)، «هيلين ميكوشا» (النساء ذوات الإعاقة - أستراليا)، «بيتر مترلر» (جامعة مانشتستر)، «روزويتير موداريكوا» (أمانة العقد الأفريقي للأشخاص المعوقين)، «ديفيد موغاوي» (مندی سياسات الطفل الأفريقي)، «غلام نبي زاماني» (المنظمة الباكستانية للأشخاص المعوقين)، «فيكتور سانتياغو بينيدا» (منظمة فيكتور بينيدا)، «توم شيكسبير» (منظمة الصحة العالمية)، «إليكساندرا بوزارك» (البنك الدولي)، «شاننا راو بريغا» (هيومن رايتس ووتش)، «إيريك روزنتال» (حقوق الإعاقة الدولية)، «ألبينا شنكر» (موبيليتي - الهند)، «وأماندو فاسكويز» (منظمة صحة عموم أمريكا): وذلك على عملهم في المجلس الاستشاري الخارجي.

«جوديث كلين» (مؤسسات المجتمع المفتوح)، «جيريسون لانزدوان» (مستقل)، «مالكولم ماكلاتشلان وهاشيم منان» (ترينيتي كوليج - دبلن)، «سوزي مايليس» (مستقل)، «دانيال مونت» (منظمة ليونارد تشيشاير للإعاقة)، «ديانا ريتشلر» (تحالف الإعاقة الدولي): وذلك على تأليفهم المقالات المعنية بالخلفيات المعلومات الأساسية.

«سروثي أماكور» (جامعة مدينة نيويورك)، «بول باكشي» و«جين-فرانسيس تراني» (جامعة واشنطن في سينت لويس)، «نازمو لباري» و«أمزد حسين» (مركز الإعاقة في التنمية)، «سيمون بلويم» و«ميهايلو ميلوفانوفيتش» (منظمة الأمم المتحدة للتعاون الاقتصادي والتنمية)، «جوهان بورغ» (جامعة لوند)، «ميغان بيرك»، «ستيغان دي غريف» و«لورين بيرسي فاينستك» (مراقب الألفام الأرضية والذخيرة العنقودية)، «جيمس كونروي» (مركز تحليل النتائج)، «أندري كوبر»، «تشارلز ريلي» و«أمي ويلسون» (جامعة غالدويت)، «إليكساندر كوتي» (تحالف الإعاقة الدولي)، «مارسيلا ديلوكا»، «سوناندا مافيلابالي»، «أليكس مهندو»، «كريستي ميتشل»، «حنا نيكولز»، «ديانا شاو» (منظمة ليونارد تشيشاير للإعاقة / الأصوات الشابة)، «أفيناش دي سوزا» (مؤسسة دي سوزا)، «كاترين ديكسون» (الإعاقة الدولية)، «فريد دوتلون» (أمين سر اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة)، «ناتاشا غراهام» (الشراكة العالمية من أجل التعليم)، «جين جونسون» (جامعة هاواي)، «تشانال خاسابيس» و«ألانا أوفيسور» (منظمة الصحة العالمية)، «داركو كرزناراك» (جامعة كوينز)، «غويث ليولين» (جامعة سدن)، «ميث لوب» (مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها / المركز الوطني للإحصاءات الصحية)، «روزمي ماك-كي» (الوكالة الأسترالية للتنمية الدولية)، «أماندا ماك-زي» (هيومن رايتس ووتش)، «صوفي ميترا» (جامعة فوردهام)، «ديفيد موريسي»، «شيرزودبك شاربيو» و«أندريا شيتل» (المجلس الدولي الأمريكي للإعاقات)، «زيدا مايكروفت» (حملة تشائلي)، «إيما بيرس» (هيئة اللجان)، «نتاليا زيلينو» (خدمات كيستون الإنسانية)، «ريتشارد ريزر» (عالم الشمول)، «مارغريت شنايدر» (جامعة ستيلينبوش)، «مرشدة أكثر شيلبي» (منظمة النهوض بالمجتمعات الفقيرة)، «سيليجي فولد» (بلان النرويج)، على ما قدموه من معلومات أساسية ومشورة.

كذلك يزجي الفريق شكره الخاص إلى: «تريسي أشينغ»، «غريس أوكومو أكيبي»، «سوفيا روز أكوث»، «أبيدا أونيكأ أندرسون»، «واشنطن أوكوك أنيوبا»، «بيترس أتيو»، «سنتغو ديو»، «آيفوري دونكان»، «أرجي إيرجنا»، «ماري تشارلز فلنكس»، «ميشيل صلاح هوسيا»، «أمنة حسين إدريس»، «تيفاني جوزيف»، «هنا وانجا مينا»، «سيتوتي أوغستين مينا»، «ديانا ملاري»، «مودستا ميجيما»، «شيدا مغانغا»، «نيكول مبالا مولافو»، «جوزيف كاديكو موتونكي»، «آن ناباشو نيماغاي»، «راتشيل نايا بوك نايابوتي»، «أليس أكوث نياموك»، «سارا أومانوا»، «بنشون أكوث أوتينو»، «ناكافو فيونا»، «شالينا رامضاني»، «روزمري راميت»، «ناميوي سادات»، «فيرونياك شانغوتي سامبيك»، «لادو ميشيل سيمي»، «جوزفين كايدن سيمون»، «محمد طرميزي بن فوزي»، «إليزابيث ماميونياك تيكامي»، «شيمونا ترينيداد» واليافعين والشباب العشرين الذين شاركوا، دون الإفصاح عن هوياتهم، في المسوح والمجموعات الحوارية المركزية التي عقدها خصيصاً لهذا التقرير مسُرون من شبكة الأصوات الشابة / منظمة ليونارد تشيشاير للإعاقة. والشكر موصول أيضاً إلى «بورا شن» و«ماثيو مانوس» (فيرنيس ديزاين) على منتجاتهما من الرسوم البيانية التمثيلية للمعلومات في تصاميم عامة نشرت على شبكة الإنترنت على الموقع الإلكتروني: www.unicef.org/sowc2013.

لقد ساهمت مكاتب اليونيسف الإقليمية والقطرية وشعب المقر الرئيسي لمنظمة اليونيسف في إعداد هذا التقرير، أو في محتواه الإلكتروني، أو في تقديم المواد الخاصة بالمانصرة وكسب التأييد، وذلك عن طريق تقديم الاستنتاجات والصور الفوتوغرافية، أو عن طريق مشاركتها في المراجعات الرسمية أو التعليق على مسودات التقرير. كما قام العديد من مكاتب اليونيسف الميدانية ولجانها الوطنية بترتيبات ترجمة التقرير أو مواهبته للاستخدام على المستوى المحلي.

كذلك قام بتقديم المشورة والدعم في مجالات البرامج والسياسات والاتصال والأبحاث كل من «يوكا براندت» - نائب المدير التنفيذي، «جيتا راو غويتا» - نائب المدير التنفيذي، «غوردون ألكسندر» - مدير مكتب الأبحاث وزملاؤه، «نيكولاس ألبوي» - مدير شعبة البرامج وزملاؤه، «تد تشيبان» - مدير مكتب عمليات الطوارئ وزملاؤه، «كولين كيرك» - مدير مكتب التقييم وزملاؤه، «جفري أومالي» - مدير شعبة السياسات والاستراتيجيات، «إدوارد كارواردين» - نائب مدير شعبة الاتصال وزملاؤه. وقد استفادت أيضاً هذه الطبعة من التقرير، من التعاون الوثيق مع كل من «روزانجيلا بيرمان-بيليير» - رئيس قسم الإعاقة وزملاؤه من شعبة البرامج بمنظمة اليونيسف. وأخيراً، فإن الفريق يُعرب عن شكره الخاص إلى «ديفيد أنتوني»، رئيس قسم المناصر وكسب التأييد للسياسات، وإلى «كلوديا كايا» - اختصاصية الإحصاءات والرصد، و«خالد منصور» - مدير الاتصال حتى شهر يناير / كانون الثاني ٢٠١٣، و«جوليا سيتشروكا» - نائب مدير تحرير هذا التقرير حتى شهر سبتمبر / أيلول ٢٠١٢، على ما قدموه جميعهم من سحاء فكري وروحي.

فريق التقرير

التحرير والأبحاث

عابد أسلم - محرر

كريستين ملز - مدير المشروع

نيكولا بالفين، سوي لي-با، تيسيانا مالونيني - مسؤولو الأبحاث

آنا غروجيتش - محرر وجهات النظر

مارك تشالامت - محرر اللغة الفرنسية

كارلوس بيريلون - محرر اللغة الإسبانية

هيروت جيبيري-إغزيا بهر (قائد فريق)، «كارول هولمز»، «ياميلا نايت»، «ناتالي

لستون»، «كريستين مويهلان» - محررو نسخ التقرير.

«آني سنثياغو»، «نوجل إس. فيار»، «جوديث بييماني» - مساعداو تحرير

النشر والتوزيع

«كاترين لانغفين-فالكون» - رئيس قسم المطبوعات، «جاكلين تريني» - مسؤول

الإنتاج، «جيرمين أكي»، «كريستين كيني»، «ماريان لوبو»، «جورج بيرالتا-رودريغيز» و«إلياس سالم».

الجدول الإحصائية

«تيسا واردلو» - المدير المعاون لقسم الإحصاءات والرصد - شعبة السياسات والاستراتيجيات، «ديفيد براون»، «كلوديا كايا»، «ليليانا كارفاجال»، «أرتشانا دوفيدي»، «آني جينيرو»، «إليزابيث هورن-فاتانوتاي»، «بريسيليا أديلي»، «كلايس جوهانسون»، «روسلان كريموف»، «رولف لوينديجك»، «كولين موراي»، «جن رو نيو هولبي نيوي»، «خين وتيبي أوو»، «نيكول بتروسكي»، «تاييلور بورث»، «تشيهو سوزوكي»، «أندرو تومبسون»، «دانزهن يو».

التصميم: Pographics Inc

الطباعة: مطبعة «Hatteras Press, Inc».

ترجمة وتحرير النسخة العربية: مركز الساتل للترجمة - عمان (عيسى زايد ومحمد زايد).

تمهيد



هل ثمة طفل لا يحلم في أن يُؤخَذَ في الحسبان ولا يُريد أن يتم الاعتراف بمواهبه ومكاته العقلية؟ لا. فالأطفال جميعهم - بمن فيهم الأطفال ذوي الإعاقات، لديهم آمالهم وطموحاتهم. والأطفال جميعهم يستحقون أن تُتاح لهم فرصة عادلة لتحقيق أحلامهم. تشمل هذه الطبيعة من تقرير وضع الأطفال في العالم على إسهامات من اليافعين والشباب، ومن الآباء والأمهات، الذين يبينون بوضوح أن الأطفال ذوي الإعاقات - عندما يُمنحون الفرصة - يكونون قادرين - لا بل أكثر من قادرين على تخطي الحواجز التي تُحول دون شمولهم في مجتمعاتهم، وعلى تبوأ المكانة التي يستحقونها في المجتمع كمشاركين على قدم المساواة مع غيرهم، وعلى إثراء حياة مجتمعاتهم.

ولكن فرصة المشاركة ليست متوافرة، بكل بساطة، بالنسبة إلى عدد كبير جداً من الأطفال ذوي الإعاقات. وفي كثير من الأحيان أيضاً، فإن الأطفال ذوي الإعاقات هم من بين من يقفون في آخر الطابور انتظاراً للحصول على الموارد والخدمات، وبخاصة حيثما يكون توافر تلك الموارد والخدمات نادراً بدايةً. وهم غالباً ليسوا سوى محط شفقة، بل والأسوأ من ذلك، أنهم موضع للتمييز والإساءة.

إن حالات الحرمان التي يواجهها الأطفال واليافعون ذوي الإعاقات، ذكوراً وإناثاً، هي انتهاكات لحقوقهم ولبدء الإنصاف، ويكمن في صميم ذلك أحد بواعث القلق بشأن كرامة جميع الأطفال وحقوقهم - بمن فيهم الأكثر ضعفاً وتعريضاً للمخاطر وتهميشاً من أبناء المجتمع.

وكما يوثق هذا التقرير، فإن شمول الأطفال ذوي الإعاقات في المجتمع أمر ممكن، ولكنه يتطلب أولاً إحداث تغيير في التصورات، كما يتطلب اعترافاً بأن الأطفال ذوي الإعاقات لهم الحقوق نفسها التي للآخرين، وأنهم يمكن أن يكونوا عوامل تغيير، وعوامل في تقرير المصير، وليسوا مجرد منتفعين من الأعمال الخيرية، وأن أصواتهم يجب أن تُسمع وأن تُعَارَ الاهتمام المطلوب في عملية رسم السياسات والبرامج.

إننا نسهم في إقصائهم عن طريق الإخفاق في جمع بيانات كافية عنهم لاتخاذ قراراتنا بشأنهم عن علم وإطلاع. وعندما نفشل في أخذ هؤلاء الأطفال في الاعتبار، فإننا نفشل في مساعدتهم في أن يمثلوا ما ينبغي لهم أن يمثلوه في مجتمعاتهم. من حسن الحظ أن التقدّم يأخذ مجراه مع أنه تقدّم يتفاوت في مستواه. وهذا التقرير لا يتناول فحسب التّحديات التي تُعنى بضمان حصول الأطفال ذوي الإعاقات على فرصة عادلة للتمتع بالخدمات - وهذا من حقهم، بل إنه يستكشف أيضاً المبادرات التي تبدو واعدة في مجالات مثل برامج الصحة، والتغذية، والتعليم والطوارئ، وكذلك في جمع وتحليل البيانات اللازمة لتحسين السياسات والعمليات في جميع المجالات. وتناقش الفصول الأخرى من التقرير المبادئ والمقاربات التي يمكن مواءمتها للتقدّم بشمول هؤلاء الأطفال في كل مناحي الحياة.

يُقال لطفل ما، في مكان ما، بأنك لا تستطيع اللعب لأنك لا تستطيع المشي، ويُقال لطفلة أخرى بأنك لا تستطيعين أن تتعلمي لأنك لا تستطيعين الإبصار. إن ذلك الطفل يستحق أن يُمنح الفرصة للعب، وكلنا معاً نستفيد عندما تستطيع تلك الطفلة، بل عندما يستطيع جميع الأطفال أن يقرؤوا، ويتعلموا ويسهموا.

سوف ينطوي المضيّ قدماً في هذا المسار على التّحديات، ولكن الأطفال لا يقبلون ما يُفرض عليهم من الحدود التي لا ضرورة لها، بل لا ينبغي لنا نحن أن نقبل بها.

أنتوني ليك - المدير التنفيذي

منظمة الأمم المتحدة للطفولة «يونيسف»

المحتويات

٤١	الفصل - ٤	١	شكر وعرفان
٤١	أساسيات الحماية	iii	تمهيد
٤٢	الإساءة والعنف		أنتوني ليك، المدير التنفيذي، منظمة الأمم المتحدة للطفولة «يونيسف»
٤٣	المؤسسات والرعاية غير الملائمة		
	العدالة الشمولية		
	الفصل - ٥	١	الفصل - ١
٤٩	الاستجابة الإنسانية	١	مقدمة
		١	من الإقصاء إلى الشمول
		٣	عن الأرقام
			إطار للعمل
	الفصل - ٦		الفصل - ٢
٦٣	قياس إعاقات الأطفال		أساسيات الشمول
٦٣	التعريفات المتطورة		تغيير التوجهات
٦٤	وضع الإعاقة داخل السياق	١١	إنها مسألة قدرة
٦٥	جمع البيانات	١٢	دعم الأطفال وأسرهم
٦٦	تصميم الاستبيان	١٣	إعادة التأهيل المجتمعية
٦٧	الغرض والعواقب	١٣	التكنولوجيا المساعدة
٦٨	طريقة لاستشراف المستقبل	١٦	التصميم العام
	الفصل - ٧	١٨	
٧٥	أجندة للعمل	١٨	
٧٥	المصادقة على الاتفاقيات وتنفيذها		الفصل - ٣
٧٥	مكافحة التمييز	٢٣	أساس قوي
٧٧	تفكيك الحواجز أمام الشمول	٢٣	الصحة الشمولية
٨٠	إنهاء إيداع الأطفال في المؤسسات	٢٣	التحصين من الأمراض
٨١	دعم الأسر	٢٤	التغذية
٨١	التحرك ما وراء المعايير الدنيا	٢٥	المياه، الصرف الصحي والنظافة
٨١	تنسيق الخدمات لدعم الأطفال		الصحة الجنسية والإنجابية وفيروس نقص المناعة البشري / متلازمة نقص المناعة المكتسب (HIV/AIDS)
٨٤	إشراك الأطفال ذوي الإعاقات في صنع القرارات		الكشف المبكر عن الإعاقة والتدخل
٨٥	الوعد العالمي، الاختبار المحلي	٢٦	التعليم الشمولي
		٢٦	البدء مبكراً
		٢٧	العمل مع المعلمين
		٢٩	إشراك الآباء والأمهات، والمجتمعات والأطفال
		٣٢	خطوط المسؤولية
		٣٣	
		٣٦	

مقالات بعنوان «تحت دائرة الضوء»

٤٤	العنف ضد الأطفال ذوي الإعاقات
٥٢	المخاطر، القدرة على الصمود، والعمل الإنساني الشمولي
٥٤	مخلفات الحرب من المتفجرات
٦٩	الدروس المستفادة
٧٠	من الفحص إلى التقييم

مقالات بعنوان «وجهة نظر»

٤	من رائدة في مجال الشمول إلى مناصرة له بقلم نانسي ماغواير
٦	التعايش مع المهق، التمييز، والخرافات بقلم مايكل هوسيا
٨	أريد ذكريات طيبة بقلم نيكولاي بوريكو
٢٠	اللغة هي العامل الأساسي بالنسبة إلى اليافعين والشباب الصمّ بقلم كريشنير سن
٣٠	ابني حنيف بقلم محمد أبحار
٣٤	الطبيعي الجديد بقلم كبير هالفورد
٣٨	التكيف، التواؤم والتّمكين بقلم يحيى ج الزق
٤٦	التمييز والإساءة في المؤسسات بقلم إريك روزينثال و لوري أهيرن
٦٠	التدرّج في بلوغ الهدف بقلم تشابلي مايكروفت
٧٢	من الغياب عن الأنظار إلى الشمول بالنسبة إلى الأطفال ذوي الإعاقات من السكان الأصليين بقلم أولغا مونتوفار كونتيريراس
٧٨	فتح الأبواب أمام التعليم – والتشغيل بقلم إيفوري دونكان
٨٢	إنهاء «مراجعة الكتاب» بتحسين التكنولوجيا والمواقف وقانون التأليف والنشر بقلم كاتريك ساوهني
٨٦	الأطفال ذوو الإعاقات وحقوق الإنسان العالمية بقلم لين فولتر مورينو غارسيز

يتوافر المزيد من المقالات التي بعنوان «تحت دائرة الضوء» و«وجهة نظر» على الموقع الإلكتروني على شبكة الإنترنت: <www.unicef.org/sowc2013>

الأشكال

١٢	المعدلات التقديرية لإكمال التعليم الابتدائي
١٦	إعادة التأهيل المجتمعية
١٩	منتجات التكنولوجيا المساعدة
٤٢	الأطفال ذوو الإعاقات والتعليم الثانوي
٤٣	آخر من يستفيد
٥٦	الإصابات التي تلحق بالأطفال في البلدان شديدة التضاريس من الألغام ومخلفات الحرب من المتفجرات، ٢٠١١
٥٧	الإصابات التي تلحق بالأطفال في البلدان الأكثر تضاريساً (١٩٩٩ - ٢٠١١)
٥٩	الإصابات التي تلحق بالأطفال حسب نوع المتفجرة أربيع حالات دراسية: النسبة المئوية للسكان الذين يُبلغون عن بعض أشكال الإعاقة
٦٤	اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة والبروتوكول الاختياري: التوافق والمصادقات

المراجع

٩٣	الجدول الإحصائية
٩٤	نظرة عامة
٩٩	ترتيب الدول حسب معدل وفيات الأطفال دون سنّ الخامسة
١٠١	الجدول - ١: المؤشرات الأساسية
١٠٦	الجدول - ٢: التغذية
١١١	الجدول - ٣: الصحة
١١٧	الجدول - ٤: فيروس نقص المناعة البشري / الإيدز
١٢٢	الجدول - ٥: التعليم
١٢٧	الجدول - ٦: المؤشرات السكانية
١٣٢	الجدول - ٧: المؤشرات الاقتصادية
١٣٧	الجدول - ٨: النساء
١٤٢	الجدول - ٩: حماية الطفل
١٤٧	الجدول - ١٠: معدل التقدم
١٥٢	الجدول - ١١: اليافعون والياقات
١٥٧	الجدول - ١٢: التّفاوتات حسب محلّ الإقامة
١٦٢	الجدول - ١٣: التّفاوتات حسب ثروة الأسرة
١٦٧	الجدول - ١٤: تنمية الطفولة المبكرة

ملاحظة عن المصطلحات

الاتفاقيات، البروتوكولات الاختيارية، التوافق والمصادقات عليها.



فكتور، طفل عمره ١٣ عاماً يعاني من الشلل الدماغي، ويقضي وقتاً ممتعاً في الماء، في البرازيل. © أندري كاسترو/٢٠١٢

مقدمة

تبدأ التقارير، التي تُماثل هذا التقرير، عادةً بإحصائية ترمي إلى مشكلة ما. لكن الفتيات والفتيان الذين كُرست لهم هذه الطبعة من تقرير وضع الأطفال في العالم ليسوا مُشكلات .

هي المشكلة بعينها، وهي مُتجذرة في الافتراضات السلبية عند العائلة والمجتمع حول عجز ذوي الاعاقة وحاجتهم للاعتماد على الغير والفروقات التي تنتشر بسبب الجهل. وما لم يتغير هذا الحال، فإن الأطفال ذوي الإعاقات سوف يستمرّون في التعرّض لإغفال حقوقهم، ولمواجهة التمييز والعنف والإساءة، ولتقييد فرصهم، وإقصائهم من المجتمع.

إنّ ما يجب القيام به هو الالتزام بحقوق هؤلاء الأطفال وبمستقبلهم، وإعطاء الأولوية للأطفال الأكثر حرماناً - باعتبار ذلك مسألة إنصاف، ويُحقّق المنفعة للجميع.

من الإقصاء إلى الشمول

يواجه الأطفال ذوو الإعاقات أشكالاً مختلفة من الإقصاء، ويتضرّرون منها بدرجات مختلفة، اعتماداً على عوامل مثل أنواع الإعاقات التي يعانون منها، وأماكن إقامتهم، والثقافات أو الطبقات التي ينتمون إليها.

كذلك فإنّ نوع الجنس الاجتماعي عاملٌ حاسم في عملية الإقصاء: فاحتمالُ تلقّي الفتيات الرعاية والطعام أقل من احتمال تلقّي الفتيان لهما، واحتمال إغفال الفتيات أكثر من إغفال الفتيان في التفاعلات والنشاطات الأسرية. إنّ الفتيات والنساء الشابات ذوات الإعاقات يُعانين من «إعاقات مزدوجة». فهن لا يواجهن التحامل والإجحاف اللذين يواجههما الكثير من الأشخاص ذوي الإعاقات فقط، بل إنّ أدوار نوع الجنس الاجتماعي والحواجر التقليدية تُقيدهن أيضاً^١. كذلك فإنّ احتمالية حصول الفتيات ذوات الإعاقات على التعليم أو التدريب المهني أو فرص العمل تقلّ عن احتمالية حصول الفتيان ذوي الإعاقات أو الفتيات من دون الإعاقات على هذه الخدمات.^٢

كلُّ واحد من هؤلاء الفتيان والفتيات هو أختٌ أو أخٌ أو صديق لديه طبق مفضّل، أو أغنية مفضّلة أو لعبة مفضّلة. كلُّ منهم ابنةٌ أو ابنٌ لديه أحلام ويرغب في تحقيقها. كلُّ منهم طفلٌ لديه إعاقة وله الحقوق نفسها كأَي فتاةٍ أخرى أو فتىٍ آخر.

إذا مُنح الأطفال ذوي الإعاقات الفرص لكي ينمو ويتعرّعوا كما قد ينمو الأطفال الآخرون ويتعرّعون، ستكون لهم الإمكانيات لكي يعيشوا حياةً مليئةً بالإنجازات، وليُسهموا في النشاط الاجتماعي، والثقافة والاقتصادي لمجتمعاتهم - كما تشهد به المقالات الشخصية التي تضمّنها هذه الطبعة.

ومع ذلك فإن البقاء على قيد الحياة والأزدهار يمكن أن يكون صعباً على الأطفال ذوي الإعاقات على وجه الخصوص. فالخطر الذي يواجههم في أن يُصبحوا فقراء يفوق الخطر الذي يواجه نظراءهم من الأطفال من دون الإعاقات. وحتى عندما يعاني الأطفال في نفس العقبات - سواءً أكانت عقبات الفقر أم عقبات الانتماء إلى إحدى مجموعات الأقليات، مثلاً - فإنّ الأطفال ذوي الإعاقات يواجهون تحديات إضافية نتيجة لما يعانونه من إعاقة، وللكتير من الحواجز التي يضعها المجتمع في طريقهم. فعلى سبيل المثال لا الحصر، الأطفال الذين يعيشون في حالة من الفقر هم من بين الأطفال الذين تعتبر احتمالية تمتعهم بمتافع التعليم والرعاية الصحية قليلة مقارنةً بغيرهم من الأطفال، وتصبح احتمالية الإنخراط في المدارس أو مراجعة العيادة الصحية أقلّ للأطفال الذين لديهم إعاقة بالإضافة إلى معيشتهم في حالة من الفقر.

وفي الكثير من البلدان، فإنّ الاستجابات إلى وضع الأطفال ذوي الإعاقات محصورة إلى حدٍ كبير في إيواء الأطفال في المؤسسات، أو في التخلّي عنهم أو إهمالهم. إنّ هذه الاستجابات

وأما لكلا السببين معاً. فإذا كان الطفل قد وُكِّدَ وهو يعاني من ضعف أو اعتلال ما، فإن ولادته ربما حتى لا تُسجَّل. والأطفال الذين يُقصدون بهذه الطريقة لا يكونون معروفين لدى الخدمات الصحية، والتعليمية والاجتماعية التي يستحقونها، وهم بالتالي منفصلون عن تلك الخدمات.

يُمكن أن يكون لحالات الحرمان أثناء مرحلة الطفولة تأثيرات دائمة وذلك من خلال الحد من فرص الحصول على عمل مُربح أو مشاركة مُربحة في الشؤون المدنية في وقت لاحق من الحياة، على سبيل المثال. وعلى العكس من ذلك، فإن إتاحة الخدمات والتكنولوجيا الداعمة واستخدامها يُمكن أن تمنح الطفل الذي يعاني من إعاقة مكاناً يمكنه من أخذ محله في المجتمع و يُسهم فيه. وفي حقيقة الأمر، فإن المستقبل بعيد عن أن يكون بأساً. والوسائل الفعالة متوافرة لبناء مجتمعات شمولية يستطيع فيها الأطفال ذوو الإعاقات والأطفال من دون الإعاقات أن يستمتعوا بحقوقهم سواء بسواء. إن الحواجز المادية، السلوكية والسياسية هي قيد التفكيك والإزالة، مع أن هذه العملية متباينة، وأمامها طريق طويل لا بد لها من أن تشقّه.

تكمُن في صميم هذه الأشكال والدرجات المختلفة من الإقصاء، الخبرة المشتركة في مجال تعريف الأطفال ذوي الإعاقات والحكم عليهم بما ينقصهم من القدرات لا بما يملكونه منها. فغالباً ما يُعتبر الأطفال ذوو الإعاقات أدنى منزلة من الأطفال من دون الإعاقات، وهذا يُعرضهم إلى درجة متزايدة من الاستضعاف. وقد بانت تجليات التمييز المُستند إلى الإعاقة في إقصاء أولئك الأطفال عن الموارد وصناعة القرار، بل وفي قتل الطفل الوليد أو الرضيع.^٢

يكون الإقصاء، في كثير من الأحيان، ناتجاً عن الغياب عن الأنظار. فعدد قليل من البلدان لديها معلومات موثوق بها حول عدد الأطفال ذوي الإعاقات من المواطنين، أو ما هي الإعاقات التي يعانون منها، أو كيف تؤثر هذه الإعاقات على حياتهم. وفي بعض البلدان، تواجه الأسر التي تُربي أطفالاً ذوي إعاقات التمييز من المجتمع. وبسبب ذلك، من المحتمل أن يتردد حتى الآباء والأمهات وأبناء الأسرة الواحدة، ذكوراً وإناثاً، المحبين لأولئك الأطفال ذوي الإعاقات، في الإفصاح عن الإعاقة التي يعاني منها أحد أفراد الأسرة - إما لأنهم يحاولون تفادي أن يكونوا منبوذين في المجتمع، وإما لأنهم يبالغون في الحماية المفرطة للأطفال ذوي الإعاقات،



الفتى «رحمة الله»، ١٤ عاماً، فقد ساقه في انفجار لغم أرضي، يُشارك في ورشة عمل تدريبية للكهربائيين في مركز للأطفال المتضررين من الحرب في قندهار بأفغانستان. © اليونيسف/ أفغانستان ٢٠٠٧ - ٢٠٠٤ / نوراني

عن الأرقام

حسب أحد التقديرات المستخدمة على نطاق واسع، فإن حوالي ٩٣ مليوناً من الأطفال - أو طفل واحد من كل ٢٠ طفلاً ممن تبلغ أعمارهم ١٤ عاماً أو أصغر - يعيشون في حالة من نوع ما من الإعاقة المتوسطة أو الشديدة. إن هذه التقديرات العالمية ذات طابع تخميني أساساً. فهي مؤرخة، والتقديرات هذه ما تزال متداولة منذ عام ٢٠٠٤، وهي مشتقة من بيانات ذات جودة متنوعة أكثر مما ينبغي، ومن أساليب متباينة أكثر مما ينبغي لتكون موضع ثقة. وحتى يتسنى توفير سياق للمسائل التي هي قيد النقاش وتوضيحها عملياً، فإن هذا التقرير يقدم نتائج المسوح الوطنية والدراسات المستقلة، ولكن حتى هذه المسوح والدراسات يجب أن تُفسر بحذر، ولا ينبغي أن تُقارن مع بعضها بعضاً؛ وذلك لأن تعريفات الإعاقة تختلف حسب المكان والزمان، تماماً كما يختلف تصميم الدراسة، ومنهجيتها وتحليلها. وقد نوقشت هذه المسائل، والمبادرات الواعدة الأخرى الموجهة نحو تحسين جودة البيانات ومدى توافرها، في الفصل ٦ - من هذا التقرير.

من طموحاتهم أو خياراتهم فحسب - فيما لو لم يتوافر هذا المنهج - بل يستطيع أيضاً توسيعه للأطفال من دون الإعاقات، الساعين إلى تفهم التنوع والمهارات والاستعداد الضرورية كلها لبناء مجتمع شمولي حاضن للجميع. ويُقصد بالمنهج الشمولي ذلك المنهج الذي يكون مركزاً على الطفل، والذي يشمل على تمثيلات للأشخاص ذوي الإعاقات لكي ينعكس على مقطع عرضي حقيقي للمجتمع ويلبي حاجاته. وحيثما يقود التحصيل العلمي إلى الحصول على وظيفة أو عمل، أو على وسائل أخرى لكسب سبل العيش، فإن الطفلة ذات الإعاقة أو الطفل ذي الإعاقة يكون قادراً على التقدم، ويتبوأ مكانه كفرد كامل العضوية وعلى قدم المساواة في عالم الكبار الراشدين، ويكون شخصاً يُنتج كما يستهلك.

إطار للعمل

ينبغي أن لا يُعامل الأطفال ذوي الإعاقات أو يعتبروا متلقين للإحسان. فإن لهم الحقوق نفسها التي للآخرين - ومن هذه الحقوق: الحق في الحياة، والحق في الفرص التي تمنحهم الرعاية الصحية الجيدة، والحق في التغذية والتعليم، والحق في التعبير عن وجهات نظرهم والمشاركة في صنع القرار.

الثمة صفحة ٩

عملاً باتفاقية حقوق الطفل وباتفاقية الأشخاص ذوي الإعاقة، فقد أخذت الحكومات، في أنحاء العالم كافة، على نفسها مسؤولية ضمان أن يتمتع الأطفال، بصرف النظر عما إذا كانوا يمتلكون القدرات أو يعانون من الإعاقات، بأن يتمتعوا بحقوقهم من دون تمييز من أي نوع. وابتداءً من فبراير / شباط ٢٠١٣، كان ١٩٣ بلداً قد صادقوا على اتفاقية حقوق الطفل، و ١٢٧ بلداً والاتحاد الأوروبي قد صادقوا على اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة.

وتشهد الاتفاقيتان على وجود حركة عالمية متنامية ومُكرّسة لشمول الأطفال ذوي الإعاقات في الحياة المجتمعية. فالقلق بشأن الشمول مُتجدد في الاعتراف بأن جميع أفراد المجتمع هم أعضاء كاملو العضوية فيه: فكل طفل هو فرد فريد من نوعه، وهو يستحق أن يُحترم وأن يُستشار، ولديه مهارات وطموحات تستحق الرعاية والدعم، وحاجات تُطالب بأن تُستوفى، وإسهامات هؤلاء الأطفال ينبغي أن تُتَمَن وأن تُشجّع. ويُطالب مفهوم الشمول في الحياة المجتمعية المجتمع بأن يُعدّ البنى التحتية، والمعلومات ووسائل الاتصال المتاحة لكي يتسنى للجميع استخدامها، وبأن يقضي على التمييز لكي لا يُجبر أحدٌ على المعاناة، وبأن توفر الحماية، والدعم والخدمات، لكي يكون كل طفل ذي إعاقة قادراً على التمتع بحقوقه كما يتمتع الأطفال الآخرون بحقوقهم.

يذهب الشمول في الحياة المجتمعية إلى ما هو أبعد من «الإدماج»، فالإدماج يتضمن جلب الأطفال ذوي الإعاقات إلى إطار قائم مسبقاً من الأعراف والمعايير السائدة. وفي سياق التعليم، على سبيل المثال، من الممكن محاولة تحقيق الإدماج بمجرد قبول الأطفال ذوي الإعاقات في المدارس «النظامية». لكن هذا القبول لا يبلغ مستوى الشمول في الحياة التعليمية، الذي لا يكون ممكناً إلا عندما تكون المدارس مُصممة ومُدارة على نحو يستطيع معه كل الأطفال أن يُجربوا التعلّم النوعي والاستجمام مع بعضهم بعضاً. ومن شأن ذلك أن يستلزم توفير الترتيبات التيسيرية اللازمة للطلبة ذوي الإعاقات، ومنها مثلاً طريقة «بريل» في تعليم المكفوفين، ولغة الإشارة في تعليم الصم، والمناهج المكيفة التي تسمح بتوفير فرصة متساوية في التعلّم والتفاعل.

الشمول في الحياة المجتمعية يُفيد الجميع. وللاستمرار مع المثال الذي سُقناه على التعليم، فإن الممرات المنحدرة (الرمبات)، والبوابات الواسعة يُمكنها أن تُعزز فرص الوصول والسلامة إلى جميع الأطفال، والمعلمين، والآباء والأمهات والزائرين في المدارس، وهذا التمييز لا يقتصر على هؤلاء الجالسين على الكراسي المتحركة. كذلك فإن المنهج الشمولي يستطيع توسيع الآفاق لا للأطفال الذين من شأن إعاقاتهم أن تحدّ

من رائدة في مجال الشمول إلى مناصرة له

بقلم نانسي ماغواير

الثانوية أيضاً، وضعت المعلمات طاولة منفصلة في المقصف للأطفال ذوي الإعاقات، ولم تكن تلك المعلمات يفهمن السبب الذي كان يجعلني أرفض الجلوس عليها. ورغم النكسات والعقبات التي تعرضت لها، إلا أنني استطعت أن أنمو وأترعرع تعليمياً واجتماعياً.

لقد شجعتُ دوماً على أن أحاول تجربة أشياء جديدة. فاشتملت النشاطات اللامنهجية المخصصة لي على السباحة، ورقصات الباليه، ولعب التنس الأرضي، والدراما والغناء - وأنا جالسة على الكرسي المتحرك. وفي الكثير من هذه النشاطات، كنت دائماً الطفلة الوحيدة ذات الإعاقة. ومما يثير الاهتمام، أنني في كثير من الأحيان وجدت تلك المجموعات أكثر شمولية من المدارس، من حيث مقدار المشاركة والإسهام اللذين كنت قادرة على بذلها. لقد شعرتُ بأنني مطلوبة، وأن الناس عثروا على سبيل خلاقة لجعلي أشاركهم. ومع ذلك، فقد وجدت الكثير من الأشياء التي صعب عليّ أدائها بسبب محدودية قدرتي على الحركة والتنقل. وكنت في بعض الأحيان أشعر بالانزعاج لأنني لم أكن أستطيع القيام بأشياء كما كان الأطفال الآخرون يقومون بها، وكلما أصبحت أكبر سنّاً وأكثر وعياً وإدراكاً لحالي، أصبحت مترددة في وضع نفسي في أوضاع كانت مصاعبي تبدو فيها معروضة ظاهراً للعيان.

وفي سنوات مراهقتي، مرّ الكثير من صديقاتي في مراحل كُنّ فيها إما فتيات يتصفن «بالفظاظة» وإما «بالافتقار إلى التهذيب»، وانطوت تلك المراحل على ارتداء الملابس أو التصرف بأساليب مصممة لجذب الانتباه. وبينما كنّ يفعلن

وأن يكون لي أصدقاء، وأن أعيش طفولة عادية بالقدر الممكن. وفي ثمانينيات القرن الماضي، كان التعليم الشمولي ما يزال فكرةً جديدةً إلى حد ما. ومثلهما مثل معظم الآباء والأمهات، نصّح والداي بإرسالني إلى مدرسة خاصة. أمي معلمة، وبعد الزيارة التي قامت بها إلى المدرسة الموصى بإرسالني إليها، اقتنعت بأن تلك المدرسة سوف تقدّم لي تعليمًا دون المستوى المطلوب. وقد اعتاد والداي دائماً أن يستخدموا أختي الأكبر مني سنّاً، «كاتي»، التي لم تكن تعاني من إعاقة، معياراً يقيسون عليه ما هو مقبول لي شخصياً: فإذا اعتقد والداي أنّ شيئاً ما لم يكن مناسباً بما يكفي لكاتي، فإنه لم يكن مناسباً بما يكفي لي شخصياً. لقد كنت أول طفلة ذات إعاقة تنتظم على مقاعد الدراسة الابتدائية، وبطرائق كثيرة شعرتُ بأنني «فأرة تجارب» لأجل تطبيق مفهوم الشمول في الحياة المجتمعية. فعلى سبيل المثال، مع أنّ توجه معلّمتي كان إيجابياً نحو شمولي في جميع مناحي الحياة المدرسية، إلا أنّهنّ افتقرن إلى التجربة بشأن كيفية مواءمة تمارين التربية الرياضية مع ما يناسبني، بحيث أستطيع المشاركة بطريقة ذات معنى. ومثلها مثل معظم الطفولات، فإنّ طفولتي لم تكن سهلة دائماً. فقد قضيت وقتاً طويلاً في المستشفيات، وحتى داخل نظام التعليم العام «الشمولي»، فقد مررت في أوقات كنتُ أكون فيها مقصاةً عن الأطفال من حولي. فعلى سبيل المثال، لم يكن يُسمح لي بالذهاب إلى حفلة عيد الميلاد الجيد في دار الحضانة التي انتظمت فيها؛ وذلك لأنّ القلق كان يساور المعلمات بشأن احتمال تعرّض عظامي للكسر أثناء فعاليات الحفلة. وفي المدرسة



«نانسي ماغواير» من الملكة المتحدة وناشطة في مجال الإعاقات. ومع أنها عاملة في المجال الاجتماعي ومؤهلة له، إلا أنّها قرّرت، بعد أن سافرت خارج بلادها، أنّ تنشط في مجال الحملات المناصرة للأشخاص ذوي الإعاقات، وبخاصة النساء الشابات منهم. فقد عملت مع المنظمات المعنية بالأشخاص ذوي الإعاقات في آسيا والجزء الجنوبي من قارة أفريقيا، وتأمل في أن تحصل على درجة الماجستير في مجال السياسات والتنمية.

ولدت في لندن عام ١٩٨٦ وأعيش حالة مرضية تُعرف باسم: «تكون العظم الناقص osteogenesis imperfecta»، المعروف بصورة شائعة بمصطلح «هشاشة العظام». وينمو الكثير من الأطفال ممن يعانون من هشاشة العظام تحت الحماية - وربما يقول البعض «تحت الحماية المفرطة» - من إمكانية إلحاق الأذى بأنفسهم. لقد أراد والداي لي شخصياً أن أعيش أمنة، ولكنهما أرادا كذلك لي أن أُمنح الفرصة للعب،

أصبح الأشخاص ذوو الإعاقات أكثر حضوراً في الكثير من المجالات - في السياسة وفي الإعلام على سبيل المثال. وهذا شيءٌ مفيدٌ في تحسين تصورات الأطفال عما يستطيعون إنجازه.

جوانب حياتهم. لقد أصبح الأشخاص ذوو الإعاقات أكثر حضوراً في العديد من المجالات - في السياسة وفي وسائل الإعلام، على سبيل المثال. وهذا شيءٌ نافع مفيد في تحسين تصوراتهم لما يُمكنهم إنجازه. وعندما كنت في طور النُّمو، فإنَّ الشَّخص القدوة الوحيد الذي كان يروق لي هو «ستيفي ووندر». لقد أُعجبت به كثيراً لأنَّه كان ناجحاً، وموسيقياً محترماً رغم أنَّه ضريح. غير أنَّ مشاهدة أناس ذوي إعاقات يقومون بأعمال يومية - مثل المعلمين، أو الأطباء أو أصحاب المتاجر كان من شأنه أن يُساعدني. وأعتقد أنَّ تلك المشاهدة كان من شأنها كذلك أن تُساعد أبي وأمي. فقد قالت أُمِّي أنَّني عندما كنت طفلةً، كانت هي تُحاول أن لا تُفكر في مستقبلي؛ لأنَّ ذلك التَّفكير كان يجعلها تشعر بالخوف. فقد كانت تعرف أنَّني أمتلك بعض القدرات، ولكنَّها خشيت أن تكون خياراتي محدودةً. وكما صارت إليه الأمور، فإنَّ إعاقتي لم تمنعني من تحقيق أيِّ من الأمور المهمَّة. فأنا عاملة في المجال الاجتماعي ومؤهَّلة، نجحت في اختبار قيادة السيَّارات عندما كنت في السادسة عشرة من عمري، وتركت منزل والدي عندما كنت في التاسعة عشرة. ثم عشت وعملت في آسيا وفي أفريقيا. وأمل في المستقبل أن أصبح مناصرةً للأطفال ذوي الإعاقات على المستوى الدولي؛ لأنَّني أوَّمن بشغف في حقوق الإنسان غير القابلة للتصريف، وفي الإمكانيات غير المطروقة لدى هؤلاء الأطفال.

من هذه النُّظرة، باعتبارها بلاءً واقعاً. فغدوت مهووسةً بفكرة أن أكون «غير مُعاقَّة» بالقدر الممكن، وكنتُ مقتنعةً بأنَّني لو استطعت المشي لكانت حياتي أفضل كثيراً. ومما يثير السَّخريَّة، أنه مع أنَّني لم أعد استخدم الكرسي المتحرك، إلا أنَّني أكثر وعياً بإعاقتي من أيِّما وقت مضى. إذ ما يزال النَّاس يبدون تعليقاتهم على شخصي لأنَّني ذات قامَّة صغيرة، ويقدمون الافتراضات بشأن حياتي وقدرتي. واضطرَّ دائماً إلى أن أثبت نفسي، ولا سيَّما في مكان العمل. ومع أن إعاقتي لا تُعرِّفني، إلا أنَّها كانت عاملاً محورياً في تشكيل مَنْ أكونُ أنا شخصياً، وما استطعت إنجازه. إنَّ وجودَ إعاقَة لديَّ غداً الآن شيئاً أتقبله: فلم أعد أنظر إليه كشيءٍ سلبيٍّ ينبغي أن أشعر بالحرج منه. بل كانت إعاقتي تعمل لمنفعتي وصالحي، وأحياناً خلَّقت فرصاً لم تكن لتتوافر لي - مثل كتابة هذه المقالة.

إنَّ تجربة كل طفل تختلف عن تجارب الأطفال الآخرين. فأنا أنحدر من أسرة تنتمي إلى الطبقة الوسطى الدُّنيا في المملكة المتحدة، فتوافرت لي بذلك فرصة الحصول على الرعاية الصَّحيَّة المجانيَّة وعلى التَّعليم الجيِّد. لكنني أعتقد أنَّ مسائل الانتماء وتقدير الذات والطموح تتجاوز العلامات الفارقة، مثل نوع الجنس الاجتماعي والطبقة الاجتماعية والجنسية. ولتطوير إحساس أقوى بالنُّمو الذاتي، فإنَّ الأطفال ذوي الإعاقات يحتاجون إلى الفرصة للمشاركة والإسهام في كل

أيِّ شيءٍ يستطيعون القيام به ليبرِّزَن ويكُنَّ مختلفاتٍ عن الآخرين، فقد كنتُ يائسةً من أن أكون «طبيعيَّةً» ومناسبةً للمشاركة معهم. لقد تلقَّيتُ اهتماماً كثيراً أثناء نمويِّ في حالة من الإعاقَة. فكثيراً ما كان النَّاس يُحملقون النَّظر إليَّ، ويبدون ملاحظاتهم، ويطرحون الأسئلة على والديَّ: «ما الذي حدث لها؟» وكنت أقضي أياماً لأتخلص من هذه المشاعر، ولا يوجد أيُّ قدرٍ من الصمود والتَّكيف أو الدَّعم الأسري الذي يُمكنه أن يمنع ذلك من التأثير على النَّفس. لقد تطوَّر لديَّ مستوى متدنٍ للغاية من تقدير الذات، وتفاقت سوءاً الصوِّرة الذهنية الضعيفة التي كوَّنتها عن جسمي؛ لأنَّني كُنتُ بدينةً إلى حدِّ كبير. فوجدت التمارين الرِّياضية صعبة الأداء، وكنت أتناول الطعام لأريح نفسي - شأنِي في ذلك شأن الكثيرات ممَّن يكُنَّ في عمري. واستبطنت في ذاتي المصطلحات الطبية التي كانت تُستخدم في وصفي - ولا سيَّما كلمة «مشوَّهة» (كُنتُ مصابةً بانحناء في العمود الفقري، جرى تصحيحه منذئذ). وعندما كنت في الرابعة عشرة من عمري، صار عندي اضطرابات غذائية، كانت تعود في جزء منها إلى رغبتِي في فقد الوزن، وكانت أيضاً ناجمةً عن شعوري بأنَّ وزني هو أحد جوانب مظهر جسدي التي يُمكنني أن أُسيطر عليها فعلياً.

ومع أنَّه كان لديَّ أسرةٌ داعمةٌ وأصدقاء داعمون، إلى درجة لا تُصدَّق، فإنَّ كوني مُعاقَّةً لم يكن أبداً شيءٌ إيجابياً. واعتقدت أنَّه لا بدَّ لي من أن أتخلَّص

التعايش مع المهق، التمييز، والخرافات

بقلم مايكل هوسيا

فأحياناً لم أستطع مشاهدة السبورة، واضطرت إلى الجلوس في الظل على الدوام. ولا يملك هذا البلد قدرًا كافيًا من تكنولوجيا تعزيز الرؤية، مثل النظارات، وعدسات التكبير، وأجهزة الحاسوب الخاصة؛ فمن دونها يواجه الأطفال المصابون بالمهق وقتًا عصيبًا للتخرج من المدرسة والعثور على فرصة عمل. أسرتي فقيرة؛ ولذلك، فإن الحصول على المال من أجل تسديد الرسوم المدرسية أمر صعب أيضًا.

الحياة معقدة حتى أكثر من الوضع الطبيعي بسبب الطريقة التي يتعامل بها الناس معنا نحن المصابين بالمهق. فثمة الكثير من التمييز ضد الأشخاص المصابين به، وكنت أحيانًا أفترق إلى رفقة الأصدقاء. ويؤمن بعض الناس أيضًا بأساطير مريعة عنا تفيد بأننا لسنا كائنات بشرية ولا نموت أبدًا، وبأن المهاق لعنة من الآلهة، وأن كل إنسان يلمسنا سوف يُلعن!

والأسوأ من كل ذلك أن ممارسي صناعة السحر يصطادوننا ويقتلوننا بهدف استخدام شعرنا، وأجزاء من أجسادنا، وأعضائنا في الحلي والزينة والجرات الدوائية. وقد اعتقد بعض الناس، لعدة قرون، أنهم إذا ذهبوا إلى طبيبة ساحرة وهم يحملون معهم أعضاء جسم مصاب بالمهق، سوف يصبحون أغنياء ويعيشون في بحبوحة من العيش.



وُلدت في «موانزا»، ثاني أكبر مدينة في جمهورية تنزانيا المتحدة. أنا أكبر الأبناء الذكور وأعيش مع أشقائي ووالدي في «دودوما»، العاصمة. في الأسرة ستة أطفال، وإحدى أخواتي وأحد إخوتي مصابون بالمهق أيضًا.

و العقبان التي تُسببها حالتني تجعل الحياة صعبةً جداً. فدايماً ما أواجه صعوبةً في التّعرّض للشمس، واضطّر إلى تغطية جسمي بملايس ثقيلة وطويلة الأكمام، وإلى ارتداء نظارات شمسية لحماية عياني.

كذلك فقد واجهت صعوبات في المدرسة.

وُلد «مايكل هوسيا» في عام ١٩٩٥، وهو الأكبر في عائلة من ستة أطفال وواحد من ثلاثة أفراد في عائلته المقربة ممن يعانون من المهق. يعيش في «دودوما» في جمهورية تنزانيا المتحدة، وهو على وشك التّخرّج من المدرسة. يُناصر مايكل حقوق اليافين والشباب ذوي الإعاقات، ولا سيّما أولئك الذين يعانون من المهق وذلك من خلال «منظمة ليونارد تشيشاير للإعاقة - شبكة الأصوات الشابة».

التعليم هو المفتاح إلى إيقاف إقتال العمد، والإساءة والتمييز. ومن المهم أن يتعلم الآخرون - وحتى أفراد أسرتي الممتدة - بأننا أشخاص مثلهم تماماً.

ملاحظة:

المهق (الالبينية/albinism) حالة نادرة الحدوث، وموروثة جينياً، وهي موجودة في كل المجموعات العرقية. فالأشخاص المصابون بالمهق لديهم القليل من التصبغ في أعينهم، وشعرهم، وجلودهم أو ليس لديهم تصبغ على الإطلاق؛ وذلك بسبب النقص في الميلانين. إنهم يتحسسون من الضوء الساطع، وهم معرضون إلى مستوى من خطر الإصابة بسرطان الجلد أعلى من متوسط تعرض الآخرين لخطر الإصابة به؛ وذلك جراء التعرض لأشعة الشمس. ويعاني معظم الناس المصابين بالمهق أيضاً من ضعف الرؤية. وتشير التقديرات التي وضعها صندوق «كلنا نحيا تحت الشمس ذاتها Under the Same Sun»، وهي منظمة غير حكومية كندية، إلى أن المهق يُصيب شخصاً واحداً من كل ٢,٠٠٠ تتراني. ومع أن الحالة الطبية ذاتها لا تؤثر في العمر المتوقع عند الولادة، إلا أن متوسط فترة الحياة، في جمهورية تروانيا المتحدة، للشخص المصاب بالمهق تبلغ حوالي ٣٠ عاماً.

من جارٍ آخر يُخبرنا بما فعلوا به. لقد ألمتني هذه الأخبار إبلاماً شديداً، ولكن ماذا كان عساني أن أفعل؟ هذه هي الطريقة التي تسير عليها الأمور.

إنني لا أفهم الأسباب التي تجعل الناس يفعلون هذه الأشياء إلى بني جلدتهم من الكائنات البشرية. ولكنني أعتقد أن التعليم هو المفتاح إلى إيقاف القتل العمد، والإساءة والتمييز. ومن المهم أن يتعلم الآخرون - وحتى أفراد أسرتي الممتدة - بأننا أشخاص مثلهم تماماً. إننا جميعاً متماثلين.

ولكي أتجنب مصاعب الحياة، فإنني أحبُّ تأليف وكتابة الأغاني والغناء. وقد انتهيت للتو من تأليف أغنية عن المصابين بالمهق وعن صراعنا معه. وحلمي أن أكون قادراً يوماً ما على تسجيل الموسيقى التي أقوم بتأليفها في أحد الاستديوهات، ومن ثمَّ أنشر رسالتي. وإنني أتضرع بالدعاء أن يستطيع الناس حول العالم أن يفهموا أن المصابين بالمهق لا يختلفون عنهم. إننا جميعاً كائنات بشرية ونستحق أن نُعامل بمحبة واحترام.

ومع أن قتل الأشخاص المصابين بالمهق فعلٌ غير مشروع قانونياً، إلا أنه ما يزال يُرتكب. فالطمع هو الذي يدفع الناس إلى ارتكاب هذا الفعل. ولكن كل ذلك قائمٌ على الكذب: فهناك أناس ارتكبوا هذه الأفعال المرعبة، ومع ذلك فإن حياتهم بقيت على حالها.

فقبل بضعة أشهر، وبفضل صديق والدي، نجوتُ وأشقائتي من الوقوع ضحايا للقتل العمد لصالح صناعة السحر. إذ جاء صديق والدي ليحذره بأن أطفاله الثلاثة المصابين بالمهق كانوا معرضين لخطر الاصطياد، وتوسل إلى والدي لكي يرحل عن «موانزا». ولم يكن ذلك الرحيل بالأمر السهل؛ لأنَّ الوضع المالي لأبي وأمي لم يكن جيداً، ولكننا حزمنا كل شيء لدينا وغادرنا في الساعة الثالثة فجراً من تلك الليلة.

سافرنا مسافةً تزيد عن ٥٠٠ كيلو متر إلى «دودوما»، وبعد مرور يومين تلقينا أخباراً من قريتنا مفادها أن أناساً اقتحموا منزلنا في «موانزا» بقصد قتلنا.

وعندما وجد الناس أننا قد هربنا، ذهبوا إلى جارنا المباشر. وكان هو ممثل المصابين بالمهق، وقام بعمل الكثير لمساعدتنا ولمناصرة حقوق المصابين بالمهق في مجتمعنا. فقاموا بقطع أعضائه التناسلية وذراعيه، وتركوه هناك حتى قضى نحبه. وتلقينا لاحقاً مكالمات هاتفية

أريد ذكريات طيبة

بقلم نيكولاي بوريكو



«نيكولاي بوريكو» وأخوه «غريشا» قضيا سنوات عديدة في دار إيوائية للأطفال ذوي الإعاقات العقلية في جمهورية مولدوفا. شُخص «نيكولاي» بأنه مصاب بإعاقة فكرية متوسطة، وشُخص أخوه بأنه مصاب بإعاقة فكرية شديدة. وفي عام ٢٠١٠، جرى جمع شمل «نيكولاي» و«غريشا» بأمهما في قرية «لابوسنا». وقد تأتي لهم جمعُ الشمل هذا بمساعدة برنامج مولدوفا: «مجتمع للجميع»، الذي نفذته جمعية كيستون المولدوفية الدولية للخدمات البشرية، بدعم مالي من مبادرة الصحة النفسية للجمعية المفتوحة، ومؤسسة سوروس - مولدوفا.

كنت في الحادية عشرة من عمري عندما ذهبت إلى مؤسسة الرعاية مع أخي «غريشا». وعمري الآن ١٦ عاماً. وكانت أمي قد أرسلتنا معاً إلى المؤسسة؛ لأننا لم نكن نملك مالاً يكفي لشراء أو استئجار بيت، وكانت والدتي مضطرة إلى العمل في نوبة الليل. وكثيراً ما كانت تأتي لزيارتنا. إنني لا أتذكر اليوم الذي

ذهبت فيه إلى المؤسسة، لا بل إنني نسيت بعض ذكرياتي عندما كنت فيها، وآمل أن أنسى الذكريات الأخرى مع مرور الوقت. إنني أريد ذكريات جديدة، أريدها ذكريات طيبة.

كان الطعام جيداً في أوقات الإجازات، وكان جيداً أيضاً في الأيام الأخرى، وكُنَّا كذلك نطعم أربع مرّات في اليوم، وبعد تناول الطعام، كنت انظف المطبخ.

علمنا المعلمون أن نشد القصائد الشعرية وأن نغني الأغنيات، وأرونا ألعاباً كثيرة. لقد تعلمت قصيدةً شعريّةً عن «جيجل Gigel»، واثنتين عن أمي.

كُنَّا نأخذ فترة قصيرة من النوم بين الساعة الواحدة ظهراً والرابعة عصراً. ولكنني لم أكن أنام فيها: كنت أقهقه ضاحكاً، وأتحدث مع الفتيان الآخرين. أضع رأسي على المخذة، وأبقي عياني مفتوحتين وأنظر إلى الفتيان الآخرين. لقد كُنَّا جميعاً ننام في غرفة واحدة، كلُّ الفتيان الستة عشر من الصّف الذي أنتمي إليه.

كان هناك فتى، اسمه «فكتور»، وكان يعمل في المطبخ. ذهبنا معاً إلى مدرّج الألعاب الرياضية في الجوار. ولم يكن يأخذ معه أحداً غيري إلى المدرّج، وكان لديه خبز وحليب وكُنَّا نتناول الطعام معاً. وعندما أخذتني أمي مع أخي إلى البيت، لم يكن «فكتور» يعرف ذلك لأنّه كان نائماً. أعطاني صورته الشخصية لكي لا أنساه أبداً، ولكنني نسيتها هناك. كانت كوادر المؤسسات تضربنا أحياناً. ولا أعرف سبب ضربهم لنا. لقد كانوا

يُوسعوننا ضرباً مُبرحاً باستخدام عصيٍ مختلفة حتى أصيبَ ظهري بجروح. ولم أكن الوحيد الذي تعرّض لهذه الإصابة، فقد أصيب فتیانٌ آخرون معي أيضاً. وكان بعض أولئك الفتيان يحملون سكاكين معهم، وبعض الفتيان يضربون فتیاناً آخرين. فماذا كان بوسعي أن أفعل؟ لم أَدافع عن نفسي، وكان بوسعهم قتلي. لقد ضربوا أخي «غريشا»، ولكنني دافعت عنه.

لم أرغب في البقاء في المؤسسة. فلو كانت أمي قد تركتنا فيها، لقامت إدارة المؤسسة بإرسالنا إلى أسرٍ مختلفة، ولما استطاعت أمي أن تعثر علينا أبداً. ولكنني أرغب في زيارة المؤسسة لمجرد مشاهدة «فكتور» ولأخذ منه رقمه الهاتفي.

الوضع جيدٌ جداً في البيت؛ فأنا أَلعب مع «كوليا»، و«إيغور» و«ديما» في الوقت الحاضر، ولا أحد يضربني في هذا المكان. أحياناً نناقش المشكلات مع والدتنا ونبتمس منها النصح، ونتعاش معاً بطريقة طيبة جداً، وأذهب إلى المدرسة يومياً. إنني أحب ممارسة التربية البدنية والحصص الدراسية باللّغة الرومانية. أشعر بالبهجة لأنني جئت إلى هنا، وأنا سعيدٌ لأنني الآن في «لابوسنا».

(تتمّة من صفحة ٣)

من حياة الأطفال ذوي الإعاقات. فالفصل ٣ يتناول الخدمات الصحية، والتغذوية والتعليمية التي بوسعها أن توفر أساساً قوياً يستطيع الأطفال ذوو الإعاقات أن يبنوا عليه حياة كاملة مكتملة المتطلبات. ويستكشف الفصل ٤ الفرص والتحديات التي تواجه ضمان الاعتراف القانوني والحماية القانونية من الاستغلال أو الإساءة. ويناقش الفصل ٥ مسألة الشمول ضمن سياق الأزمات الإنسانية.

ينشأ العديد من أشكال الحرمان التي يكابدها الأطفال ذوو الإعاقات من واقع غيابهم عن الأنظار وبترسخ الحرمان بسبب هذا الغياب. إن الأبحاث المعنية بإعاقات الأطفال لا تقي بالغرض إلى درجة تبعث على الأسى، وبخاصة في البلدان ذات الدخل المنخفض إلى المتوسط. كذلك فإن الافتقار إلى الأدلة، الناتج عن عدم كفاية الأبحاث، يُعيق صياغة السياسات الجيدة وتقديم الخدمات إلى الأطفال، الذين يعتبرون من بين أشد الناس استضعافاً. ولذلك، فإن الفصل ٦ من هذا التقرير يبحث في التحديات والفرص التي تواجه الباحثين - وفي سبيل جعل الأطفال ذوي الإعاقات ظاهرين للعيان من خلال جمع البيانات وتحليلها بطريقة سليمة. أما الفصل ٧، الذي يختم هذه الطبعة من تقرير وضع الأطفال في العالم، فهو يُحدّد الإجراءات الضرورية والممكنة عملياً، التي من شأنها أن تمكّن الحكومات، وشركاءها الدوليين، والمجتمع المدني، والقطاع الخاص من النهوض بالإنصاف والارتقاء به من خلال شمول الأطفال ذوي الإعاقات في الحياة المجتمعية.



«ونجون»، ٩ أعوام، تمشي بصحبة أمها الحاضنة في الصين.
© يونيسف / الصين / ٢٠١٠ / ليو

والحق في التمتع بمستوى من الحماية المتساوية تحت القانون. فهذه الحقوق تكمن في صلب الجهود الرامية إلى بناء مجتمعات شمولية ومنصفة - على أن لا يكون الأطفال ذوي الإعاقات منتفعين فحسب، بل أن يكونوا عوامل تغيير النهائية، من هو الذي في وضع أفضل لاستيعاب حاجاتهم وتقييم الاستجابة لها؟ وفي أيّ جهود تبذل لتعزيز الشمول والإنصاف، فإن الأطفال ذوي الإعاقات ينبغي أن يكونوا قادرين على أن يُعولوا على الدعم من أسرهم، ومن المنظمات العاملة مع الأشخاص ذوي الإعاقة، ومن روابط وجمعيات الآباء والأمهات والفئات المجتمعية. وينبغي أن يكونوا قادرين أيضاً على أن يُعولوا على الحلفاء البعيدين عنهم. فإن الحكومات تمتلك السلطة للمساعدة في العمل على تناغم سياساتها وبرامجها مع روح وأحكام اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، واتفاقية حقوق الطفل والصكوك الدولية الأخرى التي تتناول إعاقات الأطفال أو تؤثر فيها. ويستطيع الشركاء الدوليون أن يقدموا المساعدة المتوافقة مع تلك الاتفاقيات. كذلك تستطيع الشركات والكيانات الأخرى العاملة في القطاع الخاص النهوض بمسألة الشمول في الحياة المجتمعية - وأن تجتذب أفضل المواهب - عن طريق اعتناق مبدأ التنوع في التوظيف.

يعمل الباحثون على تحسين عملية جمع البيانات وتحليلها وسوف تُساعد أبحاثهم هذه على التغلب على الجهل والتمييز اللذين غالباً من ينبثقان من تلك العملية. وعلاوة على ذلك، ولأنّ البيانات تُساعد في توجيه التداخلات وقياس أثارها، فإن جمع البيانات وتحليلها بطريقة أفضل يُساعدان في ضمان التخصيص الأمثل للموارد والخدمات. ولكن ينبغي لصنّاع القرار أن لا ينتظروا الحصول على بيانات أفضل لكي يبدؤوا في بناء بنى تحتية وخدمات أكثر شمولاً؛ فكما اكتشف بعضهم بالفعل، فإن الشمول في الحياة المجتمعية يستلزم إشراك المجتمعات برمتها ويُفيدها كلها، ويُمكن تطبيق عناصره على المشروعات الجديدة بصورة عامة. وكل ما يتطلبه الأمر هو أن تبقى هذه الجهود مرنة لكي تتسنى مواءمتها عندما ترى البيانات الجديدة النور.

يُنَاقشُ الفصل التالي من هذا التقرير الإقصاء والعوامل التي تعمل على انتشاره، إلى جانب مناقشة بعض أساسيات الشمول، الفلسفية منها والعملية. أما الفصول التي تليها، وكلُّ منها يُطبّق المنهج نفسه لاستكشاف الحواجز كما الحلول التي تبعث على الأمل - فهي مُكرّسة لجوانب محدّدة بعينها



أطفال ذوو إعاقات وأطفال من دون إعاقات يشاركون في احتفالات مدرسية في بنغلاديش. © يونيسف / بانا ٢٠٠٧ - ٠٠٦٥٥ / صدّيق

أساسيات الشمول

تبنّي نهجاً يستند إلى احترام حقوق وطموحات وإمكانات جميع الأطفال يُمكن أن يحدّ من تعرّض الأطفال ذوي الإعاقات إلى التمييز، والإقصاء والإساءة.

ومعاملة مجتمعاتهم لهم معاملة الغرباء. وقد وجدت الدراسات المبكرة التي أُجريت على الطريقة التي يُعامل بها الأطفال ذوو الإعاقات من جانب أقرانهم، حتى على مستوى التعليم قبل المدرسة، أنّهم ربّما يُغفلون كأصدقاء أو زملاء في اللعب، في بعض الأحيان؛ لأنّ الأطفال الآخرين يعتقدون بأنّ الأطفال ذوي الإعاقات ربما لا يكونون مهتمين أو قادرين على اللعب أو التفاعل.^٤

كذلك فقد وجدت دراسة، أُجريت في المملكة المتحدة على أسر الأطفال ذوي الإعاقات، أنّ ٧٠ في المئة من تلك الأسر اعتقدت أنّ فهم الإعاقات وتقبّلها في أوساط مجتمعاتهم كانا إما ضعيفين أو لا يبعثان على الرضى، وأنّ النصف تقريباً من تلك الأسر واجه مشكلات في الحصول على خدمات الدعم كـرعاية للأطفال.^٥

ووفقاً لدراسة أُجريت في المملكة المتحدة عام ٢٠٠٧، ضمّت الأطفال ذوي الاحتياجات التعليمية الخاصة، قال ٥٥ في المئة منهم أنّهم عوملوا بطريقة غير عادلة بسبب إعاقاتهم.^٦ وفي مدغشقر، وجدت إحدى الدراسات أنّ الجهل بالإعاقات كان أمراً شائعاً فيما بين الآباء والأمّهات - وأنّه حتّى في أوساط رؤساء روابط الآباء والأمّهات، فإنّ ٤٨ في المئة منهم اعتقدوا، بصورة خاطئة، أنّ الإعاقات مُعدية.^٧

وأوردت دراسة أُجريت في عام ٢٠٠٩ في إحدى المدن الفيتنامية، وهي مدينة «دا نانغ»، أنّه رغم أنّ المجتمع تبنّى بصورة عامة مواقف وتوجّهات متسامحة تجاه الأطفال ذوي الإعاقات وأسرهم، فقد استمر ظهور حالات وصمة العار والتمييز. فقد اعتُبر ظهور الأطفال ذوي الإعاقات على الملأ في العطلات العامة، مثل عطلة «تت Tet»، التي تُحيي مناسبة قدوم السنة القمرية الجديدة، فالأضراراً بالحظّ السعيد.^٨

تتحدّى اتفاقية حقوق الطفل واتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة النهج الخيريّة التي تعتبر الأطفال ذوي الإعاقات مُتلقيين سلبين للرعاية والحماية. وبدلاً من ذلك، فإنّ الاتفاقيتين تطالبان بالاعتراف بكل طفل عضواً كامل العضوية في أسرته، ومجتمعه المحلي ومجتمعه الكلي.

وهذا يستلزم التركيز لا على الأفكار التقليدية «لإنقاذ» الطفل، بل على الاستثمار في إزالة الحواجز الجسدية، والثقافية، والاقتصادية، وتلك المتعلقة بالاتصال والتواصل، والحركة والتنقل، والسلوكيات التي تُعيق أعمال حقوق الطفل - بما فيها الحقّ في المشاركة النشطة في صناعة القرارات التي تمسّ الحياة اليومية للأطفال.

غالباً ما يُقال أنّك عندما تتغيّر، فإنّ العالم يتغيّر. فالاستخفاف بقدرات الأشخاص ذوي الإعاقات عقبة كبرى تعترض سبيل شمولهم في الحياة المجتمعية. ولا يقتصر وجود هذا الاستخفاف على مستوى المجتمع العام، بل إنّّه موجود كذلك في أذهان المهنيين المحترفين، والسياسيين وصنّاع القرار.

ويُمكن أن يحدث هذا الاستخفاف أيضاً داخل الأسر، وفي أوساط الأقران ولدى الأفراد ذوي الإعاقات، وبخاصة في ظلّ غياب الدليل والبرهان على أنّهم يقيّمون ويدعمون أثناء مرحلة نمائهم. وتبقى المواقف والتوجّهات السلبية أو التي تعتمد على معلومات ضعيفة من بين أكبر العقبات التي تعترض سبيل تحقيق المساواة في الحصول على الفرصة؛ إذ تنبثق من تلك المواقف والتوجّهات أشكال حرمان الأطفال ذوي الإعاقات، مثل افتقار الأطفال ذوي الإعاقات إلى التدابير التيسيرية المعقولة.

قد ينتج عن التّصورات الاجتماعية السلبية لدى الأطفال ذوي الإعاقات انخفاض عدد الأصدقاء، والانعزال أو التّعرض للاستقواء، أو تعرّض أسرهم لضغوطاً إضافية،

الأطفال ذوي الإعاقات مكتومةً، مع إبقائهم مهمشين. إن حملات التوعية العامة الرئيسة، التي ترعاها الحكومات، والتي تشمل الأطفال كمقدمين أساسيين فيها، مدعومين من جميع الجهات المعنية في المجتمع المدني، بوسعها أن تُوفّر المعلومات عن الحواجز التي تقف أمام أعمال الحقوق، وأن تتحدّثا، وتكشف واقعا، وعلاوةً على ذلك، فإنّ الآباء والأمهات، والمنظمات المعنية بالأشخاص ذوي الإعاقات تستطيع أن تلعب أدواراً محوريّة - وهي غالباً ما تلعب تلك الأدوار - في تنظيم وإطلاق الحملات المخصّصة لقبول الأطفال ذوي الإعاقات وشمولهم في الحياة المجتمعية.

كذلك فإنّ استحضار موضوع الإعاقة في الخطاب السياسي والاجتماعي يُمكن أن يُساعد في توعية صانعي القرار وموفّري الخدمات، وأن يوضّح للمجتمع العام بأنّ الإعاقة هي "جزء من الحالة البشرية".^١ فلا يُمكن المبالغة في التركيز على أهمية إشراك الأطفال ذوي الإعاقات. ولكن يُمكن الحدّ من التّحامل بصورة مؤثّرة من خلال التّفاعل، كما أنّ النّشاطات التي تجمع الأطفال ذوي الإعاقات والأطفال من دون الإعاقات معاً أظهرت بأنّها تُعزّز المواقف والتوجّهات الإيجابية.^١ إن الإدماج الاجتماعي يُفيد الجميع، مما يقتضي أنّه إذا سعت المجتمعات إلى الحدّ من التّفاوتات، فإنّه ينبغي لها أن تبدأ مع الأطفال الأكثر ملاءمةً لبناء مجتمع شمولي للجيل القادم. ويستطيع الأطفال الذين جربوا التعليم الشمولي، على سبيل المثال، أن يكونوا أفضل المُعلّمين في المجتمع.

كما أنّ وسائل الإعلام الشمولية لها جزءٌ أساسيٌّ تلعبه في هذا التوجّه. فعندما تضمّ أدبيات الأطفال كلاً من الأطفال والكبار ذوي الإعاقات، فإنّها تُرسلُ رسائل إيجابية بأنهم أفراد داخل الأسر وداخل الأحياء.

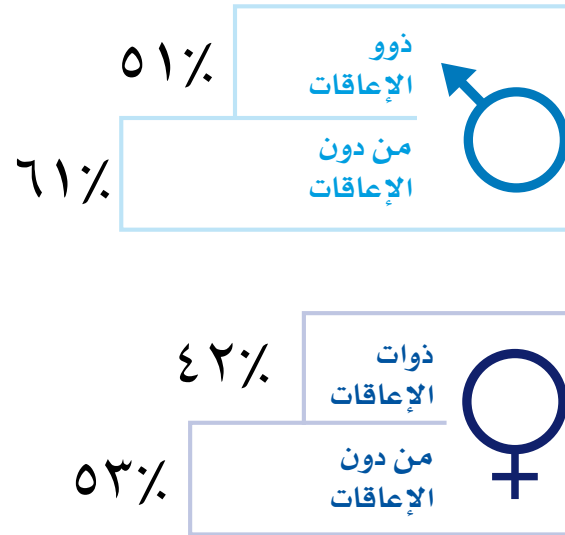
ومن المهمّ لأفراد جميع الفئات، ولا سيّما أولئك الذين قد يتم التمييز بحقهم على أساس العرق/العنصر، أو نوع الجنس الاجتماعي، أو الانتماء العرقي (الإثنية) أو الإعاقة، أن يكونوا مُتضمّنين في القصص والكتب المقرّرة للأطفال - وليس بالضرورة أن يكونوا هم الأبطال الرئيسيين فيها، ولكن لكي يكون حضورهم ومشاركتهم ملحوظاً ليس إلا. كما أنّ الكتب، والأفلام، والتصوير الإعلامي تلعب كلّها دوراً مهمّاً في تعليم الأطفال ما يتعلّق بالأعراف الاجتماعية. فكما أنّ تصوير شخصيات الفتيات في وسائل الإعلام العامة الخاصة بالأطفال ينطوي على أفكار ضمنية عن تراتبية نوع الجنس الاجتماعي والتوقّعات التقليدية منه، فإنّ الغياب

لا عجب إذن من أن يكون الأطفال ذوو الإعاقات من بين الأطفال الأكثر تعرضاً لمخاطر التّقدير المنخفض للذات والشعور بالانعزال. ولا ينبغي تعريف أيّ طفل حسب الإعاقة. فكلّ طفل فريد من نوعه، وله الحق في أن يُحترم بصفته هذه. وعندما تعتنّق المجتمعات المبادئ الشمولية وتُظهر هذا الدّعم للإنصاف في الممارسة، يكون الأطفال ذوو الإعاقات قادرين على التّمتع بالحقوق والخيارات ذاتها كالأطفال الآخرين. والتّمكين من المشاركة في المجتمع، وتوفير الخيارات التعليمية، والثّقافية والترفيهيّة لهما أهمية قصوى في مجال النّماء الجسدي والفكري السليمين لكل طفل. وحيثما تقتضي الحاجة توفير الدّعم المتخصّص - للتواصل أو الحركة والتنقّل على سبيل المثال - من أجل تيسير التّفاعل وتعزيز المشاركة القائمة على الذات في نشاطات الحياة اليومية، ينبغي أن تكون فرص الوصول إلى ذلك مجانيّة ومتاحة للجميع.

تغيير المواقف

سوف يتغيّر القليل في حياة الأطفال ذوي الإعاقات ما لم تبدأ بالتغيير المواقف والسلوكيات في أوساط المجتمعات، والمهنيين المحترفين، ووسائل الإعلام والحكومات.

المعدلات التقديرية لإكمال الأطفال التعليم الابتدائي



المصدر: منظمة الصحة العالمية، استناداً إلى المسوح التي أجريت في 51 بلداً.

فالجهد بطبيعة وأسباب اعتلالات الأطفال، وغيابهم عن الأنظار، والتّبخيس الخطير بإمكاناتهم وقدراتهم، والمعوقات الأخرى في تساوي الفرص والمعاملة، تتأمر كلها في إبقاء أصوات

إنها مسألة قدرة

أطلقت حملة الجبل الأسود تحت عنوان: «إنها مسألة قدرة» في سبتمبر / أيلول ٢٠١٠، وأحدثت أثراً على معارف الجمهور، ومواقفهم وتوجهاتهم وممارساتهم تجاه الأطفال ذوي الإعاقات. وتجمع الحملة معاً تحالفاً واسع النطاق يتكوّن من ١٠٠ منظمة أهلية ودولية، تتراوح بين حكومة الجبل الأسود وبين الاتحاد الأوروبي، ومجلس أوروبا، ومنظمة الأمن والتعاون في أوروبا، ووكالات الأمم المتحدة، والسفارات، وروابط آباء وأمهات الأطفال ذوي الإعاقات، ووسائل الإعلام المطبوع والإلكتروني، والقطاع الخاص، والمسؤولين المحليين والأطفال ذوي الإعاقات والأطفال من دون الإعاقات. وقد اشتملت إحدى استراتيجيات الحملة على استخدام اللافئات في كل أنحاء البلاد لإظهار الأطفال ذوي الإعاقات كأفراد ناشطين في المجتمع، بتصويرهم كرياضيين، وأصدقاء، وموسيقيين، وراقصين، وطلبة، وأبناء ذكورا وإناثا، وإخوة وأخوات. وأوردت دراسة أجريت في نوفمبر / تشرين الثاني ٢٠١١ لقياس الأثر الذي تركته الحملة أنها - أي الحملة - أسهمت في زيادة عدد الأشخاص، الذين يعتبرون الأطفال ذوي الإعاقات أفراداً متساوين مع أفراد المجتمع الآخرين، بنسبة ١٨ في المئة. وقد لوحظ تحسّن أيضاً في السلوك تجاه الأطفال ذوي الإعاقات والتواصل فيما بينهم وبين الأشخاص من دون الإعاقات.

أنشطة اللعب والترفيه والتسلية والرياضة، بما في ذلك الأنشطة التي تمارس داخل إطار النظام المدرسي».

دعم الأطفال وأسرهم

تشدّد اتفاقية الأشخاص ذوي الإعاقة على دور الأسرة بصفتها الوحدة الطبيعية في المجتمع، وعلى دور الدولة في دعم الأسرة. وتتص الاتفاقية على أن «الأشخاص ذوي الإعاقة وأفراد أسرهم ينبغي أن يحصلوا على الحماية والمساعدة اللازمين لتمكين الأسر من المساهمة في التمتع الكامل على قدم المساواة بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقات»^{١٢}

إنّ عملية إعمال حقوق الأطفال ذوي الإعاقات؛ أي شمول أيّ طفل ما في الحياة المجتمعية - تبدأ بإنشاء بيئة منزلية مؤاتية للتدخل المبكر.

الروتيني للأشخاص ذوي الإعاقات عن الأنظار، أو سوء تمثيلهم، أو تهميطهم يخلق تحاملات اجتماعية ويرسخها، فضلاً عن أنّه يؤدّي إلى التبخيس من أدوار الأشخاص ذوي الإعاقات في المجتمع ومن مكانتهم.

وبالمثل، فإنّ المشاركة في النشاطات الاجتماعية تُساعد في تعزيز وجهة نظر إيجابية عن الإعاقة. فقد ساعدت النشاطات الرياضية، على وجه الخصوص، في التغلّب على العديد من التحاملات الاجتماعية. ويمكن للنشاط البدني أن يكون وسيلة قوية لتعزيز الاحترام - إذ من الملهم رؤية الطفل يتغلّب على الحواجز البدنية والنفسية للمشاركة، بما في ذلك حاجز الافتقار إلى التشجيع والدعم، أو حاجز محدودية الأجهزة التكيفية. ففي إحدى الدراسات، صنّف الأطفال ذوو الإعاقات، النشيطون بدنياً بأنهم أكثر كفاءة من نظرائهم من غير ذوي الإعاقات.^{١١}

ومع ذلك، يجب توخّي الحذر تجاه عدم استحداث جوّ اصطناعي يُعتبر فيه الأطفال ذوو الإعاقات، ممّن يُظهرون القدرة على تحقيق بطولات بدنية، جديرين بها، وجعل أولئك الذين لا يُظهرون تلك القدرات يشعرون بعقدة النقص.

كذلك فقد كانت النشاطات الرياضية وما تزال مفيدة في حملات الحد من وصمة العار. فالرياضيون ذوو الإعاقات هم، في أغلب الأحيان، من بين ممثلي الأشخاص ذوي الإعاقات الأكثر اعترافاً بهم، والكثير منهم يستخدمون المنتديات، من مثل الألعاب الأولمبية للمعاقين و«الأولمبياد الخاص»، لتنظيم وإطلاق الحملات، ولكي يصبحوا قدوات للأطفال ذوي الاعتلالات أو العاهات الجسدية أو الفكرية. وإلى جانب ذلك، فإنّ الخبرات المستقاة من البوسنة والهرسك، وجمهورية لاوس الديمقراطية الشعبية، وماليزيا والاتحاد الروسي تُبيّن كلّها أن إتاحة النشاطات الرياضية والترفيهية لا يكون لها فائدة مباشرة على الأطفال ذوي الإعاقات فحسب، بل إنّها تساعد أيضاً في رفع مكانتهم في المجتمع بينما هم يُشاهدون وهم يُشاركون جنباً إلى جنب مع الأطفال الآخرين في النشاطات التي يُثمّنّها المجتمع.^{١٢}

إنّ تشجيع الأطفال ذوي الإعاقات على المشاركة في النشاطات الرياضية والترفيهية، بصحبة جميع أقرانهم، أمرٌ يتعدّى كونه مسألة تغيير في التوجهات. بل إنه حق لهم، وهو أحد المتطلبات المحددة بعينها في اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، الذي يوجّه الدول الأطراف «بضمان إتاحة الفرصة للأطفال ذوي الإعاقات للمشاركة على قدم المساواة مع الأطفال الآخرين في

تتراوح التكاليف الإضافية للإعاقات التي تتحملها الأسر بين ١١ - ٦٩ في المئة من دخل تلك الأسر في المملكة المتحدة، وبين ٢٠ - ٣٧ في المئة من دخلها في أستراليا، وبين ٩ في المئة في فيتنام، و ١٤ في المئة في البوسنة والهرسك.^{١٤}

وتشتمل التكاليف المرتبطة بالإعاقات على المصروفات المباشرة، مثل العلاج الطبي، أو السفر، أو إعادة التأهيل أو المساعدة في الرعاية، إضافة إلى تكاليف الفرص الضائعة، مثل الدخل الذي يضيع عندما يتخلى الآباء والأمهات عن فرص العمل التي لديهم أو يعملون على الحد منها لكي يوفروا الرعاية لطفل ذي إعاقة أو لأطفال ذوي إعاقات.^{١٥}

قدّرت منظمة العمل الدولية أنّ التكاليف الاقتصادية للإعاقة تبلغ نسبة ٣ - ٥ في المئة من الناتج المحلي الإجمالي في ١٠ من البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل.^{١٦} ووجد استعراض لما مجموعه ١٤ بلداً من البلدان النامية أنّ الأشخاص ذوي الإعاقات كان من المحتمل أن يواجهوا الفقر أكثر من الأشخاص من دون الإعاقات.^{١٧} ومن المحتمل كذلك أن يكون يسر حال الأشخاص ذوي الإعاقات أقلّ من يسر حال الأشخاص من دون الإعاقات من حيث التعليم، والتشغيل، والظروف المعيشية، والاستهلاك والصحة.

ففي ملاوي وأوغندا، وُجِدَت الأسر التي لديها أفراد ذوو إعاقات أنها من المرجح أن تكون أكثر فقراً من الأسر المماثلة والتي ليس لديها أفراد من ذوي الإعاقات.^{١٨} كما أنّ دخل الأسر التي لديها أفراد ذوو إعاقات أقلّ، بصورة عامة، من دخل الأسر الأخرى، وهي تواجه خطراً أعظم من حيث العيش دون خط الفقر.^{١٩} أما في البلدان النامية، فإنّ الأسر التي لديها فرد ذو إعاقة أو أفراد ذوو إعاقات، تُنفق أكثر، إلى حدّ جدير بالاعتبار، على الرعاية الصحية.^{٢٠} وهذا يعني أنّه حتى الأسرة، التي تكون فنياً فوق خط الفقر، ولكن لديها فرد واحد ذو إعاقة أو أفراد ذوو إعاقات، يُمكن فعلياً أن تعيش مستوى معيشي مكافئ لمستوى أسرة تقبع تحت خط الفقر وليس لديها فرد ذو إعاقة أو أفراد ذوو إعاقات.

إنّ ما يُدَلُّ بالبرهان على أنّ الإعاقة في مرحلة الطفولة تُضعف فرص حياة الشّخص واضح بجلاء. فالأطفال ذوو الإعاقات ينمون ويكبرون في حالة أكثر فقراً، وتتاح لهم فرص أقل للحصول على خدمات التعليم وخدمات الرعاية الصحية، وهم أسوأ حالاً في مجموعة بارزة من التدابير، ومنها احتمالية تفكك الأسرة والتعرّض للإساءة.



«مارماني»، ٨ أعوام، في أحد مراكز التأهيل التي تُديرها المنظمة غير الحكومية الدولية «أطباء بلا حدود» في «بورن» - أو - برنس، في هايتي. © يونيسف / المقر الرئيسي ٢٠٠٥ - ١٩٧٠ / لوموين.

وهي تشتمل على تحفيز الآباء والأمهات ومناحي الرعاية من الأيام والأسابيع الأولى للحياة وحتى انتهاء المراحل المختلفة من النماء التعليمي والترفيهي للأطفال. وإنّ شمول هؤلاء الأطفال في الحياة المجتمعية أمر مهم في جميع المراحل، ولكن كلما مُنح الأطفال الفرصة للتفاعل مع الأقران والمجتمع الأكبر في وقت أبكر، تحققت المنافع لجميع الأطفال بصورة أكبر.

يحقّ للأطفال ذوي الإعاقات وأسرهم، بموجب اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، التمتع بمستوى معيشي لائق، بما في ذلك توفير ما يكفيهم من الغذاء والملبس والسكن لهم. كذلك يحقّ للأطفال ذوي الإعاقات وأولئك المسؤولين عن رعايتهم التمتع بالخدمات المدعومة أو بخدمات الدعم المجانية، مثل الرعاية النهارية، والرعاية المؤقتة، والاستفادة من مجموعات المساعدة الذاتية.

إنّ الحماية الاجتماعية للأطفال ذوي الإعاقات وأسرهم مهمة بصورة خاصة؛ لأنّ هذه الأسر غالباً ما تواجه كلفة معيشية أعلى، وتفتقر فرصاً لكسب الدخل.

الضعف أو الاعتلال المُصاب به الطفل. وسيكون من الضروري إجراء المتابعة والتقييم الروتينيين للآثار التي تُحدثها التحويلات النقدية على الصحة، والتحصّل الأكاديمي والترفيهي للأطفال ذوي الإعاقات؛ وذلك بهدف التأكّد من تحقيق هذه التحويلات أهدافها.

وثمة أداة أخرى بوسع الحكومات استخدامها، ألا وهي وضع موازنات خاصة بحالات الإعاقّة. فعلى سبيل المثال، فإنّ الحكومة التي سبق لها أن التزمت بضمان حصول جميع الأطفال على تعليم مجانيّ عالي الجودة من شأنها أن تضع أهدافاً محدّدة بشأن الأطفال ذوي الإعاقات منذ البداية، وأن تُراعي تخصيص جزءٍ كافٍ من الموارد المتوافرة لتغطية أشياء من قبيل تدريب المعلّمين، وتجهيز البنى التحتيّة، وجعل المناهج متاحةً، وشراء وتركيب الأجهزة المساعدة.

يجب توفير الفرص الفعّالة للحصول على الخدمات مجاناً، بما في ذلك خدمات التّعليم، والرعاية الصحيّة، والتأهيل (التدريب والعلاج الهادف إلى التّمكن من القيام بنشاطات الحياة المعيشية اليومية)، وإعادة التأهيل (المنتجات والخدمات الهادفة إلى المساعدة في استعادة

تستطيع الدول أن تُعالج العواقب، والخطر المتزايد لفقر الأطفال باستخدام مبادرات الحماية الاجتماعيّة، مثل برامج التحويلات النقدية. فهذه البرامج تُسهّل إدارتها نسبياً، وتوفّر المرونة في تلبية الحاجات الخاصّة للآباء والأمهات والأطفال.

وهي تحترم أيضاً حقوق الآباء والأمهات والأطفال في صنع القرار. فقد أظهرت برامج التحويلات النقدية أنها مفيدة للأطفال^{٣١} مع أنّه قد يصعب قياس مدى استخدامها من جانب الأطفال ذوي الإعاقات ومن جانب أولئك الذين يقومون برعايتهم، وقياس مدى فائدتها لهم^{٣٢} وبين عدداً متنامٍ من البلدان منخفضة ومتوسطة الدّخل على النّتائج الواعدة المتوقّعة من هذه الجهود واسعة النطاق، فقد أطلقت تلك البلدان مبادرات للحماية الاجتماعيّة الموجهة التي تشتمل على تحويلات نقدية مُخصّصة على وجه التحديد للأطفال ذوي الإعاقات.

وتضمّ هذه البلدان بنغلاديش، والبرازيل، وتشيلي، والهند، وليسوتو، وموزامبيق، وناميبيا، ونيبال، وجنوب أفريقيا، وتركيا، وفيتنام من بين بلدان أخرى. وتتباين كثيراً أنواع المُخصّصات والمعايير المحدّدة لتلقيها؛ فبعضها مرتبطٌ بشدّة



فتى مُصابٌ بالمُصَبِّ يقرأ باستخدام طريقة «براي» في مدرسته ببلدة «موشي» في جمهورية تنزانيا المتحدة. © يونيسف / المقر الرئيسي ٢٠٠٨ - ١٧٨٦ / بيروزي

وظيفة الجسم التي فقدت بعد حصول الاعتلال)، والاستجمام، ويجب أن تكون تلك الفرص والخدمات متسقة مع تعزيز أقصى درجات الإدماج الاجتماعي الممكن، والنماء الفردي للطفل، بما في ذلك النماء الثقافي والروحي. وتستطيع هذه التدابير أن تُعزّز الشمول في المجتمع، وفقاً لروح المادة ٢٣ من اتفاقية حقوق الطفل، التي تنصّ على «وجوب تمتع الطفل ذوي الإعاقة بحياة كاملة وكريمة، في ظروف تكفل له كرامته، وتُعزّز اعتماده على النفس، وتيسّر مشاركته الفعلية في المجتمع».^{٢٣}

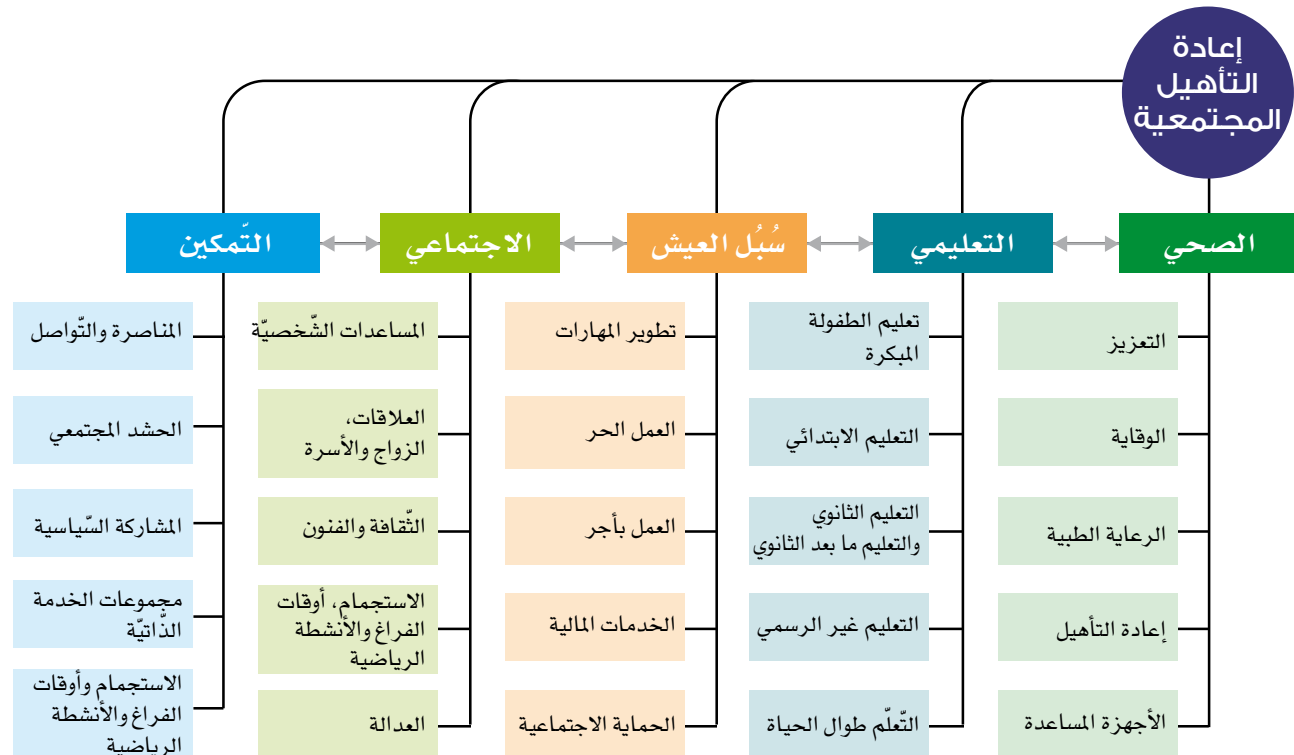
ألزمت الدول الأطراف في اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة نفسها باتخاذ الإجراءات اللازمة للقضاء على التمييز ضد الأطفال ذوي الإعاقات، وبوضع مسألة شمولهم في المجتمع على سُلّم أولوياتها.

وسوف تعمل الاستراتيجيات الوطنية الشمولية ذات النواتج القابلة للقياس على ترجيح احتمالية أن يتمكن الأطفال من إعمال حقوقهم. وبمقدور التعاون الدولي وتبادل المعلومات والمساعدات الفنية - بما في ذلك أوجه التقدم المُحرز أو النهج المجتمعية إلى التدخل المبكر في الإعاقات

- أن تُعزّز هذه الغايات. كذلك تستطيع برامج المساعدات التنموية التي تُركّز على الأطفال أن تُساعد في تحقيق ذلك عن طريق الأخذ في الحسبان حاجات الأطفال ذوي الإعاقات وأسرهم، وبخاصة في البيئات منخفضة الدخل، حيث يحتمل أن تكون منظومات حماية حقوق الأطفال ذوي الإعاقات وتعزيزها ضعيفة. وتُقدّم مجموعة متنوعة من المؤسسات الحكومية وغير الحكومية الخدمات للأطفال ذوي الإعاقات. ومن شأن التنسيق متعدد القطاعات الذي يضمّ أفراد الأسر أن يُساعد في تجنّب الفجوات في تقديم تلك الخدمات، وينبغي أن يكون هذا التنسيق منسجماً مع التغييرات التي تحدث في قدرات الأطفال وحاجاتهم، وهم ينمون ويكبرون، ويخوضون تجارب الحياة.

إعادة التأهيل المجتمعية

تُصمّم المجتمعات المحلية برامج إعادة التأهيل المجتمعية، وتُشغّلها. وتسعى هذه البرامج إلى ضمان أن يحصل الأطفال ذوو الإعاقات على إمكانية الحصول على خدمات إعادة التأهيل، والخدمات الأخرى والفرص: الخدمات الصحية،



المصدر: منظمة الصحة العالمية.



روضة أطفال شمولية في «زهنى نوفغورود»، الاتحاد الروسي. © يونيسف / روسيا / ٢٠١١ / كوتشينيفا

الاجتماعية (CIESAS) في أوكساكا، المكسيك، مثلاً على إعادة التأهيل المجتمعية للأطفال ذوي الإعاقات الأصليين، ولأسرهم ومجتمعاتهم المحلي. إذ استخدم هذا المركز، بالتعاون مع اليونيسف، وبتمويل من الوكالة المكسيكية للرعاية (DIF-Oaxaca)، برنامج إعادة التأهيل المجتمعية للتقدم بعملية شمول الأطفال ذوي الإعاقات في أربعة مجتمعات محلية ريفية نائية^{٢٦} تقطنها فئات سكانية أصيلة كثيرة العدد، تُحرز نتائج منخفضة بمقياس مؤشر التنمية البشرية. فقد جرى تدريب فرق يتألف كل منها من طبيب، ومعالج طبيعي أو مهني، ومثقف / مربّي، وناشطين اثنين يتحدثان اللغات المحلية الأصلية بطلاقة، ثم أرسلت الفرق إلى داخل المجتمعات لإقامة ورشات عمل تناولت موضوعات التمييز، والشمول وحقوق الأطفال. وشجعت الفرق على تشكيل شبكات الدعم المحلية فيما بين أسر الأطفال ذوي الإعاقات، وحيثما كان ذلك ملائماً، قدّمت الفرق إحالات إلى العلاج الطبي أو الطبيعي. وقد أدت المبادرة، على مدى السنوات الثلاث ٢٠٠٧ - ٢٠١٠، إلى زيادة مستوى تقبل الأطفال الأصليين من جانب أسرهم ومجتمعاتهم المحليّة.

والخدمات التعلّيمية وسبل العيش. وتُمارَس برامج إعادة التأهيل المجتمعية هذه، التي طورتها منظمة الصحة العالمية في أواخر عقد السبعينيات وأوائل عقد الثمانينيات من القرن الماضي، في أكثر من ٩٠ بلداً، وهي تُمثّل نقلةً من التركيز على الرعاية داخل المؤسسات على أيدي متخصصين إلى الاعتماد الذاتي على المجتمعات المحلية، وإلى التعاون والملكية في تلبية الحاجات الخاصة للأطفال ذوي الإعاقات - وبمشاركة فعّالة من جانبهم؛ وذلك لما لهذه المشاركة من أهمية بالغة^{٢٧}.

وبوسع إعادة التأهيل المجتمعية أن تُثبت نجاحها في الاستجابة لتحديات أشكال الحرمان المتعدّدة. إذ يكافح الأطفال ذوو الإعاقات، الذين يعيشون في المجتمعات الريفية والأصلية، مع العديد من الظروف غير المؤاتية: فهم يعانون من الإعاقات، وينتمون إلى فئات سكانية مهمّشة، ويعيشون في أماكن نائية. وتتوافر لهم فرص ضئيلة للوصول إلى الخدمات التي يمكنها أن تكفل نساءهم، وحمايتهم ومشاركتهم في الحياة المجتمعية، أو لا تتوافر لهم^{٢٨}. وتوفّر مبادرة للوصول الميداني، قادها مركز الأبحاث والدراسات ما بعد التعلّم الثانوي في الأنثروبولوجيا



«ليبان»، ٨ أعوام، يستخدم عكازتيه بعد فقدته ساقه نتيجة انفجار قنبلة في مديشو، الصومال. © اليونيسف / المقر الرئيسي ٢٠١١ - ٢٤٢٣ / غراروب

تزويد التكنولوجيا المساعدة واستخداماتها في إحد المقالات المعنونة «تحت دائرة الضوء»، والمنشورة على الموقع الإلكتروني على الإنترنت <www.unicef.org/sowc2013>.

التصميم العام

تبنى المناهج الشمولية حول مفهوم «الإتاحة» (accessibility) وذلك بهدف جعل الخدمات العامة تعمل لصالح الجميع، بدلاً عن استحداث منظومات موازية لها تُخصّص لفئات بعينها. فالبيئة المتاحة أمرٌ ضروريٌّ إذا ما أُريد للأطفال ذوي الإعاقات أن يتمتعوا بحقهم في المشاركة في المجتمع المحلي. فعلى سبيل المثال، فإنّ جعل جميع المدارس متاحة مسألةٌ واجبةٌ إذا ما أُريد للأطفال ذوي الإعاقات أن يشاركوا في عملية التعليم. فالأطفال الذين يتعلّمون جنباً إلى جنب مع أقرانهم تتوافر لهم فرصة أفضل بكثير لكي يصبحوا أفراداً مُنتجين في مجتمعاتهم، وكذلك في الاندماج في حياة مجتمعاتهم المحليّة.^{٢١}

يُمكن أن يُشير مفهوم الإتاحة إلى تصميم بيئة، أو مُنتج أو بنية ما. ويُعرّف التصميم العامّ بأنه تصميم المُنتجات والبيئات لتكون كلّها قابلةً للاستخدام من جانب جميع النَّاس، إلى أقصى مدىٍّ ممكن، من دون الحاجة إلى التّكييف أو إلى إعداد تصميمٍ متخصّص لفئةٍ دون غيرها.

وتضمّنت هذه المنافع أيضاً تحسين مستوى تقديم الخدمات الاجتماعية لهم، وقيادة المجتمع المحلي عملية إنشاء منحدرات الكراسي المتحرّكة لجعل الأماكن العامة أيسر وصولاً إليها، وموافقة مستشفيات الدولة والمستشفيات الاتحادية على توفير الخدمات مجاناً للأطفال ذوي الإعاقات الذين يُحوّلهم المشروع إليها - وإلحاق ٣٢ طفلاً ذا إعاقة لأول مرة بمدارس التعليم العام.^{٢٢}

التكنولوجيا المساعدة

ربما يحتاج الطفل إلى عدد من الوسائل المساعدة والخدمات (انظر الصفحة التالية) اعتماداً على نوع الإعاقة التي يُعاني منها. ولكن، وفقاً لمنظمة الصحة العالمية، فإنّ نسبة ٥ إلى ١٥ في المئة فقط من الناس، الذين يحتاجون إلى التكنولوجيا المساعدة، يقدرّون على الحصول عليها، في العديد من البلدان منخفضة الدخل.^{٢٣} أما أسباب ذلك، فتتضمّن التكاليف، التي يمكن أن تكون باهظةً على وجه الخصوص في حالة الأطفال، ممّن يحتاجون إلى استبدال أو تعديل الوسائل المساعدة لهم من حين إلى آخر بينما هم ينمون ويكبرون.^{٢٤} ومن المرجّح، في كثير من الأحيان، أن تكون فرص الأطفال أقل من فرص الكبار في الحصول على التكنولوجيا المساعدة.^{٢٥} وقد نوقشت عملية

الفئة	أمثلة على المنتجات
الحركة	<ul style="list-style-type: none"> عصا المشي، عكازة، إطار للمساعدة على المشي، كرسي متحرك يدوي، أو كهربائي، دراجة هوائية تسير على ثلاث عجلات. ساق أو يد صناعية، القدمة «caliper»، جبيرة اليد، حاصرة أو مشد جبيرة القدم. كرسي على شكل زاوية، مقعد خاص، إطار للمساعدة على الوقوف. سكاكين وأدوات طهي مكيّفة، عصا للمساعدة في ارتداء الملابس، مقعد استحمام، مقعد حمام، إطار حمام، روبوت يُستخدم في الإطعام.
الرؤية	<ul style="list-style-type: none"> نظارات، مكبر، برمجيات تكبير على الحاسوب. عصا بيضاء، أداة ملاحه قائمة على نظام تحديد الأماكن الجغرافية. منظومات «براي» للقراءة والكتابة، قارئ ضوئي للحاسوب، مشغل الكتاب الناطق، مسجل ومُشغل صوت. شطرنج باستخدام نظام «براي»، الكرات التي تطلق أصواتاً.
السَّمع	<ul style="list-style-type: none"> سماعة، أداة تُعين على السَّمع. هاتف مُضخَّم الصوت، أنشطة السَّمع.
التَّواصل	<ul style="list-style-type: none"> بطاقات تواصل مكتوب عليها نصوص، لوحة تواصل مكتوب عليها حروف، أو رموز أو صور. أداة تواصل إلكترونية عليها كلمات (خُطب) مسجّلة أو مجمّعة.
المعرفة	<ul style="list-style-type: none"> قوائم المهمّات، جدول وبرنامج الصور، تعليمات مستندة إلى الصور. موقت، جهاز تذكير يدوي أو تلقائي، الهاتف الذكي بقوائم مهمّات مكيّفة، جداول، روزنامات، ومسجل صوت. الدمى والألعاب المكيّفة.

المصدر: جوهان بورغ، المنظمة الدولية لتوحيد المقاييس، ٢٠٠٨،

http://www.iso.org/iso/home/store/catalogue_tc/catalogue_tc_browse.htm?commid=53782

السَّمعية، ومثبّات «فيلكرو» Velcro، والخزائن المُجهّزة بأرشف سحب، والأبواب الآلية، والحافلات ذات الأرضية المنخفضة.

من الممكن أن تكون كلفة إدماج مفهوم «الإتاحة» في المباني والبنى التّحتية الجديدة زهيدة، إذ إنها تبلغ أقلّ من نسبة ١ في المئة من كلفة التّنمية الرأسمالية.^{٣٢} غير أنّ كلفة عمل التّكيفات في المباني المُنجزّة يمكن أن تكون أكثر من تلك النسبة بكثير، ولا سيّما بالنسبة إلى المباني الأصغر حجماً، حيث يُمكن أن تصل الكلفة إلى نسبة ٢٠ في المئة من الكلفة الأصليّة.^{٣٣} فمن المعقول أن تُدمج اعتبارات الإتاحة في المشاريع في مراحل مبكرة من عملية التّصميم. كذلك ينبغي للإتاحة أن تكون أحد الاعتبارات التي تؤخذ في الحُساب عند تمويل المشاريع التّمولية.

وتركّز المقاربة على التّصميم الذي يلائم جميع الناس بصرف النّظر عن أعمارهم، أو قدراتهم أو أوضاعهم.

لقد أعدّ مهندسون معماريون، ومُصمّمو المُنتجات، ومهندسون آخرون وباحثون في مجال التّصاميم البيئية مبادئ التّصميم العام. وهي تتقاطع مع مبادئ التّصميم، ويجوز تطبيقها لتوجيه عملية التّصميم أو تقييم التّصاميم الموجودة. عدد هذه المبادئ سبعة، وهي: الاستعمال المُنصف، المرونة في الاستعمال، الاستعمال البسيط والبدهي، المعلومات التي تُدرِك حسيّاً، التّسامح عن الأخطاء، الجهد البدني المنخفض، والحجم والفضاء اللّازمين للمقاربة والاستعمالها.

وفي الممارسة العملية، يُمكن العثور على التّصميم العام على شكل قطع منحدر في مسرب المشاة، ومنحدرات المشاة، والكتب

اللغة هي العامل الأساسي بالنسبة إلى اليافعين والشباب الصم

بقلم كريشنير سن

الشاشة)، فإننا يجب أن نعتمد على الأشخاص الذين يستطيعون السمع، لكي يعملوا مثل المترجمين الفوريين. وهذا الوضع لن يتغير إلى أن تصبح سياسة تكنولوجيا المعلومات والاتصالات ووسائل الإعلام الخاصة بالأشخاص ذوي الإعاقات من الأولويات التي تأتي على رأس سلم الأولويات الحكومية.

يستطيع الصم النجاح والإسهام في المجتمع تماما كما ينجح ويساهم من يملكون حاسة السمع. فتطوير قدرات الصم يبدأ بالتعليم واللغة. ولأن الأطفال الصم ينمون ويكبرون داخل عالم يتمتع بحاسة السمع، فإن التعليم النوعي يعني بالضرورة التعليم ثنائي اللغة. ففي فيجي، يجب على الأطفال الصم أن يتعلموا لغة الإشارة الفيجية، إضافة إلى تعلم اللغات التي تدرس بصورة عامة للأطفال الفيجيين المتمتعين بحاسة السمع (الإنجليزية، والفيجية والهندية)، ويجب أن يبدأ هذا التعليم منذ الولادة. ويساعد التعليم ثنائي اللغة الأطفال الصم على تطوير قدرتهم على التواصل باستخدام لغات الأشخاص الذين يملكون حاسة السمع؛ فالأطفال الصم الذين يستطيعون التواصل بطريقة فاعلة بلغة الإشارة سوف يجدون من السهل عليهم أن يتعلموا لغات أخرى كاللغة الإنجليزية. إنني أعتقد أن الثنائية اللغوية ستتيح للأطفال الصم فرصة أفضل

الحصول على المعلومات ووسائل الاتصال عاملان ضروريان لأي شخص لكي يعمل حقوقه كمواطن. فمن دون توافر السبل لجمع المعرفة، والتعبير عن الآراء والمطالبة بإسراع الأصوات، يتعذر تحصيل التعليم، أو العثور على فرصة عمل، أو المشاركة في الشؤون المدنية.

إنّ الافتقار إلى الحصول على المعلومات وسبل التواصل، في بلدي فيجي، هما المسألة الكبرى التي تواجه الأطفال الصم. ويساعد تخصص تكنولوجيا المعلومات والاتصالات، الذي أدرسه حالياً، الأشخاص الصم في أنحاء العالم؛ إذ إنه يخلق الفرص التي لم تكن، بكل بساطة، ممكنة قبل جيل مضى. فحيثما تتوفر تكنولوجيا المعلومات والاتصالات، فإنها توفر للصم الفرصة للتواصل والترابط مع الأصدقاء، وتقلص العزلة وتفتح المساحات لمشاركتهم في الحياة السياسية، والاقتصادية، والاجتماعية والثقافية. أما أولئك الذين يفتقرون إلى الوصول إليها؛ لأنهم يعيشون في مناطق ريفية، أو لأنهم فقراء أو يفتقرون إلى التعليم، أو الذين لا تتوافر لهم الوسائل الكافية على نحو ملائم، فهم يعيشون في حالة من الإحباط والإقصاء.

تتوافر للفيجيين الصم من أمثالي فرص محدودة للوصول إلى وسائل الإعلام، والخدمات الطارئة، بل وحتى إلى المحادثات الهاتفية البسيطة. وفي ظل غياب هذه التكنولوجيا المساعدة، مثل «الهواتف المُنونة» (أي التي تُحوّل صوت المتصل به إلى حروف تُكتب على



«كريشنير سن»، شاب ناشط أصم من «سوقا»، فيجي، وهو ممن تلقوا منحة القيادة العالمية للصم، يدرس تكنولوجيا المعلومات في جامعة «غالوديت» في الولايات المتحدة الأمريكية. وعمل «كرشنير» بصفة «متدرب مقيم» في مكتب اليونيسف القطري في فيجي.

إننا بحاجة إلى جعل وسائل الإعلام أكثر إتاحة للأطفال الصم عن طريق عنونة البرامج التلفازية، وتطوير برامج للأطفال تستخدم لغة الإشارة.

إنني أخطط، حالما أتخرج من الجامعة، لأن أباشر في تنفيذ مشروع يهدف إلى إنشاء وتشغيل تكنولوجيات التّواصل في فيجي لتيسير التّواصل بين الأشخاص الصم وأولئك الذين يملكون حاسة السمع؛ وذلك باستخدام مترجمين للغة الإشارة والاتصالات المتلفزة. وسوف أعمل مع الجمعية الفيجية للصم، التي كنت وما أزال عضواً فيها لعدة سنوات، لكي أناصر حقوق الإنسان، والفرص والمساواة.

وإذا كانت الحكومة ستعتبر حاجات الأشخاص ذوي الإعاقات إحدى أولوياتها، فإنه يتعين على الصم حينئذ أن يناصروا أنفسهم ويكسبوا التأييد لتوفير احتياجاتهم. ولتيسير الحراك في أوساط الأشخاص الصم، يتعين علينا أن نُعلّم الأطفال الصم استخدام كل من لغة الإشارة واللغات الأخرى التي تستخدمها المجتمعات التي تمتلك حاسة السمع والتي يعيشون فيها. كذلك يتعين علينا أن نعمل على توسيع مدى إتاحة التكنولوجيات التي يستطيعون من خلالها أن يعثروا على المعلومات، وأن يتواصلوا مع الآخرين، الصم ومن يمتلكون حاسة السمع كلاهما.

أن توفر أدوات قوية لتعزيز المعرفة بفيجي وبالشؤون الدولية، وأن تكفل لكل شخص، بمن فيهم الأشخاص ذوو الإعاقات، بأن تُتاح لهم فرصة الحصول على المعلومات عن الوضع السياسي، وبأن يتمكنوا من التصويت عن علم ومعرفة أثناء الانتخابات.

تيسر إتاحة تكنولوجيا المعلومات والاتصالات للأطفال الصم فرص نمائهم الاجتماعي والعاطفي، وتُساعدهم على التعلّم داخل مدارس التعليم العام، وعلى إعدادهم للعمل مستقبلاً. لقد أخذت دورة في أساسيات الحاسوب في إحدى المدارس الخاصة، فحسنت تلك الدورة حياتي إلى الأفضل: وقد علمت عن طريق الإنترنت عن جامعة «غالودت»، التي أدرس فيها الآن.

وبالإضافة إلى تعزيز التعليم، توفر تكنولوجيا المعلومات والاتصالات للصم ولليافعين والشباب ذوي الإعاقات الآخرين الفرصة لمعرفة حقوقهم، وللتّجمع معاً من أجل إطلاق الحملات لإعمال تلك الحقوق. فعن طريق تيسير الحراك الاجتماعي، ربما تُساعد تكنولوجيا المعلومات والاتصالات بذلك في زيادة ظهور وحضور الأشخاص ذوي الإعاقات في المجتمع كلّ، وفي السّماح لهم بالمشاركة بنشاط فيه.

حلمي أن أشاهد الأشخاص الصم يتواصلون بحريّة مع الناس الذين يتمتعون بحاسة السمع من خلال استخدام التكنولوجيات المساعدة.

للتعليم الذي يحتاجونه لكي يؤدّوا وظائفهم كمواطنين على قدم المساواة مع المواطنين الآخرين.

لقد اعتدت، كطفل صغير، على مشاهدة البرامج الكرتونية على شاشة التلفزيون الفيجي، من دون أي ترجمات في الحاشية أو مترجمين فوريين بلغة الإشارة. ولم تكن أسرتي تعرف لغة الإشارة جيداً. وفي وقت لاحق، أدركت أن السبب في استمرارني في الصّراع مع لغتي الإنجليزية كان يتمثل في أنني لم أدرس باستخدام لغة الإشارة حصرياً في المنزل. فالآباء والأمهات لهم دور مهم يؤدونه في تيسير قدرة الأطفال الصم على التّواصل والحصول على المعلومات. وإلى جانب الأشخاص الآخرين الذين يتفاعلون مع الأطفال الصم، يحتاج الآباء والأمهات إلى أخذ زمام المبادرة واستخدام لغة الإشارة لكي يتواصلوا في حياتهم اليومية، في المنزل والمدرسة.

إننا بحاجة إلى جعل وسائل الإعلام أكثر إتاحة للأطفال الصم عن طريق عنونة (طباعة الأصوات على شكل حروف) في البرامج التلفازية أو ترجمة تلك الأصوات، وتطوير برامج للأطفال تستخدم لغة الإشارة. وإننا بحاجة أيضاً إلى بيئة خالية من الحواجز التي تقف حائلاً أمام التّواصل. وإنني لأودّ أن أرى لغة الإشارة الفيجية تُستخدم في مجموعة متنوعة من البرامج، ابتداءً من الأخبار وانتهاءً بالبرامج الكرتونية. فبالإضافة إلى التّلفاز، فإن وسائل الإعلام الاجتماعي بوسعها



مُعَلِّمة تعاني من ضعف في السَّمْع، تتعلَّم فصلاً دراسياً من الأطفال ضعيفي السمع في "غولو" بأوغندا. © يونيسف / أوغندا ٢٠١٢ - ٠٠١٠٨ / سبيلوني

أساس قوي^٣

الصحة الجيدة، والتغذية الجيدة والتعليم المتين: هذه هي عناصر بناء الحياة التي يُريدها الأطفال وآباؤهم وأمهاتهم، وهي العناصر التي يستحقها الأطفال.

الصحة الشمولية

ولا سيّما بين الأطفال دون سنّ الخامسة. ولهذا السّبب، فقد كان التّحصين من الأمراض وما يزال يُشكّل حجر الأساس في المبادرات الصحية الوطنية منها والدولية. ويتحقّق الوصول إلى الأطفال حالياً بأعداد لم يسبق بلوغها من قبل. ومن النتائج التي تمخّضت عن ذلك انخفاض عدد حالات الإصابة بشلل الأطفال - الذي يُمكن أن يؤدي إلى شلل دائم للعضلات - من أكثر من ٣٥٠,٠٠٠ حالة في عام ١٩٨٨ إلى ٢٢١ حالة في عام ٢٠١٢.^{٢٤}

وثمة كذلك مسافةٌ جديرة بالاعتبار لا بدّ من قطعها. ففي عام ٢٠٠٨، على سبيل المثال، توفّي ما يزيد عن مليون طفل دون سنّ الخامسة من المرض المرتبط بالمكورات الرئوية «pneumococcal»، وفيروس روتا «rotavirus» المسبّب للإسهال، والإنفلونزا المستدمية نوع (ب) «haemophilus B» (influenza). وفي الواقع، فإنّ التّحصين من الأمراض يمنع حدوث عدد كبير من الوفيات.^{٢٥}

إنّ شمول الأطفال ذوي الإعاقات في جهود التّحصين ضد الأمراض لا يقتصر على كون الشّمول عملاً أخلاقياً، بل إنّه ضرورةٌ حتميةٌ للصحة العامة والإنصاف: إذ لا يُمكن أن تتحقّق أهداف تعميم التغطية بالتّحصينات من الأمراض، إلا إذا تمّ شمول الأطفال ذوي الإعاقات في جهود التّحصين.^{٢٦}

ومع أنّ التّحصين من الأمراض وسيلةٌ مهمّةٌ لاستباق الإصابة بالأمراض التي تؤدي إلى الإعاقات، فإنّه لا يقلّ أهميةً بالنسبة إلى تحصين الأطفال الذين يُعانون من الإعاقة أصلاً. ولسوء الطّالع، فإنّ الكثير من الأطفال ذوي الإعاقات ما يزالون ينتفعون من توسيع نطاق التّغطية بالتّحصين من الأمراض، مع أنّهم يتعرّضون لنفس خطر الإصابة بأمراض الطفولة كما هو حال جميع الأطفال. فإذا ما تُرك الأطفال ذوو الإعاقات من دون تحصين أو حُصّنوا جزئياً، فإنّ النتائج يُمكن أن تشمل التأخير في بلوغ نقاط القياس النمائية، والتعرّض للظروف

يحقّ لجميع الأطفال، بمقتضى اتفاقية حقوق الطفل واتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقات، الحصول على أعلى المستويات الصّحة التي يُمكن بلوغها. وهذا يستلزم استحقاق الأطفال ذوي الإعاقات، على قدم المساواة مع غيرهم، الطيف الكامل من الرّعاية - ابتداءً من التّحصين من الأمراض في مرحلة الرضاعة، ومروراً بالتّغذية الملائمة والعلاج من الأمراض والإصابات في مرحلة الطفولة، وانتهاءً بالحصول على المعلومات والخدمات السّريّة أثناء مرحلة المراهقة والانتقال إلى مرحلة سنّ الرّشد المبكرة. ويستحقّ الأطفال، بالقدر ذاته من الأهميّة البالغة، الحصول على الخدمات الأساسيّة، مثل المياه، والصّرف الصّحيّ والنظافة (العامة والشخصية).

إنّ ضمان تمتّع الأطفال ذوي الإعاقات فعلياً بهذه الحقوق، على قدم المساواة مع الآخرين، هو الهدف المتوخّى من المنهج الشمولي في الصّحة. وهذه مسألةٌ تتعلّق بالعدالة الاجتماعية، وباحترام الكرامة الأصليّة لجميع الكائنات البشرية. كما أنّها استثمار في المستقبل: فالأطفال ذوو الإعاقات هم الكبار الرّاشدين في الغد، شأنهم في ذلك شأن الأطفال الآخرين. ويحتاج هؤلاء الأطفال إلى التمتع بصحة جيدة لأجل الصحة الجيدة ذاتها؛ وذلك للدور الحاسم الذي تلعبه الصحة في تيسير توافر طفولة سعيدة، وللتعزيز التي يُمكنها أن تمنحه لآفاق هؤلاء الأطفال كمنتجين وآباء وأمهات في المستقبل.

التّحصين من الأمراض

تُشكّل التّحصينات (التّطعيمات) من الأمراض مُكوّناً بالغ الأهمية في الجهود الدولية الرامية إلى الحدّ من أمراض الطفولة والوفاة. وهي من بين أنجح تدخلات الصحة العامة جميعها وأقلّها كلفة، مع احتوائها على إمكانيّة قوية لتقليص العبء الناتج عن المراضة (الإصابة بالأمراض) والوفيات،

الثانوية التي يُمكن تفاديها، وفي أسوأ الأحوال، الوصول إلى حالات الوفاة التي يُمكن الوقاية منها.^{٣٧}

وإذا ما شملت الجهود الرامية لتعزيز التّحصين من الأمراض الأطفال ذوي الإعاقات، فإنّ ذلك سوف يُساعد في جلب هؤلاء الأطفال إلى المدى الذي يُغطيه التّحصين. فإظهار الأطفال ذوي الإعاقات، جنباً إلى جنب، مع الأطفال الآخرين في المُلقحات الإعلانية الخاصة بالحملات وفي المواد الترويجية، على سبيل المثال، من شأنه أن يُساعد في رفع مستوى الوعي. وينطوي تعزيز الفهم الشعبي لأهمية تحصين جميع الأطفال من الأمراض كذلك على الوصول إلى الآباء والأمهات من خلال حملات الصحة العامة، ومنظمات المجتمع المدني، ومنظمات الأشخاص ذوي الإعاقات، والمدارس والإعلام الجماهيري.

التغذية

يُعتقد بأن حوالي ٨٧٠ مليون إنسان على مستوى العالم يعانون من نقص التغذية. ويعتقد كذلك أنّ حوالي ١٦٥ مليون طفل دون سنّ الخامسة، من بين هؤلاء، يعانون من تعثر النّمو، أو أنّهم يعانون من سوء التغذية بشكل مزمن، وأنّ أكثر من ١٠٠

مليون طفل يعتبرون من ناقصي الوزن. فالغذاء بكميات غير كافية أو الوجبات الغذائية ضعيفة التوازن، من حيث نقص بعض الفيتامينات والمعادن (اليود، وفيتامين أ، والحديد، والزنك على سبيل المثال)، يُمكن أن تترك الرضّع والأطفال عرضة لحالات مرضية، أو لمجموعة كبيرة من الإلتهابات التي يُمكن أن تؤدي إلى إعاقات جسمية، أو حسيّة أو فكرية.^{٣٨}

ويُعتبر ما بين ٢٥٠,٠٠٠ و ٥٠٠,٠٠٠ طفل معرّضين لخطر فقدان البصر سنويّاً بسبب نقص فيتامين «أ»، وهي متلازمة من السهل الوقاية منها عن طريق تناول مكملات غذائية فموية تكلف بضع مليمات لكل طفل.^{٣٩} ومقابل مبلغ زهيد مماثل - مقداره خمسة مليمات لكل طفل سنويّاً - يبقى الملح المدعوم باليوم أحد أقلّ السبل كلفة لتقديم اليود ومنع الإصابة بتلف وظيفة الإدراك لدى الأطفال في المناطق التي ينقصها توافر اليود.^{٤٠} ولا تساعد هذه التدابير منخفضة الكلفة الأطفال ذوي الإعاقات فحسب، بل إنها أيضاً تساعد أمهاتهم وهنّ يكابدن في تشنّة الرضّع والأطفال في ظروف مرهقة.



أداء الواجبات المدرسية في المنزل، بنغلاديش. © بروجنا غوبال سها / مركز الإعاقات في التنمية

من أشقائهم الذين لا يُعانون من الإعاقات.^{٤٩} كذلك قد يواجه الأطفال الذين يُعانون من بعض الإعاقات البدنية والفكرية مشكلة في إطعام أنفسهم، أو قد يحتاجون إلى وقت إضافي أو مساعدة إضافية في تناول الطعام. ومن المحتمل، في بعض الحالات، أن يكون ما يُفترض أنه صحةٌ عائليةٌ وهُزالٌ مرتبطان بالإعاقة، مرتبطاً، في واقع الحال، بمشكلات الإطعام.^{٥٠}

المياه، والصرف الصحي والنظافة

ثمة حقيقةٌ مُعترفٌ بها على نطاق واسع، ولكنّها ذات مستوى ضئيلٍ من التوثيق، تُفيدُ أنّ الأشخاص ذوي الإعاقات، في كلّ أنحاء العالم النامي، يواجهون بصورةً مُعتادةً صعوبات خاصة في الحصول على مياه الشرب الآمنة ومرافق الصرف الصحي الأساسية. فربما يكون الأطفال ذوو الاعتلالات البدنية غير قادرين على جمع المياه أو حملها إلى مسافات طويلة. وربما يجد آخرون أنّ جدران الآبار وصنابير المياه مرتفعةً أكثر مما ينبغي. وربما تكون المعدات وأبواب غرف الغسيل صعبةً على التعامل معها، وقد لا يكون ثمة مكانٌ لوضع حاوية المياه عليه أثناء ملئها بالماء، وربما لا يتوافر شيءٌ يمسكُ به لتحقيق التوازن تفادياً للسقوط في البئر، أو البركة أو الحمام. كذلك فإن الممرات الطويلة أو الانزلاقية، والإنارة الضعيفة تحدّ من قدرة الأطفال ذوي الإعاقات على استعمال المراحيض.

تمتدّ الحواجز التي تعترض سبيل الأطفال ذوي الإعاقات إلى ما وراء المسائل الفيزيائية/المادية والتصميمية. فالحواجز الاجتماعية تتباين في مختلف الثقافات. فكثيراً ما يواجه الأطفال ذوو الإعاقات وصمة العار والتمييز عندما يستعملون مرافق الأسر والمرافق العامة. وقد تواردت، مراراً وتكراراً، مخاوفُ خاطئةٍ من أنّ الأطفال ذوي الإعاقات سوف يُلوثون مصادر المياه أو المراحيض المُقامة في التربة. فعندما يجبر الأطفال أو اليافعون ذوو الإعاقات، ولا سيّما الفتيات ذوات الإعاقات منهم، على استعمال مرافق مختلفة عن المرافق التي يستعملها الأفراد الآخرون في أسرهم، أو عندما يُضطرون إلى استعمالها في أوقات مختلفة، فإنهم بذلك يتعرّضون إلى خطر متزايد من الحوادث والاعتداءات البدنية بما في ذلك الاعتصاب. وربما تتباين الأسباب التي تحدّ الأطفال ذوي الإعاقات من الحصول على المياه ومرافق الصرف الصحي في هذه البيئات اعتماداً على السياقين الثقافي والجغرافي، وكذلك حسب نوع الإعاقة التي قد تكون لدى الطفل: فالطفل الذي يُعاني من اعتلال بدني ربما يواجه صعوبات جمّة في استعمال مضخة مياه يدوية أو مرحاض في الخارج. والطفل الأصم، أو الطفل الذي يُعاني من إعاقة فكرية، ربما يواجه صعوبةً بدنية ضئيلة، ولكن ربما يكون عرضةً للاستفزاز أو الإساءة، والتي يمكنها أن تجعل هذه المرافق غير متاحة.

يَنبُجُ النمو المتعثر لدى الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة، الذي يُقاس بمفهوم قصر الطول قياساً بالعمر، عن ضعف التغذية والإصابة بالإسهال. فقد أظهرت دراسة أجريت في العديد من البلدان أنّ كلّ نوبة إسهال في أول سنتين من عمر الطفل تُسهم في تعثر النمو،^{٥١} ويُقدَّر بأنّ الإسهال يؤثّر على حوالي ٢٨ في المئة من الأطفال الأصغر من ٥ سنوات في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل.^{٥٢} وتبدأ عواقب النمو المتعثر في الحدوث، مثل ضعف الأداء المعرفي والتعليمي، عندما يكون الأطفال صغاراً جداً في السن، ولكنه يؤثّر فيهم طوال ما يتبقّى حياتهم. بيدَ أنّ الجهود المجتمعية الرامية إلى تحسين الممارسات الصحية الأساسية أظهرت بأنّها تحدّ من تعثر النمو في أوساط صغار الأطفال.^{٥٣}

يُمكن لسوء التغذية لدى الأمهات أن يؤدي إلى عدد من إعاقات الطفولة التي يُمكن الوقاية منها. فحوالي ٤٢ في المئة تقريباً من النساء الحوامل في البلدان منخفضة إلى متوسطة الدخل يعانين من فقر الدم، وأكثر من امرأة حامل واحدة من كل امرأتين في تلك البلدان تُعاني من فقر الدم النَّاجم عن نقص الحديد.^{٥٤} ويؤثّر فقر الدم أيضاً في أكثر من نصف الأطفال ممّن هم في سنّ التعليم قبل المدرسي في البلدان النامية. وهو أحد أكثر أسباب الإعاقة انتشاراً في العالم. وتستطيع الأمهات الأصحاء أن يقلّصن حدوث بعض الإعاقات، وهنّ أفضل استعداداً من غيرهنّ للعناية بحاجات الأطفال.

ومع أنّ سوء التغذية يُمكن أن يكون سبباً للإعاقة، فإنّه يُمكن أيضاً أن يكون أحد عواقبها. وبالفضل، فإنّ الأطفال ذوي الإعاقات يقفون في مواجهة خطر متفاقم من الإصابة بسوء التغذية. وعلى سبيل المثال، فإنّ الطفل الرضيع ذا الحنك المشقوق «cleft palate» ربما لا يكون قادراً على الرضاعة رضاعة طبيعية، أو على استهلاك الطعام بفعالية. وقد يواجه الأطفال الذين يُعانون من الشلل الدماغي صعوبةً في المضغ أو البلع.^{٥٥} وربما تُعيق بعض الحالات، مثل التليّف الكيسي، امتصاص المغذيات. كذلك ربما يحتاج بعض الرضع والأطفال ذوي الإعاقات وجبات مُحدّدة بعينها، أو تناول سعرات أكثر لكي يُحافظوا على وزن معافى.^{٥٦} ولكنهم يُمكن أن يكونوا مختفين عن المبادرات المجتمعية للفحص والإطعام. وتقومُ الأطفال ذوي الإعاقات، الذين لا ينظمون على مقاعد الدراسة، فرصة الانتفاع من برامج الإطعام المدرسية.

كذلك ربما تؤثر مجموعة متألّفة من العوامل المادية والمواقف والسلوكيات عكسياً في تغذية الأطفال. وقد لا تُشجعُ الأمهات، في بعض المجتمعات، على إرضاع الأطفال ذوي الإعاقات. وربما تؤدي الوصمة والتمييز أيضاً إلى إطعامهم مقادير أقل، أو حرمانهم من الطعام، أو تزويدهم بأغذية أقل احتواءً للمغذيات

الصحة الجنسية والإنجابية وفيروس نقص المناعة البشري/الإيدز

أُغفلَ الأطفال واليافعون والشباب المتعايشون مع الإعاقات البدنية، أو الحسية، أو الفكرية أو النفسية الاجتماعية، إغفالاً تاماً تقريباً، في برامج الصحة الجنسية، والصحة الإنجابية، ومكافحة فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب / الإيدز. فهؤلاء الأشخاص غالباً ما يُعتقد - بصورة مغلوطه - أنهم غير نشيطين جنسياً، ولا يُحتمل أن يتعاطوا المخدرات أو الكحول، وأنهم على أقل تقدير معرضون لمستوى ما من خطر الإساءة إليهم، أو ممارسة العنف ضدهم، أو اغتصابهم يقل عن مستوى الخطر الذي يتعرض له أقرانهم غير المعاقين؛ وبالتالي فإنهم معرضون لمستوى منخفض من خطر الإصابة بعدوى فيروس نقص المناعة البشري.^{٥٢} ولتلك الأسباب، فإن الأطفال واليافعين والشباب ذوي الإعاقات معرضون لخطر متزايد من أن يُصبحوا مصابين بفيروس نقص المناعة البشري.

من المرجح أن يحصل الأشخاص ذوو الإعاقات من جميع الأعمار، الحاملون لفيروس نقص المناعة البشري، على الخدمات الملائمة بمستوى يقل عما يحصل عليه أقرانهم من دون الإعاقات. فمراكز العلاج، والفحص والمشورة نادراً جداً ما تكون مكيّفة لتلبية حاجات أولئك الأشخاص، ونادراً كذلك ما تكون كوادر الرعاية الصحية مدربة على التعامل مع الأطفال واليافعين ذوي الإعاقات.^{٥٣}

ولا يحصل العديد من اليافعين والشباب ذوي الإعاقات حتى على المعلومات الأساسية عن الكيفية التي تتطور بها أجسامهم وتغيير. كذلك فإن التعليم المنظم هيكلياً عن الصحة الجنسية والصحة الإنجابية والعلاقات، نادراً ما يُشكّل جزءاً من المنهاج، وحتى في الحالات التي يكون فيها كذلك، فإن الأطفال ذوي الإعاقات ربما يُستبعدون منه. لقد علّم الكثير من هؤلاء الأطفال بأن يلتزموا الصمت وأن يكونوا مطيعين، وهم لا يمتلكون الخبرة في وضع وفرض الحدود في التعامل مع الآخرين فيما يتعلق بالتلامس الجسدي.^{٥٤} وبالتالي فإن خطر الإساءة يزداد، كما تبين دراسة أجريت في جنوب أفريقيا، تُوحى بأن الشباب الصمّ معرضون لخطر متصاعد من الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري.^{٥٥}

الكشف المبكر عن الإعاقة والتدخل

ينمو الأطفال ويكبرون سريعاً خلال الأعوام الثلاثة الأولى من حياتهم، ولذلك فإن الكشف المبكر للإعاقة والتدخل لمعالجتها مسألتان مهمتان على وجه الخصوص. كما أن فحص نماء الطفل وسيلة فعّالة للكشف عن الإعاقة لدى الأطفال.^{٥٦}

ربما لا ينتظم الأطفال ذوو الإعاقات على مقاعد الدراسة بسبب الحاجة إلى حمّامات ملائمة لهم. ويذكر الأطفال ذوو الإعاقات، في كثير من الأحيان، أنهم يحاولون تناول كميات أقل من الطعام والشرب بهدف التقليل من عدد المرات التي يحتاجون فيها إلى الذهاب إلى الحمّامات، وبخاصة إذا ما كانوا يضطرون إلى طلب المساعدة في ذلك من شخص آخر. وهذا بدوره يزيد من خطر تعرّض الأطفال إلى ضعف التغذية. كما أنه أيضاً سبب يبعث على القلق من حيث أن المرافق الجديدة للمياه، والصرف الصحي، والنظافة الشخصية والعامة ما تزال تُصمّم، في بعض الأماكن من العالم، من دون أن تهتم اهتماماً لائقاً وكافياً بالأطفال ذوي الإعاقات. لقد أخذت المبادرات قليلة الكلفة والمحتوية على مستوى متدنٍ من التكنولوجيا، والتي تستهدف الأشخاص ذوي الإعاقات، تتوافر بصورة مطّردة - ومنها على سبيل المثال، إنشاء مراحيض جديدة مزوّدة بعدد من الدرجات، وبمضخات مياه سهلة الاستعمال. ومع ذلك، فلا بُد لهذه المعلومات من أن تُنشر على نطاق واسع في أوساط المهنيين المعنيين بمبادرة المياه، والصرف الصحي والنظافة (الشخصية والعامة)، أو تُدرج ضمن سياسات تلك المبادرة وممارساتها.^{٥٦}



«بيتريز»، طفلة عمرها ١٠ أعوام مصابة بشلل دماغي، تنفخ فقاعات الصابون في البرازيل. © أندريه كاسترو / ٢٠١٢

ويمكن إجراء هذا الفحص في البيئات التي تُوفّر فيها الرعاية الصحية الأولية، على سبيل المثال، أثناء الزيارات المُخصّصة لتحسين الأطفال من الأمراض، أو خلال فحوصات مراقبة النمو في مراكز الصحة المجتمعية. أمّا الغرض من هذا الفحص فهو تحديد الأطفال المُعرضين للخطر، وإحالتهم إلى إجراء المزيد من تقييم حالاتهم، ومن ثم التدخل للتعامل معها حسب الحاجة، وكذلك لتزويد أفراد الأسرة بمعلومات حيوية عن الإعاقات. ويتضمن الفحص إجراء تقييمات لمستوى تقدّم الأطفال والبصر، إلى جانب إجراء تقييمات لمستوى تقدّم الأطفال مقارنةً مع المراحل النمائية البارزة، مثل قدرة الطفل على الجلوس، أو الوقوف، أو الزحف، أو المشي، أو البدء بالكلام أو مناقلة الأشياء.

تُوفّر نُظُم الرعاية الصحية في البلدان مرتفعة الدخل فرصاً عديدة في تشخيص وإدارة الصعوبات النمائية في وقت مبكر من حياة الطفل. ولكن التّدخلات الهادفة إلى تحسين نماء صفار الأطفال أخذت أيضاً تتوافر بصورة متزايدة في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل. وتتضمن هذه التدخلات، على سبيل المثال، معالجة نقص الحديد، وتدريب مانحي الرعاية، وتوفير سبل إعادة التأهيل المجتمعية.^{٥٧}

أظهرت الدراسات التي أُجريت في البلدان عالية ومنخفضة الدخل أن نسبةً تصل إلى ٧٠ في المئة من الأطفال والكبار الراشدين، الذين جرى تشخيصهم حديثاً بأنهم مصابون بالصرع، يمكن أن يعالجوا بنجاح منه (بمعنى توفر الإمكانية للسيطرة التامة على النوبات التي تُصيبهم) باستخدام الأدوية المضادة للصرع. ومن الممكن، بعد سنتين إلى خمس سنوات من تناول العلاج الناجح، سحب العلاج تدريجياً من دون أن يتعرّض حوالي نسبة ٧٠ في المئة من الأطفال وحوالي ٦٠ في المئة من الراشدين الكبار للانتكاسة (العودة إلى التعرّض لنوبات الصرع من جديد). ومع ذلك، فإن حوالي ثلاثة أرباع الأشخاص المصابين بالصرع تقريباً في البلدان منخفضة الدخل لا يحصلون على العلاج الذي يحتاجون إليه.^{٥٨} إن العلاجات موجودة، ولكنها تفتقر إلى التوزيع الفعّال لها في كثير من الأحيان.

لا يعتبر اكتشاف الاعتلالات وعلاجها مجالاً منفصلاً من مجالات الطب، بل إنهما يُشكّلان معاً جانباً من الجوانب التي لا تتجزأ من الصحة العامة. ومع ذلك، فإن صانعي السياسات والباحثين يصفون هذه التدايير، في العادة، بأنها تتنافس على الموارد مع التدايير الهادفة إلى تعزيز صحة الأشخاص من دون الإعاقات.^{٥٩} وهذا بدوره لا يؤدي إلا إلى ترسيخ التمييز وعدم الإنصاف.

فربما يجد الأطفال ذوو الإعاقات الخدمات التي تُتاح لهم ضعيفةً، بعد أن يكونوا قد اجتازوا عقبة التمييز والعقبات الأخرى التي تقف بينهم وبين الحصول على الرعاية الصحية. وينبغي دعوة الأطفال إلى إبداء آرائهم وملاحظاتهم لكي يتسنى تحسين المرافق والخدمات بهدف تلبية حاجاتهم. وإضافةً إلى ذلك، فإن العاملين في المجال الصحي والمهنيين الآخرين، الذين يتعاملون مع الأطفال، ينتفعون هم أيضاً مما يتلقونه من تثقيف بشأن العديد من قضايا نماء الأطفال والإعاقات التي تُصيبهم، وكذلك من التدريب الذي يتلقونه لأجل تقديم الخدمات المتكاملة - حيثما أمكن، بمشاركة الأسرة الممتدة. وبوسع الجهود التعاونية على المستوى الدولي أن تلعب دوراً مهماً في الجهود الرامية إلى توفير الخدمات للأطفال الذين يُشخصون بأنهم يعانون من الإعاقات أو بأنهم مُعرضون للإصابة بالإعاقات، وفي تغيير النهج التنافسي لتخصيص الموارد الموصوفة في الفقرة السابقة.

التّعليم الشّمولي

التّعليم هو البوابة المؤدّية إلى المشاركة الكاملة في المجتمع. وهو مهم على وجه الخصوص للأطفال ذوي الإعاقات، الذين يُقصّون في أغلب الأحيان. ومع أن الكثير من منافع الذهاب إلى المدرسة تتراكم على المدى الطويل - ممّا يؤمّن سبل العيش في حياة الكبار الراشدين على سبيل المثال لا الحصر، إلا أن بعض تلك المنافع تتحقّق على الفور تقريباً. فالمشاركة في الحياة المدرسية طريقةً مهمةً للأطفال ذوي الإعاقات لتصبح التّصورات الخاطئة عنهم، والتي تحول دون شمولهم في المجتمع. وعندما يكون هؤلاء الأطفال قادرين على الانتظام على مقاعد الدراسة، يكون الآباء والأمهات ومانحو الرعاية قادرين على العثور على الوقت اللازم للقيام بما لديهم من النشاطات الأخرى، ومن تلك النشاطات الحصول على الدخل والراحة.

لجميع الأطفال الحقّ نفسه في التّعليم من حيث المبدأ. ولكن، في الممارسة العملية، يُحرم الأطفال ذوو الإعاقات من هذا الحقّ حرماناً لا يتناسب مع أوضاعهم. ونتيجةً لذلك، تتقوَّض قدرتهم على التّمتع بكامل حقوقهم في المواطنة، وعلى الاطلاع بأدوار قيّمة في المجتمع - بصفة رئيسة، من خلال تشغيلهم بطريقة تعود عليهم بالمكاسب.

تُظهر بيانات مسح الأسر، التي أُجريت في ١٣ بلداً منخفض ومتوسط الدخل، أن احتمالية التحاق الأطفال ذوي الإعاقات، في الفئة العمرية ٦ أعوام - ١٧ عاماً، بالمدرسة تقلّ إلى حدّ كبير عن احتمالية الالتحاق بها من جانب الأطفال من دون الإعاقات.^{٦٠}

إلا أنه قد يُساء أيضاً استخدامها أحياناً لتبرير إدامة التعليم المنفصل. فعلى سبيل المثال، ربّما يُقال بأنّ الأطفال المقيمين في المدارس الخاصة الإيوائية يُتاح لهم أعمال حقّهم في أن يكونوا «مشمولين» في التّعليم - حتى في ظلّ انتهاك حقّهم في أن يعيشوا مع أسرهم وأن يكونوا جزءاً من مجتمعهم.

يستلزم التّعليم الشّمولي توفير فرص تعلّميّة مفيدة لجميع الطلبة داخل نظام التعليم النّظامي. فمن الناحية المثالية، يُفسح التعليم الشّمولي المجال أمام الأطفال ذوي الإعاقات والأطفال من دون الإعاقات للانتظام في الصفوف ذاتها، الملائمة لأعمارهم في المدارس المحلية، مع تقديم دعم إضافي مفصّل لكل فرد على انفراد حسب حاجاتهم إلى ذلك. وهذا يتطلّب تهيئةً فيزيائيةً ماديّةً - توفير المنحدرات بدلاً عن سلالم الدّرج، وبوابات واسعة بما يكفي لاستيعاب مستخدمي الكراسي المتحرّكة - إضافةً إلى توفير منهاج جديد، مُركّز على الطّفل، ويشتمل على تصويرات تمثّل الطّيف الكامل للأشخاص في المجتمع (لا الأطفال ذوو الإعاقات فحسب)، وتعكس حاجات جميع الأطفال.

فقد وجدت دراسة أُجريت في ملاوي عام ٢٠٠٤ أنّ احتمالية عدم انتظام الطفل ذي الإعاقة في المدرسة، أبدأً، تعادل ضعفي احتمالية انتظام الطفل من دون إعاقة. وبالمثل، فقد وجدت دراسة أُجريت في عام ٢٠٠٨ في جمهورية تنزانيا الاتّحادية أنّ الأطفال ذوي الإعاقات الذين انتظموا في التّعليم الابتدائي تقدّموا إلى مستويات عليا من التّعليم تساوي فقط نصف مستوى المعدلات التي تقدّم إليها الأطفال من دون الإعاقات.^{٦١}

وطالما ظلّ الأطفال ذوو الإعاقات محرومين من المساواة في الوصول إلى مدراسهم المحلية، فإنّ الحكومات لن تستطيع بلوغ الهدف الثاني من الأهداف الإنمائية للألفية؛ ألا وهو: تعميم التعليم الابتدائي، ولن تكون الدول الأطراف في اتفاقية حقوق الطفل قادرةً على الوفاء بالتزاماتها بمقتضى المادة ٢٤ منها.^{٦٢} وكان تقريرٌ حديثٌ خاص بمراقبة تنفيذ اتفاقية حقوق الطفل قد أقرّ بأنّ «التّحديات» التي يواجهها الأطفال ذوو الإعاقات في أعمال حقّهم في التّعليم تطلّ عميقةً، وأنّ هؤلاء الأطفال هم «إحدى الفئات الأكثر تهميشاً وإقصاءً في يتعلّق بالتّعليم».^{٦٣} ومع أنّ الاتّفاقيات تدافع عن قضية قوية بشأن التّعليم الشّمولي،



أطفال يتعلّمون الرياضيات باستخدام طريقة «براي» في غرب إقليم البنغال، في الهند. © يونيسف / الهند ٢٠٠٩ - ٢٠٠٦ / خيمكا

البلدان مرتفعة الدخل. إذ يمكن رؤية الأمثلة على الشمول في التعليم في كل مناطق العالم. وللاستفادة القصوى من الإمكانيات المتوفرة بهدف شمل المُقَصِّين من الأطفال، ينبغي لجميع تلك الجهود أن تُطبَّق مبادئ التَّصميم العام لمنظومات التعلُّم وبيئاته. ومن الأمثلة على ذلك، ما توفَّره الرسوم البيانية التمثيلية للمعلومات (infographics) المنشورة على الموقع الإلكتروني على الإنترنت: www.unicef.org/scow2013.

البدء مبكراً

تتخذ الخطوات الأولى نحو الشمول في المنزل أثناء السنوات المبكرة من حياة الطفل. فإن لم يتلقَّ الأطفال ذوو الإعاقات المحبة، التحفيز الحسي، والرعاية الصحية والشمول الاجتماعي التي يستحقونها كلها، من الممكن أن تفوتهم مراحل نمائية مهمة، وربما تنحصر إمكانياتهم بصورة غير عادلة، ويترتب على ذلك تداعيات اجتماعية واقتصادية كبيرة على أولئك الأطفال أنفسهم، وعلى أسرهم، ومن ثمَّ على المجتمعات التي يعيشون فيها.

سوف يحصل الطفل، الذي تُشخص إعاقته أو تأخره النمائي في مرحلة مبكرة من حياته، على فرصة أفضل بكثير من غيره لتحقيق كامل قدراته. فالتعليم في مرحلة الطفولة المبكرة، سواءً أكان تعليمًا عامًا أم خاصًا أم يقدمه المجتمع المحلي، ينبغي أن يُصمَّم بحيث يستجيب لحاجات الطفل المنفردة. فالطفولة المبكرة، على وجه التحديد، تكتسب أهميتها لأنَّ ٨٠ في المئة تقريباً من القدرات الدماغية للطفل تتطور قبل بلوغ سنِّ الثالثة، ولأنَّ الفترة بين الولادة والتعليم الابتدائي توفر الفرص لتفصيل التعليم المرتبط بالنمَّاء حسب حاجات الطفل. وتوحي الدراسات بأنَّ الأطفال المُعرَّضين للظروف غير المُواتية هم أكثر الناس استفادةً من البدء مبكراً بالتعامل مع الأطفال.^{٦٩}

لا يقتصر التعليم في مرحلة الطفولة المبكرة على رياض الأطفال ومرافق رعاية الطفل الأخرى - فالبيئة المنزلية تلعب دوراً أساسياً في تحفيز نماء الطفل وتيسير تحقيقه. فقد أظهرت الدراسات المستقاة من بنغلاديش^{٧٠}، والصين^{٧١}، والهند^{٧٢} وجنوب أفريقيا^{٧٣} أنَّ التفاعل المُعزَّز بين الأم والطفل، وزيادة النشاطات النمائية تُفيدُ النمَّاء المعرفي لدى صغار الأطفال ضمن مجموعة متنوِّعة من البيئات، ابتداءً بالمنزل وانتهاءً بالمركز الصحي.^{٧٤}



«أشيراف» يلعب مع أصدقائه في المدرسة في «توغو» بعد أن ساعدت منظمة الأشخاص ذوي الإعاقة المحلية وشركاؤها الدوليين في إعمال حق هذا الطفل في التعليم. © يونيسف / توغو / ٢٠١٢ / بريزنو

ويدرِّس الأطفال، في المدارس الشمولية، في صفوف صغيرة الحجم، حيث يؤازر ويدعم بعضهم بعضاً بدلاً عن تنافسهم معاً. ولا يُفصل الأطفال ذوو الإعاقات عن غيرهم من الأطفال لا داخل غرفة الصف، ولا أثناء تناول طعام الغداء أو في الملاعب.

تبيِّن الدراسات التي تُجرى عبر البلدان وجود رابط قويٍّ بين الفقر والإعاقة^{٦٤} - وهو رابط يرتبط بدوره مع قضايا نوع الجنس الاجتماعي، والصحة والتشغيل. وغالباً ما يعلِّق الأطفال ذوو الإعاقات في دائرة الفقر والإقصاء: فالفتيات يُصبحن مانحات الرعاية لأشقائهنَّ بدلاً عن الانتظام على مقاعد الدراسة، على سبيل المثال، أو تلتحق وصمة العار بالأسرة كلها، ممَّا يؤدي إلى ترددها في الإبلاغ عن وجود طفل ذي إعاقة لديها، أو في أخذ الطفل إلى خارج نطاق أسرته لكي يعرفه عامة الناس.^{٦٥} وخلافاً لذلك، فإنَّ تعليم هؤلاء المُقَصِّين أو المهمَّشين يؤدي إلى تقليص دائرة انتشار الفقر.^{٦٦}

تلقت النهج الشمولية إلى التعليم العديد من المصادقات العالمية، بما في ذلك المصادقة عليها من المؤتمر العالمي حول التعليم لذوي الاحتياجات الخاصة^{٦٧}، الذي عقد في عام ١٩٩٤، ومنذ عام ٢٠٠٢، من خلال المصادقة عليها من المبادرة العالمية للتعليم للجميع بشأن الحق في التعليم للأشخاص ذوي الإعاقات.^{٦٨} إنَّ هذه النهج ليست ترفاً، بأي حالٍ من الأحوال، يتوافر فقط لمن يتعمَّون بالامتيازات أو لمن يقيمون داخل

ابني حنيف

بقلم محمد أبصار



يعيش «محمد أبصار» في قرية «مدهيام سونا باهر» في إقليم «مايرشوريا»، في بنغلاديش. لديه ثلاثة بنين وثلاث بنات، ويعيل أسرته من خلال تشغيل كشك صغير يبيع فيه الشاي.

ابني حنيف في التاسعة من عمره، وهو في الصف الثاني الابتدائي. وقد لحقت به إصابة عندما كان في الرابعة من عمره. فبدأ يشكو من ألم في ساقه التي احمرّت وانتفخت. فأخذناه إلى مستشفى «تشيثاغونغ الطبي»، حيث حاول الأطباء هناك أن يُنقذوا ساق حنيف، ولكنها كانت قد التهابت التهاباً شديداً، وقرروا في نهاية المطاف بترها.

وبعد أن فقد حنيف ساقه، اعتاد الأطفال على إغاضته: فلقبوه بلفظ «الأعرج» وبتعبير «الزاحف الفاقد ساقه»، وكانوا يدفعونه فيسقط على الأرض عندما كان يحاول اللعب

معهم. كذلك اعتادوا على مضايقة أخيه، الذي يعاني هو أيضاً من مرض عقلي. وكان ذلك يجعلني دائماً أشعر بالحزن ويجعل زوجتي تفقد صوابها. وكانت تتشاجر مع الناس الذي يصفون طفليها بأشياء وكلمات قبيحة. أما بالنسبة إلى حنيف، فقد أصبح يتردد كثيراً في الخروج من البيئة. وكان بائساً.

بدأت الأمور تتحسن بعد أن باشرت «المنظمة غير الحكومية المحلية للتقدم بمجتمع الفقراء» بعقد اجتماعات في منطقتنا لرفع درجة الوعي بالإعاقات، وشجعت الناس على اتخاذ موقف إيجابي تجاه ذوي الاحتياجات الخاصة.

قام أحد العاملين في مجال إعادة التأهيل، من المنظمة سائلة الذكر، بزيارة إلى منزلنا يرافقه مدرس من المدرسة الابتدائية. فشجعانا كلاهما على إلحاق حنيف بالمدرسة. وقد اضطررت إلى حمل ابني حنيف إلى المدرسة الابتدائية المحلية صبيحة كل يوم لأنها تبعد مسافة نصف كيلومتر عن منزلنا. وأقمت حانوتاً صغيراً إلى جوار المدرسة لكي أكون موجوداً في المنطقة وأحمل ابني لأعيده إلى المنزل في نهاية اليوم المدرسي. في البداية، واجه حنيف مصاعب جمة داخل المدرسة؛ فزملاؤه في قاعة الدرس سخروا منه وأطلقوا عليه الألقاب تماماً كما فعل أقرانه في الحي الذي نعيش فيه.

وذات يوم من الأيام، أخبرنا العامل في مجال إعادة التأهيل أن المركز المسمى

«مركز الإعاقات في التنمية»، وهو منظمة غير حكومية قومية ومقرها في العاصمة دكا، سوف تُساعد ابني بتزويده ساقاً صناعية. فسافرنا إلى العاصمة حيث جرى تركيب تلك الساق لحنيف وأُعطي عدة أيام للتدريب عليها. وتسلّم حنيف أيضاً عكازتين من المركز. ولأن ذلك الطرف الصناعي كان صغيراً جداً، فقد كان من الصعب على حنيف، قليلاً، صعود الدرج. وعدا عن ذلك، يستطيع حنيف الآن أن يفعل تقريباً كل شيء بمفرده.

عندما حصل حنيف بدايةً على ساقه الجديدة، حقد الناس فيه؛ إذ كانت رؤيته ماشياً على قدميه مرةً أخرى مثاراً كبيراً للدهشة. وأنا شخصياً لم أكن أتصور أبداً أن ذلك أمراً ممكناً. وقد زارنا بعض الجيران فقط لمشاهدة الطرف الصناعي.

أما وقد أصبح ابني الآن قادراً على المشي من جديد، وعلى المشاركة في كل أنواع النشاطات، فقد توقّف الأطفال الآخرون عن نبزه بالألقاب الساخرة. ولم يعودوا يدفعوه لیسقط أرضاً مرةً أخرى. ولم أعد مضطراً لحمل حنيف إلى المدرسة؛ فهو يمشي إليها سيراً على قدميه، وأصبح زملاؤه يتوقون إلى المشي معه إليها. الشيء الأهم هو أن حنيف أكثر سعادةً الآن وأكثر ثقةً، وساقه الصناعية تسمح له بأن يكون مستقلاً، فضلاً عن أنه لم يعد يشعر بالنقص مقارنةً مع الأطفال الآخرين. أدأؤه في الحصص الدراسية أفضل من قبل

انظروا إلى حنيف وسترون أن الأشخاص ذوي الإعاقات بوسعهم أن يكون فاعلين في المجتمع عن طريق الدعم والتشجيع الملائمين لهم.

لحنيف أن يحصل على وظيفة مكتفية لكي لا يضطر إلى المشي أو الوقوف فترات طويلة. وربما يستطيع العمل لدى إحدى المنظمات كمركز الإعاقات في التنمية مثلاً، حيث تكون بيئة العمل صديقة جداً للإعاقات. فقد شاهدت أشخاصاً بإعاقات مختلفة يعملون في ذلك المركز. إن هذه البيئة وأمثالها سوف تساعد ابني على العمل بأفضل قدراته، كما تساعد في تأمين وظيفة شريفة له في الوقت ذاته. وبوسع أن يصبح مثلاً يُحتذى به: انظروا إلى حنيف وسترون أن الأشخاص ذوي الإعاقات يستطيعون أن يكونوا فاعلين في المجتمع عن طريق الدعم والتشجيع الملائمين لهم.

أي مشكلة مع طرفه الصناعي، بزيارة إلى منزلنا وإيلاء العناية اللازمة لتلك المشكلة. وكان هؤلاء العاملون يُكيّفون تلك الطرف الصناعية لحنيف كلما نما وكبر.

يتلقى حنيف أيضاً مخصصاً للإعاقة مقداره ٣٠٠ تكاً بنغالية شهرياً من دائرة الخدمات الاجتماعية في المقاطعة التي نعيش فيها. إنني اصطحب حنيف معي إلى البنك لتسلم ذلك المخصص منه. وسوف يحتاج حنيف إلى دعم إضافي ليضمن أنه يستطيع أن يكمل تعليمه من دون انقطاع.

وإضافة إلى كل ذلك، فإنني أريد لابني أن يتعلم جيداً. فالتعليم سوف يمكّنه ويساعد في توجيهه لكي يستطيع بناء حياة مفيدة. أعتقد أن من الأفضل

وباستطاعته أن يتمتع بممارسة النشاطات الرياضية، مثل الكريكت وكرة القدم جنباً إلى جنب مع أقرانه.

زار عامل في مجال إعادة التأهيل مدرسة حنيف مرّات عديدة لعقد اجتماعات توعوية بشأن الإعاقة وأهمية التعليم الشمولي. وعدت الآن البيئة المحيطة بحنيف أكثر صداقةً للإعاقات أكثر من أيّما وقت مضى. فمدرسته تعمل من أجل تلبية احتياجاته، وعلى سبيل المثال، يواجه حنيف صعوبة في صعود الدرج، لذلك فقد وافق مدير المدرسة على نقل إحدى حصص حنيف المقرّر إعطاؤها في الدور الأول من المدرسة إلى الطابق الأرضي لتسهيل الأمر على حنيف وتمكينه من حضور الحصّة.

يستمتع حنيف، أثناء وجوده في المدرسة، برسم الصور. ويحب ممارسة اللعب خارج أسوار المدرسة وأثناء فترات الاستراحة. ويريد أن يصبح مدرّساً عندما ينمو ويكبر، شأنه في ذلك شأن قداوته في ذلك: معلّم المدرسة - السيّد «أروب» والسيّد «شابان». إنهما يُحبّان حنيف ويدعمانه بكلّ طريقة يستطيعانها. ولأنّ أسرنا فقيرة الحال كثيراً، فقد قدم مركز الإعاقات في التنمية الطرف الصناعي لحنيف وتحمل المصروفات المرتبطة بذلك من خلال مشروع تعزيز حقوق الأشخاص ذوي الإعاقات الذي تموّله مؤسسة «مانوشر جونو». ويقوم العاملون في مجال إعادة التأهيل، لو واجه حنيف



«حنيف» يُشارك في غرفة الدرس. © مركز الإعاقات في التنمية

الإعاقات مُحدّدين بعينهم.^{٧٨} ووجدت دراسةً أخرى، أُجريت في عام ٢٠٠١، أنّ عقد دورة حول الشمول لأولئك الذين يدرسون لكي يُصبحوا معلّمين، كانت مؤثّرةً في تغيير المواقف والتوجّهات، لدرجة أنّهم فضّلوا شمول الأطفال ذوي الإعاقات الطّيفة في الغرف الصّفيّة.^{٧٩}

وتبدو الفرصة العظيمة موجودةً في أوساط المعلّمين المُستجدين في المهنة. فقد وجد استعراض منظّم للبحوث المتخصّصة في هذا المجال، في بلدان متنوعة، ضمتّ كلاً من الصين، وقبرص، والهند، وإيران، وجمهورية كوريا، ودولة فلسطين، والإمارات العربية المتحدة وزيمبابوي، وجد أنّ المعلّمين، الذين لديهم خبرة تدريسية عامة على أقلّ تقدير، كانت لديهم مواقف إيجابية أكثر من أولئك المعلّمين من أصحاب سنوات الخدمة الأطول. فالمعلّمون الذين سبق لهم أن تلقّوا تدريباً في التّعليم الشّمولي كانت لديهم مواقف إيجابية فاقت مواقف المعلّمين الذين لم يتلقّوا أيّ تدريب في هذا المجال. كما أنّ المعلّمين الذين اتّخذوا المواقف والتوجّهات الأكثر إيجابية هم الذين كانت لهم خبرةً فعليّةً في الشّمول.^{٨٠}

ومع ذلك، فإنّ تدريب المعلّمين قبل الالتحاق بالخدمة نادراً ما يُعدهم للتدريس بالطريقة الشّمولية. وحيثما وُجد التدريب، فإنّه يتوافر بدرجات متغيّرة من الجودة. ورغم وجود مجموعه أدوات متعدّدة، فإنّ هذه الأدوات لا تكون دائماً موجهةً نحو سياق محدّد بعينه، ولذلك فإنّ التّدريب سوف يحتوي مراراً وتكراراً على مفاهيم غريبة. وما التّعلّم الجماعي إلا واحداً من الأمثلة على ذلك. فقد استجاب المعلّمون سلّياً لصور الأطفال ذوي الإعاقات ومن دون الإعاقات الجالسين في مجموعات؛ وذلك لأنّ ذلك يتعارض مع الطريقة التي يتفاعل بواسطتها الطلبة في الغرف الصّفية التقليدية بصورة أكبر.^{٨١}

وثمة تحدّ آخر ألا وهو الافتقار إلى التّنوُّع في أوساط الكوادر التدريسية. فالمعلّمون أو المدرّسون ذوو الإعاقات يندر وجودهم، وفي بعض البيئات، هناك عقبات جديرة بالاعتبار تعترض طريق الكبار الرّاشدين ذوي الإعاقات للتأهل كمدّرّسين. ففي كمبوديا، على سبيل المثال، ينصّ القانون على وجوب أن يكون المعلّمون "خالين من الإعاقات".^{٨٢}

توفّر الشّراكات مع المجتمع المدني أمثلةً مُشجّعةً على سبل تعزيز تدريب المعلّمين وعلى التّنوُّع. ففي بنغلاديش، يستخدم مركز الإعاقات في التّمية، وهو منظمة غير حكومية تعمل على المستوى القومي، مجموعةً من المدّرّبين في مجال التّعليم الشّمولي، الذين يعقدون جلسات تدريبية، مدة كل منها ١٠ أيام، أثناء الفصول الدراسية لكل ٢٠ مدرسة في آنٍ معاً،

التّجيزات موجودةً منذ الأزل، والتّوقّعات المنخفضة فيما يتعلّق بالأطفال ذوي الإعاقات ينبغي أن لا تعترض سبيل تّمية الطفولة المبكرة. فمن الواضح أنّه مع توافر الدّعم الأسري والمجتمعي لحياة الأطفال ذوي الإعاقات، منذ الأيام الأولى من حياتهم، فإنّهم بذلك يتبوّؤون موضعاً أفضل لتحقيق الاستفادة القصوى من سنوات الدراسة في المدارس، ولإعداد أنفسهم لبلوغ مرحلة سن الرّشد.

العمل مع المعلّمين

المعلّمون عنصرٌ أساسيٌّ - أو ربما يكونون العنصر الأساسي - في بيئة الطفل التعليمية؛ ولذلك فمن المهمّ أن يكون لديهم فهم واضحٌ للتّعليم الشّمولي، والتزامٌ قويٌّ بتدريس الأطفال.

غير أنّ المعلّمين يفتقرون، في كثير من الأحيان، إلى الاستعداد والدّعم اللازمين في عملية تدريس الأطفال ذوي الإعاقات في المدارس النظامية. وهذا هو أحد العوامل الدّاخلية في عدم استعداد المُربّين، المُعلن عنه في الكثير من البلدان، لدّعم شمول الأطفال ذوي الإعاقات في الصفوف الدراسية التي يُعلّمونها.^{٧٥} فعلى سبيل المثال، وُجدت إحدى الدراسات التي أُجريت على معلّمي التربية الخاصة المحتملين في إسرائيل أنّهم كانوا يحملون تصورات مسبقة غير مفيدة عن الأشخاص ذوي الإعاقات، وأنّ بعضهم ميّزوا بين الأنواع المختلفة للإعاقات.^{٧٦} ومن المحتمل أن تُخصّص الموارد المرصودة للأطفال ذوي الإعاقات وتوزّع على مدارس منفصلة بدلاً عن توزيعها على نظام التّعليم العام الشّمولي. ويمكن أن يثبت بأنّ هذا التّوزيع كان مكلفاً كما كان غير ملائم. وفي بلغاريا، يُمكن أن تتفوق الموازنة المُخصّصة لتعليم كل طفل في المدارس الخاصة، بمقدار ثلاثة أضعاف، موازنة تعليم أيّ طفل مماثل له في مدرسة نظامية.^{٧٧}

وقد أبرز استعراضٌ أُجري لوضع الأطفال ذوي الإعاقات الفكرية في ٢٢ بلداً أوروبياً نقصاً في تدريب المعلّمين النظاميين بطريقة تمكّنهم من العمل مع الأطفال ذوي الإعاقات، باعتبار هذا النقص أحدّ الهوموم الرئيّسة. ففي معظم الأحيان، درّست هؤلاء الأطفال كوادراً مساندة بدلاً عن تدريسهم على أيادي مدّرّسين معتمدين. وقد أثبت تدريب المدّرّسين في هذا المجال فعاليته في تعزيز الالتزام بمبدأ الشمول. ووجدت دراسة، أُجريت في عام ٢٠٠٣، أنّ مديري المدارس، من الذين تلقّوا دورات أكثر من غيرهم حول الإعاقة، أعربوا عن وجهات نظر أكثر شموليةً. كذلك فإنّ تغيير المواقف يُفيد الطلبة؛ إذ جرت ترجمة وجهات النّظر الإيجابية حول الشمول إلى عدد أقلّ من الإبداعات المؤسّسية، المقيّدة لمجموعة من الطلبة ذوي

ويحتاج المعلمون لأن يكونوا قادرين على الاعتماد على المساعدة المتخصصة من زملائهم الذين يتمتعون بخبرات وتجارب أكبر في العمل مع الأطفال ذوي الإعاقات، ولا سيما مع الأطفال الذين يعانون من اعتلالات حسية وفكرية. فعلى سبيل المثال، يستطيع أولئك الاختصاصيون أن يقدموا النصح بشأن استخدام طريقة «براي» أو التعليم المستند إلى الحاسوب.^{٨٥} وفي الأماكن التي يكون فيها عدد أولئك المتخصصين قليلاً نسبياً، يكون بوسع هؤلاء المتخصصين التثقل فيما بين المدارس حسب الحاجة. ويمكن أن يكون ثمة نقص في جانب العرض من هؤلاء المعلمين المتخصصين الجوالين في المناطق منخفضة الدخل، مثل أفريقيا جنوب الصحراء.^{٨٦} ويوفر هذا النقص فرصة للدعم الملائم من موفري المساعدات المالية والفنية على المستويين الدولي والمحلي.

إشراك الآباء والأمهات، والمجتمعات والأطفال

تفشل برامج التعليم الشمولية، التي تُركّز فقط على الممارسات داخل غرفة الصف، في تسخير إمكانات الآباء والأمهات للإسهام في التعليم الشمولي - وفي منع وقوع الانتهاكات، من قبيل حبس الأطفال ذوي الإعاقات في غرف منفصلة.

يستطيع الآباء والأمهات أن يلعبوا أدواراً عديدة، ابتداءً من توفير سبل النقل المتاحة وانتهاءً برفع مستوى الوعي، والانخراط في منظمات المجتمع المدني والارتباط بقطاع الصحة لكي يتسنى للأطفال الوصول إلى المعدات الملائمة والدعم، وكذلك بالقطاعات الاجتماعية للنفاذ إلى برامج المنح والقروض الهادفة إلى الحد من انتشار الفقر. ففي العديد من البلدان، تكون لدى المدارس لجان مجتمعية مشاركة في نطاق عريض من النشاطات الهادفة إلى دعم الشمول. ففي فيتنام، على سبيل المثال، شاركت لجان التوجيه المجتمعية في عمليات المناصرة وكسب التأييد، والتدريب المحلي، وتأمين الوسائل المساعدة، وتوفير الدعم المالي وتطوير البيئات المتاحة.^{٨٧} ومن المهم أن يدرك الآباء والأمهات وأفراد المجتمعات أن لديهم إسهامات يُقدّمونها، وأن يدركوا أيضاً أن تلك الإسهامات تُوضَع موضع الاستعمال.

ومع أن أهمية مشاركة الأطفال وتمثيل الأطفال أمران موثقان جيداً، إلا أنها لا تتخذ موضعها بارتياح في الهيكليات القائمة وفي نظام التعليم.

وهذا يصح بالنسبة إلى جميع الأطفال ذوي الإعاقات والأطفال من دون الإعاقات. فعدد قليل منهم يُشارك في صناعة القرارات ذات العلاقة بتعليمهم وحياتهم.

التتمة صفحة ٣٦

مع تدريب معلم واحد من كل مدرسة.^{٨٢} إن العديد من المدرّبين التابعين لمركز الإعاقات في التنمية يعانون من ضعف في الإبصار أو لديهم إعاقات أخرى، لذلك فهم قدوات مهمة للمعلمين والطلبة ذوي الإعاقات ومن دون الإعاقات. وفي موزامبيق، عملت إحدى المنظمات غير الحكومية عن كثب مع منظمة الأشخاص ذوي الإعاقات، المعروفة باسم «أديمو ADEMO»، على تدريب المعلمين الطلبة للعمل مع الأطفال ذوي الإعاقات، ولتدريب المعلمين الطلبة ممن يعانون من الإعاقات.^{٨٤}

يميل المعلمون إلى العمل في معزل عن الآخرين، ممّا يعني أنّهم غالباً ما يفتقرون إلى الدعم داخل الغرف الصفية، وغالباً ما يعملون تحت الضغوط لإكمال منهاج دراسي ضيق يفرض عليهم من جهات عليا. ويتطلب التعليم الشمولي نهجاً مرناً للتنظيم المدرسي، ولتطوير المناهج وتقييم الطلبة. فمن شأن هذه المرونة أن تسمح بتطوير أساليب تدريسية أكثر شمولاً، تُغيّر التركيز بحيث يكون مركزاً على الطفل بدلاً من أن يكون مركزاً على المعلم؛ وذلك بهدف اعتماد أساليب تعليمية متنوعة.



فتيانٌ يلعبون كرة القدم في مركز نيمبا في كوناكري، غينيا. المركز يقدم التدريب للأشخاص ذوي الإعاقات البدنية. © يونيسف / المقر الرئيسي ٢٠١٠ - ١٩٦٦ / أسيلين

الوضع الطبيعي الجديد

بقلم كلير هالفورد



«كلير هالفورد» تعيش في ملبورن، أستراليا، مع شريكها وطفليهما. عملت في مجال الأزياء والفنون البصرية قبل أن تصبح مقدمة رعاية لابنها «أوين».

يتمنى الجميع أن يرزق طفلاً رضيعاً سليماً معافى عند الحمل، فعندما تسأل الأمهات والآباء «ما هو نوع جنس الجنين الذي تنتظرون قدومه؟» يجيبانك: «أه، لا نهتم بذلك، طالما أن الوليد سليم معافى». أتذكر مرحلة بلوغ نهاية فترة الثلاثة أشهر الأولى من الحمل بابني المولود الأول، «أوين»: أخبرت القابلة بأنني قد توقفت عن التدخين وعن شرب الكحول، وأنتي أتناول وجبات صحية، وأمارس التمارين الرياضية باعتدال، وانتابتي مشاعر طيبة جداً بشأن الحمل. فأجابت القابلة بنغمة مطمئنة: «هذا رائع. فما يمكن ان تتعرض له امرأة بصحة جيدة في بلد من بلدان العالم الأول تتمتع بالرعاية الطبية المتخصصة؟» ولم أكن أعلم أنه في نحو ستة أشهر سأكتشف بالضبط ما يمكن أن يحصل من تعقيدات.

لقد كانت ولادة ابني، عندما أتممت فترة الحمل بالكامل، صادمةً بصورة لا تُصدق. فعندما دخل أخيراً إلى هذا العالم، لم يكن قادراً على التنفس. دماغه

كان محروماً من الأكسجين، فأجريت له عملية إنعاش وتنفّس صناعي، وعلى مدى أسبوعين، كان يُنقل تارة إلى قسم العناية المركزة وتارة أخرى إلى الرعاية الخاصة. وتعرّض لأول نوبة صرع في اليوم الأول من عمره. وقد بقيت تلك النوبات تغزو حياتنا يومياً وطيلة اليوم إلى أن بلغ ابني سن الثانية.

شخص ابني بالشلل الدماغي وهو في سن خمسة أشهر من عمره. والشلل الدماغي مصطلح عام يصف إصابة دماغية قد تحدث للجنين في رحم الأم، أو أثناء الولادة أو خلال مرحلة الطفولة المبكرة. ويعتبر الشلل الدماغي، في أستراليا، سبباً عاماً شائعاً للإعاقة البدنية في مرحلة الطفولة. وهي إعاقة تؤثر في الأطفال في جميع البلدان، سواء أكانت ثرية أم فقيرة. وتؤثر هذه الحالة، في معظم الأحيان، في تناغم الحركة والعضلات. إن «أوين» يعاني من شلل دماغي شديد: فهو لا يستطيع الجلوس، أو الاستدارة، أو المشي أو الكلام. وبعد تشخيصه بذلك، توالى استلام المراسلات من الأطباء بريدياً على أساس أسبوعي تقريباً. وعرضت الرسائل الأولى حقائق فظيعة، باستخدام مصطلحات طبية، مثل «التشنج الرباعي للأطراف spasmic quadriplegic» و«الضعف البصري القشري cortical visual impairment»، و«التأخر النمائي الشامل» - وهي مصطلحات كانت غريبة تماماً علينا. وانتهت كل عملية بحث أجريتها على شبكة الإنترنت عن فحوى هذه المصطلحات بعبارة «التوقعات ضعيفة» لهذه الحالة المرضية.

في تلك الأيام الأولى من حياة «أوين»، كان الضوء اللامع الوحيد في كل هذا الظلام الصادم شخصيته الجميلة، وضحكته المهدية، واهتمامه بالعالم من حوله، والنظرات البهية المنبثقة منه.

لقد كانت السنة الأولى من عمر «أوين» صعبة جداً. الغضب - لا، بل الغضب الشديد وخيبة الأمل، والخراب والدمار، والوحدة، وعدم التصديق هددتنا كلها في جميع أركان الحياة. وكما اقترحت القابلة القانونية، كان من المفترض أن لا يحدث ما حدث لي شخصياً، و«لأوين» ولنا جميعاً - لقد أصابتنا هذه الحالة عن طريق الخطأ ولم يستطع لا الأصدقاء ولا أفراد الأسرة أن يقولوا أو يفعلوا أي شيء كان، لذلك فقد سعيت إلى الآخرين ممن مروا في أوضاع مشابهة، وذلك من خلال مجموعات الدعم في المنطقة التي أعيش فيها وعلى شبكة الإنترنت.

تلقيت، في الفترة التي أحاطت بعملية تشخيص حالة «أوين»، مكالمات هاتفية من الجامعة التي سبق لي أن عملت فيها، تستفسر مني إن كنت أرغب في العودة إلى تدريس مادة رسومات وتصاميم الحياة بصفة محاضرة غير متفرغة. وكان ينبغي لهذه الوظيفة أن تكون وسيلة الخروج لي من العمل في مجال البيع بالمفرد. كذلك كان ينبغي أن تكون شيئاً مفيداً لي أستطيع التثبت به، ولكنني رفضت ذلك. إذ كان لدي عمل جديد، ألا وهو أنني أعمل الآن مقدمة رعاية متفرغة.

لقد اتضح بأن «أوين» يتعرّض لنوبات عسيرة لا تستجيب للعلاجات الصرّع. لذلك فقد بدأنا بإعطاء «أوين»، وهو في سن العامين، وجبات غذائية دوائية لعلاج الصرّع.

إنّ هذه الوجبة المولّدة للكيتون «ketogenic» مرتفعة الدهون، ومنخفضة الكربوهيدرات ويجب أن تُعطى بطريقة صارمة لا تُصدّق. وبصورة غريبة غير مألوفة، ويلمسة من الرأفة والرّحمة التي لم تكن مُتوقّعة، آتت تلك الوجبة الدوائية ثمارها. فانخفضت التشنجات التي كانت تُصيب ابني المسكين المتألم منها، من ٢٠٠ نوبة صرع يومياً إلى توقّف تلك النوبات تقريباً خلال الأشهر الثلاثة الأولى من تناول العلاج. ومن الناحية الافتراضية، فإنّ ابني كان وما يزال لا يتعرّض إلى هذه النوبات منذ ذلك الحين.

رُزقنا أنا وشريكي بابنٍ آخر، طفلٌ هو الآن في بداية مرحلة المشي، وهو سليمٌ معافى، نحبّه كثيراً كما نحب «أوين». فغدّت حياتنا تُعرّفنا كيف نكون. فالارتباطات التي بيننا جعلتنا أقوى من ذي قبل - فالبنسبة إلينا، حياتنا طبيعية، ونحن مستمرّين في العيش فيها. وقد أصبح من الطبيعي في حياتنا أن نقود سيارتنا إلى جميع أنحاء المدينة لتُجري جلسات العلاج الطبيعيّ مرات عديدة كل أسبوع. ومن الطبيعي كذلك أن نسحب معدات ثقيلة، مثل الإطارات التي تُساعد على الوقوف، وكراسي الحمّام من غرفة إلى أخرى يومياً. ونعرف مستشفى الأطفال حقّ المعرفة، تماماً كما نعرف ظهور أيادينا، كذلك فإننا نعرف أيضاً أفضل الاختصاصيين في مجالات مختلفة من طب الأطفال.

إنّني أُطلق على نفسي تعبير «المساعد الشخصي» لابني؛ لأنه يحتاج إلى جدول متدفق من العمل الورقي لا ينضب أبداً - طلبات للحصول على التمويل، ومواعيد للأطباء، وجلسات للعلاج،

والفحوصات العامة وفحوصات الدم. وأنا التي تقوم بالرعاية الشخصية له، مثل الإطعام والاستحمام. ويساعدني شريكي في ذلك متى ما استطاع القيام بذلك، ولكنه يعمل ساعات طوال لِيُبقِي أمورنا المالية سائرة على ما يرام - لكي أتمكّن من إيلاء الرعاية اللازمة «لأوين» ولكي ننعم بحياة مُريحة. إنّنا نحاول البقاء مشغولين في عطلة نهاية الأسبوع، وذلك بالقيام بالأمور الأسرية، مثل زيارة سوق المزارعين، أو الذهاب لتناول الطعام الفيتنامي، أو زيارة أحد معارض الأطفال. «أوين» يعيش حياةً مرحّةً ومليئةً بالمشاغل كطفل في سنّ الخامسة من عمره. ومع ذلك، وبصرف النظر عن الأشياء الجيدة الكثيرة التي تُحيط به، فإنّ أمامه رحلة طويلة وشاقّة يقطعها.

إنّنا نأمل في وضع «أوين» في مدرسة ابتدائية من مدارس نظام التّعليم العام، بدعم من مركز التوعية بالشلل الدماغي، وهو برنامج للتدخل المبكر. فقد أظهر «أوين» تحسناً هائلاً في مجالي التّواصل والحركة منذ أن بدأ بالذهاب إلى ذلك المركز. وهو كذلك ينتظم في النشاطات التي تعقدها جمعية «رايدنج للأطفال ذوي الإعاقة»، التي نُحبّها نحن الاثنين معاً. فقد أنفقنا، على مرّ السنين، الكثير من المال والجهد على العلاجات والخدمات - بعضها كان جيداً، والبعض الآخر منها كان مفيداً. إنّنا نواصل تعلّمنا بينما نحن نواصل رحلتنا، وإنّنا نتحسّن في اتّخاذ القرارات العملية بدلاً عن اتّخاذ القرارات العاطفية. ومع ذلك، فلا يزال الأمرُ صعباً علينا؛ فأنا مستمرةٌ دائماً في الكفاح من أجل الحصول

على الشّيء الذي يكون «أوين» في أمسّ الحاجة إليه أو في انتظار الحصول عليه، أحياناً لعدة سنوات.

إنّ أصعب المعارك التي أخوضها تتعلّق بالتّصورات التي يحملها الناس عن «أوين». وإنّني لا أريد سوى أن يعامله الناس ويتحدّثوا إليه كما لو كان طفلاً عادياً - وكذلك فإنّني أريد له أن يتلقّى عنايةً خاصّةً، وأريد من الناس أن يكونوا أكثر صبراً. إنني أريد من أصدقائي وأفراد أسرتي مساعدته والانخراط معه. فالكثير منهم يميلون إلى التّركيز على طريقة الحياة التي أعيشها، أو على شيءٍ آخر ينطوي على قدرٍ من التّحدّيات أقلّ من مشكلات «أوين» الحقيقية جداً. فمن الصعب عليهم، كذلك - مع كل شيءٍ يستمرّ «أوين» في المضي قدماً فيه - أن يدركوا كل شيء، الأمر الذي يجعلني أحياناً أعتقد أنّه ينبغي أن أضع دليلاً للتعليمات اللازمة لذلك.

لقد تعلّمتُ أنّه، بغضّ النظر عمّا لا يستطيع الطّفل عمله، فإنّه ما يزال دائماً يمتلك هويّةً وشخصيّةً سوف تتركّ له لمسةً مميّزة كلمسة الرّسام على هذا العالم. ولو أردنا أن نكون مجتمعاً مستنيراً، فإنّ عملنا هو الإيمان والتّشجيع. وعندئذٍ فقط يستطيع الأطفال، الذين يعانون من جوانب قُصور صعبة، أن ينموا ويكبروا. ومن ثمّ نستطيع كلُّنا أن نستنتج أن الأشياء التي «تحدّث خطأ» هي في بعض الأحيان مجرد أشياء مختلفة، وغالباً ما تكون مُدهشة.

أن «عدد البلدان المُصادقة على مبادرة المسار السريع، ولا سيما تلك التي تقترب من بلوغ مستوى تعميم التعليم الشامل، لديها الآن خططاً قومية لقطاع التعليم، تُعالج شمول الأطفال ذوي الإعاقات.»^{٨١} ولكن، تظل السياسات والمُخصّصات التي تستهدف الأطفال ذوي الإعاقات غير متروية أو لم تُنفذ في عدد من البلدان.^{٨٢} ويلاحظ التقرير أن خمساً من البلدان المُصادقة على مبادرة المسار السريع لم تذكر على الإطلاق الأطفال ذوي الإعاقات.

وفي بعض الأحيان، تكون المشكلة متعلقة بتفويضات مُقسمة أو غير واضحة: ففي بنغلاديش، ثمة بعض الخلط بشأن الوزارات المسؤولة عن الأطفال ذوي الإعاقات ممن هم في سن المدرسة. فالتفويض الخاص بتنفيذ مبادرة التعليم للجميع مُنوطاً بوزارة التعليم، ووزارة التعليم الابتدائي والتعليم الحكومي (الذي يستهدف جميع الأطفال)، ولكن تعليم الأطفال ذوي الإعاقات تُديره وزارة الشؤون الاجتماعية، ويُنظر إليه بأنه مسألة إحسان، وليس مسألة من مسائل حقوق الإنسان.^{٨٣} ومنذ عام ٢٠٠٢، جرى شمول الأطفال ذوي الإعاقات والأطفال ذوي الحاجات التعليمية الخاصة في التعليم الابتدائي من خلال برنامج تطوير التعليم الابتدائي،^{٨٤} الذي تتولاه وزارة التعليم. غير أن إدارة عملية توفير التعليم المتكامل للأطفال الذين يعانون من ضعف بصري، وتشغيل المدارس الابتدائية للأطفال الذين يعانون من اعتلالات سمعية أو بصرية أو فكرية تظل مسؤولية تقع على عاتق وزارة الشؤون الاجتماعية.^{٨٥}

يجب أن تُشجّع وزارات التعليم على الاطلاع بالمسؤولية عن جميع الأطفال الذين هم في سن الالتحاق بالمدارس. فالتنسيق بين الشركاء والجهات المعنية صاحبة المصلحة يمكن أن يؤدي دوراً داعماً قوياً في هذه العملية. وفي بنغلاديش، يُعزّز المنتدى الوطني للمنظمات العاملة مع الأشخاص ذوي الإعاقة عملية التشبيك بين الحكومة والمنظمات غير الحكومية. وكان هذا المنتدى وما يزال مفيداً في التشجيع على تحقيق مستوى من الشمول التعليمي أعظم، إضافة إلى تحقيق تحوّل تدريجي للمسؤولية الوزارية من الشؤون الاجتماعية إلى التعليم. ونتيجة لذلك، فقد التزمت حملة التعليم الشعبي، وهي «إحدى الشبكات القومية»، بضمان حصول جميع الأطفال ذوي الإعاقات على التعليم الأساسي النوعي، وتضمّ لجنة التقدم بالريف البنغالي، المُلتزمة بتحقيق التعليم للجميع وبالحد من الفقر، عدداً من المتعلمين من ذوي الإعاقات في مدارسها.

يحرم الإقصاء الأطفال ذوي الإعاقات من منافع التعليم التي تتحقق طوال الحياة، وهي: الحصول على وظيفة أفضل،

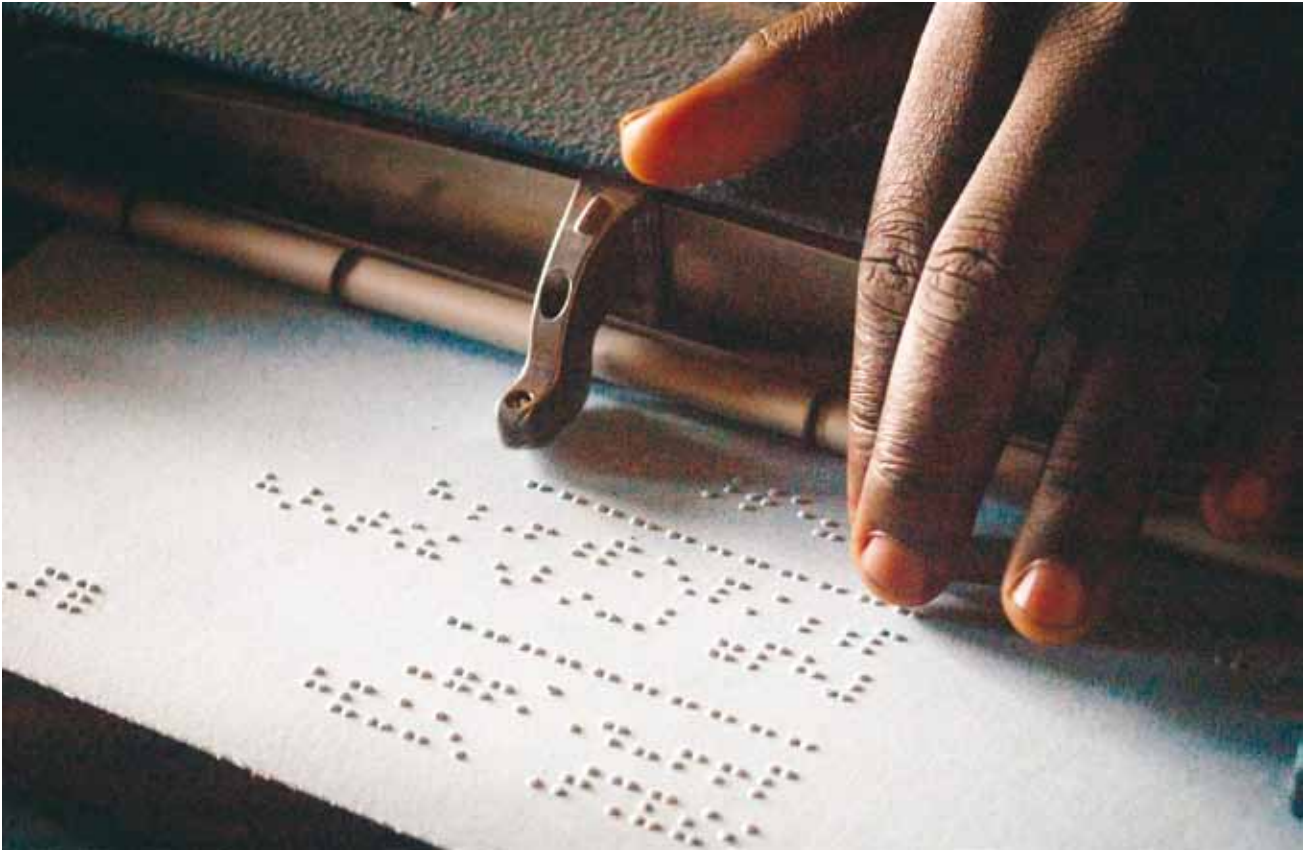
وإشراك الأطفال ذوي الإعاقات في هكذا قرارات يمكن أن ينطوي على التحدّيات على وجه الخصوص، على أقل تقدير، بسبب التفكير والسلوك الراسخين واللذين يتصوران هؤلاء الأطفال بأنهم ضحايا سلبيين. فكما لاحظ تقرير الأمين العام للأمم المتحدة لعام ٢٠١١ بشأن الوضع الراهن لاتفاقية حقوق الطفل: «يظلّ ضمان شمول أصوات الأطفال ذوي الإعاقات أصواتهم مسألة صعبة. فالمبادرات من قبيل المجالس المدرسية، وبرلمانات الأطفال، والعمليات التشاورية الهادفة إلى استطلاع آراء الأطفال، والإجراءات القضائية تُخفق جميعها في ضمان شمول الأطفال ذوي الإعاقات في الحياة المجتمعية، أو في الإقرار بكفاءتهم من أجل المشاركة.»^{٨٦}

الأطفال هم أكثر الموارد غير المستعملة كما ينبغي لها أن تستعمل في المدارس والمجتمعات في أنحاء العالم قاطبة. لقد عملت شبكة «تشايلد تو تشايلد ترست Child-to-Child Trust» في المملكة المتحدة لسنوات عديدة من أجل تعزيز مشاركة الأطفال في مجال التثقيف الصحي، وقد استُخدمت هذه المقاربة في بعض البلدان وما تزال تُستخدم لتحقيق الخير العام كجزء من برامج التعليم الشمولي وإعادة التأهيل المجتمعية.^{٨٧} ففي الأبحاث التشاركية، على سبيل المثال، يبرز الأطفال بصورة متكررة أهمية البيئة النظيفة، والحمامات الصحية، وبالنسبة إلى الأطفال ذوي الإعاقات، فإن قضيتي الخصوصية والإتاحة قضيتان لهما أهمية عظيمة.^{٨٨} ويبدو معقولاً أن الأطفال ذوي الإعاقات بوسعهم، لا بل يتعين عليهم توجيه وتقييم الجهود الهادفة إلى التقدّم بمسألتي الإتاحة والشمول. وعلى العموم، من هي الجهة المؤهلة بصورة أفضل لأن تفهم سبل الإقصاء والأثر الذي يخلفه؟

خطوط المسؤولية

كما هو الحال في المجالات الأخرى، لو كانت الحكومات وشركاؤها واضحين كلهم بشأن الإجابة عن الأسئلة التالية: مَنْ يقوم بماذا، وكيف يقوم به، وإلى مَنْ يُتوقع منهم أن يُقدّموا إبلغاتهم، فإن ذلك الوضوح سوف يُساعد في تحقيق الطموحات في التعليم الشمولي. وفي حال عدم الوضوح، فإن الوعد بالشمول سيتعرّض لخطر أن يُصبح مجرد مسألة كلام لا يؤديها العمل أو القناعة.

وجدت إحدى الدراسات، التي أُجريت على البلدان المشاركة فيما كان يُعرف يوماً «بمبادرة المسار السريع للتعليم للجميع»، والتي أصبحت الآن تُعرف باسم «الشراكة العالمية للتعليم»،



القراءة باستخدام طريقة «براي» في مدرسة، بأوغندا. © يونسف / أوغندا ٢٠١٢ - ٠٠١١٢/سبيلوني

بالتقرّم بنسبة تصل إلى ٤, ٥ في المئة (بنسبة ٦, ٤ في المئة في حالة الأمهات، وبنسبة تتراوح بين ٩, ٢ و ٤, ٥ في المئة بالنسبة إلى الآباء). وكذلك تسبّب الآباء الأندونيسيون والأمهات الأندونيسيات، ممّن حصل منهم على تعليم أفضل، في خفض احتمالية حدوث التقرّم لأطفالهم بنسبة أقصاها ٥ في المئة (هذه النسبة تتراوح بين ٤, ٤ و ٥ في المئة بالنسبة إلى الأمهات، و ٣ في المئة بالنسبة إلى الآباء)^{١١}.

إنّ التّعليم أداة مفيدةٌ وحقٌّ في آن معاً، والغرض منه كما تنص على ذلك اتفاقية حقوق الطفل، هو تعزيز «نماء شخصية الطفل، ومواهبه، وقدراته العقلية والبدنية لكي تبلغ كامل طاقاتها»^{١٢}.

وتحقيق الأمن الاجتماعي والاقتصادي، وتوفير الفرص للمشاركة الكاملة في المجتمع. وفي المقابل، فإنّ الاستثمار في تعليم الأطفال ذوي الإعاقات يُمكن أن يُسهم في مدى فعّاليتهم في المستقبل كأعضاء في القوى العاملة. وبالفعل، من الممكن أن يزداد الدّخل المُحتمل للشخص بنسبة يبلغ مقدارها نسبة ١٠ في المئة مع كل سنة إضافية من التعليم المدرسي.^{١٥} ولكنّ التعليم الشمولي بوسعه أن يقلّص الإعاقة الحالية والمستقبلية، ممّا يُحرّر أفراد الأسر المعيشية الآخرين من مسؤوليات الرّعاية التي يضطّعون بها، ويفسح المجال أمامهم لاستئناف النّشاطات الإنتاجية - أو ليخلدوا إلى الرّاحة بكل بساطة.^{١٦}

كذلك فإنّ مهارات القراءة والكتابة الأساسية تُحسّن الصحة: فالطفل الذي يُولّد لأُمّ قادرة على القراءة من المرجّح أكثر، بنسبة ٥٠ في المئة، أن يبقى على قيد الحياة بعد بلوغه سنّ الخامسة.^{١٧} وقد ارتبط ويرتبط مستوى تعليم الأمهات المنخفض بمعدلات تعثّر النمو في أوساط الأطفال في الأحياء الفقيرة الحضرية في كينيا،^{١٨} ومستوطنات العجّر في صربيا،^{١٩} وفي كمبوديا.^{٢٠} وخفّض الآباء البنغاليون والأمهات البنغاليات، ممّن حصل منهم على تعليم أفضل، مخاطر إصابة أطفالهم

التكيف، التوافق والتمكين

بقلم يحيى الزق



يحيى الزق مستشار فني لمنظمة هاندكاب إنترناشيونال Handicap International، في رام الله بدولة فلسطين.

الحقوق والاستحقاقات نفسها على قدم المساواة مع الآخرين، ويستطيعون الإسهام في المجتمع، لا بل إنهم يسهمون فيه أيضاً. لقد كانت «سجا» محظوظة في هذا السياق.

فبعد إجراء تقييم شامل لحالتها، وضع فريقنا خطة لدعم وتحسين مشاركتها في المجتمع. وكانت الأولوية لديها ولدى أفراد أسرتها العمل على إلحاقها بالمدارس النظامية. ومع ذلك، ولكي تتمكن «سجا» من الانتظام في التعليم العام، فقد احتاجت إلى إجراء تغييرات بيئية مختلفة، ومنها أن يكون مقر المدرسة ملائماً من الناحية المادية، إضافةً إلى حاجتها إلى كرسي متحرك. وكان التعاون الكامل من أسرتها، والمدرسة والمجتمع ضرورات مطلقة.

كذلك احتاجت «سجا» إلى نشاطات متكاملة شارك فيها الكثير من الجهات المعنية صاحبة المصلحة، ابتداءً من والدها ووالدتها اللذين مالا إلى استعمال الموارد المتوفرة لديهما لصالح أخيها الذي يعاني من نفس الإعاقة، مما تركها من دون فرصة لكي تنمو حتى بلوغ كامل إمكاناتها.

ويزيد غياب سياسة وطنية مناسبة من صعوبة معالجة مثل هذه التحديات. فعلى سبيل المثال، لا يوجد برنامج للتعليم الشمولي للأطفال ذوي الإعاقات، والسياسات الشمولية للإعاقات ليست على سُلّم الأولويات بالنسبة إلى صنّاع

كان عُمر «سجا» ٧ سنوات عندما التقيتُ بها.

وكنت في ذلك الحين أعمل في أحد مراكز التأهيل الوطنية الثلاثة في الضفة الغربية بصفة معالج طبيعي مهني. ومع أنّ هذا المركز لم يُنشأ للتعامل مع حاجات «سجا» ومتطلباتها كطفلة مصابة بالشلل الدماغي، فقد كنا قادرين على تقديم جلسات علاج طبيعي بهدف منع تدهور حالتها. أما العقبتان اللتان كانتا وما تزالان تحولان دون حصولها على خدمات إعادة التأهيل الملائمة، فهما غياب آليات الإحالة والتنسيق بين الخدمات المتوفرة في الضفة الغربية، والقيود الخاصة بحرية التنقل والحركة المفروضة على الفلسطينيين تحت الاحتلال. إنّ مركز إعادة التأهيل المتخصّص في مثل هذه الحالات مقرّه في مدينة القدس الشرقية، ولكن أسرة «سجا» رُفض السماح لها بالحصول على تصريح للدخول إلى تلك المدينة.

وإضافةً إلى ذلك، يواجه الأطفال ذوو الإعاقات في الضفة الغربية، كما في غيرها من الأماكن، نقصاً عاماً في المعارف والمهارات المعنية بالإعاقات في جميع القطاعات العامة والخاصة.

كما أنهم يواجهون أيضاً وجهة نظر مهيمنة تعتبر الأطفال ذوي الإعاقات مثاراً للشفقة، ويستحقّون تلقّي الإحسان - ولا يُنظر إليهم كأفراد لهم

سجا فتحت عيناى على قدرتى على التكيّف والتّواؤم كشخص مهني - وعلى الأثر الإيجابي الذي بوسعنا نحن مهنيو العلاج الطبيعي أن نحدثه إذا ما تبنيّا مواقف تمكينية.

تُصنع بمشاركة الأطفال ذوي الإعاقات والمنظمات المعنية بالأشخاص ذوي الإعاقات، والتي تُنفذُ على نحو ملائم، سوف تُساعد في ضمان أن تعرف أيّ حالة تالية لحالة «سجا»، وتعرف الأسرة التي تنتمي إليها تلك الحالة، والأشياء التي تستحق أن تحصل عليها، وكذلك أن تعرف ما يُمكنها أن تتوقّع إنجازه، وهو كلُّ ما تتوقّع أي فتاة أخرى غيرها من أفراد مجتمعها تحقيقه. إن هذه الرسالة هي الرسالة التي بتعتها إلينا اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة واتفاقية حقوق الطفل كلاهما معاً، والتي نريدُ تعزيزها كل يوم.

إحدى مشكلاتها الصحية. كذلك فقد تحسّنت قدرتها على الحركة، ورافق ذلك تحسّن مستوى تقديرها لذاتها وثقتها بنفسها جنباً إلى جنب مع تحسّن تفاعلاتها الاجتماعية، ومستوى المعرفة لديها ومهاراتها الحياتية.

على الصعيد الشخصي، شعرتُ ببهجة غامرة وأنا أشاهد مستوى التقدّم الذي حقّقته «سجا». أما على الصعيد المهنيّ، فقد كان العائد المهني على عملي معها مُجزيّاً كثيراً.

لقد فتحت «سجا» عيناى على قدرتي على التكيّف والتّواؤم كشخص مهني - وعلى الأثر الإيجابي الذي بوسعنا نحن مهنيو العلاج الطبيعي أن نحدثه إذا ما تبنيّا مواقف تمكينية. والأهمّ من ذلك، أنّ «سجا» ساعدتني على أن أفهم قيمة وأهمية النظر إلى الطفل نظرة شمولية كفرد، وإلى أهمية اعتماد مقاربة شمولية في العمل مع الأشخاص ذوي الإعاقات ومع مجتمعاتهم.

فهذه هي الطريقة الوحيدة لضمان استطاعة الأطفال ذوي الإعاقات الحصول على الفرص ذاتها التي يحصل عليها الأطفال الآخرون لكي يشاركوا في الحياة المجتمعية.

لقد أردتُ أن أُطلع راسمي السياسات على هذا الإنجاز وذلك لكي يتمكّنوا من انتهاج منهج شمولية أكثر تمكيناً في عملهم. فالسياسات الجيدة، التي

القرار. ولهذين السببين، فإنّ مصير الأطفال ذوي الإعاقات يعتمد اعتماداً كبيراً على استعداد أفراد المجتمع للاعتراف بأن هؤلاء الأطفال لهم الحقوق نفسها التي لجميع الأطفال.

فعندما يُعرّفُ بهذه الحقوق، يتسنى حلّ جميع هذه المسائل - وغالباً ما يكون ذلك ببساطة عن طريق الموارد الموجودة في المجتمع.

ولحسّن الطّالع، بالنسبة إلى حالة «سجا»، فقد نجحت المفاوضات التي أجريت مع مديرة المدرسة، ونُقلت غرفة صفّها من الطابق الثاني إلى الطابق الأرضي. ووافقت المعلمات على فكرة وجود «سجا» في فصولهنّ الدراسية. وباستخدام شبكاتنا الخاصة بالمهنيين والعلاقات الشخصية، فقد كنا قادرين على الحصول على كرسي متحرّك «لسجا».

وبفضل بعض الأطباء المحليين وأحد المراكز الصحية، كانت أسرتها قادرةً على الحصول على علاج مجانيّ لتحسين قدرتها على الإبصار. وقد ساعد العاملون في المجال الاجتماعي على رفع وتيرة التّوعية بوضعها الخاص داخل أسرتها، وساعدها أحد الاختصاصيين النفسيين في التغلّب على تجربتها في التمييز.

تحسّن وضع «سجا»، على مدى بضع سنوات، تحسّناً ملحوظاً بسبب معالجة



مُعلِّمة مدرّبة في مجال التعليم الشمولي تتحقّق من وضع الطفلة «سوك تشي» البالغة من العمر ٥ سنوات، وهي صمّاء بكماء، في مدرسة للتعليم قبل المدرسة في كمبوديا.
© يونيسف / كمبوديا / ٢٠١١ / موفل

أساسيات الحماية

الأطفال ذوو الإعاقات هم من بين أفراد المجتمع الأكثر عرضة للخطر في المجتمع. وهم وهم أيضاً الأكثر استفادة من أية تدابير تهدف إلى أخذهم في الحسبان، وحمايتهم من الإساءة وضمان إمكانية وصولهم إلى العدالة.

الإساءة والعنف

التّمييز ضد الأطفال ذوي الإعاقات وإقصاؤهم يجعلهم عرضةً لخطر العنف، والإهمال والإساءة على نحو غير متناسب مع أوضاعهم. فقد أظهرت الدراسات التي أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية أنّ احتمالية تعرّض الأطفال ذوي الإعاقات، الذين يكونون في مرحلة التعليم قبل المدرسة أو الأصغر سنّاً من ذلك، للإساءة أكثر من احتمالية تعرّض أقرانهم من دون الإعاقات للإساءة^{١٤١}. وقد وجدت دراسة مسحية وطنية للصّم من الكبار الراشدين في النرويج أنّ احتمالية تعرض الفتيات الصّمّوات للإساءة الجنسية أكثر بمقدار الضّعفين من أقرانهنّ من الفتيات من دون الإعاقات، وأنّ احتمالية تعرض الفتيان الصّمّ للإساءة الجنسية أكثر بمقدار ثلاثة أضعاف من الأطفال من دون الإعاقات.^{١٤٢} كذلك فإنّ الأطفال الذين ربما يكونون فعلاً يعانون من وصمة العار والعزلة من المرجح أكثر أن يعانون من الإساءة الجسدية.

تُمارَسُ بعض أشكال العنف ضد الأطفال ذوي الإعاقات وهدفهم دون غيرهم. فقد يخضع الأطفال، على سبيل المثال، للعنف الذي يمارس تحت غطاء المعالجة بهدف تغيير السلوك، بما في ذلك المعالجة بالتخليج الكهربائي، أو المعالجة بالأدوية أو بالصدمات الكهربائية.^{١٤٣} وتعاني الفتيات ذوات الإعاقات من إساءات مُعيّنة. وهنّ يخضعن، في العديد من الدول، للتّعقيم أو الإجهاض القسري.^{١٤٤} وتلقى هذه الإجراءات دفاعاً عنها يبرّر على أساس تجنّب حدوث الطّمث (الدورة الشهرية) أو الحمل غير المرغوب فيه، أو عزو الأمر إلى الفهم الخاطئ لفكرة «حماية الطّفل»، مع الأخذ بعين الاعتبار قابلية تعرّض الفتيات ذوات الإعاقات لخطر الإساءة الجنسية أو الاغتصاب بصورة غير متناسبة مع الفتيات.^{١٤٥}

يمكن أن ينطوي حصول الأطفال ذوي الإعاقات على الحماية على تحديات معيّنة. ولا يستطيع الكثير من الأطفال ذوو الإعاقات، في المجتمعات التي يكونون فيها موصومين بالعار، وتكون أسرهم مُعرّضة للإقصاء الاجتماعي أو الاقتصادي، حتى الحصول على وثيقة هوية. فلا تُسجّل حالات ولادتهم: وقد لا يُتوقّع لهؤلاء الأطفال أن يبقوا على قيد الحياة،^{١٤٦} أو قد لا يرغب والدا الطفل ذوي الإعاقات في الاعتراف به، أو ربما يُعتبرون بأنهم سببٌ محتمل لاستنزاف الموارد العامة. إنّ هذا التصرّف انتهاكٌ صارخ للحقوق الإنسانية لهؤلاء الأطفال وحاجزٌ أساسي يقف في طريق مشاركتهم في المجتمع. كذلك يُمكن لهذا الانتهاك أن يحكم الطّوق على غيابهم عن الأنظار ويزيد من مدى استضعافهم للعديد من أشكال الاستغلال الناتجة عن عدم حصولهم على هوية رسمية.

قطعت الدول الأطراف في اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقات على أنفسها التزاماً واضحاً يقضي بضمان توفير الحماية القانونية الفعّالة للأطفال ذوي الإعاقات. كذلك تبنّت الدول الأطراف مبدأ «الترتيبات التيسيرية المعقولة»، الذي يتطلّب القيام بالتكيفات الضرورية والملائمة من أجل أن يستطيع الأطفال ذوو الإعاقات التمتع بحقوقهم على قدم المساواة مع الآخرين.

ولكي يتسنى للتشريعات الناتجة عن تلك التّكيفات والجهود المبذولة لأجلها تغيير الأعراف الاجتماعية التمييزية وجعلها مفيدة ذات معنى، فمن الضروري أيضاً التّأكد من الإنفاذ الجبري للقوانين ومن إعلام الأطفال ذوي الإعاقات بحقوقهم في الحماية من التّمييز وبكيفية ممارسة هذا الحق. وربما تكون الأنظمة المُنفصلة للأطفال ذوي الإعاقات غير ملائمة. وبالنسبة إلى الجوانب الحياتية والمُجتمعية الأخرى التي نُوقِشت في هذا التقرير، فإنّ تحقيق الإنصاف من خلال شمول هؤلاء الأطفال في الحياة المجتمعية هو الهدف المنشود.

لقد كانت منظمة الصحة العالمية تُطوّر، ابتداءً من عام ٢٠١٣، توجيهات مُصمّمة لمكافحة التعقيم القسري باعتباره انتهاكاً لحقوق الإنسان.

المؤسسات والرعاية غير الملائمة

تستمرّ، في العديد من البلدان، عملية إيداع الأطفال ذوي الإعاقات في المؤسسات. ومن النادر أن تقوم هذه المؤسسات بتوفير الاهتمام الفردي بالأطفال الذين هم بحاجة إلى النماء حتى بلوغ قدراتهم الكاملة. فغالباً ما تكون جودة الرعاية التعليمية والطبية والرعاية الخاصة بإعادة التأهيل، التي تُقدّم داخل المؤسسات غير كافية، ويرجع ذلك إلى الافتقار إلى استيفاء معايير الرعاية الملائمة للأطفال ذوي الإعاقات، أو إلى عدم مراقبتها وإنفاذها جبرياً، إذا ما وُجدت.

يتمتع الأطفال ذوو الإعاقات والأطفال من دون الإعاقات، بمقتضى اتفاقية حقوق الطفل، بحقهم في الحصول على الرعاية من والديهم (المادة ٧)، وبالحق في عدم فصل أي طفل عن والديه إلا إذا قررت السلطات المختصة أنّ هذا الفصل يصبّ في مصلحة الطفل الفضلى (المادة ٩).

وتُعزّز اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة هذا الحق في المادة ٢٣ منها، والتي تنصّ على أنّ الدول الأطراف تتعهد، في حالة عدم قدرة الأسرة المباشرة لطفل ذي إعاقة على رعايته، باتخاذ جميع التدابير اللازمة لتقديم رعاية بديلة داخل نطاق الأسرة الممتدة أو داخل المجتمع المحلي.

تُعتبر الأسر الحاضنة، في العديد من البلدان، شكلاً مألوفاً من أشكال الرعاية البديلة. فقد تشعر الأسر الحاضنة بالتردد في تولي رعاية الأطفال ذوي الإعاقات بسبب العبء الإضافي المتصوّر لهذه الرعاية والمتطلبات الجسدية والاجتماعية الإضافية. وتستطيع المنظمات التي تُنشط بها مهمة إيداع الأطفال لدى الأسر تشجيع تلك الأسر للنظر في حضانة الأطفال ذوي الإعاقات، وتقديم التدريب والدعم الملائمين لهم.

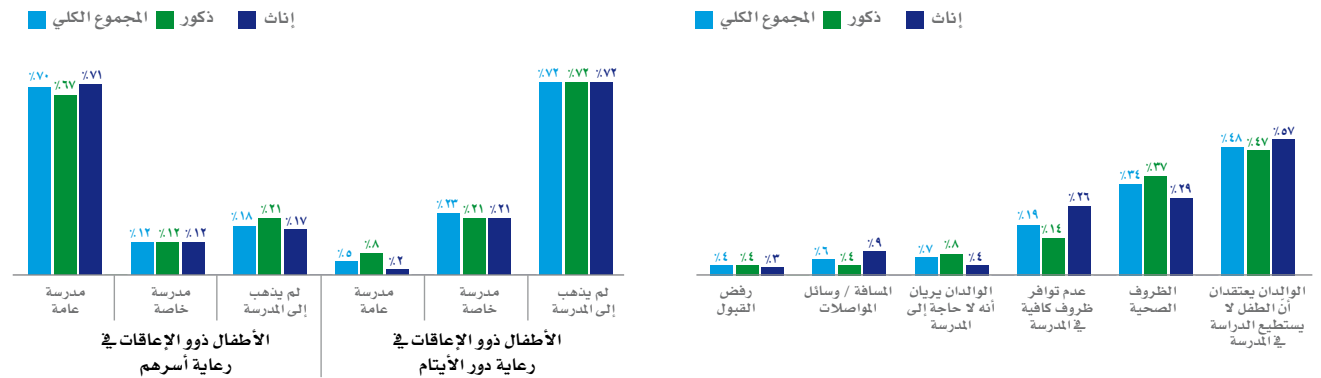
وفي الحالات التي أصبحت فيها السلطات قادرة على رؤية مخاطر الرعاية المؤسسية، وتحرّكت نحو إعادة الأطفال إلى أسرهم أو مجتمعاتهم، يكون الأطفال ذوو الإعاقات من بين آخر من يُنقل من المؤسسات ويحوّل إلى الرعاية البديلة. ويجري، في العديد من بلدان وسط وشرق أوروبا ورابطة الدول المستقلة،

الأطفال ذوو الإعاقات والتعليم الثانوي

أرمينيا، ٢٠١١

يحصل الأطفال ذوو الإعاقات الذين يعيشون مع أسرهم، بشكل عام، على التعليم الثانوي في المدارس العامة الحكومية. أما الأطفال ذوو الإعاقات الذين يعيشون في دور الأيتام فيميلون إلى عدم الانتظام في التعليم الثانوي.

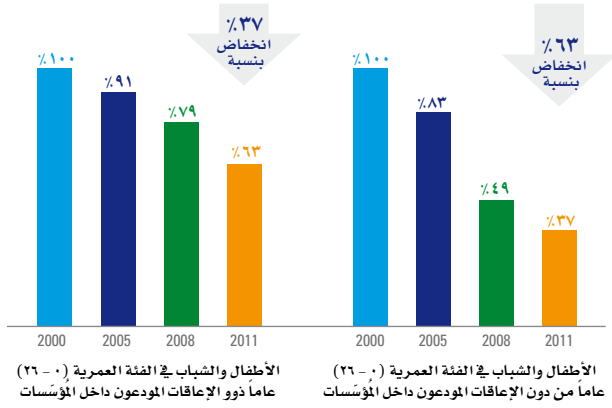
السبب الرئيسي وراء عدم انتظام الأطفال ذوي الإعاقات، الذين يعيشون تحت رعاية والديهم، في المدارس هو أنّ والديهم يعتقدون بأن أطفالهم لا يستطيعون الدراسة في المدارس.



المصدر: وزارة العمل والقضايا الاجتماعية بجمهورية أرمينيا واليونيسف، الأمر يتعلّق بالشمول: إمكانية حصول الأطفال ذوي الإعاقات في أرمينيا على خدمات التعليم، الصحة والحماية الاجتماعية. اليونيسف / يرفين / ٢٠١٢. الموقع الإلكتروني على الإنترنت: http://www.unicef.org/ceecis/UNICEF_Disability_Report_ENG_small.pdf. أحجام العيّنة: ٥,٧٠٧ أطفال في العيّنة الكلية، ٥,٢٢٢ طفلاً ذا إعاقة في رعاية أسرهم، ٣٨٥ طفلاً ذا إعاقة في رعاية دور الأيتام. الفئة العمرية: العيّنة الكاملة: ٠ - ١٨ سنة. أسئلة تتعلّق بالتعليم الثانوي: ٦ سنوات - ١٨ سنة.

آخر من يُنتفع

في صربيا يُطلق سراح الأطفال ذوي الإعاقات من المؤسسات بمعدل أبطأ بكثير من معدلات إطلاق سراح الأطفال من دون الإعاقات.



المصدر: المعهد الجمهوري للحماية الاجتماعية، صربيا.
أحجام العينات: الأطفال والشباب في الفئة العمرية (٠ - ٢٦) عاماً ذوو الإعاقات: ٢٠٠٢، ٢٠٠٥، ٢٠٠٨، ٢٠١١. الأطفال والشباب في الفئة العمرية (٠ - ٢٦) عاماً من دون الإعاقات: ٢٠٠٤، ٢٠٠٧، ٢٠١٠، ٢٠١١.

لا ينبغي إيداع الأطفال ذوي الإعاقات في مرافق احتجاز الأطفال الأحداث النظامية، لا أثناء انتظار المحاكمة ولا بعدها. ويجب توجيه أي قرارات تُقضي إلى الحرمان من الحرية نحو المعاملة الملائمة من أجل معالجة القضايا التي دفعت الطفل لارتكاب الجريمة. كذلك يجب تنفيذ هذه المعاملة في سياق مرافق ملائمة، مع وجود طاقم مُدرّب تدريباً يفي بالغرض، ومع الاحترام الكامل لحقوق الإنسان ومراعاة تدابير الأمان القانونية.^{١١٠}



طفل يتعلّم الحروف الأبجدية الهولندية في مدرسة للأطفال الذين يعانون من إعاقات تعليمية في مدينة كوراسو «Curaçao»، في هولندا. © يونيسف / المقر الرئيسي ٢٠١١ - ١٩٥٥ / ليمون

إصلاح الرعاية التي تقدّم داخل مؤسسات إيواء الأطفال، ونقل الأطفال من المؤسسات الكبيرة إلى دور رعاية جماعية أصغر أو إلى رعاية أسرية. فقد بدأت صربيا، على سبيل المثال، بعمل إصلاحات شاملة في عام ٢٠٠١.

ووضعت عملية إلغاء هذا النوع من الرعاية داخل المؤسسات على سُلّم الأولويات، كذلك عزّزت الرعاية الحضائية، التي كان لها تاريخ راسخ في هذا البلد.

وجرى تبني قانون جديد للأسرة، وإنشاء صندوق من أجل المساعدة في تطوير الخدمات الاجتماعية القائمة على أساس المجتمع. ونتج عن ذلك إحراز تقدّم، بيد أن الفحص الدقيق للوضع كشف النقاب عن أن الأطفال من دون الإعاقات كانوا قد أُطلق سراحهم من المؤسسات بمعدل أسرع بكثير مقارنة مع إطلاق سراح الأطفال ذوي الإعاقات، فحوالي ٧٠ في المئة من هؤلاء الأطفال حوّلوا مباشرة من إحدى أجنحة رعاية الأمومة. وقد جاء هذا الانكشاف ليوضح أهمية ضمان أن تُصمّم عمليات الإصلاح وتنفذ حتى لا يقصى أي طفل من التقدّم الذي يحرز، ومنذ ذلك الحين، أدى ذلك الانكشاف إلى التزام جديد بالقضاء على هذا النوع من الرعاية داخل المؤسسات.^{١١١}

العدالة الشمولية

تمتد مسؤولية الدولة المتمثلة في حماية حقوق جميع الأطفال الواقعيين ضمن حدود ولايتها القضائية بالتساوي إلى الأطفال ذوي الإعاقات الذين هم في نزاع مع القانون، سواء أكانوا ضحايا أم شهوداً، أم مشتبهاً بهم أم مدانين. ويمكن أن تساعد تدابير معينة في حماية حقوق الأطفال، وهي: يمكن إجراء مقابلات مع الأطفال ذوي الإعاقات باستخدام اللغات المناسبة لهم، سواء أكانت لغة محكية أو لغة الإشارة. كذلك يمكن تدريب مسؤولي الإنفاذ الجبري للقانون، والعاملين في المجال الاجتماعي، والمحامين، والقضاة وغيرهم من المهنيين ذوي الصلة، على العمل مع الأطفال ذوي الإعاقات. فالتدريب المنهجي والمستمر لجميع المهنيين المنخرطين في تحقيق العدالة للأطفال أمر مهم للغاية. شأنه في ذلك شأن ترسيخ الأنظمة والبروتوكولات التي تُعزّز المعاملة المتساوية للأطفال ذوي الإعاقات.

ومن المهم أيضاً تطوير حلول بديلة للإجراءات القضائية الرسمية، مع الأخذ بعين الاعتبار مدى القدرات الفردية التي يتمتع بها الأطفال ذوو الإعاقات. فيجب أن تُستخدَم الإجراءات القانونية الرسمية فقط كتدبير أخير، حيث يصب هذا التدبير في مصلحة النظام العام، ويجب أن يتم تناول عملية الرعاية من أجل توضيح هذه العملية وتوضيح حقوق الأطفال.

العنف ضد الأطفال ذوي الإعاقات

بقلم ليزا جونز، ومارك أ. بيليس،
وسارة وود، وكارن هغيز، وإيلي مكوي،
وليندسي إكلي، وجيوف بيتس

مركز الصحة العامة، جامعة جون
مورس ليفربول

بقلم كريستوفر مكتون، ألانا أفسر، توم
شيكسبير.

دائرة العنف والإصابات، منظمة
الصحة العالمية

إنّ احتمالية أن يقع الأطفال ذوو
الإعاقات ضحايا للعنف أكثر بثلاث
إلى أربع مرّات مقارنة مع الأطفال من
دون الإعاقات.

يواجه الأطفال والكبار الراشدون ذوو
الإعاقات، في كثير من الأحيان، سلسلة
من الحواجز الفيزيائية المادية،
والاجتماعية والبيئية التي تقف في
طريق مشاركتهم التامة في المجتمع،
بما في ذلك تقليص فرص حصولهم
على الرعاية الصحية، والتعليم
وغيرها من خدمات الدعم الأخرى.
ويعتقد أنّ هؤلاء الأطفال والكبار
الراشدين ذوي الإعاقات مُعرضين
إلى خطر العنف بدرجة أكبر بكثير
مقارنة مع أقرانهم من دون الإعاقات.
إنّ عملية فهم مدى العنف الممارس
ضد الأطفال ذوي الإعاقات هي إحدى
الخطوات الأولى الضرورية لوضع
وتطوير برامج فعّالة لوقايتهم من أن
يصبحوا ضحايا للعنف، ولتحسين
صحتهم ونوعية حياتهم. ولهذا الغاية،
فقد أجرت فرق الأبحاث في جامعة
”جون مورس“ بليفربول بالاشتراك
مع منظمة الصحة العالمية أول
مراجعة منهجية للدراسات الموجودة،
بما في ذلك تحليل نتائج العديد من
الدراسات التي تناولت فرضيات
مترابطة، حول العنف ضد الأطفال
ذوي الإعاقات (١٨ سنة فما دون).

استوفت ١٧ دراسة، أُجريت جميعها
في البلدان ذات الدخل المرتفع، معايير
الشمول في المراجعة. وتراوحت تقديرات
مدى انتشار العنف ضد الأطفال ذوي
الإعاقات من نسبة ٢٦,٧ في المئة لمن
تعرضوا الى أشكال العنف المختلفة الى

نسبة ٢٠,٤ للعنف الجسدي، ونسبة
١٣,٧ للعنف الجنسي. وأوضحت
تقديرات المخاطر أنّ الأطفال ذوي
الإعاقات يعانون من خطر مواجهة
العنف بدرجة أكبر بكثير مقارنة مع
أقرانهم من الأطفال من دون الإعاقات:
احتمالية تعرّض الأطفال ذوي الإعاقات
لأشكال العنف المختلطة أكبر بمقدار
(٣,٧) مرّة من احتمالية تعرّض
الأطفال من دون الإعاقات، واحتمالية
التعرض للعنف الجسدي أكبر بمقدار
(٣,٦) مرة، واحتمالية التعرّض للعنف
الجنسي أكبر بمقدار (٢,٩) مرّة. وقد
بدا أنّ نوع الإعاقة يُؤثّر على انتشار
العنف وخطره، على الرغم من أنّ
الدليل على هذه النقطة لم يكن قاطعاً.
وعلى سبيل المثال، فإنّ احتمالية أن
يسقط الأطفال ذوو الإعاقات العقلية
أو الفكرية ضحايا للعنف الجنسي أكبر
بمقدار (٤,٦) مرة مقارنة مع أقرانهم
من الأطفال من دون الإعاقات.

وقد أوضحت المراجعة أنّ العنف
مُشكلة رئيسية بالنسبة إلى الأطفال
ذوي الإعاقات. كذلك فقد أبرزت هذه
المراجعة غياب الدراسات عالية الجودة
حول موضوع العنف من البلدان ذات
الدخل المنخفض والمتوسط، التي يكون
لديها عموماً معدلات إعاقة أعلى بين
السكان، ومستويات أعلى من العنف
وخدمات دعم أقلّ لأولئك الذين
يتعايشون مع الإعاقات. ولا بُدّ لهذه
الفجوة في البحث من أن تُسدّ على وجه
السّعة.

لقد جرى طرح عددٍ من التفسيرات
لتعليل الأسباب التي تجعل الأطفال ذوي

الأطفال ذوو الإعاقات مُعرّضون لخطر العنف الجسدي أو العنف الجنسي بدرجة أكبر من أقرانهم من دون الإعاقات.

الطفولة، بما في ذلك العنف، ترتبط بسلسلة كبيرة من النتائج الصحية والاجتماعية السلبية على حياتهم المستقبلية. وتعني المطالب الإضافية للأطفال ذوي الإعاقات، الذين يجب عليهم التعامل مع إعاقاتهم وتخطي الحواجز الاجتماعية التي تزيد من خطر تحقيق نواتج أسوأ في حياتهم المستقبلية، أن التمتع بمرحلة طفولة سليمة صحياً وأمنة أمر مهم بصورة خاصة.

يحتاج الأطفال الذين يتم إيداعهم بعيداً عن منازلهم إلى المزيد من الرعاية والحماية. وينبغي معالجة مسألة الثقافات المؤسسية، والأنظمة والهيكلية التي تفاقم خطورة التعرض للعنف والإساءة، باعتبارها ضرورة ملحة. وسواءً أكان الأطفال ذوو الإعاقات يعيشون في مؤسسات أو مع أسرهم أو مع مانحي الرعاية لهم، فإنهم جميعهم يجب أن ينظر إليهم على اعتبار أنهم فئة شديدة التعرض للخطر، ومن المهم جداً التعرف على العنف داخل هذه الفئة. وربما يستفيد أفرادها من التدخلات، مثل الزيارات المنزلية وبرامج الرعاية الوالدية، والتي أوضحت عملياً مدى فعاليتها في منع حدوث العنف وتخفيف عواقبه على الأطفال من دون الإعاقات. ويجب تقييم فعالية هذه التدخلات للأطفال ذوي الإعاقات باعتبارها مسألة تحظى بالأولوية.

الإعاقات أكثر عرضة لخطر العنف مقارنةً مع الأطفال من دون الإعاقات. فالاضطرار إلى رعاية طفل ذي إعاقة يمكن أن يضيف مزيداً من الإجهاد على كاهل الآباء والأمهات أو الأسر المعيشية، ويزيد من خطر التعرض للإساءة. ولا تزال أعداد كبيرة من الأطفال ذوي الإعاقات تُودع في مؤسسات الرعاية الإيوائية، ويُعتبر هذا الإيداع عاملاً رئيسياً من عوامل خطر تعرض هؤلاء الأطفال للإساءة الجنسية والجسدية. وربما يكون الأطفال ذوو الإعاقات التي تُؤثر في القدرة على الاتصال والتواصل عرضة للإساءة على وجه الخصوص؛ وذلك لأن الحواجز التي يخلقها عدم التواصل قد تعيق قدرتهم على الإفصاح عن تجارب الإساءة التي تعرضوا لها.

تهدف اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة إلى حماية حقوق الأفراد ذوي الإعاقات وضمان مشاركتهم في المجتمع مشاركة تامة ومتساوية مع الآخرين. وتشتمل هذه المشاركة، في حالة الأطفال ذوي الإعاقات، على ضمان تحقيق مسيرة آمنة ومستقرة، من مرحلة الطفولة وحتى بلوغ مرحلة سن الرشد. وكما هو الحال بالنسبة إلى جميع الأطفال، فإن التمتع بطفولة سليمة آمنة يُوفّر الفرصة الأفضل لبلوغ مرحلة من سن الرشد سليمة صحياً ومتكيفة جيداً. ومن المتعارف عليه أن التجارب السلبية في مرحلة

التمييز والإساءة في المؤسسات

بقلم إريك روزنثال ولورين أهيرن



«إريك روزنثال»، (دكتور في القانون)، هو مؤسس المنظمة الدولية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقات (DRI)، والمدير التنفيذي لها. وتشغل «لورين أهيرن» منصب رئيس هذه المنظمة. وقد لفتت هذه المنظمة الدولية انتباه العالم إلى حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، من خلال مجموعة من التحقيقات التي أجرتها في أكثر من ٢٠ بلداً، بشأن دور رعاية الأيتام وغيرها من المؤسسات.

يُفصل ملايين الأطفال ذوي الإعاقات، في جميع أنحاء العالم، عن أسرهم ويُدعون في دور رعاية الأيتام، والمدارس الداخلية، ومرافق الأمراض النفسية ودور الرعاية الاجتماعية. ويواجه الأطفال الناجون من المؤسسات إمكانية الفصل مدى الحياة عن المجتمعات في مرافق مخصصة لكبار الراشدين. ووفقاً لاتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، فإن فصل الأطفال على أساس إعاقاتهم يُعد انتهاكاً لحقوق كل طفل منهم. وتُلزم المادة ١٩ من الاتفاقية الحكومات بسن القوانين ووضع السياسات الاجتماعية وبتأسيس خدمات الدعم المجتمعي المطلوبة من أجل الحيلولة دون حدوث عزل هؤلاء

الأطفال أو فصلهم عن المجتمع. تُوثق المنظمة الدولية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقات (DRI)، على مدى ٢٠ عاماً، حالات الأطفال ذوي الإعاقات في المؤسسات في ٢٦ بلداً من جميع أنحاء العالم. إن استنتاجاتنا من عمليات التوثيق هذه مُتسقة بصورة تثير الدهشة. فقد أجرينا مقابلات مع أمهات وآباء مُتلهّفين على أطفالهم ويتمنون الاحتفاظ بأطفالهم في منازلهم، لكنهم يحصلون على دعم من الحكومات لا يكفيهم لإبقاء أطفالهم لديهم، وهم لا يستطيعون البقاء في منازلهم لرعاية أطفالهم ذوي الإعاقات. وغالباً ما يطلب الأطباء من الآباء والأمهات أن يودعوا بناتهم أو أبناءهم في دور الأيتام، قبل أن يتعلّق هؤلاء الآباء والأمهات ويتشبّثوا بهم.

إن تنشئة الأطفال في بيئات مُكثّبة أمرٌ محفوف بالمخاطر أساساً. حيث يواجه الأطفال، حتى في المؤسسات النظيفة، والمُدارة جيداً والمرفودة بكوادر جيدة، مخاطر أعظم تُهدّد حياتهم وصحتهم مقارنةً مع الأطفال الذي ينمون ويكبرون في كنف أسرهم. فمن المحتمل أن يكتسب الأطفال، الذين ينمون ويكبرون في المؤسسات، إعاقات نمائية، كذلك من المحتمل أن يواجه الأطفال الأصغر سنّاً بينهم أضراراً نفسية لا يمكن تقويمها.

غالباً ما نلاحظ، حتى في المؤسسات المجهّزة بكميات كافية من الغذاء أطفالاً هزيلين لأنهم، بكل بساطة، امتنعوا عن تناول الطعام؛ وهذه حالة تُسمّى «الإخفاق في النّمّ والتّرعّع». فربما يتصوّر جوعاً الرضع والأطفال ذوو الإعاقات كلاهما، أو أن يفترقوا

إلى المغذيات الدقيقة الكافية؛ وذلك لأنّ الكوادر العاملة إما أنّها لا تُريد إطعامهم وإما أنّها لا تمتلك الوقت الكافي للقيام بذلك. وتقوم تلك الكوادر، في بعض الأحيان، بإسناد زجاجة الحليب على صدر الطفل طريح الفراش، مما يُتيح المجال للطفل أن يجذب الزجاجة ويشرب الحليب من الناحية النظرية، إلا أنّ الطفل، من الناحية العملية، ربما لا يكون قادراً على التقاط الزجاجة وتناول الحليب.

ويُترك العديد من الأطفال إلى أن تخور قواهم. فقد توصّل مُحقق يعمل لدى المنظمة الدولية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقات (DRI) إلى الحقيقة المروعة التالية: في عام ٢٠٠٧، كان هناك طفل يبدو أنّ عمره ٧ أو ٨ سنوات، لكنه وفقاً لما قالته إحدى الممرضات يبلغ من العمر ٢١ سنة، ولم يُخرَج أبداً من مهده طوال ١١ سنة.

يؤدي عدم التحرك إلى تفاقم الإعاقات الجسدية، كذلك فقد يُطوّر الأطفال مُضاعفات طبية تُهدّد حياتهم. وقد تضرر أيادي وأرجل بعض الأطفال مما يستلزم بترها.

ومن دون توافر الاهتمام العاطفي والدعم للأطفال، فإن الكثير منهم يغدو ممارساً لإيذاء النفس، إما بأرجحة أنفسهم إلى الأمام والخلف، أو بضرب رؤوسهم بالجدران، أو بعض أنفسهم أو بإقحام أصابعهم في أعينهم. وتفتقر معظم المرافق إلى الكوادر المُدرّبة التي تستطيع مساعدة الأطفال في إيقاف هذا السلوك المؤذي. وعوضاً عن ذلك، يُقيد الأطفال أحياناً بصورة دائمة بالأسرة أو يُحبسون في أقفاص، سواءً

حماية الأطفال وتوفير فرص الحياة لهم داخل المجتمع تكون أصعب كثيراً عندما تكون روابطهم مع أسرهم قد انقطعت فعلياً.

فإنّ هذا الدّعم يمكن أن يُوفّر «ختم الموافقة» الظاهر للعيان على وجود هذه المؤسسات. وقد تبين للمنظمة الدولية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقات (DRI) وجود دعم ثنائي ومُتعدّد الأطراف لتلك المؤسسات، عن طريق المنحآت الرّسميّة أو المنحآت الطّوعية التي تُقدّمها الكوادر العاملة، لوسائل الراحة والمُتعة، كالملاعب في دور رعاية الأيتام التي يموت الأطفال فيها وهم في حاجة إلى الحصول على الرعاية الطّبية، والتي يجري فيها تقييدهم بالأسرّة. قد يكون هؤلاء المنحون من أصحاب النوايا الحسنة، إلّا أنّ هذا الدّعم قد يسير على نحو مُضاد للقصد من أجله جاءت اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة وغيرها من الصكوك المعنية بالحقوق التي تحمي الأشخاص من الفصل عن مجتمعهم.

لا يجب أخذ أيّ طفل من الأطفال على الإطلاق من أسرته استناداً إلى ما يعانيه من الإعاقة. وتناشد المنظّمة الدولية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقات كلّ حكومة من الحكومات وكلّ وكالة من الوكالات الدوليّة المانحة أن تلتزم بمنع حدوث أيّ عملية إيداع جديدة في دور رعاية الأيتام. فحماية الأطفال وتوفير فرص الحياة داخل المجتمع تكون أصعب كثيراً عندما تكون روابطهم مع أسرهم قد انقطعت فعلياً. إنّ احتجاز الأطفال في المؤسسات هو انتهاك أساسي لحقوق الإنسان. ويمكننا أن نضع حدّاً لهذه الانتهاكات، على المستوى العالمي، من خلال اتخاذ قرار يقضي بتأجيل عمليات إيداع الأطفال الجديدة.

الكهربائية لاستمرارها بالأنين. ولكن في الواقع وجد أنّ سنّها مكسورة.

لقد اختفى الأطفال ويختفون داخل المؤسسات من دون إشراف وحماية لحقوق الأطفال. فالبرامج المعنية بمراقبة حقوق الإنسان والإعمال الجبري لها بقصد حماية الأطفال من العنف، والاستغلال والإساءة، كما تقتضي المادة ١٦ من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، لا تتوافر في معظم المؤسسات التي زرناها. ولا تحتفظ السّلطات، في بعض الحالات، بسجلات تحتوي على أسماء وأرقام الأطفال المُحتجزين في هذه الأماكن.

الإحصاءات الرسمية لا توثق وغالباً ما تُقلّل من شأن الاعتماد على منظومات الخدمات المنفصلة. ففي كثير من الأحيان، تقتصر الأرقام عادةً على دور رعاية الأيتام، ولا تشمل على الأطفال المُحتجزين في أنواع أخرى من المؤسسات كالمدراس الداخليّة، ومرافق الرعاية الصحيّة أو النفسيّة، أو منظومات العدالة الجنائيّة أو ملاجئ المُشرّدين. ولا تُحصى، في أغلب الأحيان، المؤسسات الخاصّة أو الدينيّة، التي قد تكون أكبر حجماً من دور رعاية الأيتام الحكوميّة.

تُزخرفُ مداخل بعض دور رعاية الأيتام وغيرها من المؤسسات بشعارات الحكومات، أو الشّركات المانحة أو الكنائس أو الجمعيات الخيرية الخاصّة. وحتّى عندما تُشكّل المساعدات الماليّة، من الجهات المانحة الدوليّة أو وكالات المساعدة الفنيّة، نسبةً صغيرة من الموازنة التشغيلية لإحدى المؤسسات،

أكان ذلك بهدف منعهم من إيذاء أنفسهم أم لمساعدة الكوادر، التي يغمرها حجم العمل، في التعامل مع مطالب العديد من الأطفال الذين تضطلع تلك الكوادر برعايتهم. وقد قالت لجنة الأمم المتّحدة المناهضة للتّعذيب والمُقرّر الخاص للأمم المتّحدة المعني بالتّعذيب بأنّ الاستعمال المُطول للقيود ربما يُشكّل نوعاً من التّعذيب.

أمّا بالنسبة إلى الأطفال الذين سبق لهم أن أُودعوا في مؤسسات، فإنّ إصابتهم بالمرض قد تكون بمثابة حكم الإعدام عليهم. لقد قالت الكوادر العاملة في المؤسسات بأنّ الأطفال ذوي الإعاقات يُحرمون، بصورة معتادة، من المُعالجة الطّبية. كذلك أُخبرت الكوادر، وهم مخطئون في ذلك، بأنّ الأطفال ذوي الإعاقات النمائيّة يفترقون إلى القدرة على الشعور بالألم. ولذلك، فإنّ الإجراءات الطّبية تُجرى دون تخدير في بعض الحالات. وفي إحدى المؤسسات، كانت أسنان الأطفال تُخلع بالكماشات. كذلك فقد تلقى الأطفال، في أماكن أخرى، معالجةً بالتخلّيج الكهربائي دون تخدير أو عقاقير لاسترخاء العضلات.

وقد أعطي الأطفال صدمات كهربائية، أو قيّدوا جسدياً لفترات زمنية طويلة، وعزّلوا بقصد إيلاهم استناداً إلى نظرية تقول بأنّ أسلوب «العلاج بالتفسير والكرهية» يقضي على السلوك الذي يعتبر غير ملائم. في الولايات المتّحدة الأمريكيّة تحدث معلم عن إحدى الفتيات، وهي فتاة ضريرة وصمّاء وغير قادرة على الكلام، التي تم معالجتها بالصدمة



يمر فادي، وعمره ١٢ عاماً، بمحاذاة منازل دمرتها الغارات الجوية الإسرائيلية في مدينة رفح، في دولة فلسطين، حيث خلف العنف المستمر أثراً نفسياً جوهرياً وبخاصة على الأطفال.
© يونيسف / المقر الرئيسي ٢٠١٢ - ١٥٨٣ / البابا

الاستجابة الإنسانية

تشير الأزمات الإنسانية، كتلك التي تنبثق عن الحروب والكوارث الطبيعية، مخاطر خاصة على الأطفال ذوي الإعاقات. فالحاجة إلى استجابة إنسانية شاملة ضرورة ملحة وقابلة للتنفيذ.

أو على مانحي الرعاية لهم. وقد يكون الأطفال ذوو الإعاقات مستضعفين إلى حدٍ مفرط، ومعرضين للعنف الجسدي أو للإساءة الجنسية، أو العاطفية أو اللفظية عند فقدان أحد مانحي الرعاية لهم. كذلك ربما تجعل معتقدات المجتمع والأسرة الأطفال ذوي الإعاقات محجوبين عن الأنظار. فعلى سبيل المثال، قد يُخفى عن الأنظار الطفل الذي يعاني من اعتلال عقلي داخل منزله بسبب وصمة العار التي تُحيط بحالته.

وبالإضافة إلى ذلك، ربما يُستبعد الأطفال ذوو الإعاقات من فرص الحصول على خدمات الدعم وبرامج المساعدة الحكومية العامة، كالخدمات الصحية أو توزيع الغذاء مثلاً؛ وذلك بسبب الحواجز المادية التي تفرضها المباني غير المتاحة لهم، أو بسبب التوجهات والمواقف السلبية منهم.

أو قد يُغفلون أثناء إجراء عملية تأسيس الخدمات الموجهة. فقد لا يستطيع الناجون من الألغام، على سبيل المثال، الوصول إلى خدمات إعادة التأهيل الجسدية، إما بسبب بعد المسافة، وإما بسبب ارتفاع كلفة المواصلات، وإما بسبب معايير القبول في برامج العلاج. وعلاوة على ذلك، فقد لا يُؤخذ الأطفال ذوو الإعاقات بعين الاعتبار في أنظمة الإنذار المبكر، التي لا تأخذ في الحسبان متطلبات التواصل والحركة والتنقل لأولئك الأطفال.

يستمدُّ العمل الإنساني الشمولي للإعاقات معلوماته، ويستند إلى ما يلي:

- النهج الحقوقي، استناداً إلى اتفاقية حقوق الطفل واتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة. وتطالب المادة ١١ من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة القائمين

تؤثر النزاعات المسلحة والحروب على الأطفال بصورة مباشرة وغير مباشرة: فالأثر المباشر يكون على شكل إصابات جسدية جراء الهجمات، ونيران قذائف المدفعية، وانفجار الألغام الأرضية، أو على شكل حالات نفسية ناجمة عن هذه الإصابات، أو عن مشاهدة أحداث صادمة. أمّا الأثر غير المباشر، فيكون من خلال انهيار الخدمات الصحية مثلاً، مما يترك بعض الأمراض من دون معالجة، ويؤدي إلى انعدام الأمن الغذائي، الأمر الذي يؤدي بالتالي إلى سوء التغذية.^{١١١} كذلك يُفصل الأطفال عن أسرهم، وعن منازلهم أو مدارسهم، لسنوات عديدة في بعض الأحيان.

إنّ طبيعة النزاعات المسلحة، وهي سبب رئيس من أسباب الإعاقات في أوساط الأطفال، أخذت في التغير. فالقتال يتخذ، بصورة مطردة، شكل الحروب الأهلية المتكررة، كما يتخذ شكل العنف المتشطي، الذي يتصف باستخدام القوة والأسلحة بطريقة عشوائية. وفي الوقت نفسه، يتوقع أن تُلحق الكوارث الطبيعية الضرر بأعداد متزايدة من الأطفال والكبار الراشدين في السنوات المقبلة، وخصوصاً في المناطق المحفوفة بالمخاطر كالمناطق الساحلية المنخفضة (عن سطح البحر) مثلاً، وخاصة عندما تزداد الكوارث ذات الصلة بالتغير المناخي تكراراً وشدةً.^{١١٢}

يواجه الأطفال ذوو الإعاقات تحديات خاصة في الحالات الطارئة. فربما لا يكون باستطاعتهم الهرب خلال الأزمة بسبب عدم إتاحة مسارات الإخلاء لهم، فعلى سبيل المثال، قد لا يستطيع طفلٌ جالس في كرسي متحرك الهرب من أمواج تسونامي أو من تبادل إطلاق النار، أو قد تكون أسرة الطفل قد تخلت عنه.

ويمكن أن يكون هؤلاء الأطفال معتمدين على الأجهزة المساعدة

وتنظيم الخدمات الصحيّة والخدمات الأخرى، بما في ذلك نُظُم التّواصل والمعلومات، متاحةً للأطفال ذوي الإعاقات.

• التّشجيع على العيش المُستقل، وذلك حتى يستطيع الأطفال ذوو الإعاقات العيش بصورة مُستقلّة، ما أمكن، والمُشاركة في جميع نواحي الحياة، بصورة كاملة وقدر المُستطاع.

• إدماج مسألة الوعي بالعمر، ونوع الجنس الاجتماعي والتّنوع، بما في ذلك إيلاء التّمييز الثنائي أو الثلاثي الذي تواجهه النّساء والفتيات ذوات الإعاقات اهتماماً خاصاً به.

تضمن الاستجابة الإنسانيّة الشاملة للإعاقات بقاء الأطفال والكبار الراشدين ذوي الإعاقات على قيد الحياة، جنباً إلى جنب مع أسرهم، كما تضمن عيشهم بكرامة، حتّى وهي؛ أي هذه الاستجابة، تعود بالنّفع على السّكان ككل. ويدعو هذا التّهج إلى وضع برامج كُليّة وشمولية، بدلاً عن مجرد إقامة مشاريع ووضع سياسات معزولة تستهدف الإعاقات.

بالواجبات باتّخاذ جميع التّدابير اللازمة من أجل ضمان حماية الأشخاص ذوي الإعاقات وسلامتهم في حالات النّزاع، وفي الأوضاع الطّارئة والكوارث، الأمر الذي يبرز أهمية هذه القضية.

• نهج شمولي يُقر بأنّ الأطفال ذوي الإعاقات، بالإضافة إلى حاجاتهم الخاصّة تحديداً بالإعاقة، لديهم نفس الحاجات التي للأطفال الآخرين من دون الإعاقات؛ فالإعاقة ليست سوى جانب واحد فقط من جوانب أوضاعهم: فهم أطفالٌ تصادف أنّهم يعانون من إعاقات. ويُعالج هذا التّهج الشمولي الحواجز الاجتماعيّة، والمواقفيّة، والمعلوماتيّة والفيزيائيّة الماديّة التي تُعيق المشاركة وصنع القرار من جانب الأطفال في البرامج المُنتظمة.

• ضمان إتاحة البنية التّحتيّة والمعلومات وضمن التصميم العام لهما. وهذا يشتمل على جعل البيئّة الفيزيائيّة الماديّة، وجميع المرافق، والمراكز الصحيّة، والملاجئ والمدارس



«فيجاي»، ١٢ عاماً، نجى من انفجار لغم أرضي أصبح يسعى لنشر الوعي بمخاطر الألغام في سري لانكا. © يونيسف / سري لانكا / ٢٠١٢ / تولادار



مُخلفات الحرب من المتفجرات معروضة في إحدى المدارس الواقعة في إجدابيا، ليبيا. جمع الأطفال هذه الأشياء من مختلف أنحاء المدينة وما حولها. © يونيسف / المقر الرئيسي ٢٠١١ - ١٤٣٥ / ديفدنتي

• تعزيز مشاركة الأطفال ذوي الإعاقات عن طريق استشارتهم وخلق الفرص لهم لإسماع أصواتهم.

على أطراف النزاع الالتزام بحماية الأطفال من الأضرار الناجمة عن العنف المسلح، وتوفير الإمكانية لهم للحصول على الرعاية الصحية والنفسية الاجتماعية الملائمة لدعم تعافيتهم وإعادة إدماجهم. وقد أوصت لجنة حقوق الطفل أن تقوم الدول الأطراف في اتفاقية حقوق الطفل بإضافة إشارة مرجعية واضحة بشأن الأطفال ذوي الإعاقة كجزء من التزامهم الشامل الذي يقضي بعدم تجنيد الأطفال في القوات المسلحة.^{١١٣} ويجب على الحكومات أيضاً الاهتمام بتناول مسألة تعافي الأطفال الذين يصابون بإعاقات جراء النزاع المسلح وإعادة إدماجهم اجتماعياً. وتستعرض المقالة التالية بعنوان «تحت دائرة الضوء» هذه المسألة بمزيد من التفصيل.

تشتمل مجالات التدخل بالنسبة إلى العمل الإنساني الذي يشمل الإعاقات على ما يلي:

- تحسين نوعية البيانات وعملية التقييم من أجل امتلاك قاعدة من الأدلة والبراهين على حاجات الأطفال ذوي الإعاقات وأولوياتهم المميّزة لهم.
- إتاحة الخدمات الإنسانية الحكومية العامة للأطفال ذوي الإعاقات وإشراكهم في عملية التخطيط والتصميم.
- تصميم خدمات خاصة للأطفال ذوي الإعاقات وضمان سير عملية التعافي وإعادة الإدماج في البيئات التي تعزز الرفاه، والصحة، وتقدير الذات والكرامة.
- وضع التدابير موضع التنفيذ بهدف منع وقوع الإصابات والإساءة، وبهدف تعزيز الإتاحة.
- عقد الشراكات مع المجتمع، والجهات الإقليمية والوطنية الفاعلة، بما في ذلك المنظمات المعنية بالأشخاص ذوي الإعاقات، وذلك من أجل الوقوف في وجه الاتجاهات والتصورات التمييزية وتعزيز المساواة.

المخاطر، القدرة على الصمود، والعمل الإنساني الشمولي

بقلم ماريا كيت

مساعدة مدير، قسم الوبائيات والصحة العامة، منظمة ليونارد تشيشاير للإعاقة، مركز التنمية الشاملة، الكلية الجامعية - لندن

تُلزم المادة ١١ من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة الدول الأطراف «بضمان حماية وسلامة الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يوجدون في حالات تتسم بالخطورة، بما في ذلك حالات النزاع المسلح، والطوارئ الإنسانية والكوارث الطبيعية.»

يكون الأطفال، في أي حالة طارئة، سواءً أكانت نزاعاً مسلحاً أم كارثة طبيعية أم كارثة من صنع الإنسان، من بين الأشخاص الأكثر عرضة لفقدان الغذاء، والمأوى والرعاية الصحية، والتعليم وخدمات الدعم النفسي الاجتماعي المناسبة لأعمارهم. ويمكن أن يكون خطر فقدان الخدمات الأساسية هذا أكثر شدةً بالنسبة إلى الأطفال ذوي الإعاقات: فحتى في الحالات التي تتوافر فيها الإمدادات الأساسية والخدمات الإغاثية، ربما تكون تلك الإمدادات والخدمات غير شمولية أو غير متاحة.

إن معرفة عدد الأطفال ذوي الإعاقات، الذين يعيشون في منطقة متضررة من حالة طارئة، مسألة تنطوي على تحديات شديدة الصعوبة. ويرجع ذلك إلى احتمالية عدم وجود أرقام دقيقة حتى قبل حدوث الحالة الطارئة. وربما يخفي الآباء والأمهات أو المجتمعات

هؤلاء الأطفال بسبب وصمة العار الذي سوف يلحق بهم، على سبيل المثال. فالإقصاء الناتج هو مبعث قلق على وجه الخصوص؛ وذلك لأن أنظمة الإبلاغ كلها، وحتى الأنظمة الأكثر بدائيةً من بينها، تستطيع شرح الغموض في الأوضاع الإنسانية، إذ تتعدّر فرص الوصول إلى نقاط أو مراكز التسجيل والإبلاغ.

وفي الوقت نفسه قد يتعرض الأطفال للأصابات المسببة للإعاقة نتيجة لحالات الطوارئ المزمنة أو المفاجئة. فعند وقوع زلزال ما، أو عندما تنهار المباني، قد يصبح الأطفال معاقين بسبب الأشياء المتساقطة منها. وقد يتلقون إصابات ساحقة ويعانون من صدمة نفسية خلال وقوع الفيضانات أو الانزلاقات الأرضية. وتزيد النزاعات احتمالية إصابة الأطفال بالإعاقة نتيجة للقتال، وذلك بسبب الألغام الأرضية، أو من خلال التعرّض لمخلفات الحرب من المتفجرات. ولأن الأطفال أصغر حجماً، ولأنهم في مراحل مبكرة من مراحل نمائهم، فإنهم غالباً ما يصابون بإصابات خطيرة تسبب الإعاقة لهم حقاً بدرجة تفوق ما يصاب بها الكبار الراشدون، وتتطلب هذه الإصابات علاجاً طبيعياً متواصلًا، وأطرفاً صناعيةً ودعماً نفسياً.

نادرًا ما يتم الإقرار بالتحديات التي تواجه الأطفال ذوي الإعاقات وأسرههم عند تقييم أثر الحالات الطارئة. وتشتمل هذه التحديات على حواجز بيئية جديدة كالمحدرات المنهارة، والأجهزة المساعدة

المتضررة أو المفقودة، وفقدان الخدمات القائمة مسبقاً (مترجمي لغة الإشارة أو خدمة المرصّات الزائرات) أو نظم الدعم (مدفوعات الأمن الاجتماعي أو برامج الحماية الاجتماعية).

ثمّة مخاطر أخرى. فقد لا يتبقّى، إذا ما توفّي أفراد الأسرة، أحد يعرف كيف يرضع الطفل المصاب بإعاقة جسدية أو كيف يتواصل مع طفل يعاني من اعتلال في الحواس. ومن الممكن، إذا أُجبرت الأسرة على الرحيل، أن تترك خلفها الأطفال غير القادرين على السير أو الأطفال ضعاف الصحة، وبخاصة إذا ما كانت تواجه رحلة طويلة سيراً على الأقدام. وقد تترك الأسر أيضاً الأطفال ذوي الإعاقات خلفها خوفاً من أن يتم رفض طلب حصولها على اللجوء في بلد آخر إذا ما كان أحد أفراد الأسرة يعاني من إعاقة. ويمارس العديد من البلدان مثل هذا التمييز. فقد تغلق بعض المؤسسات والمدارس الداخلية أبوابها، أو يقوم الموظفون العاملون فيها بهجرها، تاركين وراءهم عدداً قليلاً من الموظفين، أو أنهم قد لا يتركوا أحداً منهم، لمساعدة الأطفال الواقعين تحت مسؤوليتهم.

ويمكن أيضاً إشراك الأطفال ذوي الإعاقات في النزاع، وخصوصاً أولئك الذين يعانون من صعوبات في التعلّم. وقد يُجبر الأطفال على الانخراط في الخدمة كمقاتلين، أو طهاة، أو عمالين، ذلك لأنهم يُعتبرون أقل قيمة، أو أقل احتمالاً في إبداء المقاومة مقارنةً مع الأطفال من دون الإعاقات.

يُنْتَج عنه فرصٌ للأطفال ذوي الإعاقات؛ وذلك لأنه يُقدِّم لجميع الأطراف المعنية فرصةً للعمل معاً.

يجري إدراج الإعاقات في المبادئ التوجيهية كتلك الخاصة بالميثاق الإنساني والمعايير الدنيا للاستجابة الإنسانية بمشروع «سفير Sphere»، التي أطرتها مجموعة من المنظمات العالمية بهدف تحسين نوعية الاستجابة الإنسانية والمساءلة. إن توافر المبادئ التوجيهية للأوضاع الطارئة بشأن كيفية شمول الأشخاص ذوي الإعاقات، والأطفال منهم على وجه الخصوص، أخذ في الازدياد. وينبغي توحيد هذه المكاسب وتوسيع نطاقها لتشمل على مجالات أخرى كتنذية الطفل وحمايته مثلاً.

وهناك أيضاً حاجة إلى اعتماد نهجٍ مُوحَّد لجمع البيانات. حيث يجب التّشديد على ضرورة التعاون مع المنظمات المحلية والدولية المعنية بالأشخاص ذوي الإعاقات، كذلك يجب بناء قدرات هذه المجموعات، حيثما تقتضي الضرورة، من أجل معالجة القضايا ذات الصلة بالأطفال ذوي الإعاقات على وجه التّحديد، كما يجب تدقيق المدى الذي يُشمل فيه الأطفال ذوي الإعاقات في الاستجابة الإنسانية بهدف مراقبة النتائج وتحسينها.

سوف يكون وجودُ المعايير الواضحة وقوائم التحقق من الشمول، التي يُمكن تنفيذها في شتى الحالات الطارئة، أمراً ضرورياً، ولكن يجب وضع هذه القوائم موضع التنفيذ، كما يجب أن تكون مصحوبةً بتخصيص الموارد اللازمة لها.

وسياقات مُحدّدة: فالأولاد والبنات لديهم تجارب مُختلفة مع النزاعات، كما هو الحال بالنسبة إلى صغار الأطفال واليافعين. وبالمثل، فإنّ الحالات الطارئة تؤثر في المناطق الحضرية والريفية بشكل مُختلف.

وكنقطة بداية، يجب إعطاء الأطفال ذوي الإعاقات الفرصة ليشاركوا في عملية التخطيط للتقليل من مخاطر الكوارث، وفي استراتيجيات بناء السلام، وفي تنفيذها كلها، بالإضافة إلى المشاركة في عمليات التعافي وفي تنفيذها. وقد أدّى الجهل والافتراضات الخاطئة المُتمثلة في أنّ الأطفال ذوي الإعاقات غير قادرين على المساهمة إلى منعهم من القيام بذلك في غالب الأحيان، ولكنّ هذا الواقع بدأ بالتغيير. ففي بنغلاديش، على سبيل المثال، تعلّمت مؤسسة «بلان إنترناشيونال Plan International» تحدي هذه التّصورات الخاطئة من خلال عقد شراكات مع المنظمات المعنية بالإعاقات، وعن طريق العمل بصورة مباشرة مع المجتمعات، تعلّمت كيف تقوم بمهمة تقليل مخاطر الكوارث المُتمحورة حول الطفل.

وعلى نحو مُماثل، يتزايد مستوى إعالة الأطفال ذوي الإعاقات عند الاستجابة للكوارث. فقد أنشأت المنظمة الدولية للإعاقات «هانديكاب إنترناشيونال (HI)» ومؤسسة إنقاذ الطفل، في باكستان، فضاءات شمولية صديقة للطفل، وطوّرت توجيهات على نطاق واسع للقطاع حول شمول الأشخاص ذوي الإعاقات، وخصوصاً في مشاريع الحماية. أمّا في هايتي، فقد مارست المنظمة الدينية (CBM) التّمنوية الضغط على الحكومة لزيادة مستوى شمول الأشخاص ذوي الإعاقات في عملية توزيع الغذاء وغيرها من الجهود. وفي أغلب الأحيان، تتخذ الأمم المتحدة من الأوضاع الطارئة فرصةً «لإعادة البناء بطريقة أفضل»، وهو نهج يُمكن أن

ومن الناحية النظرية، فإنّ برامج نزع السلاح والتّسريح وإعادة الإدماج تشتمل على جميع الأطفال المحاربين سابقاً، إلا أنّ الموارد والبرامج التي تُعنى بالأطفال ذوي الإعاقات غالباً ما تكون غير موجودة. وبناءً على ذلك، يبقى هؤلاء الأطفال مُهمّشين ومقصين، فيتركون فقراء، وعرضةً للخطر، ومضطربين للتّسول في كثير من الأحيان. كما هو الحال في قضية ليبيريا وسيراليون.

يزداد خطر وقوع العنف، بما في ذلك العنف الجنسي، عندما تتهاور هيكلية حماية الأسرة والهيكلية الاجتماعية أثناء النزاعات والكوارث. وفي حين أنّ الفتيات ذوات الإعاقات مُعرضات للخطر، بصورة خاصة، لمثل هذه الأوضاع، فإنّ الأولاد ذوي الإعاقات مُعرضون للخطر أيضاً وتقلّ حتى احتمالية مساعدتهم في أعقاب تعرّضهم للعنف.

تُصاحب عملية التعافي وإعادة الإعمار تحديات خاصة بها بالنسبة إلى الأطفال ذوي الإعاقات. ولأنّ هذا هو واقع الحال بالنسبة إلى جميع الأطفال المتضررين من الأزمات، فإنّ أولئك الأطفال ذوي الإعاقات يحتاجون إلى سلسلة من الخدمات، بما في ذلك ودون أن تقتصر على الخدمات الموجهة. وتكتسب الحاجات الخاصة بالإعاقات أهميةً شديدة، إلا أنّها ليست إلا جزءاً واحداً فقط من الصورة الكلية. فخلال عمليات التعافي بعد وقوع كارثة المدّ البحري «تسونامي» في المحيط الهندي عام ٢٠٠٤، على سبيل المثال، أُعطيت فتاة ذات إعاقة خمسة كراسي مُتحرّكة، ولكن لم يسألها أحد إذا كانت في حاجة إلى الطّعام أو الملابس.

القدرة على الصمود والشمول

أظهر الأطفال مراراً وتكراراً قدرتهم على الصمود. ويمكن اتّخاذ تدابير بهدف دعم مشاركتهم وشمولهم. ويجب أن تكون هذه التدابير خاصةً بمجموعة

مخلفات الحرب من المتفجرات

بقلم فريق تحرير مساعدة الضحايا، التابع لمرصد الألغام الأرضية والذخيرة العنقودية

يوفر مرصد الألغام الأرضية والذخيرة العنقودية الأبحاث للحملة الدولية لحظر الألغام الأرضية وللائتلاف المعني بالذخيرة العنقودية. ويعمل المرصد بحكم الأمر الواقع كنظام رصد فعلي لمعاهدة حظر الألغام واتفاقية الذخائر العنقودية.

لمخلفات الحرب من المتفجرات والألغام الأرضية المضادة للأفراد أثرٌ مدمرٌ على الأطفال، وهي كذلك تمثل عاملاً مساهماً هاماً في إصابة الأطفال بالإعاقات. فمنذ توقيع معاهدة حظر الألغام عام ١٩٩٧، أزيلت تلك المتفجرات والألغام من مساحات شاسعة من الأراضي، وأعيدت تلك الأراضي للاستخدام بطريقة منتجة.

لقد كان للمعاهدة التي أبرمت عام ١٩٩٧، ولبروتوكول الثاني المعدل الصادر عام ١٩٩٦، ولبروتوكول الخامس الصادر عام ٢٠٠٢، الملحق بالاتفاقية المبرمة عام ١٩٨٠ والمعنية بحظر استخدام أسلحة تقليدية معينة، ولاتفاقية الذخائر العنقودية لعام ٢٠٠٨.. أثرٌ إيجابي، من حيث حماية أرواح الناس الذين يعيشون في المناطق الملوثة بمخلفات الحرب من المتفجرات والألغام الأرضية. إن الحركة العالمية الهادفة إلى حظر الألغام الأرضية والذخائر العنقودية ما هي إلا برهان على أهمية الإرادة السياسية القوية في أوساط الأطراف المعنية الرئيسية، في تعزيز عملية التغيير على مستوى العالم من المفهوم أن برمجة العمل المعني بالألغام، والذي يسعى إلى تناول الأثر الذي تخلفه الألغام الأرضية

ومخلفات الحرب من المتفجرات، يتألف من خمسة ركائز أساسية، ألا وهي: إزالة الألغام، وتوعية الناس بخطور مخلفات الحرب من المتفجرات / الألغام، ومساعدة الضحايا، وتدمير المخزون، والمناصرة وكسب التأييد. وعلى الرغم من تحقيق نجاح كبير في العديد من هذه الركائز، كما يدل على ذلك الانخفاض الكبير في عدد الوفيات والإصابات الخطيرة الناجمة عن مخلفات الحرب من المتفجرات والألغام الأرضية، إلا أن مساعدة الضحايا تستمر في البروز كأحدى مجالات الضعف الرئيسة. ويصح هذا الأمر، بشكل خاص، على حالة الأطفال المتأثرين من مخلفات الحرب من المتفجرات أو الألغام الأرضية.

وعلى النقيض من الركائز الأربعة الأخرى للعمل المعني بالألغام، فإن عملية مساعدة الضحايا تتطلب استجابة شاملة تشتمل على التدخلات الطبية والطبية المساعدة، وذلك بهدف ضمان إعادة التأهيل الجسدي، بالإضافة إلى التدخلات الاجتماعية والاقتصادية من أجل تعزيز عملية إعادة إدماج الضحايا وتعزيز سبل عيشهم.

يُخصّص الجزء الأكبر من التمويل والمساعدات في العمل المعني بالألغام والتمويل، في الوقت الحاضر، لنشاطات إزالة الألغام ومخلفات الحرب من المتفجرات. ففي عام ٢٠١٠، جرى تخصيص نسبة ٨٥ في المئة من التمويلات العالمية ذات الصلة بالعمل المعني وبالإزالة، بينما جرى تخصيص نسبة ٩ في المئة فقط للتدخلات المعنية بمساعدة الضحايا. وفي حين أن المعايير الدولية للعمل المعني بالألغام، وهي المعايير النافذة والمطبقة على

جميع عمليات الأمم المتحدة المعنية بالألغام، تُعالج ركائز برمجة العمل المعني بالألغام وهي: الإزالة، وتوعية الناس بخطور مخلفات الحرب من المتفجرات / الألغام، وتدمير المخزون، إلا أن هذه المعايير لا تُعالج قضية مساعدة الضحايا. وعلاوة على ذلك، فإن حقوق الإنسان الدولية والقانون الإنساني يكرّسان حق إعادة التأهيل الجسدي للملائم للعمر ولنوع الجنس الاجتماعي وإعادة إدماج الناجين من الألغام الأرضية ومخلفات الحرب من المتفجرات، اجتماعياً واقتصادياً. غير أن القليل من البرامج المعنية بمساعدة الناجين أخذت بعين الاعتبار حاجات الأطفال الخاصة، سواءً أكانوا ناجين مباشرين أم ضحايا، بالمعنى الأوسع.

أثر مخلفات الحرب من المتفجرات والألغام على الأطفال

تحقق انخفاض كبير في عدد الأشخاص الذين قُتلوا أو أصيبوا إثر انفجار الألغام الأرضية. ففي الفترة ما بين عامي ٢٠٠١ و ٢٠١٠، انخفض عدد الإصابات الخطيرة الجديدة، الناجمة عن الألغام الأرضية ومخلفات الحرب من المتفجرات من ٧,٩٨٧ إصابة إلى ٤,١٩١ إصابة، حسب المعلومات المتواردة من مرصد الألغام الأرضية والذخيرة العنقودية، باعتباره الذراع المراقبة لمعاهدة حظر الألغام واتفاقية الذخائر العنقودية، ويوضح الرسم البياني في الصفحة التالية الانخفاض الكبير في المجموع الكلي للوفيات والإصابات الخطيرة في صفوف المدنيين من الألغام الأرضية ومخلفات الحرب من المتفجرات في فترة الخمس سنوات ما بين عامي ٢٠٠٥ و ٢٠١٠.

منذ بدء عملية المراقبة في عام ١٩٩٩، كان وما يزال عدد الوفيات والإصابات الخطيرة من الأطفال لا يقل عن ١,٠٠٠ طفل سنوياً. ونظراً لعدم تسجيل العديد من حالات الوفيات والإصابات الخطيرة، فمن المحتمل أن يكون عددها الحقيقي أعلى بكثير.

الخطيرة التي لحقت بالأطفال، وكانت مجموعتهم هي المجموعة الأكبر من حيث الوفيات والإصابات الخطيرة في ١٠ بلدان مختلفة. إن احتمالية تعرّض الأولاد للألغام ومخلفات الحرب من المتفجرات في البلدان الملوثة أكثر من احتمالية تعرّض الفتيات لها؛ ويرجع ذلك إلى أن الأولاد أكثر انخراطاً في نشاطات الأعمال الخارجية كراعى المواشي، أو جمع الحطب أو الغذاء، أو جمع الخردة المعدنية. فالأطفال، بصورة عامة، أكثر ميلاً من الكبار الراشدين إلى العبث بأجهزة التفجير، من دون معرفتهم بها في أغلب الأحيان، وذلك بدافع الفضول أو لاعتقادهم خطأ بأنها ألعاب. فاحتمالية عبث الأولاد بأجهزة التفجير التي يعثرون عليها بالصدفة أكبر من احتمالية عبث الفتيات بها. إن هذه العوامل، بالإضافة

في أفغانستان. وفي العام نفسه، بلغت نسبة الوفيات والإصابات الخطيرة التي لحقت بالأطفال ٥٨ في المئة من المجموع الكلي للوفيات من المدنيين في جمهورية لاوس الديمقراطية الشعبية، كما بلغت نسبة ٥٠ في المئة في العراق، ونسبة ٤٨ في المئة في السودان.

إذا كان الأطفال يُشكلون حالياً غالبية الوفيات والإصابات التي تتسبب بها الألغام الأرضية ومخلفات الحرب من الذخائر العنقودية وغيرها من مخلفات الحرب من المتفجرات، فقد شكّل الأولاد أكبر مجموعة منفردة من الوفيات والإصابات الخطيرة، إذ بلغت نسبتهم ٥٠٪ تقريباً من المجموع الكلي للوفيات والإصابات الخطيرة التي لحقت بالمدنيين. وفي ٢٠٠٦، وهي السنة الأولى التي بدأ فيها مرصد الألغام

بتصنيف بيانات الوفيات حسب الفئة العمرية ونوع الجنس الاجتماعي، مثل الأولاد نسبة ٨٣ في المئة من الوفيات والإصابات الخطيرة التي لحقت بالأطفال، كذلك شكّل الأولاد أكبر مجموعة منفردة من الوفيات والإصابات الخطيرة التي لحقت بالمدنيين في ١٧ بلداً. وفي عام ٢٠٠٨، مثل الأولاد نسبة ٧٣ في المئة من الوفيات والإصابات

ومع ذلك، فقد ارتفعت النسبة المئوية للمجموع الكلي للوفيات والإصابات الخطيرة، مُمثلةً بحسب الوفيات والإصابات الخطيرة التي تلحق بالأطفال. ومنذ عام ٢٠٠٥، شكّل المجموع السنوي لعدد الوفيات والإصابات الخطيرة، التي لحقت بالأطفال، نسبة ٢٠ في المئة - ٣٠ في المئة من المجموع الكلي للوفيات والإصابات الخطيرة الناجمة عن الألغام الأرضية ومخلفات الحرب من الذخائر العنقودية وغيرها من مخلفات الحرب من المتفجرات. ومنذ بدء عملية المراقبة في عام ١٩٩٩، كان عدد الوفيات والإصابات الخطيرة التي تلحق بالأطفال ١,٠٠٠ طفل سنوياً. وتجاوز عدد تلك الوفيات والإصابات التي لحقت بالأطفال بسبب الألغام الأرضية ومخلفات الحرب من المتفجرات ١,٢٠٠ طفل في عام ٢٠١٠، كما شكّل عدد الأطفال نسبة ٥٥ في المئة من المجموع الكلي للوفيات والإصابات الخطيرة في صفوف المدنيين. ويُعتبر الأطفال أنهم هم مجموعة المدنيين الأكثر تعرّضاً للقتل جراء انفجار الألغام الأرضية ومخلفات الحرب من المتفجرات. ونظراً لعدم تسجيل العديد من الوفيات والإصابات الخطيرة في كثير من البلدان، لذلك فمن المحتمل أن يكون المجموع الكلي للوفيات والإصابات الخطيرة من الأطفال سنوياً أعلى بكثير. أمّا بالنسبة إلى بعض الدول الأكثر تأثراً من الألغام، فإن النسبة المئوية للوفيات والإصابات الخطيرة، التي يمثلها الأطفال، ما تزال أكبر: فقد شكّل الأطفال، في عام ٢٠١١، نسبة ٦١ في المئة من المجموع الكلي للوفيات والإصابات الخطيرة في صفوف المدنيين



مونيكا ولويس، كل منهما يبلغ من العمر ١٤ عاماً، من كولومبيا في هذه الصورة التي التقطت عام ٢٠٠٤. وهما يجلسان في محيط بركة السياحة. فقدت مونيكا إحدى قدميها عندما أحضر أحد أبناء عمومته الأصغر قبلة إلى المنزل. وكانت القبلة قد انفجرت وأدت إلى مقتله. © يونيسف / المقر الرئيسي ٢٠٠٤ - ٠٧٩٣ / دي سيزر.

إلى ميل الأطفال إلى الانخراط في سلوكيات تنطوي على الخطر، تجعل من عملية التثقيف بالألغام، المخطّط لها جيداً، عملية مهمة للأطفال على وجه الخصوص.

مساعدة الأطفال الناجين

تؤثر حوادث مخلفات الحرب من المتفجرات والألغام الأرضية في الأطفال، بشكل مختلف، عن تأثيرها في الكبار الراشدين، سواءً بقتلهم مباشرة أو بإصابتهم، أو بجعلهم ضحايا نتيجة لوفاة أو إصابة أحد أفراد الأسرة والمجتمع. إن الأطفال الناجين الذين يصابون جرّاء تلك الحوادث لديهم حاجات خاصة يجب أخذها بعين الاعتبار، من حيث إنقاذهم جسدياً وإعادة تأهيلهم وإعادة إدماجهم اجتماعياً واقتصادياً. ولأن الأطفال أصغر من الكبار الراشدين، فإن احتمالية وفاتهم أو إصابتهم بجروح بالغة بسبب انفجار ما تفوق احتمالية إصابة الكبار الراشدين، وتشمل تلك الإصابات الحروق البليغة، أو الجروح الناجمة عن الشظايا، أو الأطراف

المتضررة وغيرها من الإصابات التي قد تؤدي إلى العمى والصمم قصر طول الأطفال يعني أن أعضاء جسمهم الحيوية تكون أقرب إلى الإصابة من وسيلة التفجير، كذلك فإن الحد الأدنى لمستوى فقدان الدم لدى الأطفال، بكميات كبيرة، أدنى من مستواه لدى الكبار الراشدين. فإذا ما داس فرد على لغم أرضي مضاد للأفراد، فإن الانفجار الناجم عن ذلك سوف يلحق إصابات متفاوتة بالأقدام والسيقان، مع ما يرافق ذلك من التهابات ثانوية تؤدي عادة إلى البتر، مما يسبب في حدوث إعاقات دائمة تستوجب دعماً تأهيلياً طويل الأمد.

يحتاج أكثر من ثلث الناجين من الألغام إلى عمليات بتر للأعضاء، وفي حين أن البيانات الخاصة بالنسبة المئوية الدقيقة للأطفال المتضررين من الألغام، والذين هم في حاجة إلى عمليات بتر، غير متوفرة، فإنه يتوقع بأن تكون النسبة المئوية أكبر بالنسبة إلى الأطفال منها لدى الكبار الراشدين، بسبب صغر

أحجامهم، وعند نجاة الأطفال من الإصابات التي تلحق بهم، تكون عملية إعادة تأهيلهم جسدياً أكثر تعقيداً مقارنة مع الكبار الراشدين الناجين. إذ يحتاج الأطفال، الذين أسفرت إصاباتهم عن بتر الأطراف إلى إعادة تأهيل أكثر تعقيداً. كذلك قد تتطلب هذه الحالات العديد من عمليات إعادة البتر؛ لأن عظام الأطفال تنمو بشكل أسرع من أنسجتهم الرخوة. كما أنهم يحتاجون إلى أطراف صناعية تُصنع لهم كلما نما وكبروا. ويمتلك القليل من البلدان، التي تضررت من الألغام الأرضية ومخلفات الحرب من المتفجرات، القدرات اللازمة لتلبية الحاجات الخاصة والمعقدة لإعادة التأهيل الجسدي والطبي للأطفال الناجين.

وإضافة إلى الصدمة الجسدية، فغالباً ما تكون تبعات النجاة من انفجار مخلفات الحرب من المتفجرات أو الألغام الأرضية، مدمرة لعملية نماء الطفل. وتشتمل هذه التبعات على الشعور بالذنب، وفقدان تقدير الذات، والرهاب المرضي والخوف، واضطرابات في النوم، وعدم القدرة على التّكلم، وإذا لم تُعالج حالة الصدمة هذه، فإنها قد تُسبب اضطرابات عقلية طويلة الأمد. ومن الصّعوبة بمكان توثيق هذه التأثيرات النفسية التي تُخلفها الحرب على الأطفال، كما أنها لا تقتصر فقط على الأطفال الذين لحقت بهم إصابات جسدية.

تختلف أيضاً حاجات الأطفال الناجين لإعادة الإدماج جسدياً واقتصادياً، اختلافاً جديراً بالاعتبار، مقارنة مع حاجات الكبار الراشدين الناجين. وتعتمد معالجة الآثار النفسية الموضحة أعلاه اعتماداً كبيراً على الدعم النفسي الاجتماعي المناسب للفئة العمرية، وعلى إمكانية الحصول إلى التعليم. ويجبر الأطفال الناجون، في العديد من البلدان، على اختصار التعليم وذلك نظراً للوقت الذي يحتاجونه إلى التعافي، ولأن

الوفيات والإصابات الخطيرة التي تلحق الأطفال في البلدان التي تضررت كثيراً من الألغام ومن مخلفات الحرب من المتفجرات، ٢٠٠١

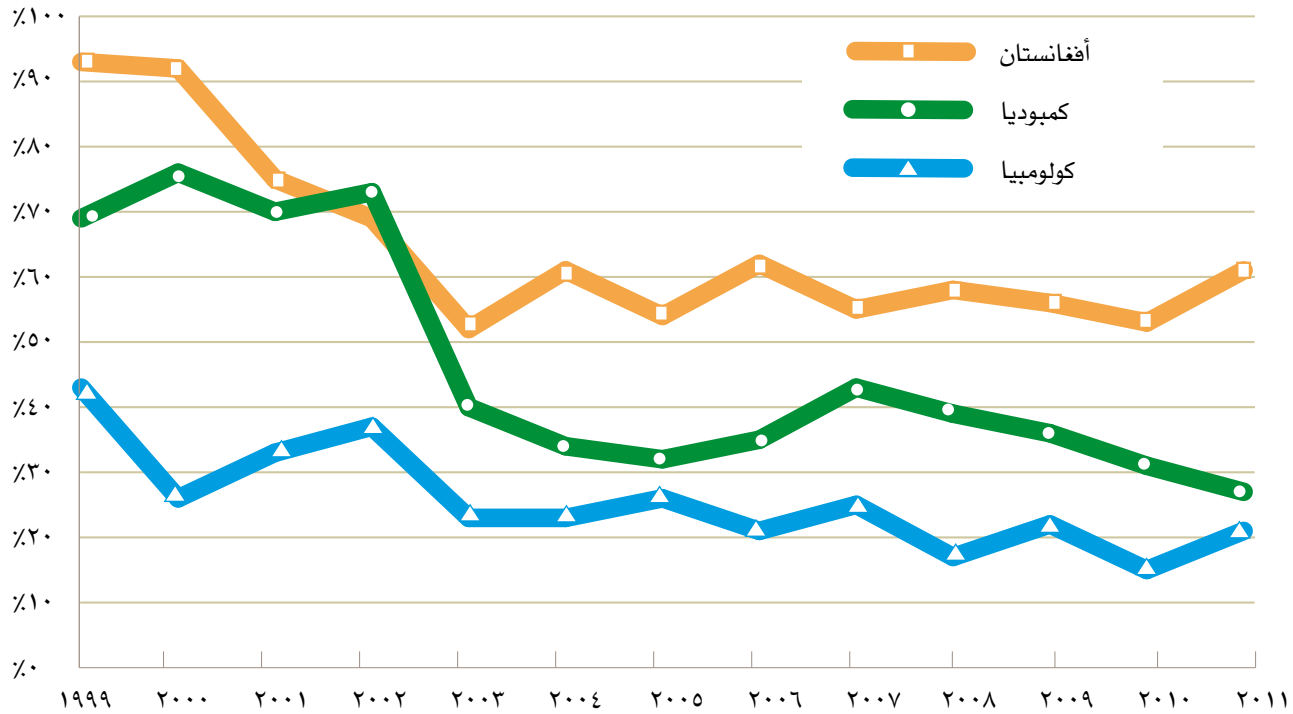
البلد	المجموع الكلي للوفيات والإصابات الخطيرة بين المدنيين	الوفيات والإصابات الخطيرة بين الأطفال	الوفيات والإصابات الخطيرة التي لحقت بالأطفال كنسبة مئوية من مجموع الوفيات والإصابات الخطيرة
أفغانستان	٦٠٩	٣٧٣	٦١٪
جمهورية الكونغو الديمقراطية	٢٢	١٥	٦٨٪
العراق	١٠٠	٥٠	٥٠٪
جمهورية لاوس الديمقراطية الشعبية	٩٧	٥٦	٥٨٪
السودان	٦٢	٣٠	٤٨٪

× يشتمل هذا الجدول فقط على الوفيات والإصابات الخطيرة للذين تُعرف حالتهم المدنية / الأمنية وأعمارهم.

المصدر: مرصد الألغام الأرضية والذخيرة العنقودية.

الوفيات والإصابات الخطيرة التي لحقت بالأطفال في البلدان الأكثر تضرراً*

النسبة المئوية للأطفال من بين الوفيات والإصابات الخطيرة التي لحقت بالمدنيين (١٩٩٩ - ٢٠١١)



* الدول الأطراف الثلاث في معاهدة حظر انتشار الألغام، التي تشهد أعلى المعدلات السنوية للوفيات والإصابات الخطيرة. المصدر: مرصد الإنعاش الأرضية والذخائر العنقودية

الفئات العمرية بعين الاعتبار. وحيثما يؤخذُ العمر بعين الاعتبار، كما حدث أثناء تنفيذ أحد المشاريع في كمبوديا، مدته سنتان - من ٢٠٠٨ إلى ٢٠١٠، فإنَّ التَّحديات التي تقف في طريق ضمان تنفيذ تدخلات تتلاءم مع العمر للأطفال واليافين، كانت مُعدَّة لإقصاء أولئك الأطفال الذين هم أصغر من ١٨ عاماً، إقصاء تاماً من التَّدخلات المعنية بمساعدة الضحايا في كسب سبل عيشهم.

ينعكس الفشل في معالجة الحاجات المحددة، الخاصة تحديداً بالأطفال واليافين، والمخاطر التي تتهددهم، في حياتهم المعيشية، كما في قطاع التعزيز الاقتصادي بصورة أكثر عمومية: وجدت مراجعة أُجريت في عام ٢٠١١،

يعودوا قادرين على الذهاب إلى المدرسة سيراً على الأقدام، ومن النادر أن تكون بدائل المواصلات متوافرة لذلك. وحتى عندما يكون أولئك الأطفال قادرين على الذهاب إلى المدرسة، فقد تكون الغرف الصفية غير متاحة للأطفال ذوي الإعاقات، وقد لا يكون المُدرسون مُدربين على التكيف مع حاجات الأطفال ذوي الإعاقات.

إنَّ إيجاد الفرص لتوليد الدخل ودعم سبل العيش وكسب الرزق أمرٌ ضروريٌّ، وبخاصة، من أجل دعم الأطفال والكبار الراشدين الذين يصابون بإعاقات نتيجة انفجار الألغام الأرضية أو مخلفات الحرب من المتفجرات. ولسوء الحظ، فإنَّ تلك الفرص نادراً ما تأخذُ، بل لم يسبق لها أن أخذت،

إعادة التأهيل تمثّل عبئاً اقتصادياً ثقيلاً على كاهل الأسر، فإنَّ إمكانية الحصول على التعليم المجاني، بالنسبة إلى الأطفال ذوي الإعاقات الناجمة عن انفجار الألغام الأرضية أو عن مخلفات الحرب من المتفجرات، أمرٌ ضروريٌّ؛ وذلك من أجل نشر إحساس بالعودة إلى الحياة الطبيعية في حياتهم، الأمر الذي سوف يمكنهم من التعافي من حالة الكرب النفسي الذي سببته الإصابة، ومن أجل إعادة إدماجهم مع مجموعة أقرانهم والسماح لهم بالمشاركة التامة في المجتمع. ومع ذلك، فإنَّ الأطفال ذوي الإعاقات، التي يخلفها انفجار لغم أرضي أو إحدى مخلفات الحرب من المتفجرات، هم أكثر عرضة من غيرهم لخطر حرمانهم من حقهم في الإدماج والمشاركة: فمن الممكن أن لا

عدد ٤٢ دراسة حول الأثر الذي تُحدثه برامج تعزيز الاقتصاد في سياقات الأزمات في البلدان منخفضة الدخل، أن بعض هذه الجهود، قد أدت، من باب المفارقة، إلى زيادة خطر سحب الأطفال من المدارس بهدف الانخراط في العمل، أو إلى زيادة خطر تعرّض الفتيات للعنف. وقد درست وأبرزت البرامج مبادرات، كمبادرة القروض بالغة الصغر، والتدريب على المهارات والتدخلات الزراعية. وطالبت عملية المراجعة الممارسين المعنيين بتعزيز الاقتصاد عن طريق «بناء مسألة حماية الطفل ورفاهه داخل عمليات تقييم برامج تعزيز الاقتصاد وتصميمها، وتنفيذها ومراقبتها وتقويمها». وبالإضافة إلى ذلك، يجب أن لا تأخذ بعين الاعتبار فرص كسب سبل العيش للأطفال واليا فعين وفرص إدرار الدخل أعمار الأطفال فحسب، بل يجب أن تأخذ أيضاً جنسهم، والسياقات الثقافية التي يعيشون داخل نطاقها. ولأن الأطفال ذوي الإعاقات هم من بين أكثر الأشخاص عرضة لخطر الحرمان، والعنف، والإساءة والاستغلال، ثمة حاجة ملحة تهدف إلى التأكد من أن البرامج المعنية بمساعدة الضحايا تأخذ في اعتبارها الحاجات الخاصة للأطفال الناجين.

وفي الوقت ذاته، فإن للأطفال - الذين يصبحون ضحايا للألغام الأرضية أو غيرها من مخلفات الحرب من المتفجرات، نتيجة لوفاة مانحي الرعاية وأفراد الأسرة أو إصابتهم، بمن فيهم معيلي الأسر أيضاً، حاجات مختلفة عن حاجات الكبار الراشدين. وقد يكون أولئك الأطفال أيضاً، مثلهم مثل الأطفال الناجين، أكثر عرضة لخطر فقدان الفرص التعليمية، والانفصال عن أسرهم، والانخراط

في عمل الأطفال وأشكال الاستغلال أو الإهمال الأخرى.

وعلى الرغم من حاجات الأطفال الخاصة بمساعدة الضحايا، على وجه التحديد، فإن القليل من البرامج المعنية بمساعدة الضحايا تأخذ اعتبارات العمر ونوع الجنس الاجتماعي في الحسبان. ومع أن الأبحاث بشأن مساعدة الضحايا قد أجريت، عموماً، وأن التوجيهات قد أعدت بشأن الصورة التي يجب أن تبدو عليها هذه البرامج، إلا أنه يوجد في الوقت الحاضر تركيز قليل، هذا إذا وجد أصلاً، على الأطفال واليا فعين. وفي الوقت ذاته، ومع أن الدول الأطراف في معاهدة حظر الألغام، وفي البروتوكول الثاني والبروتوكول الخامس لاتفاقية حظر أو تقييد استعمال أسلحة تقليدية معينة، واتفاقية الذخائر العنقودية، يجب أن تقدم تقارير دورية حول تنفيذ هذه الصكوك على المستوى الوطني، فإنها - أي تلك الدول، لا تقدم تقارير بشأن الجهود التي تبذلها لتلبية حاجات الأشخاص الناجين حسب أعمارهم. ومما لا يثير الدهشة إذن أن أكثر من ثلثي المستجيبين تقريباً، في المسح الذي أجرته المنظمة الدولية للأشخاص ذوي الإعاقات، في عام ٢٠٠٩؛ أي ما يزيد عن ١,٦٠٠، ٢٥ بلداً متضرراً، أفادوا بأن الخدمات المقدمة للأطفال لم تكن ملائمة «إطلاقاً» أو «إطلاقاً تقريباً» لتلبية حاجاتهم الخاصة أو لضمان ملائمة الخدمات للعمر.

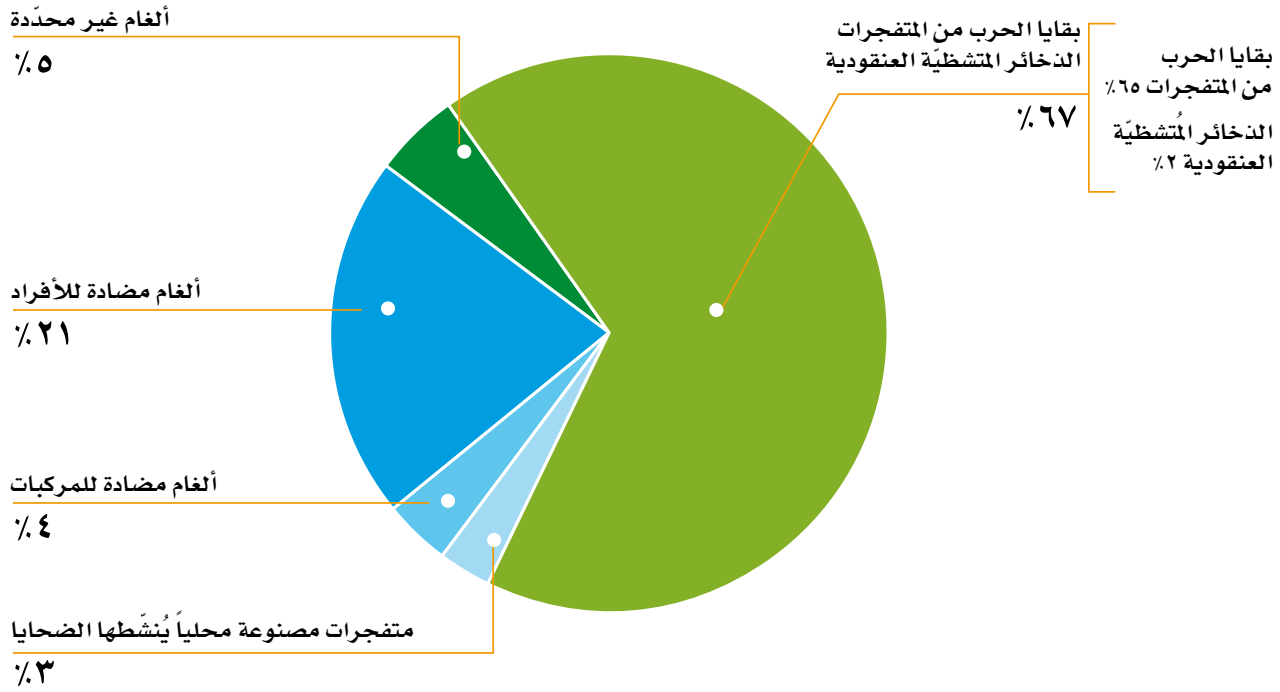
إن الأطفال الضحايا، بمن فيهم أولئك الذين تضرروا بصورة مباشرة وغير مباشرة، لديهم حاجات خاصة وإضافية في جميع جوانب المساعدة. غير أن المعلومات المتوافرة عن الجهود المبذولة لتلبية تلك الحاجات هي معلومات محدودة. فمعظم الأطفال

المتورطين في حوادث الألغام أو مخلفات الحرب من المتفجرات تضرروا منها. ومع ذلك فلا تقوم معظم نظم جمع البيانات، بتسجيل حاجاتهم.

ونظراً إلى أن الأطفال يشكّلون نسبة مئوية متزايدة من مجموع الوفيات والإصابات الخطيرة في صفوف المدنيين، والنّاجمة عن مخلفات الحرب من المتفجرات والألغام الأرضية، فإنه لمن الضرورة تنفيذ سياسات محدّدة وتوصيات برامجية، بشأن مساعدة الضحايا، تُلبي حاجات الأطفال الناجين. وتشتمل هذه التوصيات على ما يلي:

- دعم وتعزيز عملية تأسيس نظم مراقبة وطنية معينة بالإصابات، وقادرة على توفير معلومات منهجية ومتواصلة حول جسامه وطبيعة الإصابات الناجمة عن مخلفات الحرب من المتفجرات والألغام الأرضية (وغيرها من أنواع الإصابات، إذا ما كان ذلك مناسباً)، بما في ذلك توفير بيانات مفصلة حسب العمر ونوع الجنس الاجتماعي بشأن الوفيات والإصابات الخطيرة التي تلحق الأطفال.
- إدماج أحد مكونات مساعدة الضحايا في المعايير الدولية للعمل المعني بالألغام، بما في ذلك من خلال مذكرات فنية والمبادئ التوجيهية للممارسات الفضلى، مع توفير توجيه معين واعتبارات تتعلق بالناجين من الأطفال وبمساعدة الضحايا.
- تطوير وتعزيز عملية تأسيس قواعد بيانات معينة بمساعدة الضحايا تكون قادرة على توفير بيانات منهجية لرصد الحاجات إلى إعادة التأهيل والحاجات

الوفيات والإصابات الخطيرة التي تلحق بالأطفال حسب نوع المتفجرات^x



^x لا تشمل أنواع المتفجرات غير المعروفة.
المصدر: مرصد الألغام الأرضية والذخيرة العنقودية.

- صياغة القوانين، والخطط والسياسات الوطنية؛ وذلك استجابةً لحاجات الناجين والضحايا الذين يسقطون جراء انفجار ضحايا مخلفات الحرب من المتفجرات والألغام الأرضية، أو حاجات الأشخاص ذوي الإعاقات بشكل عام، حتى يستطيعوا الاندماج، والاستجابة إلى حاجات الأطفال الناجين وحاجات الضحايا الخاصة بالعمر ونوع الجنس الاجتماعي تحديداً.
- إدماج مكون قوي خاص بمساعدة الضحايا في مسودة استراتيجية الأمم المتحدة المشتركة بين الوكالات للعمل المعني بالألغام، بما في ذلك وضع اعتبارات خاصة بمساعدة الأطفال الناجين تحديداً.

خدمات دعم سبل العيش للأطفال الناجين وضحايا مخلفات الحرب من المتفجرات والألغام الأرضية، إلى جانب توافر خدمات التعليم والحماية، والدعم النفسي الاجتماعي، وإعادة التأهيل الجسدي، والخدمات الصحية الخاصة كلها بالعمر وبنوع الجنس الاجتماعي تحديداً.

- تدريب المهنيين في مجال الصحة، بمن فيهم كوادرات الاستجابة للحالات الطارئة، والجراحون، ومقدمو خدمات الأطراف الصناعية التقويمية للعظام، على الاعتبارات المحددة للأطفال الناجين، وعلى الحاجات الخاصة بهم.
- تدريب مقدمي خدمات التعليم، بمن فيهم كوادرات الإدارة المدرسية، والمعلمون والمربون، على توفير التعليم المتاح والملائم للأطفال الناجين والأطفال الضحايا.

النفسية والاجتماعية، والحاجات الاجتماعية الاقتصادية لكل طفل وكبير راشد ينجو، بطريقة ملائمة، وعلى مر الزمان.

- توعية الحكومات والجهات الفاعلة على صعيد العمل المعني بالألغام، والجهات المانحة وغيرها من الأطراف المعنية ذات الصلة، بأهمية وضع مساعدة الضحايا على سُلّم أولوياتها (بمن فيهم الأطفال الناجون والأطفال الذين يُقتلون باستخدام المتفجرات التي ينشطها الضحايا)، وذلك من خلال عقد المنتديات الدولية والوطنية، باعتبار هذه التوعية إحدى الركائز الأساسية للعمل المعني بالألغام والقوانين الدولية.
- توعية الحكومات، والجهات الفاعلة الإنسانية والتنموية ومقدمي الخدمات بأهمية ضمان توافر

التدرج في بلوغ الهدف

بقلم تشايلى ماكروفت

بالتركيز على قدراتي، ولم تنظر إليّ أو تعاملني قطّ بعين من الشفقة. وسأظلّ مدينة لأسرتي بذلك ما حييت، لأنّ تلك النظرة جعلني أعتبر نفسي متساوية مع أي شخص لا يعاني من الإعاقة. ونشأت أيضاً وتربيتُ وأنا على يقين بأنّ مساهمتي تكتسي الأهمية ذاتها التي تكتسيها مساهمة أي شخص، كذلك تربيتُ على أن أقف على قدمي مدافعة عن حقوقي. ويعتبرني أصدقاؤني أنني أقف على قدم المساواة معهم، كما أنّهم يتقبلون حقيقة أنّ إعاقتي تُصعب عليّ أحياناً القيام بأشياء بالكيفية نفسها التي يقومون بها، لذلك يجب عليّ أن أكون أكثر إبداعاً لكي يُشركوني في أيّ شيء يقومون به، كلعب الكريكت عندما كنّا صغاراً، على سبيل المثال. فأنا ألعّب دور الهدف في هذه اللعبة.

لقد مكّنتني الدّعم الذي لا يُصدّق، والذي تلقّيته، من العمل مع الأطفال ذوي الإعاقات في جنوب أفريقيا. ولهذا السبب حصلت على جائزة السلام الدولية للأطفال في عام ٢٠١١. لقد غير حصولي على هذه الجائزة مسار حياتي بطريقة مذهلة، فقد منحتني مؤسسة حقوق الأطفال، وهي المؤسسة التي تقدم هذه الجائزة سنوياً، الفرصة لنشر رسالتي عبر منبر عالمي ولللقاء أشخاص لم أكن لأقابلهم لولا تلك الفرصة. كذلك تدفع هذه المؤسسة رسوم تعليمي وتمكّنتني من الذهاب إلى الجامعة السنة المقبلة، بكلّ ما أحتاج إليه من تعديلات ترتبط بذلك.



ينظر بعض النّاس إلى الإعاقة على أنها عبءٌ، بينما ينظر إليها آخرون باعتبارها هبةً. لقد منحتني إعاقتي فرصاً وخبرات استثنائية للغاية، ما كان لها أن تتأتّى لي لو لم أكن ذات إعاقة. إنني سعيدة وممتنة لأنني ذات إعاقة؛ ولأنّ إعاقتي جعلتني الشخص الذي أنا عليه الآن.

أنا لا أقول بأيّ حال من الأحوال بأنّ الإصابة بإعاقة شيءٌ يسهل التعامل معه. فالإعاقة وضعٌ معقدٌ جداً، ويؤثّر على جميع نواحي حياة ذلك الشخص تقريباً. إلّا أنّني أمل، طوال حياتي، أنّ لهم أشخاصاً يافعون آخرين لكي ينظروا إلى إعاقاتهم على أنّها فرصةٌ لكي يُركّزوا على قدراتهم، لا على جوانب القصور لديهم. كانت أسرتي وما تزال تتحدّثني دائماً وتطالبني

«تشايلى ماكروفت»، حصلت على جائزة السلام الدولية للأطفال في عام ٢٠١١، وهي ناشطة في مجال القدرات وراقصة متحمسة وهي جالسة في الكرسي المتحرك. وتستعد «تشايلى» لدراسة العلوم السياسية والفلسفة في جامعة كيب تاون، في جنوب أفريقيا.

إذا لم يؤمن الأشخاص ذوو الإعاقات بأنفسهم، أو إذا لم يؤمن الآخرون بهم، فإنني سوف أؤمن بهم. ويحدوني الأمل بأن إيجابيتي هذه سوف تنشر المزيد من الإيجابية وتشجع عليها.

مُحاطةً بأشخاص يؤمنون بقدراتي، وهم إيجابيون فيما يتعلق بمساهمتي في المجتمع، فهم الأشخاص الذين يتصدون للأيام التي كنت فيها سلبيةً. إنني أحبهم حقاً.

إنّ هدي في على مدى الحياة هو أن أجعل المجتمع العالمي يتقبل الإعاقة تماماً ويتبناها. ربما تكون هذه مهمة كبيرة ذات جوانب عديدة، ولكنني أؤمن بأن تحقيقها أمرٌ ممكن تماماً.

الأمرُ يبدأ بالإيمان. فأنا أؤمن بقدراتي، وأؤمن قلباً وقالياً بأنني أستطيع أن أُحدث التغيير، وبأنني قادرٌ على تغيير حياة الناس. فإذا لم يستطع الأشخاص ذوو الإعاقة الإيمان بأنفسهم، أو كان الآخرون لا يؤمنون بهم، فإنني سأؤمن بهم شخصياً. ويحدوني الأمل بأن إيجابيتي سوف تنشر المزيد من الإيجابية وتشجع عليها. قد يبدو هذا بالنسبة إلى البعض أمراً يفتقر إلى الأهمية، إلا أنه يبقى نوعاً من التغيير.

وهذا هو التدرج في بلوغ الهدف فالليل لا يؤكل دفعةً واحدةً، بل إنّه يُؤكل كُله مضغاً مضغاً.

الأشخاص ذوي الإعاقات والأشخاص من دون الإعاقات.

ويجب أن تساعد المواقف المحسنة، أيضاً، في معالجة قضايا أخرى رئيسية، كخبراتنا في مجال التعليم. لقد التحقت بجميع أشكال التعليم التي قد يلتحق بها الشخص ذوو الإعاقة: مدارس ذوي الاحتياجات الخاصة، والتعليم الابتدائي والتعليم الثانوي العام، والتعليم الثانوي العام في المدارس الخاصة. إنني لا أزعم بالقول بأنني خبيرة، ولكن ثمة الكثير الذي يمكنني التحدث عنه من تجربتي الشخصية. لم يكن ذلك بالتأكيد أمراً سهلاً وبسيطاً. فغالباً ما كان أشبه بالصراع، حيث كنت أشعر في بعض الأوقات بالتعاسة الشديدة. وقد عملت لأكون مشمولةً في الحياة المجتمعية، ولجعل الأمر أسهل على الأشخاص الذين سوف يأتون من بعدي. إنني بصدد إنهاء تعليمي في مكان اندمجت وتقبلني فيه الآخرون تماماً. عندما أفكر في ذلك، أشعر بالارتياح الكبير. ارتياح ينبع من أنني لم أعد مضطرةً إلى الكفاح لتحقيق سعادتي. أستطيع الآن أن أكافح بجديّة أكبر من أجل الأشخاص ذوي الإعاقات الآخرين، ومن أجل حقهم في تحقيق السعادة.

قد يبدو أنني إنسانة مضطربة في الإيجابية، وهذا ليس صحيحاً. فقد مررت وما أزال أمرٌ بمراحل كفاحية، وإنني لعلّ يقين من أنّ هذه المراحل لم تنته بعد. فالأمر الذي رجّح كفة الميزان نحو هذه الإيجابية هو أنني

لا يُحتفل بما يملكه العديد من الأطفال ذوي الإعاقات من القدرات، كما أنّهم يتوارون عن أنظار العالم بسبب الخوف والجهل. إننا نحتاج إلى أن ندرك أنّ الأطفال ذوي الإعاقات هم عنصر جوهري من عناصر السكان. فغالباً ما يكون الأشخاص ذوو الإعاقات هم الأفراد الذين يفكرون بطريقة غير تقليدية؛ وذلك لأنهم مضطرين إلى ذلك ولا أستثني نفسي منه أيضاً. يجب علينا أن نوظف إعاقاتنا فيما يخدم مصالحنا، وليس فيما هُزئنا، كذلك يجب علينا أن نعلم الآخرين أن يأبهوا بالآخرين وأن يتفهمهمهم. فالتقمص العاطفي شيء العالم كله في أمس الحاجة إليه.

أعتقد أنّ هناك قضيتين رئيسيتين تجب معالجتهما على مستوى العالم؛ وهما الإتاحة، والمواقف. فهاتان القضيتان مترابطتان، ولا يمكن معالجتهما كلاً على انفراد. فإذا كان بمقدور الناس تغيير مواقف العالم وتوجهاته نحو منظور الإعاقة من نظرة تتصف بالشفقة، والخزي، والنقص إلى نظرة ترى الإعاقة بأنها ثروة، وتتقبلها، وتتعامل معها على قدم المساواة، فإننا سوف نرى تقدماً هائلاً. وقد تُؤدّي المواقف الإيجابية إلى تحسين فرص الإتاحة، تماماً كما لو كان عدم الإتاحة هو تعبير عن نظرة مفادها أنّ حاجات الأشخاص ذوي الإعاقات أقل أهمية من حاجات الأشخاص من دون الإعاقات؛ وهو موقفٌ له عواقبه السلبية على



عاملة في مجال الصّحة لدى جمعية أطفالنا للأطفال الصّمّ، في دولة فلسطين. تُقدّم الجمعية التعليم والتدريب المهني، والرعاية الصحية المجانية، والخدمات النفسية الاجتماعية والبحث عن وظائف. © يونيسف / المقر الرئيسي ٢٠٠٨ - ٠١٥٩ / ديفي

قياس إعاقات الأطفال

لا يُمكن أن يكون المُجتمع مُنصفاً ما لم يكن جميع الأطفال مشمولين فيه، كذلك لا يُمكن شمول الأطفال ذوي الإعاقات ما لم تجعلهم عملية جمع البيانات السليمة ظاهرين للعيان.

التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والإعاقة والصحة (ICF)، الذي طوّره منظمة الصحة العالمية، هو أحد أطر النظر إلى الصحة والإعاقة ضمن سياق حواجز اجتماعية أوسع نطاقاً.^{١١٦} وهذا التصنيف ينظر إلى الإعاقة بطريقتين رئيسيتين: الأولى بأنها مسألة تتعلق ببنية الجسم ووظائفه والثانية من حيث نشاط الشخص ومشاركته. فالإعاقة، كما يعرفها التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والإعاقة والصحة، هي جزءٌ مألوفٌ من الوجود البشري.

وتُوجّه تعريفات التصنيف الدولي للإعاقة بصورة فعّالة، الأمر الذي يؤدي إلى تحويل التركيز من المُسبب إلى الأثر، والإقرار بأن كل شخص قد يعاني من إعاقة بعض الشيء. ويُقرّ تعريف التصنيف الدولي بأن تأدية الوظائف والإعاقة يظهران داخل السياق؛ وبناءً على ذلك، من المفيد أن لا يقتصر التقييم على العوامل الجسمية، بل ينبغي أن يشمل كذلك العوامل الاجتماعية والبيئية أيضاً.

مع أن التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والإعاقة والصحة صُمم في الأساس، للكبار الراشدين ذوي الإعاقات، إلا أن اشتقاق تصنيف آخر منه، وهو التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والإعاقة والصحة للأطفال والشباب (ICF-CY) يتخذ خطوةً واحدةً نحو إدراج البعد الاجتماعي في التصنيف، لا عن طريق حصر الاعتلالات فقط، بل بحصر أثرها أيضاً في تأدية الأطفال ووظائفهم وفي مشاركتهم في بيئاتهم. ويغطي هذا التصنيف أربعة مجالات، هي:

بني الجسم (كالأعضاء، والأطراف وهيكلية الجهاز العصبي، والبصري، والسمعي) والجهاز الحركي الهيكلية على سبيل المثال)، ووظائف الجسم (الوظائف النفسية التي تؤديها أجهزة الجسم، كالاستماع أو التذكر مثلاً)، والحدود المُقيّدة

يُظهر قياسُ إعاقات الأطفال مجموعةً فريدةً من التحدّيات. ولأنّ الأطفال ينمون ثم يتعلّمون تأدية المهام الأساسية بسرعات مختلفة، فقد يكون من الصعب تقييم جوانب القصور التي تتعلق بالإعاقة من الاختلافات والتباينات في النمو الطبيعي.^{١١٧} إن الطبيعة المتفاوتة للإعاقات وشدتها، بالإضافة إلى الحاجة إلى تطبيق تعريفات وتدابير مُحدّدة بالعمر، تُضفي كلاً مزيدياً من التعقيد على الجهود المبذولة في جمع البيانات. وإضافةً إلى ذلك، تَبَثُّ النوعية الرديئة للبيانات بشأن إعاقات الأطفال، في بعض الحالات، من الفهم المحدود لما هي الإعاقة لدى الأطفال.

وهي كذلك تَبَثُّ، في حالات أخرى، من وصمة العار أو من الاستثمار غير الكافي في عملية تحسين القياس. ويُعيق الافتقار إلى الأدلة والبراهين، النَّاجم عن هذه الصعوبات، عملية تطوير سياسات جيّدة وتقديم خدمات حيوية. وكما يناقش هذا الفصل أدناه، على أي حال، فإن الجهود الرامية إلى تحسين عملية جمع البيانات ماضية قديماً، وإن عملية جمع المعلومات، بحد ذاتها، تُطلق شرارة التغيير الإيجابي.

التعريفات المتطورة

مع أن هناك اتفاق عام يقضي بأن تشتمل تعريفات الإعاقة على المُحدّات الطبية والاجتماعية، فإن قياس الإعاقة ما يزال أمراً طبيياً بصورة مهيمنة، مع التركيز على الاعتلالات الجسدية أو العقلية المُحدّدة بعينها.

تتباين التّقديرات بشكل مُتفاوت اعتماداً على التعريف المُستخدَم للإعاقة. فالتعريفات الطبية المُحدّدة تُسفر عن تقديرات أقل من تعريفات أوسع نطاقاً، تأخذ بعين الاعتبار الحواجز الاجتماعية التي تقف في طريق القدرة على أداء الوظائف والمشاركة.^{١١٥}

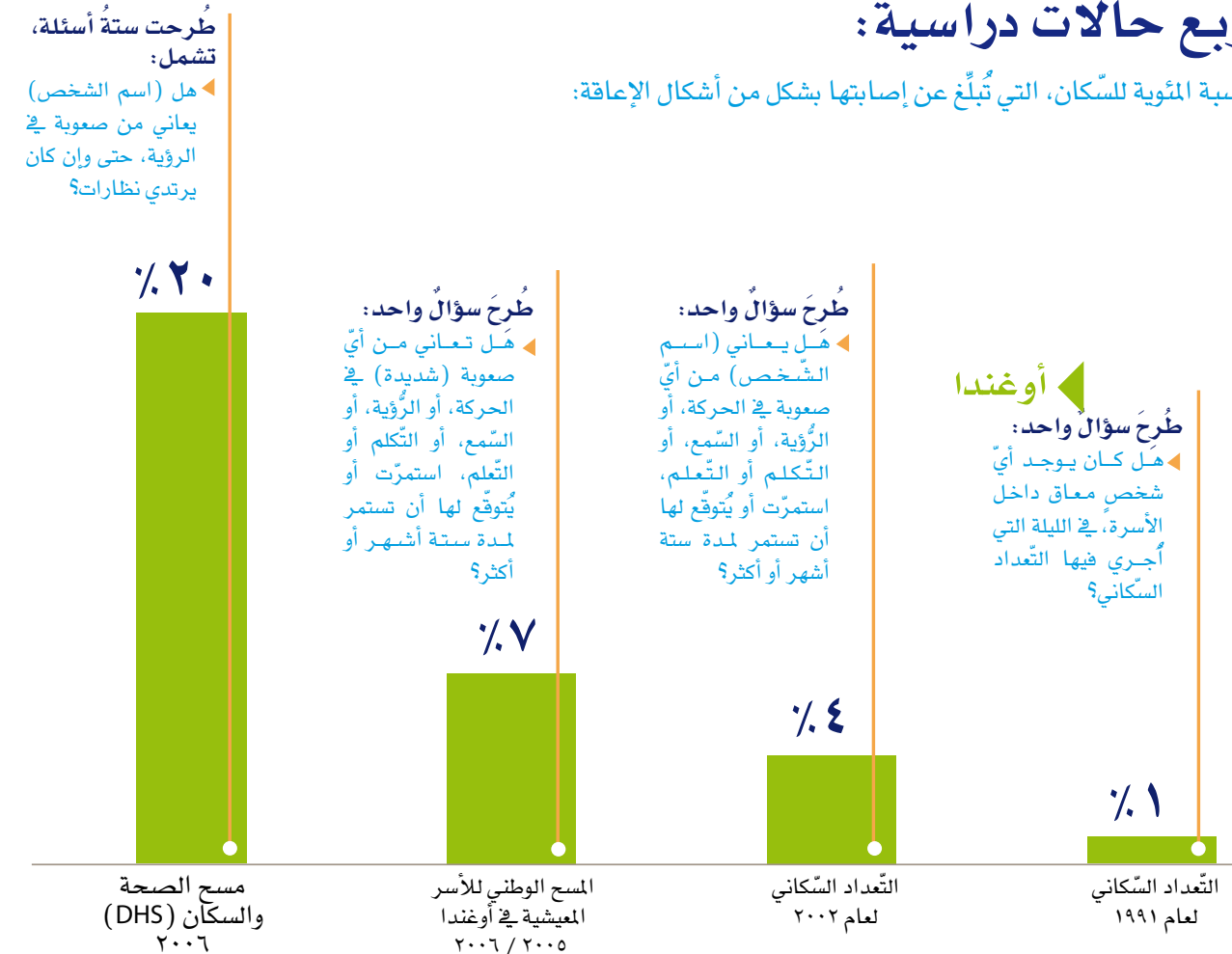
للنشاطات (كالمشي، والتسلق، وارتداء الملابس مثلاً)، والقيود المفروضة على المشاركة (كاللعب مع مانحي الرعاية أو مع غيرهم من الأطفال، ممارسين مهمّات بسيطة مثلاً).¹¹⁷

وضع الإعاقة داخل السياق

يجب أن تُترجم البيانات داخل السياقات. فتقديرات انتشار الإعاقات تأتي من مؤشرات تتعلق بوقوع الإعاقات والبقاء على قيد الحياة، ويجب توخي الحذر في ترجمة النتائج، وبصورة خاصة، في البلدان التي تكون فيها معدلات وفيات الرضع والأطفال مرتفعة.¹¹⁸ فقد يكون الإبلاغ عن مستويات منخفضة من انتشار الإعاقة ناجماً عن معدلات منخفضة لبقاء صغار الأطفال ذوي الإعاقات على قيد الحياة، أو قد يعكس الفشل في إحصاء عدد الأطفال ذوي الإعاقات المودعين في المؤسسات، أو الأطفال الذين أخفتهم أسرهم خوفاً من التمييز، أو في إحصاء الأطفال الذين يعيشون ويعملون في الشوارع.

أربع حالات دراسية:

النسبة المئوية للسكان، التي تُبلّغ عن إصابتها بشكل من أشكال الإعاقة:



المصدر: اليونيسف، من المسوح والتعدادات السكانية المُحدّدة أعلاه.

تلعّب الثقافة دوراً هاماً. فتفسيرات ما يمكن اعتباره تأدية «طبيعية» للوظائف تختلف عبر السياقات وتؤثر في نتائج القياس. فقد لا يختلف بلوغ محطات قياس معينة بين الأطفال فحسب، بل إنه قد يختلف أيضاً حسب الثقافة. وقد يُشجّع الأطفال على تجريب نشاطات جديدة في مختلف مراحل النمو. ففي إحدى الدراسات التي أُجريت، على سبيل المثال، كان ٥٠ في المئة من الأطفال «قادرين على استخدام الكأس» في سنّ ٣٥ شهراً في المناطق الحضرية في الهند، في حين أنّ بلوغ نقطة القياس نفسها تحقّق في سنّ ١٠ أشهر في تايلاند.¹¹⁹ ولهذا فإنّه من الأهمية بمكان تقييم الأطفال قياساً على قيم مرجعية ملائمة للظروف المحلية، وعلى تحقيق تفاهم ما بشأنها.

ولهذه الأسباب، لا يُمكن، لأدوات التقييم التي طُوّرت في البلدان ذات الدخل المرتفع، كمقياس «ويشيلر» لذكاء الأطفال (WISC)، ومقياس «غريفث» للنمو العقلي،¹²⁰ مثلاً أن يُنفذوا تنفيذاً غير تمييزي في بلدان أو مجتمعات أخرى؛ وذلك لأنّ

قدراتها على كشف الإعاقات وقياسها قياساً دقيقاً في مختلف السياقات الاجتماعية الثقافية غالباً ما تكون غير مُختَبَرَة. وربما تتباين أطر المرجعية، بل ربما تفضل أدوات المسح في رصد العادات المحلية، أو الفهم الثقافي، أو اللغات أو التعابير رسداً كافياً. فعلى سبيل المثال، ربما تكون الاستبيانات، التي تُقيّم نماء وتطور الأطفال على أساس هذه النّشاطات «المعياريّة»، كتخصير وجبة حبوب الإفطار أو ممارسة ألعاب الضّامة، ملائمة في بعض الأماكن، ولكن ليس في تلك الأماكن التي لا ينخرط الأطفال، بصورة معتادة، في هذه النّشاطات.^{١٢١}

جمع البيانات

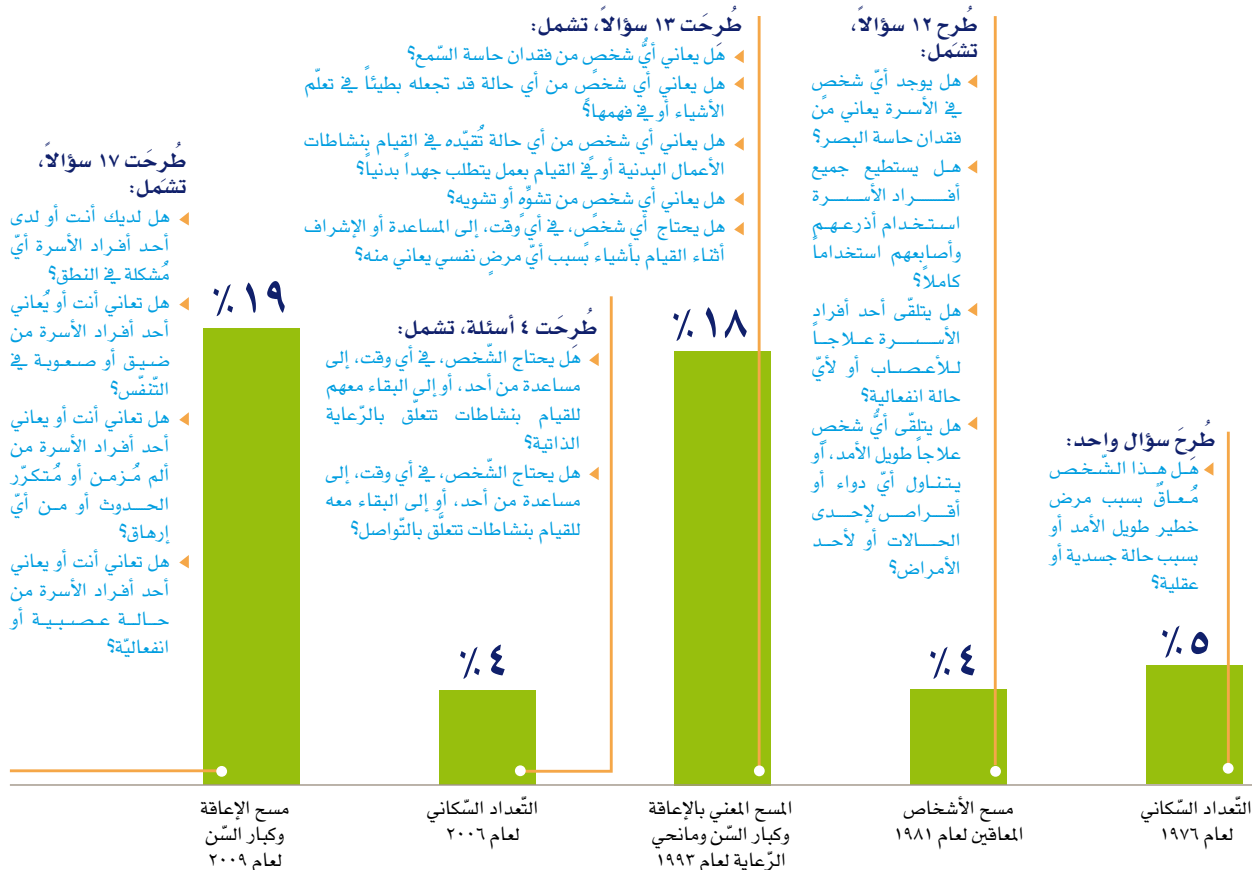
من المُحتمل أن تؤثر الأهداف المُحدّدة لعملية جمع البيانات في تعريف الأشياء التي تُشكّل «إعاقة» ما، وفي الأسئلة المطروحة والأرقام الناتجة عنها. ويرتبط قياس نوع الإعاقة ومدى انتشارها، بصورة متكررة، بمبادرات سياسية مُعيّنة، كبرامج الحماية الاجتماعية. وقد تُستخدم النّاتج لتحديد استحقاق

الانتفاع منها أو للتخطيط لتأمين الدّعم وتحديده. فعلى سبيل المثال، فإنّ احتمالية أن تكون المعايير المُستخدمة لتحديد أهلية الحصول على إحدى منافع الإعاقات أكثر تقييداً، مقارنةً مع بالمعايير المُستخدمة في أحد المسوح التي تُجرى لتحديد جميع الأشخاص الذين يعانون من قُصور وظيفي، مما يُسفر عن أرقام مُختلفة اختلافاً كبيراً.^{١٢٢}

يجري تعريف العديد من الأطفال على أنهم أطفال ذوو إعاقات عندما يراجعون نظام التّعليم أو نظام الرّعاية الصّحية. بيد أنّ الكوادر العاملة في المدارس والعيادات، في البلدان ذات الدّخل المُنخفض، قد لا يكون بمقدورها ملاحظة أو تسجيل حضور الأطفال ذوي الإعاقات، بطريقة معتادة. لقد أسهمت قلّة المعلومات عن الأطفال ذوي الإعاقات في البلدان ذات الدّخل المُنخفض في رسم تصوّر خاطئٍ مفاده أنّ الإعاقة لا تستحق أن تكون أولويةً عالمية.^{١٢٣}

وحيثما تكون خدمات التّعليم أو غيرها من الخدمات الرّسمية

أستراليا



معدلات انتشار أعلى، ويرجع ذلك إلى أنها غالباً ما تشتمل على أسئلة أكثر تعديدية وتفصيلاً.

تصميم الاستبيان

يمكن للمسوح، وحتى المُصممة جيداً منها، أن تُورد معلومات خاطئة عن الإعاقات إذا ما طُبقت مجموعة منفردة من الأسئلة على الأطفال في جميع فئات الطيف العمري. إذ يجب أن تُفصل الأسئلة بشكل يتناسب مع عمر الطفل لكي يعكس ذلك التفصيل مراحل نمو الطفل وقدراته المتطورة.^{١٢٧} فلن تكون بعض المجالات، كالرعاية الذاتية مثلاً (التغسل وارتداء الملابس على سبيل المثال)، ملائمة لصغار الأطفال. وبناءً على تعقيد العمليات التمثائية التي تحدث في السنتين الأوليين من حياة الطفل، فقد يكون من الصعوبة بمكان التمييز بين الإعاقات والاختلافات في النماء الطبيعي من دون استخدام أدوات متخصصة أو من دون إجراء عملية تقييم.^{١٢٨}

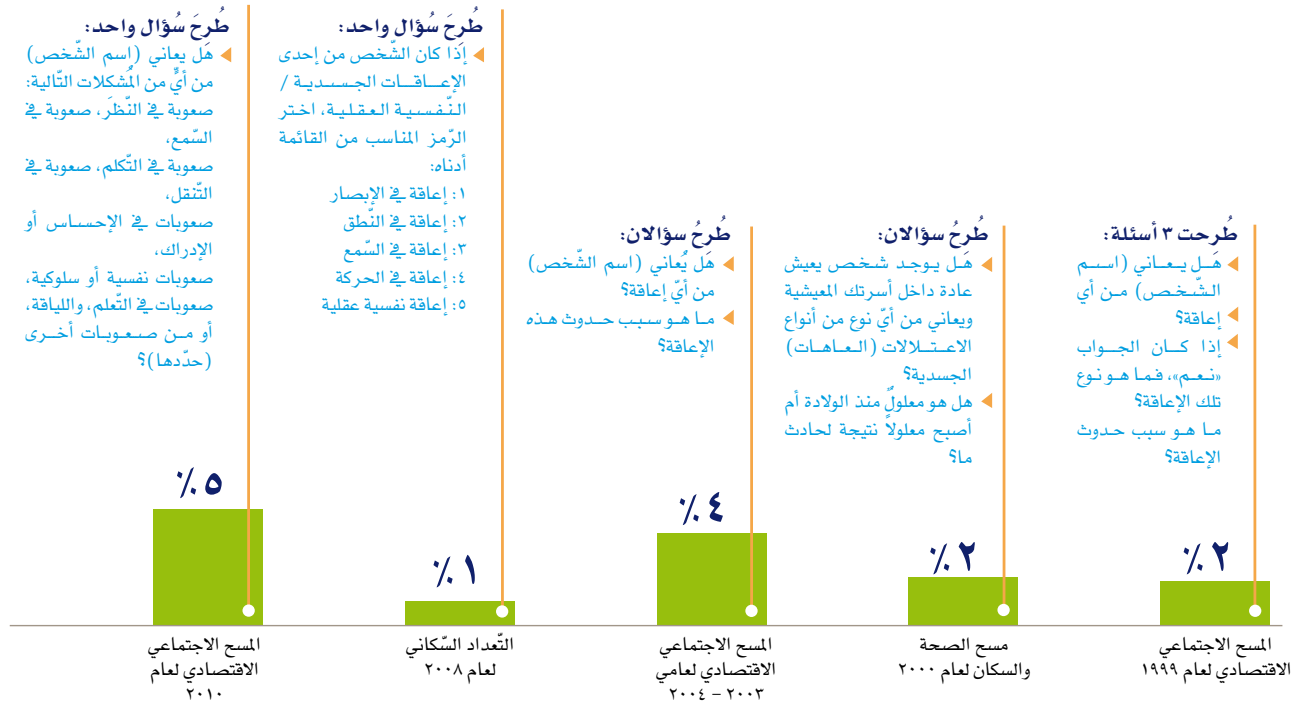
الأسئلة المُصممة لتقييم الإعاقات لدى الكبار الراشدين من السكان ليست قابلة دائماً للتطبيق على الأطفال. إلا

للأطفال ذوي الإعاقات غير متوافره، فإن أساليب الإحصاء الأخرى كالتعدادات السكانية، والمسوح العامة ومسوح الأسر المعيشية الموجهة، والمقابلات مع المُبلغين الأساسيين عن المعلومات، قد استُخدمت وما تزال تُستخدَم في عملية تقدير انتشار الإعاقات.

من المُحتمل أن تُقدّر أدوات جمع البيانات العامة عدد الأطفال ذوي الإعاقات بأعداد تقل عن أعدادها الحقيقية.^{١٢٩} فالأدوات تستخدم سؤالاً عمومياً أو سؤالاً تصفية، مثل هل يوجد أم لا يوجد أي شخص «مُعاق» بين أفراد الأسرة المعيشية. أو تستخدم الأسئلة نفسها مع جميع أفراد الأسرة بصرف النظر عن أعمارهم. ومن المُحتمل أن يُفعل الأطفال، على وجه الخصوص، في المسوح التي لا تسأل عنهم تحديداً.^{١٣٠}

أنتجت المسوح الأسرية الموجهة، التي تتناول على وجه التحديد مسألة إعاقات الأطفال، أو التي تشتمل على تدابير صُممت خصيصاً من أجل تقييم إعاقات الأطفال، نتائج أكثر دقة مقارنةً مع مسوح الأسر أو التعدادات السكانية التي تسأل عن الإعاقات بشكل عام.^{١٣١} وتميل هذه المسوح إلى الإبلاغ عن

كمبوديا



الغرض والعواقب

تمثل الجهود، التي تبذل من أجل قياس مستوى انتشار إعاقات الأطفال، فرصةً لربط عملية التقييم مع استراتيجيات التدخل. وتوفر عملية التقييم، في أغلب الأحيان، الفرصة الأولى لتحديد الأطفال ذوي الإعاقات والإشارة إليهم، أو لتوفير شكل من أشكال الرعاية الفورية لهم. ولسوء الطالع، فإن القدرات والموارد، اللازمة للتقييم والدعم اللاحقين للأطفال الذين تثبت إعاقته بعد الفحص، غالباً ما تكون نادرة.^{١٣} ويجب استكشاف مدى إدراك الدور البالغ الأهمية الذي يلعبه كل من التدخل المبكر، وإمكانية ربط عملية الفحص والتقييم مع التدخلات البسيطة، وعلى وجه الخصوص في بيئات الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط.

تساعد البيانات التي ترصد أنواع إعاقات الأطفال ودرجات شدتها، والحوادث التي تقع في طريق تأدية الأطفال ذوي الإعاقات ووظائفهم ومشاركتهم في المجتمع، عندما تتحد مع المؤشرات الاجتماعية الاقتصادية ذات الصلة، تساعد كلها في اتخاذ قرارات عن علم ومعرفة بشأن كيفية تخصيص الموارد، والقضاء على الحواجز، وتصميم الخدمات وتوفيرها، وكيفية تقييم هذه التدخلات تقيماً مفيداً ذا معنى. ويمكن، على سبيل المثال، استخدام البيانات لتحديد ما إذا كان أي من الدخل، أو نوع الجنس الاجتماعي، أو وضع الأقلية يؤثر في التعليم، أو في إعطاء التحصين من الأمراض أو المكملات الغذائية للأطفال ذوي الإعاقات. وتُمكن المراقبة الدورية من

أن العديد من أدوات المسح تستخدم مجموعة منفردة من الأسئلة لكل المجموعتين.

وتشتمل الأمثلة التي تُساق على الأسئلة ذات الملاءمة المحدودة للأطفال، على الأسئلة التي تتعلق بالسقوط على الأرض أو بفقْدان الذاكرة، بالإضافة إلى الأسئلة التي تتعلق بالمهام التي قد لا يستطيع الأطفال إنجازها بصفة مُستقلة؛ وذلك لأنهم أصغر سناً مما ينبغي لإنجازها.

فبالأسئلة التي تربط الإعاقة بالمُسنين من السكان ليست ملائمة لتقييم الأطفال، لا بل إنها ربما تُثير تحيزاً في ذهن المُستجيب لما ينبغي له أن يعتبره إعاقةً، مما يؤثر على طبيعة الاستجابة ونوعيتها. ١٢٩. ومن أجل تقييم الإعاقات لدى الأطفال بدقة، يجب توخي الحيلة والحذر في استخدام الاستبيانات التي تُصمم خصيصاً لهذا الغرض.

يستند العديد من أدوات جمع البيانات، بما في ذلك مسح الأسر المعيشية والتعدادات السكانية، إلى الاستجابات المقدمة من الآباء والأمهات فقط، إذ يُتوقع عادةً أن يُقيم مانحو الرعاية أوضاع إعاقات الأطفال الذين يتولون رعايتهم، وأن يبلغوا عنها. ومع أن الوالدين ومقدمي الرعاية يكونون، في أغلب الأحيان، في وضع جيد، يؤهلهم لتحديد الصعوبات التي قد يواجهها أطفالهم في تأدية مهام مُحددة، إلا أن استجاباتهم وحدها لا تكفي لتشخيص الإعاقات أو لتحديد مدى انتشارها. ويتطلب التقييم الدقيق للإعاقات في الأطفال فهم شامل للسلوكيات الملائمة للعمر.

فقد يكون لدى المُستجيبين للمسح معرفة محدودة بشأن نقاط القياس المرجعية المُحددة لتقييم الأطفال في كل مرحلة من مراحل النمو، كذلك قد لا يكون أولئك في وضع يسمح لهم باكتشاف تجليات أنواع مُحددة بعينها من الإعاقات اكتشافاً كافياً. كذلك من المُمكن أن تُسبب حالات مؤقتة مُحددة، كالتهاب الأذن مثلاً، صعوبات شديدة في تأدية مهام مُعيّنة، وأن يبلغ عنها كنوع من أنواع الإعاقة.

وقد يغفل الآباء والأمهات أيضاً، في الوقت نفسه، عن إشارات مُعيّنة، أو قد يترددون في الإبلاغ عنها، وذلك بسبب الافتقار إلى تقبل الإعاقة، أو بسبب وصمة العار التي تحيط بالإعاقة في مجتمعهم. أما اختيار المصطلحات المُستخدمة في الاستبيان، فإن هذا الاختيار إما أن يعزز هذه الظاهرة المُحرّفة إحصائياً والتمييزية اجتماعياً، وإما أن يُصححها.

تركيا

طُرحت ه أسئلة:

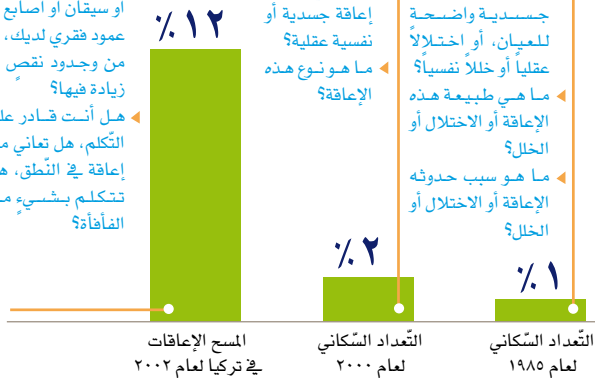
- هل تعاني من أي تشوه، أو قيود في الحركة، أو أمراض في العظام، أو وهن عضلي، أو عدم وجود أيد، أو أذرع أو أقدام أو سيقان أو أصابع أو عمود فقري لديك، أو من وجود نقص أو زيادة فيها؟
- هل أنت قادر على التكلّم، هل تعاني من إعاقة في التلّوق، هل تتكلّم بشيء من الفأفة؟

طُرِح سؤالان:

- هل تعاني من أي إعاقة جسدية أو نفسية عقلية؟
- ما هو نوع هذه الإعاقة؟

طُرحت ٣ أسئلة:

- هل لديك إعاقة جسدية واضحة للعيان، أو اختلالاً عقلياً أو خللاً نفسياً؟
- ما هي طبيعة هذه الإعاقة أو الاختلال أو الخلل؟
- ما هو سبب حدوثه الإعاقة أو الاختلال أو الخلل؟



تقييم ما إذا كانت المبادرات، التي صُممت لمنفعة الأطفال، تُلبي أهدافهم أم لا تُلبيها.

الأطفال لا يعتبر عذراً لإرجاء القيام بعمل ذي مغزى نحو شمول هؤلاء الأطفال. فكلما نشأت بيانات وتحليلات جديدة، فإنها سوف توفر فرصاً لتكييف البرامج الموجودة والمخططة لها للأطفال ذوي الإعاقات وأسريهم.

ثمة حاجة واضحة لتناغم عملية قياس إعاقات الأطفال من أجل إنتاج تقديرات موثوق بها، وصالحة للاستعمال ويمكن مقارنتها على المستوى الدولي. ومن شأن هذا التناغم أن يُسهل قيام الحكومات وشركائها الدوليين بتقديم الاستجابات السياساتية والبرامجية المناسبة، وبالتالي تحقيق أحد متطلبات اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة. غير أن الوضع الحالي المُجزأ لعملية جمع البيانات الخاصة بإعاقات

طريقة لاستشراف المستقبل

تُجري اليونيسف مشاورات من أجل تحسين المنهجية المُستخدمة في قياس إعاقات الأطفال في المسوح العنقودية مُتعددة المؤشرات، وفي غيرها من الجهود التي تُبذل لجمع البيانات. ويُفد هذا العمل بالشراكة مع فريق واشنطن المعني بإحصاءات الإعاقات، ومكاتب الإحصاء الوطنية ووكالات جمع البيانات، والأكاديميين، والممارسين، ومع المنظمات المعنية بالأشخاص ذوي الإعاقة وغيرها من الأطراف المعنية الأخرى. ويُنظر إلى الشراكة على أنها أمرٌ ضروري لتحقيق نُظم مراقبة وإبلاغ يُمكن الوثوق بها وذات صلة على المستوى العالمي بشأن إعاقة الطفل.

تأسس فريق واشنطن المعني بقياس إحصاءات الإعاقات في عام ٢٠٠١ تحت رعاية الأمم المتحدة، وذلك بهدف تحسين نوعية التدابير المعنية بالإعاقات ومستوى قابليتها للمقارنة دولياً. وقد طُور الفريق أو صادق على الأسئلة بشأن الإعاقات في أوساط الكبار الراشدين، والتي استخدمها العديد من البلدان في عمليات التعداد السكاني والمسوح. وبدأ فريق واشنطن، في عام ٢٠١٠، العمل على وضع وتطوير مجموعة من الأسئلة لقياس تأدية الوظائف والإعاقة في أوساط الأطفال والشباب.

يُستند العمل، الذي تقوم به اليونيسف وفريق واشنطن، بهدف تطوير أداة للفحص تعكس التفكير الحالي بشأن تأدية الأطفال ووظائفهم وإعاقاتهم، إلى إطار مفاهيمي لتصنيف منظمة الصحة العالمية لموضوعات تأدية الوظائف، والإعاقة والصحة لدى الأطفال والشباب. وتُركز أداة الفحص تلك، التي هي قيد التطوير حالياً، على الحدود التي تُقيّد النشاطات، والتي يُراد منها المساعدة في خدمة أغراض أي دولة منفردة في تحديد أولئك الأطفال المُعرضين لخطر الإقصاء الاجتماعي والمشاركة الاجتماعية المُخفضة في الحياة الأسرية أو التعليم على سبيل المثال لا الحصر. ويهدف هذا الجهد التعاوني إلى تطوير وحدة مسح مستقلة «module»، تُعنى بتأدية الطفل ووظائفه وإعاقاته، الأمر الذي من شأنه أن يُنتج أرقاماً قابلة للمقارنة على المستوى الوطني، وأن يُعزّز تناغم البيانات المتوافرة عن تأدية الأطفال ووظائفهم وعن إعاقاتهم على المستوى الدولي. تُغطي تلك الوحدة المستقلة الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٢ عامين و١٧ عاماً، وهي تُقيّم النطق، واللغة، والسمع، والبصر، والتعلم (التطوّر الإدراكي والفكري)، ومهارات التنقل والحركة، والانفعالات والسلوكيات. وتشتمل أداة الفحص أيضاً، بالإضافة إلى تلك الأنواع الأساسية من الأنشطة، نسبياً، على جوانب قدرات الأطفال على المشاركة في نطاق واسع من النشاطات والتفاعلات الاجتماعية. وعضواً عن الاعتماد على نهج بسيط قائم على الإجابة "نعم" أو "بلا"، تُقيّم جوانب قدرات الطفل هذه استناداً إلى مقياس تصنيفي، وذلك لإظهار درجة الإعاقة، بشكل أفضل.

وتُوجد قيد التطوير أيضاً منهجية كئيّة موحدة ومعبرة لإجراء المزيد من التقييم المُعمّق لإعاقات الأطفال. وسوف تتألف هذه المنهجية من بروتوكولات لجمع البيانات ومن أدوات للتقييم، بالإضافة إلى احتوائها على إطار لتحليل الاستنتاجات. ومع الإقرار بوجود نقص في أصحاب الاختصاص في بعض المجالات، فإنه يجري تصميم حقيبة أدوات لتمكين المُدرّسين، والعاملين في مجال المُجتمعات وغيرهم من المهنيين المُدرّبين، من إدارة المنهجية الجديدة. وسوف يعمل هذا الجهد على تعزيز القدرات المحلية على تحديد الأطفال ذوي الإعاقات وتقييمهم.

الدروس المستفادة

تدعم اليونيسف، منذ عام ١٩٩٥، البلدان في تتبّع التّقدم المُحرز في المجالات الرّئيسة المعنية برفاه النّساء والأطفال من خلال المسوح العنقودية مُتعدّدة المُؤشّرات (MICS). فقد أُجريت تلك المسوح المعنية بالأسر المعيشية، والتّمثيلية على المستوى الوطني، في أكثر من ١٠٠ بلد من البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل، واشتملت بعض هذه المسوح على وحدة مستقلة مُصمّمة من أجل فحص إعاقات الأطفال. ويجري الآن البناء على هذه المعلومات بهدف تصميم أداة قياس مُحسّنة لتقييم إعاقات الأطفال.

لقد أصبحت الإعاقة جزءاً من استبيانات المسح العنقودي متعدد المؤشّرات في الفترة بين عامي ٢٠٠٠ - ٢٠٠١ (المسح العنقودي متعدد المؤشّرات - ٢ «MICS2»). ومنذ ذلك الحين، تُجمع البيانات عن الإعاقات من خلال ما يزيد عن ٥٠ مسحاً، مما يجعل المسح العنقودي متعدد المؤشّرات أكبر مصدر للبيانات الخاصة بإعاقات الأطفال القابلة للمقارنة في البلدان ذات الدّخل المُخفض والمتوسّط.

الوحدة المستقلة الموحّدة، الخاصة بالإعاقة والمشمولة في المسح العنقودي متعدد المؤشّرات، الذي أُجري في الفترة ما بين ٢٠٠٠ و٢٠١٠، هي الفحص المُكوّن من ١٠ أسئلة (TQ)، والذي طُوّر كجزء من الدّراسة الدّولية الريادية للإعاقات في سنّ الطّفولة في عام ١٩٨٤. ويعكس تصميم هذه الوحدة الكيفية التي فُهِمَت بوساطتها الإعاقة، وقيست في ذلك الحين.

تبدأ عملية الفحص المُكوّن من ١٠ أسئلة بإجراء مقابلة مع مانحي الرّعاية الرّئيسيين للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٢ سنتين و٩ سنوات، حيث يُطلَب من مانحي الرّعاية تقديم تقييم شخصي عن التّطور الجسدي والعقلي للأطفال الذين هم تحت رعايتهم، وعن قدرتهم على تأديتهم ووظائفهم الجسمية. وتشتمل الأسئلة على ما إذا كان يبدو أنّ الطّفل يعاني أم لا يعاني من صعوبة في السّمع، أو ما إذا كان يبدو أنّ الطّفل يفهم أو لا يفهم التّعليمات، أو ما إذا كان الطفل يعاني أو لا يعاني من التشنّجات أو فقدان الوعي، أو ما إذا كان قد تأخّر أم لم يتأخّر في الجلوس، أو الوقوف أو المشي مقارنةً مع الأطفال الآخرين. ولا تتكيّف فئات الاستجابة مع الاختلافات البسيطة، ويصنّف الأطفال حسب نتيجة الفحص: إما إيجابية وإما سلبية، لكل سؤالٍ من الأسئلة.

لقد جرى فحص صلاحية هذا النّهج المُكوّن من ١٠ أسئلة على نطاق واسع، إلا أنّه يجب توخّي الحذر في تفسير النّتائج التي تتمخّض عنه. فهذا الفحص المُكوّن من ١٠ أسئلة هو عبارة عن أداة للفحص، ويتطلّب تقييماً طبياً ونمائياً لأغراض المتابعة لكي يَنبُج عنه تقدير يمكن الوثوق به لعدد الأطفال ذوي الإعاقات، من مجموع كامل السكان ذوي الاعاقات. كذلك هناك احتمالية كبيرة بأن تكون نتيجة فحص الأطفال، الذين يعانون من إعاقات شديدة، إيجابية، ولكن قد يُكتشَف - بعد إجراء تقييم إضافي لحالات هؤلاء الأطفال - بأن بعض الأطفال الذين تكون نتيجة فحصهم إيجابية،

لا يكون لديهم إعاقة. ومن الممكن أنّ تكون نتيجة الفحص الإيجابية لبعض الأطفال ناجمةً عن أوضاع صحيّة مُؤقتة يُمكن مُعالجتها بسهولة. فمع أنّ الفحص المُكوّن من ١٠ أسئلة يأتي مصحوباً بتوصية تقتضي أن يتبّع هذا الفحص بإجراء تقييم مُعمّق، إلا أنّ القليل من البلدان لديها الموازنات أو القدرات لإجراء التقييم السريري للمرحلة الثانية للتصديق على النّتائج، كذلك فقد أدّى الافتقار إلى وجود منهجية معيّرة وموحّدة لإجراء التقييم إلى المزيد من إعاقة إجراء التقييم السريري.

أسفر تنفيذ الفحص المُكوّن من ١٠ أسئلة خلال إجراء المسح العنقودي متعدد المؤشّرات، الذي أُجري في الفترة بين عامي ٢٠٠٥ - ٢٠٠٦، عن مدى واسع من النّتائج في جميع أنحاء البلدان المشاركة: فقد تراوحت النسبة المئوية للأطفال الذين، كانت نتيجة فحصهم بحثاً عن الإعاقة إيجابية، بين ٣٪ في أوزبكستان وبين ٤٨٪ في جمهورية أفريقيا الوسطى. ولم يكن واضحاً ما إذا كان هذا التباين يعكس اختلافات حقيقية في أوساط السّكان الذين استُخدموا في العيّنة، أو ما إذا كان يعكس عوامل إضافية. فعلى سبيل المثال، ربما كان المعدّل المُخفض المُبلّغ عنه، في أوزبكستان يعكس، من بين أشياء أخرى، وجود عدد كبير من فئة الأطفال ذوي الإعاقات يعيشون في المُوسّسات التي لا تخضع لمسوح الأسر المعيشية.

من الفحص إلى التقييم

يتفق خبراءُ قياس إعاقات الأطفال على أن الجهود المبذولة في عملية الفحص، كالمقابلات الشخصية التي تستخدم الفحص المُكوّن من ١٠ أسئلة مثلاً، بحاجة إلى يتبعها إجراء تقييمات مُعمّقة. وتتيح هذه التقييمات المُعمّقة المجال للتحقق من صحة نتائج الفحص الأولي، كذلك تجعل تحقيق فهم أفضل لمدى وطبيعة إعاقات الأطفال أي بلد من البلدان أمراً ممكناً. فكمبوديا، وبوتان وجمهورية مقدونيا اليوغوسلافية السابقة هي ثلاثة بلدان قد قامت بتنفيذ هذه التقييمات. وتوفّر خبرات هذه البلدان دروساً مُستفادة مهمة لقياس إعاقات الأطفال، ولتعديل المنهجية لتناسب السياق المحلي. وتؤكد خبرات تلك البلدان وتقر أيضاً بالقوة التحويلية التي تمتلكها عملية جمع البيانات.

ففي كمبوديا، أُحيل جميع الأطفال الذين كانت نتيجة فحصهم إيجابية، ونسبة ١٠٪ مختارة عشوائياً من الأطفال الذين كانت نتيجة فحصهم سلبية - بموجب الفحص المكون من ١٠ أسئلة، إلى تقييمات إضافية من فريق مُتعدّد الخبرات المهنية يضم أطباء، واختصاصيين في السمع والبصر واختصاصيين نفسيين. وقد درّب الفريق وأرسل إلى جميع أرجاء كمبوديا من أجل إجراء تقييمات لإعاقات الأطفال في المراكز الصحية المحلية والمنشآت المماثلة لها. وقد اتخذ قرار استخدام

فريق مُتنقل من الاختصاصيين لضمان تحقيق جودة مُتسقة للفحص في جميع أنحاء البلاد، ولتقليص مدة التأخير بين الفحص والتقييم.

طبّق النهج الذي استخدم في انتقاء العينة نفسه في بوتان، حيث حدّدت مرحلة الفحص ٣,٥٠٠ طفل معرض للخطر، من أصل العينة البالغ عددها ١١,٣٧٠ طفلاً. وتلقّى فريق أساسي مُكوّن من سبعة مهنيين تدريباً لمدة أسبوعين على كيفية إجراء التقييم. وقد كان المهنيون مسؤولين، بالتناوب، عن تدريب ١٢٠ مهني آخر يعملون في مجالي الصحة والتعليم. وبعد ذلك قسّم هؤلاء المهنيون إلى مجموعتين: تكوّنت المجموعة الأولى من ٣٠ مشرفاً ووظفوا من بين الأطباء العامّين الممارسين، والاختصاصيين في طب الأطفال، واختصاصيي العيون، والمعالجين الطبيعيين المُربّين الخاصّين. أمّا المجموعة الثانية المُكوّنة من ٩٠ مساحاً ومقيماً ميدانيين فقد ضمت، بشكل كبير، معلّمي المدارس الابتدائية والعاملين في المجال الصحي.

استُخلصت المنهجية المُستخدمة في جمهورية مقدونيا (إحدى جمهوريات يوغوسلافيا سابقاً) من المنهجية التي استُخدمت في كمبوديا، مع إجراء بعض التكييفات عليها، التي صاغها أصحاب الخبرات الفنية والأدوات المتوافرة في السياق المحلي. وقد أُجريت دراستان:

دراسة وطنية ودراسة أخرى تُركّز على السكّان الفجر. ويتضمن التقييم قضاء ساعة مع الطبيب العام والاختصاصي النفسي، بالإضافة إلى تقييم مدته ١٠ دقائق إلى ١٥ دقيقة مع اختصاصي العيون واختصاصي السمع.

توضّح الخبرات المُكتسبة في البلدان الثلاث أهمية الشراكات في حشد الموارد المحدودة وضمان تحقيق مُعدّلات استجابة مُرتفعة، الأمر الذي يوفر بدوره استنتاجات متينة. وقد ضمت هذه الشراكات المؤسسات الحكومية وشركاءها الدوليين، والمنظّمات المعنية بالأشخاص ذوي الإعاقات وغيرها من منظمات المُجتمع المدني. كذلك فقد مكّن الشركاء، في جمهورية مقدونيا، على سبيل المثال، من إجراء التقييمات في رياض الأطفال المحلية أثناء عطلات نهاية الأسبوع، التي كانت ملائمة للأطفال ولأسرهم.

من المُهم أيضاً مواءمة تركيبة فريق العمل الأساسي، ونوع الأدوات المُستخدمة لتلائم مع القدرات المحلية. فقد واجهت كمبوديا وبوتان، في الوقت الذي أُجريت فيه الدراسة، نقصاً في المُقيمين المؤهلين. ففي كمبوديا، تمّ التعلّب على هذا النقص عن طريق توظيف فريق تقييم مُتنقل، في حين صبّت بوتان جُلّ تركيزها على تدريب المهنيين ذوي المستوى المُتوسّط. ولا يمكن

يجب إدراج استراتيجية في التقييم، تُعنى بالتدخل نيابة عن الأطفال الذين حُدِّدوا بأنهم يعانون من إعاقات، منذ المراحل الأولى لعملية التخطيط.

يجب أن تشمل هذه الاستراتيجية على دراسة مسحية للخدمات المتوفرة، وعلى تطوير بروتوكولات الإحالة، وإعداد مواد تثقيفية للأسر حول كيفية تعديل البيئات المحيطة بالأطفال بهدف تعزيز تأديته الوظائف والمشاركة في الحياة المنزلية والمجتمعية من جانب هذه الشريحة من الأطفال.

مشاركتهم في المدارس. وبمجرد تحديد أولئك الأطفال، عُولِجت حالاتهم بسهولة، مما أدى إلى منع حدوث مزيد من الالتهابات الثانوية الخطيرة ومن الاعتلالات طويلة الأمد.

من الممكن أن يساعد التقييم أيضاً في رفع درجة الوعي، وفي توليد شرارة التغيير حتى في الوقت الذي كانت ما تزال فيه عملية جمع البيانات وتحليلها تجري على قدم وساق. وعندما أظهرت التقييمات السريرية في بوتان مستوى مرتفع من حالات حدوث الإعاقات الإدراكية المعتدلة، في أوساط الأطفال الذين ينحدرون من أسر معيشية أفقر، وفي أوساط أولئك الأطفال الذين حصلت أمهاتهم على مستوى من التعليم أقل، قرَّرت الحكومة التركيز على خدمات تنمية الطفولة المبكرة وخدمات رعاية الأطفال في المناطق الريفية، حيث تكون مستويات الدخل والتعليم أقل. وفي جمهورية مقدونيا، حفزت الاستنتاجات، التي كشفت النقاب عن عدم المساواة في الحصول على التعليم، جهود وضع الخطط الهادفة إلى تحسين المشاركة في المدارس، ومحاورة التمييز ضد الأطفال ذوي الإعاقات.

كما يجب إدراج استراتيجية في التقييم، تُعنى بالتدخل نيابة عن الأطفال الذين حُدِّدوا بأنهم يعانون من الإعاقات، منذ المراحل الأولى لعملية التخطيط. كذلك

التسليم بتوافر المهنيين داخل البلدان، ففي حالة كمبوديا، استُقدِم اختصاصي بارز في مجال السَّمع من الخارج.

يجب التَّحقق من صلاحية أدوات التَّقييم: الاستبيانات والاختبارات، على المستوى المحلي، ويجب أن تكون ملائمة من الناحية الثقافية. كذلك يجب إيلاء اللغة المُستخدمة اهتماماً شديداً. فقد كانت إحدى التَّحديات، التي واجهت كمبوديا في هذا المجال، تتعلَّق بترجمة أدوات التَّقييم من اللغة الإنجليزية إلى اللغة الخميرية (الكمبودية)، وخصوصاً التَّحدِّي الذي تمثَّل في إيجاد مُصطلحات لغوية مرادفة لمفاهيم الاعتلال والإعاقة.

تمَّت مراجعة استمارة التقييم التشخيصي المُستخدمة في الدراسة الكمبودية لتناسب مع جمهورية مقدونيا، كذلك استُخدم اختبار «Chaturich» المحلي للمكوّن النَّفسي من عملية التَّقييم.

التقييم يقود إلى العمل

تُرافقُ عملية التَّقييم إمكانية التَّدخل الفوري في حالات الإعاقة. ففي كمبوديا، وُجِدَ أنَّ الأطفال، الذين كانت نتيجة فحصهم إيجابية وأنهم يعانون من اعتلال سمعي، كانوا يعانون من التهاب في الأذن أو من تراكم شمع الأذن. وقد أدَّى ذلك إلى الحدِّ من قدرتهم على السَّمع، وفي حالات أخرى، إلى الحدِّ من

الأطفال ذوو الإعاقات من السكان الأصليين من الغياب عن الأنظار إلى الشمول

بقلم أولغا مونتوفار كونتريراس

الحال سابقاً، من الصعوبة المفرطة الوصول إلى الخدمات، وتغطية النفقات الإضافية التي يُسببها فرد من أفراد الأسرة يعاني من إعاقة. ويستمر الفقر الساحق، والعزلة الجغرافية والتهميش السياسي على حالها كلها، لا بل ويعززها التمييز والتعامل. ويمكن أن تكون عواقب ذلك وخيمة: فالعديد من الأمهات، الضعيفات واللواتي يفترن إلى القوة اللازمة لتغيير الأمور، يبقين صامتات بشأن حالتنا أو يلجأن إلى قتل الأطفال الرضع.

أسرتي هي واحدة من الأسر القلائل التي تُظهر تضامناً تجاه أبنائها وبناتها من ذوي وذوات الإعاقات. ففي حالتنا، كان سبب هذا التضامن، في جزء منه، يعود إلى أننا كنا قد هاجرنا إلى المدينة، وكان بمقدورنا الحصول على سكن أقرب إلى مرافق الخدمات. ولكن في ظل الظروف البائسة التي يعيش فيها معظم الأسر في بلادنا، فإن انتهاكات حقوق الإنسان شائعة، وتتشعل في إشعال شرارة القلق في أوساط الآخرين. وهذا هو السبب الكامن وراء ضرورة حشد الإرادة والموارد لاتخاذ عملٍ مفيد ذي مغزى.

إن الافتقار إلى البيانات الخاصة بمجتمعات السكان الأصليين، بصورة عامة، وبأطفالنا ذوي الإعاقات، بصورة

لقد اضطر السكان الأصليون، منذ فترة طويلة، للعيش في حال من الفقر المدقع، والتمييز والإقصاء من المجتمع والخدمات الاجتماعية. فالأولاد والبنات ذوو الإعاقات، داخل مجتمعاتنا، هم أكثر الناس استضعافاً وعرضة للخطر، وأمورهم تسير إلى الأسوأ. ويستمر تهميشهم رغم وجود ثلاثة صكوك معنية بحقوق الإنسان - ألا وهي: اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، وإعلان الأمم المتحدة بشأن حقوق السكان الأصليين، واتفاقية حقوق الطفل، تمنحنا فرصة تاريخية لمعالجة التحديات التي يواجهها الأطفال ذوو الإعاقات من السكان الأصليين.

لقد نَمَوْتُ وكبرت في مجتمع للسكان الأصليين وأنا أعاني من إعاقة جسدية سببها شلل الأطفال. وقد رأيتُ، وعلى الرغم من انقضاء السنوات، أن الوضع قد تغير قليلاً، هذا إن تغير أصلاً. ففي الوقت الحاضر، تماماً كما كان الحال عندما كنت صغيرة، يُنبذ الأطفال ذوو الإعاقات، ويمتد رفضهم من المجتمعات ليصل إلى رفضهم كذلك من جانب والديهم وأشقائهم؛ وذلك لأن الإعاقة يُنظر إليها أنها بمثابة عقاب إلهي؛ ولأن الأطفال ذوي الإعاقة يُنظر إليهم على أنهم مسؤولة تقع على عاتق المجتمع. ففي الوقت الحالي، كما كان



«أولغا مونتوفار كونتريراس» هي رئيسة مؤسسة خطوة بخطوة «Step by Step Foundation». وهي مؤسسة متعدّدة الثقافات تعمل على تعزيز تميم الشمول الاجتماعي للسكان الأصليين في المكسيك. وقد تدرّبت «أولغا»، وهي ابنة لأُم صمّاء، كمهندسة، وتحمل درجة الماجستير في السياسات التنموية والاجتماعية.

تكون عملية جمع البيانات صعبة: فأسر السّكان الأصليين قد تكون مبعثرة في مناطق نائية. وقد لا يكون هناك عدد كافٍ ممن يجرون المقابلات، يتكلمون اللغات الأصلية.

بلغات السّكان الأصليين، والتدريب غير اللائق الذي يحصل عليه المعلّمون بشأن التّعليم الشمولي. وهذا الافتقار إلى التّدريب يُصعّب أكثر عملية شمول الأطفال ذوي الإعاقات. ونتيجةً لذلك، فإنّنا نُجبرُّ على الاعتماد على النوايا الحسنة للمعلّمين الأفراد لقبول التّحدي المتّصل في شمول الأطفال ذوي الإعاقات من السّكان في الغرف الصفية التي يتولّون المسؤولية عنها.

وفي المكسيك، كما هو الحال في كل مكان، تُكافح الحكومات، والوكالات الدّولية والمجموعات المجتمعية من أجل القضاء على الفجوة بين الوضع المثالي، وما هو مُمكن من الناحية العملية حالياً. يجب علينا أن نواصل العمل مع بعضنا بعضاً لضمان طفولة أكثر عدلاً وإنصافاً، ولتحويل حياة البنات والأولاد ذوي الإعاقات من السّكان الأصليين عن طريق الأمل والفرصة، حتى يتحرّروا هم أيضاً ويطلقوا العنان لأحلامهم.

يجب أيضاً تصحيح مشكلة الافتقار إلى إمكانية الوصول إلى نظام التعليم العام. فشمول الأطفال ذوي الإعاقات من السّكان الأصليين أمرٌ مطلوبٌ، بموجب اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة. إلا أنّ الشّمول، في الحياة العملية، غالباً ما يكون بعيداً عن تناول الأطفال في مجتمعاتنا: فقد تكون المسافات التي يتعيّن عليهم قطعها يومياً للوصول إلى المدرسة عاملاً مانعاً، والقليل من المدارس لديها الحد الأدنى من الخدمات والتسهيلات التي تجعل عملية التّعلم متاحةً. ومرةً أخرى، فإنّ ممارسات المُجتمع التقليدية تُسهّم في نقص شمول هؤلاء الأطفال في التعليم. ويُحدّد زعماء القبائل الأدوار المنوطة بالأولاد والبنات منذ ولادتهم، وإذا كان أحد الأطفال يعاني من إعاقة، فيعتدُّ بصورة عامة، بأن إرساله إلى المدرسة مضيعةٌ للوقت، كما أنّه يشكل عبئاً اقتصادياً لا داعي له على الأسرة. ويعتقد العديد من الأشخاص بأن الأفراد ذوي الإعاقات هم أشياء مكسورة، ولن تكون مُفيدة حتى لو جرى إصلاحها. أما الوضع بالنسبة إلى الفتيات فهو أسوأ بكثير، لأنّ الحصول على الإذن أصعب علينا مقارنةً مع الأولاد ذوي الإعاقات.

وحتى وإن تغلّبنا على وصمات العار التي لدى المجتمع، وتمكّنا من الانتظام على مقاعد الدراسة، فإنّ معلّمينا يواجهون عائقين، ألا وهما: المعرفة غير الكافية

خاصة، هي إحدى المُشكلات المُلمّحة التي تجب معالجتها. قد تكون عملية جمع البيانات صعبةً: فغالباً ما تكون الأسر المعيشية من السّكان الأصليين مبعثرةً في مناطق نائية. وقد لا يكون هناك عددٌ كافٍ، ممن يجرون المقابلات، يتكلمون اللغات الأصلية. وفي كثير من الحالات، تُتكرّر الأسر وجودنا أمام الأشخاص الذين يُجرون المسوح. وحتى عندما يقرّ الآباء والأمهات بوجودنا ويريدون دعمنا، فقد ينتهي بهم المطاف إلى توفير معلومات غير كافية عنّا؛ لأنّهم لا يملكون إلا الشيء الضئيل منها بدايةً، وذلك نظراً لوجود عدد قليل من الخدمات المعنية بالفحص، هذا إن وُجدت أصلاً. ولأنّ الافتقار إلى هذه الخدمات يُسهّم في إبقائنا غير ظاهرين للعيان، فإنّه يُشكّل تهديداً لحالتنا الجسدية والفكرية. أضف إلى ذلك كلّهُ أنّ الأولاد والبنات ذوي وذوات الإعاقات لا يُسجّلون عند ولادتهم، في أغلب الأحيان، وهذا هو أحد العقبات الرئيسية التي تقف في طريق الاعتراف بمواطنتنا وحقنا في الحصول على الخدمات العامة. ويجب أن يُحفّز هذا الوضع إجراء أبحاث بشأن الأطفال ذوي الإعاقات في أوساط السّكان الأصليين، ويمكن أن تكون النتائج نقطة بداية لوضع وتطوير السياسات والخدمات العامة التي تُلبّي حاجاتنا وتضمن حقوقنا.



«نَعْوِين»، الذي يعاني من التَّوَحُّد، ينتظم في أحد الصِّفوف الدراسية، مُصمِّم على وجه التَّحديد على تلبية حاجاته في مركز «دانانغ» لموارد التعليم الشمولي في فيتنام. وقد أنشئت هذه المراكز لمساعدة الأطفال على الاستعداد لقبولهم في مدارس التعليم العام الشَّمولِيَّة. © يونيسف / فيتنام / ٢٠١٢ / يسين

أجندة للعمل

أكدت دول العالم، مراراً وتكراراً، التزامها ببناء مجتمعات أكثر شمولاً. ونتيجةً لهذا الالتزام، فقد تحسّن وضع العديد من الأطفال ذوي الإعاقات وأسرهم.

وتقدّمها تتناظم مع تلك الصّكوك الدوليّة. وسوف يتطلّب الوفاء بالوعود التي قطعتها تلك الاتفاقيات الإنفاذ الجبري الجادّ، إلى جانب ما يتطلّبه أيضاً من المراقبة الشديدة والالتزام من الجميع، بعزم لا يلين، بالمساءلة والتكّيّف.

مكافحة التمييز

يمكن التمييز في جذور العديد من التحدّيات التي يواجهها الأطفال ذوو الإعاقات وأسرهم. ويجب أن تنعكس مبادئ المساواة في الحقوق وعدم التمييز في القوانين والسياسات، ولا بُدّ من استكمالها عن طريق الجهود، وذلك بهدف تعزيز مستوى الوعي بشأن الإعاقة في أوساط عامة الناس، ابتداءً من أولئك الذين يُقدّمون الخدمات الأساسية للأطفال في مجالات الصحة، والتعلّم والحماية مثلاً. ولهذه الغاية، تستطيع الوكالات الدوليّة وحكوماتها وشركاء المجتمع زيادة جهودهم لتزويد المسؤولين والموظّفين الحكوميين على جميع مستويات الأقدمية الوظيفية بفهم أعمق لحقوق الأطفال ذوي الإعاقات ولقدراتهم وللتحدّيات التي يواجهونها، وذلك حتى يكون صنّاع السياسات ومقدّمو الخدمات قادرين على التغلّب على التحدّيات - سواءً أكان من المجتمع أم منهم أنفسهم.

فعندما تتقبل المجتمعات الإعاقة كجزءٍ من التنوّع الإنساني، وعندما تكون الأنظمة العمومية، كالتعلّم والأنشطة الترفيهية مثلاً متوافرة وشمولية، وعندما لا يُجبر الآباء والأمهات على تحمّل جميع التكاليف الإضافية المرتبطة بالإعاقة، فإنّه سوف يكون بمقدور أسر الأطفال ذوي الإعاقات التكيّف والازدهار، كغيرها من الأسر الأخرى. ويمكن لمنظّمات الآباء والأمهات أن تلعب دوراً محورياً، كذلك يجب تعزيز تلك المنظمات حتى تقوم أسر الأطفال ذوي الإعاقات ومجتمعاتهم بثمين وجود الأطفال ذوي الإعاقات ورعايتهم والاعتزاز بهم، ودعمهم.

ومع كلّ ذلك، فقد تفاوتت التقدّم المحرّز داخل البلدان وفيما بينها. إذ يستمرّ الكثير من الأطفال ذوي الإعاقات في مواجهة العقبات التي تقف في طريق مشاركتهم في الشؤون المدنيّة، والاجتماعية والثقافية الخاصة بمجتمعاتهم. وهذا يصحّ في الأوضاع التي يُمكن اعتبارها أوضاعاً طبيعيّة، وفي أثناء وقوع الأزمات الإنسانية. وتطبق التوصيات التالية بالتساوي، على وجه السرعة، في الأوضاع الإنسانية، وأما تطبيقها داخل ذلك السياق فهو مُفصّل في الفصل الخامس. إن تحقيق الوعد بالإنصاف من خلال الشمول يتطلب العمل في المجالات ومن جانب الجهات الفاعلة، المحدّدة كلّها أدناه وفي كلّ ثنايا هذا التقرير.

المصادقة على الاتفاقيات وتنفيذها

توفّر اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة واتفاقية حقوق الطفل توجيهاً مُفصّلاً من أجل تطوير المجتمعات الشمولية. ومع بداية هذا العام، بلغ عدد البلدان، التي كانت قد صادقت على اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، ١٢٧ بلداً إضافةً إلى بلدان الاتحاد الأوروبي، وعدد البلدان التي كانت قد صادقت على اتفاقية حقوق الطفل ١٩٣ بلداً. وبذلك، فقد أظهرت تلك البلدان التزاماً تجاه جميع مواطنيها. ومع ذلك ينبغي للبلدان الأخرى الانضمام إلى الحركة العالمية التي تمثّلها تلك البلدان التي صادقت على الاتفاقيتين.

إنّ المصادقة وحدها لن تكون كافية. إذ سوف يتطلّب الوفاء بهذه الالتزامات، في الممارسة العملية، جهوداً من جانب الحكومات الوطنية، والسّلطات المحليّة، وأصحاب العمل، والمنظّمات المعنية بالأشخاص ذوي الإعاقات، وروابط وجمعيات الآباء والأمهات. وبالإضافة إلى ذلك، فإنّ المنظّمات الدوليّة والجهات المانحة بمقدورها أن تجعل المساعدات التي

إنّ التمييز بسبب الإعاقة هو شكلٌ من أشكال الاضطهاد. فالتأسيس لاستحقاق واضح، وقانوني للحماية من التمييز، أمرٌ حيويٌّ في الحدّ من استضعاف الأطفال ذوي الإعاقات. وتُصبح التشريعات ذات معنى أكبر عندما يتمّ إبلاغ الأطفال ذوي الإعاقات بحقهم في الحماية من التمييز، وإرشادهم إلى كيفية ممارسة هذا الحق. فحيثما كانت التشريعات التي تحظر ممارسة التمييز على أساس الإعاقة غير موجودة، فإن المنظمات المعنية بالأشخاص ذوي الإعاقات والمجتمع المدني ككلّ سوف تستمرّ في أداء دور حاسم في الضغط نحو سنّ

قطعت الدّول الأطراف في اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة والأمم المتحدة ووكالاتها على أنفسها عهداً يقضي بإجراء حملات لرفع مستوى التوعية بهدف تغيير السلوكيات تجاه الأطفال ذوي الإعاقات وأسْرهم. ومن جملة أمور أخرى، سوف يشتمل ذلك العهد على إبراز قدرات هؤلاء الأطفال وطاقاتهم، وتعزيز المشاركة المجتمعية مع الأطفال ذوي الإعاقات وعن طريقهم. ويطلبُ من الدول الأطراف أيضاً توفير معلومات للأسر حول كيفية تجنب حالات الاستغلال، والعنف والإساءة والتعرُّف عليها والإبلاغ عنها.

اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة والبروتوكول الاختياري: التوقيعات والمصادقات.



البلدان التي
وقعت
الاتفاقية*

- أثيوبيا
- فيجي
- فنلندا
- فرنسا
- الغابون
- غامبيا
- جورجيا
- ألمانيا
- غانا
- اليونان
- غرينادا
- غواتيمالا
- غينيا
- غينيا بيساو
- غوايانا
- هايتي
- هندوراس
- هنغاريا
- آيسلندا
- الهند

البلدان التي
صادقت على
الاتفاقية*

- كوستاريكا
- ساحل العاج
- كرواتيا
- كوبا
- قبرص
- الجمهورية التشيكية
- جمهورية كوريا
- الديمقراطية الشعبية
- جمهورية الكونغو
- الديمقراطية
- الدنمارك
- جيبوتي
- دومينيكا
- جمهورية الدومينيكان
- الإكوادور
- مصر
- السلفادور
- غينيا الإستوائية
- إريتريا
- أستونيا

البلدان التي
وقعت
البروتوكول

- بوليفيا (دولة بوليفيا متعددة القوميات)
- البوسنة والهرسك
- بوتسوانا
- البرازيل
- بروناي دار السلام
- بلغاريا
- بوركينافاسو
- بوروندي
- كمبوديا
- الكاميرون
- كندا
- الرأس الأخضر
- جمهورية أفريقيا الوسطى
- تشاد
- تشيلي
- الصين
- كولومبيا
- جزر القمر
- الكونغو
- جزر الكوك

البلدان التي
صادقت على
البروتوكول

- أفغانستان
- ألبانيا
- الجزائر
- أندورا
- أنغولا
- أنتيغوا وبربودا
- الأرجنتين
- أرمينيا
- أستراليا
- النمسا
- أذربيجان
- جزر البهاما
- البحرين
- بنغلاديش
- باربادوس
- بييلاروس
- بلجيكا
- بليز
- بنن
- بوتان

*تشمل بلدان الاتحاد الأوروبي.

المصدر: UN Enable، مجموعة اتفاقيات الأمم المتحدة. للاطلاع على الملاحظات بشأن المصطلحات المستخدمة، راجع الصفحة ١٥٤.

هذه القوانين، تماماً كالدور الذي يؤديه في تقديم الخدمات وتعزيز الشفافية والمساءلة.

تفكيك الحواجز أمام الشمول

يُمكن بناء جميع البيئات المعنية بالأطفال، كمراكز الطفولة المبكرة، والمدارس، والمرافق الصحية، ووسائل النقل العام، والملاعب وغيرها، بهدف تسهيل إمكانية وصول الأطفال ذوي الإعاقات إلى تلك البيئات، وتشجيع مشاركتهم جنباً إلى جنب مع أقرانهم. ويجب تنفيذ التصميم العام الذي

يقوم على الفكرة القائلة بضرورة أن يكون جميع الأشخاص، بصرف النظر عن قدراتهم، وأعمارهم وحالاتهم الاجتماعية، قادرين على استخدام جميع المنتجات، والبيئات المبنية، والبرامج والخدمات إلى أقصى مدى ممكن في بناء البنية التحتية العامة والخاصة. وعندما يتفاعل الأطفال ويفهمون بعضهم بعضاً في جميع مستويات القدرات، فإنهم سوف يستفيدون جميعهم.

التتمة صفحة ٨٠

● وقعت الاتفاقية ● صادقت على الاتفاقية ● وقعت البروتوكول ● صادقت على البروتوكول ● لم توقع على الاتفاقية

جمهورية مقدونيا	رومانيا	موريشيوس	إندونيسيا
اليوغسلافية سابقاً	الاتحاد الروسي	المكسيك	جمهورية إيران الإسلامية
تيمور الشرقية	رواندا	ولايات ميكرونيسيا المتحدة	العراق
توغو	سينت كيتس ونيفيس	موناكو	إيرلندا
تونغا	سينت لوشيا	منغوليا	إسرائيل
ترينيداد وتوباغو	سينت فنست وجرينداد	الجبل الأسود	إيطاليا
تونس	ساموا	المغرب	جامايكا
تركيا	سان مارينو	موزامبيق	اليابان
تركمانستان	ساو تومي وبرينسيبي	ميانمار	الأردن
توفالو	المملكة العربية السعودية	ناميبيا	كازاخستان
أوغندا	السنغال	ناورو	كينيا
أوكرانيا	صربيا	نيبال	كيريباتي
الإمارات العربية المتحدة	سيشيل	هولندا	الكويت
المملكة المتحدة	سيراليون	نيوزيلندا	قيرغيزستان
جمهورية تنزانيا الاتحادية	سنغافورة	نيكاراغوا	جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية
الولايات المتحدة	سلوفاكيا	النيجر	لاتفيا
أوروغواي	سلوفينيا	نيجيريا	لبنان
أوزبكستان	جزر سليمان	نيوي	ليسوتو
فانواتو	الصومال	النرويج	ليبيريا
جمهورية فنزويلا البوليفارية	جنوب أفريقيا	عمان	ليبيا
فيتنام	جنوب السودان	باكستان	ليختنشتاين
اليمن	إسبانيا	بالاو	ليتوانيا
زامبيا	سري لانكا	بنما	لوكسمبورغ
زيمبابوي	السودان	بابوا غينيا الجديدة	مدغشقر
	سورينام	باراغواي	ملاوي
	سوازيلاند	بيرو	ماليزيا
	السويد	الفلبين	المالديف
	سويسرا	بولندا	مالي
	الجمهورية العربية السورية	البرتغال	مالطه
	طاجكستان	قطر	جزر مارشال
	تايلاند	جمهورية كوريا	موريتانيا
		جمهورية مولدوفا	

فتح الأبواب أمام التعليم - والتشغيل

بقلم آيفوري دونكان



تتابع «آيفوري دونكان»، التي وُلِدَت عام ١٩٩١، دراستها للحصول على درجة علمية في مجال دراسات التواصل في جامعة غوايانا. وتُنَاصِر «آيفوري» وتدعم حقوق الشباب ذوي الإعاقات من خلال منظمة ليونارد تشيشاير للإعاقات والتنمية الشاملة، ومن خلال المتطوعين في اللجنة الوطنية للإعاقة في غوايانا.

أكافح، كغيري من الأشخاص اليافين والشباب ذوي الإعاقات، الذين لا حصر لهم، من أجل مُستقبل لا يُمكن التَّسليم به. هل سنتغلب على الحواجز المادية والمالية التي تحول دون حصولنا على التعليم العالي.

وإذا ما نجحنا في التَّخرُّج من الجامعة أو من المدارس المهنية، فما هي فرص العمل أو التَّشغيل التي تنتظرنا؟ هل سنحصل على فُرص متساوية، أم سنوانه التَّمييز؟ هل سنحصل على الفرصة لإثبات أنفسنا في عالم التَّشغيل التَّنَافسي؟ وإذا لم نتجح في ذلك كُلِّه، فكيف سنكون مواطنين ومُنتجين، وأفراداً في المجتمع على قدم المساواة مع أولئك الأشخاص من دون الإعاقات؟

لقد فقدتُ ساقِي إنَّتر حادثٍ مروري عندما كنت في سنِّ ١٥ عاماً. وثابر والدي ووالدتي، وهما شخصان يملكان موارد رزق مُتواضعة، على مساعدتي في تلبية مصاريفي المالية لكي أكون قادرة على متابعة تعليمي الجامعي - حتى وهما يحاولان تربية طِفْلين آخرين من ذوي الإعاقات.

قد تكون الحياة شاقَّةً، إلَّا أنني مُمتنَّة لما حظيت به من حظ سعيد: لدي أسرة مُحبَّة، وأنا أعمل على تحقيق حُلْمِي في الحصول على درجة علمية ومهنة. كما أنَّ تحقيق أحلامنا يستهلك جهداً ليس مطلوباً من الأشخاص من دون الإعاقات. وبالنَّسبة إلى الدَّهَاب من البيت إلى الجامعة، ليس لدي خيار إلَّا الدَّهَاب في

سيَّارة أجرة، وذلك لأنَّ الطريق المُمكنة الوحيدة هي إمَّا ركوب قارب وإمَّا عبور جسر ميناء «ديميرارا»؛ ولا أستطيع فعل أيَّ خيارٍ منهما وأنا جالسة على الكرسيِّ المُتحرِّك، وأجرة سيَّارة باهظة. ويكافح والدي من أجل جعل إنفاق الأسرة لا يتجاوز مقدار دخلها. ويفرض الانتظام على مقاعد الدِّراسة في الجامعة أيضاً تحدِّ جسدي. كذلك فمن الصعوبة سلوك طريق للدَّهَاب إلى المُحاضرات، نظراً إلى أنَّ الغُرف الصَّفيَّة غالباً ما تكون غير مُتاحة لمُستخدمي الكراسي المُتحرِّكة. وثمة عددٌ كبير من الأدرج، وعندما أصل أخيراً إلى الغُرفة الصَّفيَّة أكون مُتعبٌ ومحبطة، وأجد صعوبة في التركيز على المُحاضرات. ولكنني أحاول، لأنني أعرف ما يلي: أنَّ أحاول وأفضل أفضل من أن أفشل في أنَّ أحاول.

تبدأ التَّحديات قبل فترة طويلة من بلوغ التَّعليم العالي. فمن السَّهولة أن يُصبح الأطفال ذوو الإعاقات مُقعدين، مُخبَّئين بعيداً عن أنظار المُجتمع، وغير قادرين على الانتظام على مقاعد الدِّراسة، أو غير قادرين على القيام بمساهمة مفيدة نافعة للمُجتمع. بل يجب تشجيعهم على الانتظام في المدارس الحكومية العامة، إن أمكن، في حين أنَّ المدارس الخاصَّة، التي تحتوي على التَّدريب المهني وخدمات الدَّعم، يجب أن تكون متوافرة لهم أيضاً. كذلك يجب على مدارس ذوي الحاجات الخاصة تقديم منهاج دراسيِّ متكامل للطُّلاب ذوي الإعاقات، من أجل المساعدة في تطوير

إنني أرغب في أن أكون واثقةً من أنني، عندما أخرج وأبحث عن وظيفة، سوف لن يحدث تمييز ضدي بسبب إعاقتي، بل أن يتمّ بدلاً عن ذلك، الاعتراف بقدراتي ومؤهلاتي وإمكاناتي.

للحصول على أفضل ما في الحياة. لذلك فإنني أرغب في أن أكون واثقةً من أنني، عندما أخرج وأبحث عن وظيفة، سوف لن يحدث تمييز ضدي بسبب إعاقتي، بل أن يتمّ بدلاً عن ذلك، الاعتراف بقدراتي ومؤهلاتي وإمكاناتي. وبصفتي امرأةً شابةً عانت من إعاقة وعملت جاهدةً على تعليم نفسها بنفسها، فإنني أستحقُّ، على قدم المساواة مع أي شخصٍ آخر، أن أُمْنَحَ الفرصة لتحقيق أحلامي، وكسب عيشٍ جيدٍ لنفسي، وللإسهام في مجتمَعنا.

ويعني جعلُ المؤسسات التعليمية صديقةً للإعاقة، أيضاً، تهيئة التسهيلات وخدمات المواصلات التي يستطيع الأشخاص ذوو الإعاقات استخدامها؛ إذ يجب توفير المنحدرات مُستخدِمي الكراسي المُتحرّكة، وإتاحة الحمامات والمصاعد للأشخاص الذين لا يستطيعون استخدام سلالم الدّرج. ولا بدّ من جعل جميع جوانب التعليم ومراحله مُتاحة، ابتداءً من التّعليم الابتدائي، وانتهاءً بالجامعات.

ويجب على وزارات التّعليم والخدمة العامّة أن تعمل معاً أيضاً لمُساعدة الطّلاب ذوي الإعاقات الذين لديهم مَيَلٌ نحو المسار الأكاديمي، والذين يتمنّون تجاوز مرحلة التّعليم الثانوي.

ونظراً لأنّ الصعوبات المالية هي إحدى الأسباب الرئيسيّة الكامنة وراء عدم قدرة الأطفال واليافعين والشباب ذوي الإعاقات على مواصلة تعليمهم، فإنّ المُساعدة يجب أن تشتملَ على التبرّعات، والقروض والمنح.

ويجب على الحكومات أيضاً التأكّد من أنّ التّعليم يُتيح للطّلاب ذوي الإعاقات الفرص ذاتها التي يُتيحها للجميع. فقد بذل والداي جهداً كبيراً وصرفوا أموالاً تفوق استطاعتهم بهدف مساعدتي لإتمام التّعليم في المدرسة والوصول إلى الجامعة، وأنا الآن أعمل جاهدةً، رغم التّحديات التي أواجهها، لحضور المحاضرات والتّعلم؛ وذلك لأنني أعرفُ بأنّ هذا هو الذي يجب أن أقوم به

عقولهم وإعطائهم الفرص لتحقيق التميّز الأكاديمي. فالعديد من الأطفال واليافعين والشباب ذوي الإعاقات يرغبون في مواصلة تعليمهم العالي.

لذلك فإنّه من المُهمّ للغاية شمولهم في المدارس وغيرها من المؤسسات التعليمية، وإعطاءهم الخيارات نفسها التي تُعطي لغيرهم من الطّلاب، من حيث اختيار المواد والنشاطات التي يرغبون بها. والأمر راجع إلى المؤسسات التّعليمية والحكومات لتوفير الترتيبات التيسيرية للطّلاب من أمثالي ولدعمهم، وذلك حتى نكون قادرين على متابعة التّعليم الذي نحن في حاجة إليه لتحقيق الأهداف التي قد تكون لدينا.

تشتمل الترتيبات التيسيرية للأطفال واليافعين والشباب ذوي الإعاقات على أشياء، مثل تعديل مُتطلبات الدخول ومعايير المرور، وعلى ضمان أن تأخذ مواد التّعلم وجداول الامتحانات ومواعيد الحصص الدراسية حاجتنا في الحسبان.

ويحتاج المُعلّمون إلى تلقّي التدريب المناسب، وإلى منحهم الفرصة للحصول على مزيد من التّعليم من خارج البلاد، من أجل تحسين نوعية التّعليم. ويجب أن تُعلّم المدارس لغة «بريل»، وغيرها من أشكال التّواصل حيثما تقتضي الضرورة ذلك، وهناك أيضاً حاجة ماسّة إلى أجهزة ومُعدّات خاصّة، لأنّها غير متوافرة في العديد من المدارس في غوايانا.

المواليد. ومع أن هذه الآلية غير مضمونة بحد ذاتها، إلا أنها تُعتبرُ عنصراً أساسياً من عناصر الحماية. وتستحقُّ الجهود التي تُبذل لتسجيل الأطفال ذوي الإعاقات، وبالتالي جعلهم ظاهرين للعيان، أن تُوضَعَ على سُلّم الأولويات.

إنهاء إيداع الأطفال في المؤسسات

في غالب الأحيان، يكون الحجب عن الأنظار والإساءة هما مصير الأطفال واليافعين ذوي الإعاقات المعجوزين داخل المؤسسات. فهذه المرافق هي بدائل سيئة للتربية المنزلية، حتى لو أنها كانت تُدار بشكل جيد، ومُستجيبةً لحاجات الأطفال وخاضعة للتفتيش. وقد تشتملُ التدابير الفورية الرامية إلى تقليل الاعتماد المُفرط على المؤسسات تعليق حالات الدخول الجديدة. ويجب أن يُصاحب هذا التأجيل تعزيزُ الدعم للرباية الأسرية وإعادة التأهيل المجتمعية وزيادة حجمه. وبالإضافة إلى ذلك، هناك حاجة إلى تدابير أوسع نطاقاً من شأنها أن تقلل الضغط، في المقام الأول، بالنسبة إلى الأطفال الذين يُخطط لإبعادهم عن أسرهم. وتشتمل هذه التدابير على تطوير نُظُم الخدمات العامة، والتعليم والصحة، وجعلها متاحة ومُستجيبةً للأطفال ذوي الإعاقات ولأسرهم.

تتطبقُ مبادئ التصميم العام أيضاً على عملية تطوير مناهج مدرسية شمولية وبرامج تدريب مهنية، بالإضافة إلى قوانين انطباقها على سياسات وخدمات حماية الأطفال. ويحتاج الأطفال إلى منحهم فرصة الوصول إلى النُظُم المُصممة لتسليحهم بالمهارات التعليمية والمهارات الحياتية التي يقطفون ثمارها وهم يدخلون إلى سنوات مرحلة بلوغ سن الرشد ويعبرونها، إلى جانب تسليحهم بالمهارات التي تحميهم من الإهمال، والإساءة والعنف في طريقهم إلى بلوغ سن الرشد. وإذا فشلت عملية الحماية، فإنهم يحتاجون إلى أن يكونوا قادرين على تقديم الشكاوى، والسعي إلى تحقيق العدالة. وللحكومات دورٌ حاسمٌ تؤديه في إدخال وتنفيذ التدابير التشريعية، والإدارية والتعليمية الضرورية لحماية الأطفال ذوي الإعاقات من كل أشكال الاستغلال، والعنف والإساءة في جميع البيئات. فمن غير المناسب إنشاء نُظُم منفصلة للأطفال ذوي الإعاقات؛ إذ يجب أن يكون الهدف شمولياً، وهو يتمثل في وضع آليات عمل عالية الجودة، تُعنى بحماية الأطفال، وتكون ملائمة ومُتاحة للجميع. وإحدى آليات العمل هذه هي تسجيل



أطفالٌ يعانون من إعاقات سمعية وبصرية يتعلمون مهنة الخزف في إحدى دور رعاية الأيتام في موسكو أوبلاست، في الاتحاد الروسي. © يونيسف / روسيا / ٢٠١١ / كوتشينيفا

باهظاً. وتواجه الأسر في جمع أنحاء العالم خطراً متزايداً يعرضها للفقر.

التحرك ما وراء المعايير الدنيا

يجب تقييم المعونات والخدمات الموجودة، بشكل متواصل، بنية تحقيق أفضل نوعية ممكنة منهما. ويجب أن يكون الهدف متمثلاً في التحرك ما وراء المعايير الدنيا. وينبغي أن ينصب جُل التركيز على خدمة الأفراد الأطفال ذوي الإعاقات، وعلى تحويل النظم أو المجتمعات كلها. وسوف يساعد الانخراط المتواصل للأطفال ذوي الإعاقات وأسرههم في تقييم الخدمات في ضمان التوفير الكافي والملائم لها كلما نما الأطفال وكبروا، وتغيرت مع ذلك النمو حاجاتهم. ولا يمكن المبالغة في أهمية هذه المشاركة. فالأطفال واليافعون والشباب ذوو الإعاقات هم من بين مصادر المعلومات الأكثر اعتماداً عليها وثقة بها، بشأن الأشياء التي يحتاجون إليها، سواء أتمت تلبية تلك الحاجات أم لم تتم.

تنسيق الخدمات لدعم الأطفال

نظراً لأن آثار الإعاقة تنتشر عبر القطاعات كلها، من الممكن تنسيق الخدمات لتأخذ بعين الاعتبار النطاق التام من التحديات التي تقف في وجه الأطفال ذوي الإعاقات وأسرههم. فقد يساعد أي برنامج مُنسَّق للتدخل المبكر - يشمل قطاعات الصحة، والتعليم والرِّفاه، في تعزيز التَّحديد المبكر وإدارة إعاقات الطفولة. كذلك يجب تقوية التدخلات المعنية بالطفولة المبكرة في جميع القطاعات. فقد أظهرت الدراسات أن المكاسب الناجمة عن القدرات الوظيفية قد تكون في مستواها الأكبر، وذلك عندما يحدث التدخل في مرحلة مبكرة من مراحل نماء الطفل. فعندما تُزال الحواجز في مرحلة مبكرة من حياة الطفل، تقل وطأة الأثر المتعاظم للحواجز المتعددة التي يواجهها الأطفال ذوي الإعاقات. ومع تقدّم نمو الاطفال خلال السنوات الأولى المبكرة من أعمارهم، يمكن تعزيز قدراتهم الوظيفية من خلال إعادة التأهيل. وسوف يكون للتَّحسُّن في قدراتهم هذه أثرٌ أكبر إذا ما كانت النظم المدرسية مُستعدة وقادرة على تقبُّلهم وتلبية حاجاتهم التعليمية. وعلاوة على ذلك، فإن الحصول على نوع من التعليم قد يكون مفيداً وذا معنى أكبر إذا ما توافرت أيضاً برامج شمولية تعنى بالانتقال من المدرسة إلى العمل، وجهود تعم كل جوانب الاقتصاد لتعزيز عملية تشغيل الأشخاص ذوي الإعاقات.

التتمه صفحة ٨٤

تُصّ اتفاقيّة حقوق الطفل على ضرورة أن ينمو الأطفال داخل بيئة أُسرّية. وهذا يستلزم دعم أسر الأطفال واليافعين ذوي الإعاقات دعماً لاثقاً، من أجل توفير أفضل بيئة ممكنة، وأعلى نوعية من الحياة لأطفالهما. ومن الممكن أن يُثبت توفير الدعم للأسر ومانحي الرعاية أهميته البالغة في تقليص الضَّغط باتِّجاه قبول الأطفال ذوي الإعاقات في المؤسسات، في المقام الأول. ويتم هذا الدعم عن طريق الرعاية النهارية المدعومة، على سبيل المثال، أو عن طريق إعطاء المنح بهدف موازنة التكاليف المتزايدة والدخل المنخفض المصاحب لرعاية أي طفل ذي إعاقة، ويمكن أن يُحسِّن هذا الدعم أيضاً الآفاق للأطفال الذين يعودون إلى المجتمع بعد العيش في إحدى المؤسسات.

وغالياً ما ترتبط الإعاقة في الأسرة بتكاليف معيشية أعلى، وبفقدان فرص كسب الدخل، مما يزيد بالتالي من خطر أن تصبح الأسرة فقيرة أو أن تبقى فقيرة. وقد يجد الأطفال ذوو الإعاقات، الذين يعيشون في حالة من الفقر صعوبة، على وجه الخصوص، في الحصول على الخدمات، ومنها مثلاً إعادة التأهيل والتكنولوجيا المساعدة. فترك الأطفال ذوي الإعاقات وأسرههم يكافحون هذا الوضع بأنفسهم من شأنه أن يبيقي الوعد بشمولهم معلقاً، في منأى عن تناولهم ليس إلا.

يجب أن تأخذ السياسات الاجتماعية في الحسبان التكاليف النقدية والزمنية المرتبطة بالإعاقات. ويمكن موازنة هذه التكاليف مع المنح الاجتماعية، والإعانات المقدمة للمواصلات أو التموليل لأغراض توفير المساعدين الشخصيين أو الرعاية المؤقتة. ويمكن إدارة المنافع النقدية بشكل أسهل، كما أنها أكثر مرونة في تلبية الحاجات الخاصة للأطفال ذوي الإعاقات ولأسرههم. وتحترم السياسات الاجتماعية أيضاً حق الوالدين وأطفالهم في اتخاذ القرارات. وحيثما توجد برامج التحويلات النقدية للأسر التي تعيش في ظروف صعبة، من الممكن تعديل تلك البرامج حتى لا تُغفل الأسر التي لديها أطفال ذوو إعاقات عن غير قصد، أو لكي لا يحصلوا على دعم غير كافٍ يسدُّون به حاجاتهم.

ومن الممكن أن تكون هذه التوصيات مُلحّة بمقتضى أي ظرف من الظروف، إلا أنها تكون مُلحّة على وجه الخصوص في هذه الأوقات العصيبة: الاستمرار في تخفيض موازنة المساعدات والموازنة الاجتماعية، وبقاء مستويات البطالة مُرتفعة، واستمرار أسعار البضائع والخدمات في الارتفاع ارتفاعاً

إنهاء «مراجعة الكتاب» بتحسين التكنولوجيا والمواقف وقانون التأليف والنشر

بقلم كارتيك ساوهني



«كارتيك ساوهني» طالبٌ في المرحلة الثانوية، فائز بجائزة على المستوى الوطني، في نيودلهي، الهند. وهو ناشط في مجال مناصرة حقوق الأشخاص ذوي الإعاقات، وعضو في منظمة ليونارد تشيشاير، شبكة أصوات الشباب ذوي الإعاقات.

مواد القراءة قابلة للإتاحة هي جهودٌ جبارة. وبفضل ما تحقّق من تقدّم في مجال التعرّف الضوئي على الحروف، فقد حدث بعض التحسّن على هذا الصّعيد. وهذا التعرّف على الحروف هو التكنولوجيا التي تقوم بتحويل النصوص المطبوعة، والمكتوبة بخط اليد أو المطبوعة على الآلة الكاتبة إلى نصوص مشفرة أو مرمّزة آلياً، مما يُمكن الأصوات المُحوسّبة من قراءة النّص بصوت عالٍ. غير أنّ المحتوى الفني يبقى غير متّاح. فأنا أقضي حوالي ساعتين يومياً في طباعة المواد المطبوعة من محاضراتي في مبثني العلوم والرياضيات؛ وذلك لأن، برمجة التعرف الضوئي على الحروف، على سبيل المثال، لا تستطيع قراءة الرسوم التخطيطية البيانية والرموز الخاصة بدقة كافية. إن محنة الطّلاب الذين يعيشون في المناطق الريفية أسوأ بكثير من محنتنا: فهم يعتمدون على الكائنات البشرية لقراءة مجلّدات من المعلومات بصوت عالٍ على مسامعهم. وعلى سبيل المثال، لا يتوافر لدى أصدقائي الذين يعيشون في قرية صغيرة خيارٌ سوى الاعتماد اعتماداً تامّاً على المتطوّعين الذين يأتون إليهم أسبوعياً.

ولا يمكن قراءة الكثير من المحتويات عبر شبكة الإنترنت عن طريق الوسائل المعيارية لقراءة الشاشات، ويرجع ذلك أساساً، إلى تنوع المعايير والبرامج التي يستخدمها المؤلّفون والمصمّمون. وعلى الرّغم من قيام اتّحاد الشبكة

يواجه الأطفال الذين يعانون من اعتلال بصري ما وصفه أحد الكُتاب بتعبير «مراجعة الكتاب». وهذا ليس خبراً جديداً؛ فقد كان الأشخاص ذوو الإعاقات البصرية وعدم القدرة على قراءة المادة المطبوعة بفعالية يكافحون وما يزالون، منذ زمن طويل، من أجل تحقيق «الإتاحة». فالإتاحة مُصطلحٌ شمولي يتضمّن إمكانية الوصول إلى البيئة الفيزيائية المادية، والمواصلات، وتكنولوجيا المعلومات والاتّصالات، والتّعليم، وغيرها من المرافق الأخرى. ومن وجهة نظري، فمن المُهم للغاية أن تكون المواد القابلة للإتاحة متوافرة بسرعة. وتكون هذه الحاجة ملحّة أكثر عندما نأخذ الوضع في الدّول النامية بعين الاعتبار.

عندما أُجريت دراسة مسحية غير رسميّة على حوالي ٦٠ طالباً يعانون من اعتلالات بصرية في الصّفوف الابتدائية والثانوية في المدارس الحكومية العامة في الهند، وجدت الدراسة أنّ أقلّ من ٢٠ في المئة من هؤلاء الطّلبة توافرت لهم إمكانية الوصول إلى المواد والحصول عليها بالشكل الذي يُفضّلونه، وأنّ أقلّ من ٣٥ في المئة منهم توافرت لهم إمكانية الوصول إلى المواد والحصول عليها بأي شكل من الأشكال. وكوني أعاني من اعتلال بصري، فقد كنت قد مررت بتجارب عديدة، حيث أعاقني غياب هذه الإتاحة من الانتفاع شخصياً من الفرص ذاتها التي انتفع منها الآخرون. فالجهود اللازمة لجعل

لأنني أعاني من إعاقة بصرية، فقد مررت بتجارب عديدة حرمت فيها من الانتفاع شخصياً من الفرص المتاحة للآخرين.

إنّ هذه الحقائق مُزعجةٌ جداً بالنسبة إلى الطلبة اليافاعين: فمنذ أن تعهدت معظم البلدان بتوفير الحد الأقصى من الدعم والتعاون، بهدف تحقيق رفاه الأشخاص ذوي الإعاقات وتمكينهم، يتضح وجود اختلاف شاسع بين القوانين المكتوبة على الورق وبين التطبيق الفعلي الحقيقي. فالحاجة الآنية تتمثل في ترجمة الكلمات إلى أفعال. إنني أقترح تشكيل هيئة دولية للإشراف على تنفيذ التشريعات المعنية بالأشخاص ذوي الإعاقات، إلى الحد الذي لا يؤدي إلى انتهاك السيادة الوطنية.

يجب تعديل حقوق التأليف والطبع والنشر. وأمل أن تواصل البلدان العمل على هذا الإطار القانوني، وأن تقوم الأمم المتحدة بما يلزم من عمل لإجراء استفتاء بشأن هذه القضية. وإنني أعتقد أننا، بفضل الجهود المنسقة، سوف نضمن هذا الحق غير القابل للتصرف به لجميع الأشخاص ذوي الإعاقات في كل مكان: الحق في الحصول على جميع المواد!

إديوكيشن Pearson Education، وطلبوا منها أن يقوموا بنشر موادهم بصيغة متاحة. وما كان من دار النشر «بيرسون» إلا أن وافقت على ذلك وقامت، منذ ذلك الحين، بجعل الكثير من موادهم متوافرة للأشخاص ذوي الإعاقات البصرية.

غير أنّ الناشرين ليسوا جميعاً مراعين لهذه المسائل ومُتفهمين لها. فالافتقار إلى الوعي وعدم مراعاة هذه الحالات هما من أكبر التحدّيات. وما لم - بل وإلى أن - يحدث «تحوّل نموذجي» في المواقف من الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات بصرية، سيكون من الصعب التغلب على التحدّيات التي تجتاح المجتمع الذي تعوزه القدرة على قراءة المادة المطبوعة بفعالية في وقتنا الحاضر.

ولكن يوجد حاجز آخر يحول دون هذه الإتاحة، فهو حاجز سياسي وقانوني، وليس حاجزاً فنياً أو موقفياً. فقد قام، في الوقت الراهن، ٥٧ بلداً بتعديل قوانين التأليف والنشر من أجل تقديم تنازلات للأشخاص ذوي الإعاقات البصرية.

وبالنّتيجة، فما يزال توفير الكتب الإلكترونية للأشخاص ذوي التحدّيات البصرية، لسوء الحظ، يُعتبر انتهاكاً لحقوق الطبع في العديد من البلدان، وهذا يمنع الناشرين المحليين من تقديم يد العون داخل مجتمعاتهم.

العنكبوتية العالمية (W3C) بإعداد مبادئ توجيهية للمواقع الإلكترونية لاتباعها من أجل ضمان توفير تجربة رائعة للجميع، فإنّ هذه الرؤية بعيدة المنال. إنني أقوم يومياً بتصفّح مواقع إلكترونية لا تتوافق مع معايير اتحاد الشبكة العنكبوتية العالمية. وهذا يدعو الحكومات كما يدعو المجتمع المدني، والمنظمات الأكاديمية والدولية إلى إجراء فحص دقيق لتلك المواقع.

وكانت حكومة الهند قد اتخذت خطوات لإحداث تغيير إيجابي على هذا الصعيد: فهي تقدّم الآن جائزة وطنية لتمكين الأشخاص ذوي الإعاقات المدرجين ضمن فئة «الموقع الإلكتروني الأكثر إتاحة». وتقود هذه الحوافز المنظمات إلى جعل مواقعها الإلكترونية متاحة للجميع. وإذا ما قام عدد كاف من البلدان بتنفيذ هذه الخطوات، فإنّ هذه التدابير قد تعلن عن اندلاع ثورة في هذا المجال.

إنّ هذه مسألة لا تقتصر على الحكومات فحسب: فباستطاعة أي شخص أن يحدث فارقاً إيجابياً. إنني أستذكر إنجازاً تاريخياً تحقّق في عام ٢٠١١، قامت به مجموعة من الشباب يعانون من تحديات بصرية في بنغالور بالهند.

فأثناء تحضيرهم لامتحانات القبول في المدارس التجارية رفيعة المستوى في الهند، قاموا بالاتصال بدار نشر تعليمية معروفة اسمها «بيرسون

إشراك الأطفال ذوي الإعاقات في صنع القرارات

يقع الأطفال واليافعون ذوو الإعاقات في صلب الجهود الرامية إلى بناء مجتمعات - لا كمنتفعين فحسب، بل أيضاً كعوامل تغيير. وقد أكدت الدول الأطراف في اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة حقّ الأطفال ذوي الإعاقات في التعبير عن آرائهم بحرية بشأن جميع القضايا التي تمسهم. وبهذا التأكيد، تكون الحكومات قد أكدت من جديد على مبادئ اتفاقية حقوق الطفل، وقد ألزمت أنفسها باستشارة الأطفال ذوي الإعاقات في وضع التشريعات والسياسات التي تتعلق بهم، وفي تنفيذها. وهذا يصب في مصلحة الدول؛ لأنّ الأطفال واليافعين ذوي الإعاقات يستطيعون إثراء عملية صنع السياسات وتقديم الخدمات بتجاربهم اليومية، ولأنهم كذلك مؤهلون بصورة استثنائية لتقديم معلومات حول ما إذا كانت حاجاتهم تلبى أم لا تلبى، أو ما إذا كانت إسهاماتهم تستخدم أم لا تستخدم في كل جوانب الطيف الكامل للقضايا والتدخلات: ابتداءً بالصحة والتغذية وانتهاءً بالصحة الجنسية والصحة الإنجابية، والتعليم والخدمات اللازمة للانتقال إلى مرحلة سنّ الرشد.

ينطبق حقّ الأطفال في أن يُسمَعوا على جميع الأطفال، بغض النظر عن نوع الإعاقة أو درجتها، وحتى الأطفال ذوو الإعاقة الشديدة يمكن دعمهم للتعبير عن اختياراتهم ورغباتهم. فاحتمالية تعرّض الطفل القادر على التعبير عن نفسه للإساءة أو الاستغلال أقلّ من الطفل غير القادر على ذلك. وعلى النقيض تماماً، تزداد كثيراً الإساءة والاستغلال في الأماكن التي يفتقر فيها الأطفال إلى وسائل الوقوف في وجه القمع الذي يتعرّضون له. إن المشاركة أمر مهم على وجه الخصوص، لهذه المجموعات المهمشة، كالأطفال الذين يعيشون في المؤسسات.

كذلك فإن الاعتراف بأنّ الأطفال واليافعين ذوي الإعاقات هم أصحاب الحقوق، وليسوا المتلقين للإحسان، لا يعني إلغاء الحاجة إلى إعادة التأهيل الملائمة، أو إلى العلاج الطبي الملائم أو إلى المساعدات والتجهيزات الملائمة. وإنما هو يعني ضرورة احترام حقوق الأطفال، ووجهات نظرهم واختياراتهم. وفي المقابل، فإنّ هذا سوف يستلزم قيام صانعي القرار بالتواصل بطرائق وأساليب متاحة ومستخدمة بسهولة من الأطفال ذوي الإعاقات بحيث يمكن شمول آرائهم في تصميم السياسات والخدمات وتنفيذها وتقييمها.



أطفال يلعبون كرة الشبكة في مدرسة أجوانا الابتدائية في ليرة، أوغندا. © يونيسف / أوغندا ٢٠١٢ - ٢٠١٢ / سيبولوني



«نيمانجا»، البالغ من العمر ٦ سنوات، (في أقصى اليسار) يجلس مع زملائه بغرفة الصف في «نوي ساد»، في صربيا. وكانت مدرسته الابتدائية هي أول مدرسة تقوم بإدماج الطلاب ذوي الإعاقات فيها، وذلك بموجب قانون يهدف إلى التقليل من إبعاد الأطفال في المؤسسات. © يونيسف / المقر الرئيسي ٢٠١١ - ١١٥٦ / هولت

الإعاقات من الخدمات، أو تأجيل توفيرها لهم بسبب الحاجة إلى المزيد من البيانات سوف يكون أمراً غير مقبول. وعضاً عن ذلك، من الممكن تصميم خطط وبرامج وموازنات لكي تُسح المجال أمام إجراء التعديلات بينما يصر في الوقت ذاته إلى توفير المعلومات الإضافية اللازمة.

سيأتي البرهان النهائي على نجاح الجهود العالمية والوطنية في تحقيق النتائج على المستوى المحلي. واختبار التحقق من ذلك هو ما إذا ما كان كل طفل من الأطفال ذوي الإعاقات يتمتع أم لا يتمتع بممارسة حقوقه، بما في ذلك حقه في إمكانية الحصول على الخدمات والدعم والفرص، على قدم المساواة مع غيرهم من الأطفال، حتى في أبعد البيئات النائية وفي أكثر الظروف حرماناً.

الوعد العالمي، الاختبار المحلي

لوفاء بالوعد التي قطعتها اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة واتفاقية حقوق الطفل، تستطيع الوكالات الدولية والجهات المانحة وشركاؤها الوطنيون والمحليون شمول الأطفال ذوي الإعاقات ضمن أهداف وغايات جميع البرامج التنموية ومؤشراتها الرقابية. فالبيانات الموثوق بها والموضوعية مهمة للمساعدة في التخطيط وتخصيص الموارد، ولوضع الأطفال ذوي الإعاقات بصورة أوضح على الأجندة التنموية. سوف يستغرق العمل الإحصائي الضروري بعض الوقت، ولكنه سوف يعطي زخماً حيوياً، إذا ما كانت الجهات المانحة الدولية تنوي تعزيز وضع أجندة لإجراء أبحاث عالمية منسقة على مسألة الإعاقة. وسوف تضطر عملية التخطيط والبرمجة، في هذه الأثناء، إلى الاستمرار في مسيرتها؛ فحرمان الأطفال ذوي

الأطفال ذوو الإعاقات وحقوق الإنسان العالمية

بقلم لينن فولتير مورينو غارسيز

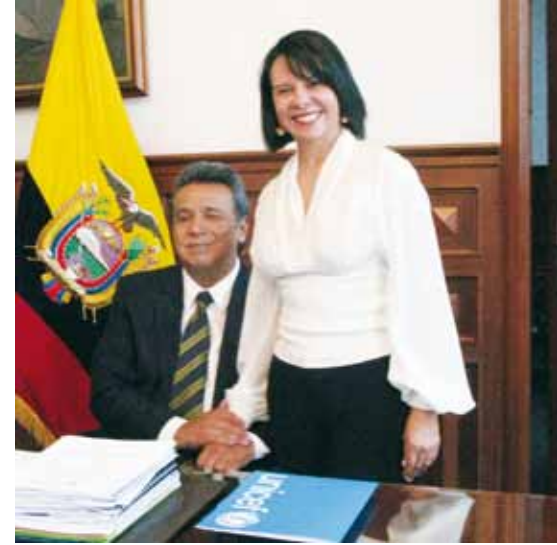
تُساعد على المشي، والوسائل المعينة على السمع، وأطقم أدوات الإبصار، ووسائل الاستماع، وأطقم أدوات الإبصار؛ وذلك يتوقّف على حاجة أو حاجات الأشخاص الذين يتمّ تحديدهم. وقد جرى تأسيس ثلاثة معامل ومتاجر جديدة للأطراف الصناعية، ويُتوقّع أن تُنتج ١,٩٦٠ طرفاً صناعياً وجهازاً من أجهزة تجبير وتقويم العظام لأطفال الإكوادور في عام ٢٠١٢ وحده.

كذلك فقد وجدنا أنّ الكثير من الأسر تعيش في ظروف صعبة للغاية. إنّ رعاية الأطفال ذوي الإعاقات الشديدة، يمكن أن تكون باهظة على وجه الخصوص، الأمر الذي يُجبر الأمهات على التخلي عن هؤلاء الأطفال سعياً إلى كسب المال. ولذلك فقد تأسست وسيلة للإعانة تُسمّى «إعانة جوكوين غليغوس لارا»، وهي تقدّم ما يعادل مبلغ ٢٤٠ دولاراً أمريكياً شهرياً كمساعدة مالية إلى كل من يمنح الرعاية لطفل أو لكبير راشد ذي إعاقة. وتقدّم هذه الوسيلة أيضاً التدريب على خدمات الإسعاف الأولي، والنظافة الشخصية والعامة، وإعادة التأهيل. وبذلك تكون الإكوادور قد اعترفت، للمرة الأولى، بالعمل الذي تؤدّيه عن طيب خاطر الأسر التي ترعى أشخاصاً ذوي إعاقات. وابتداءً من يونيو / حزيران ٢٠١٢، فقد أفادت الإعانات ٦,٥٨٥ طفلاً، نسبة ٤٣ في المئة منهم من البنات.

وإضافة إلى الدعم، فإنّ نهجنا يُعلّق أهمية على الاكتشاف المبكر للإعاقة

لا يمكننا القول أن ممارسات حقوق الإنسان تمّ تعميمها ما لم يتمّ جميع الناس، بمن فيهم الأكثر ضعفاً وتعرّضاً للمخاطر بهذه الحقوق. وقد ركّز مكتب نائب رئيس جمهورية الإكوادور، مُحفّزاً بهذه القناعة، التحقق من أوضاع الأشخاص ذوي الإعاقات وتحسينها، ابتداءً من الأطفال.

أجرينا في بداية شهر يوليو / تموز ٢٠٠٩ مسوحاً في كل أرجاء الإكوادور ضمن مشروع يُعرف باسم «بعثة مانويلا إسبيجو للتضامن». وقد كُنّا، بعد زيارة ١,٢٨٦,٣٣١ أسرة في محافظات الإكوادور الأربع والعشرين، و٢٢١ كانتوناً، قادرين على تحديد ٢٩٣,٧٤٣ أشخاص ذوي إعاقة. وكانت نسبة ٢٤ في المئة تقريباً من هؤلاء الأشخاص يعانون من إعاقات فكرية، والنسبة المتبقية، البالغة ٧٦ في المئة منهم، تُعاني من إعاقات بدنية أو حسيّة. وقد قدرنا مدى انتشار الإعاقات الرئيسية بما يزيد عن ٢ في المئة من مجموع سكان البلد، حسب قياسات التعداد السكاني لعام ٢٠١٠. وقد وجدنا أنّ حوالي ٥٥,٠٠٠ طفل من الأولاد والبنات، دون سنّ ١٨ عاماً، كانوا يعانون من الإعاقات، مما يُشكّل نسبة ١٩ في المئة تقريباً من مجموع الأشخاص ذوي الإعاقات في الإكوادور. وابتداءً من يونيو / حزيران ٢٠١٢، فقد تلقّى أولئك الأطفال ٨٧,٦٢٩ تبرعاً من تبرعات المساعدات الفنية والمواد التي منها على سبيل المثال الكراسي المتحركة، وأدوات المساعدة في الحركة، والفرشات المقاومة لقرحة الفراش، والعصي التي



«لينن فولتير مورينو غارسيز»، نائب رئيس جمهورية الإكوادور من عام ٢٠٠٧ وحتى مايو / أيار ٢٠١٣، كان الشخص الوحيد الذي يشغل منصباً رفيع المستوى ولديه إعاقة في أمريكا اللاتينية. استُخلصت الإحصاءات الواردة في هذا المقال من وثائق البرنامج الوطني.

يتعيّن علينا نحن (في الحكومة) أن نفهم أن الإعاقات ليس مشكلة، بل إنها ظرفٌ بدلاً عن ذلك. ويتعيّن علينا مساعدة صغار مواطنينا في الدخول إلى التيار العام.

تجربتنا. إنَّ أولَّ شيءٍ تجدر ملاحظته في هذا المقام، هو أنه لا يوجد ثمّة وقت نخسره. فلا ينبغي لأيّ طفل أن يضطرّ إلى انتظار الحصول على الخدمات والمعونات التي هي حق مشروع له، ولكنّ هذا هو واقع الحال بالنسبة إلى الأطفال ذوي الإعاقات، لأنّ استضعافهم يُمكن أن يتزايد مع تقدّم العمر بهم.

يتعيّن علينا نحن في الحكومة أن نتصدّى للمهمّات التي لدينا من دون تأخير. ويتعيّن علينا أن نفهم أن الإعاقّة ليست مشكلة، بل إنها بدلاً عن ذلك ظرفاً من الظروف. إنَّ الأمر يعود إلينا، بصرف النظر عن المكان، أو الدّور المنوط بنا أن نلعبه لمساعدة صغار مواطنينا في الدخول إلى التيار العام. إننا لا نستطيع حى أن نلحمّ ببلد يتمتّع بالعدالة الاجتماعية، بلد يلتزم بمبادئ العيش الجيّد، ما لم نضمن أن الأشخاص ذوي الإعاقات، ولا سيّما الأطفال والياقون منهم، بوسعهم ممارسة حقوقهم تماماً.

إنّ الإعاقّة لا تعني عدم المقدرة: إنّها التّنوّع الرائع الذي يُثري البشرية جمعاء.

جميع هؤلاء البنات والأولاد العلاج لحالاتهم، التي - لو تركت من دون علاج في الأسابيع أو الأشهر الأولى من الحياة، لعرضت الأطفال إلى خطر متزايد من انخفاض الإدراك، واعتلال النطق والرّعاش، من جملة الاعتلالات الأخرى.

وإلى جانب الدعم البيولوجي الاجتماعي والتدخل المبكر، فإننا نسعى إلى شمول هؤلاء الأطفال اجتماعياً وثقافياً. وتحت راية «إكوادور البهجة والتضامن»، شارك ٧٠,٠٠٠ طفل ويافع وشاب من ذوي الإعاقات ومن دون الإعاقات في معارض شمولية أقيمت في كل أنحاء البلاد. ويتمّ الترويج للعب والألعاب التنافسية كوسيلة لإنشاء فضاء من أجل الاندماج. ويتولّى الأشخاص ذوو الإعاقات، في هذه المعارض، زمام المبادرة كمدربين في التمارين البدنية، والفنون والحرف، والألعاب التنافسية ورواية القصص.

ويعمل حوالي ٧,٧٠٠ طفل ويافع وشاب من المهتمّين أو المستضعفين على التقدّم على صعيد التطور والنّماء الشخصي، وتقدير الذات والإدماج الاجتماعي من خلال مزاوله الرقص، والموسيقى والرّسم والأدب. ويضمّ هؤلاء في صفوفهم ١,١٠٠ طفل ويافع وشاب مشاركين في السيرك الاجتماعي - وهو مبادرة تشغل بتعاون مشترك مع شركة الترفيه الكندية «Cirque du Soleil».

لقد أيقظت هذه الابتكارات الاهتمام لدى البلدان المجاورة للإكوادور، التي أخذ عددٌ منها يسعى إلى تعلّم المزيد عن

والتدخّل فيها. فجرى، بحلول عام ٢٠١٢، فحص حوالي (١,١) مليون طفل دون سنّ ٩ سنوات بهدف اكتشاف الاعتلالات السمعية لديهم، وتعزيز التدخل المبكر في حالاتهم. وقد أنشئت، لهذه الغاية، ١,٤٠١ وحدة خدمات تشخيص وفحص سمعي في شبكة وزارة الصحة العامة، وجرى تدريب ١,٥٠٠ مهني في مجال الصحة. كذلك أنشئت ٣٠ وحدة خدمات معالجة نطق، وجرى تقديم ١,٥٠٨ وسيلة سمعية.

وفي عام ٢٠١٣، سوف يُصار إلى الانتهاء من فحص ٧١٤,٠٠٠ طفل في ٢٤ مركزاً من مراكز خدمات اعتلالات الإبصار، ونتوقّع أن يتلقّى ٢,٥٠٠ طفل وسائل تساعد على تحسين حاسة الإبصار لديهم، أو تأدية وظائفهم بالتعايش مع العمى.

كذلك فقد وضعنا برنامجاً وطنياً لفحص حديثي الولادة، بحثاً عن الحالات الوراثية التي يُمكن معالجتها. وبحلول شهر ديسمبر/ كانون الأول ٢٠١١، كان هذا الجهد، المعروف بمصطلح «هيا نبذل قُصارى جهودنا: أثر بصمة قدم المستقبل Right Foot Forward: the Footprint of the Future» قد فحص ٩٨,٠٢٤ مولوداً جديداً، واكتشف ٣٠ حالة تعاني من قصور الغدة الدرقية الخلقي، أو وجود سكر اللبن في الدم (galactosaemia)، أو تضخم الغدة الكظرية (adrenal hyperplasia) الخلقي، أو الخلل الأيضي الوراثي (phenylketonuria). وقد تلقّى

الفصل ١: مقدمة (الحواشي من ١ إلى ٣)

- 24 World Health Organization, 'Community Based Rehabilitation', WHO, Geneva, <www.who.int/disabilities/cbr/en/>, accessed 31 January 2013.
- 25 Allen-Leigh, Betania, et al., 'Iniciativa Evaluación: Evaluación externa de diseño y resultados del proyecto piloto 'Atención Integral a Niños y Niñas con Discapacidad en Comunidades Rurales en Oaxaca'', Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Mexico, 2010, as cited in Secretariat for the Convention on the Rights of Persons with Disabilities (SCRPD), 'Compilation of best practices for including persons with disabilities in all aspects of development efforts', Working document in response to General Assembly Resolution A/65/186 and with the intention of facilitating the discussions leading up to the envisaged High Level Meeting on disability and development at the 67th session of the General Assembly in 2012.
- 26 Municipalities of Santa Maria Guienagati, San Martín Peras, Coicoyan de las Flores and San José Tanago.
- 27 Allen-Leigh, Betania, et al., 'Iniciativa Evaluación: Evaluación externa de diseño y resultados del proyecto piloto 'Atención Integral a Niños y Niñas con Discapacidad en Comunidades Rurales en Oaxaca'', 2010.
- 28 World Health Organization, 'Assistive Devices/Technologies: What WHO is doing', WHO, Geneva, <www.who.int/disabilities/technology/activities/en/#>, accessed 31 January 2013.
- 29 Borg, Johan, Anna Lindström and Stig Larsson, 'Assistive Technology in Developing Countries: National and international responsibilities to implement the Convention on the Rights of Persons with Disabilities', The Lancet, vol. 374, no. 9704, 28 November 2009, pp. 1863–1865.
- 30 François, Isabelle, et al., 'Causes of Locomotor Disability and Need for Orthopaedic Devices in a Heavily Mined Taliban-Controlled Province of Afghanistan: Issues and challenges for public health managers', Tropical Medicine & International Health, vol. 3, no. 5, May 1998, pp. 391–396; Matsen, S. L., 'A Closer Look at Amputees in Vietnam: A field survey of Vietnamese using prostheses', Prosthetics and Orthotics International, vol. 23, no. 2, August 1999, pp. 93–101; May-Teerink, Teresa Lynn, 'A Survey of Rehabilitative Services and People Coping with Physical Disabilities in Uganda, East Africa', pp. 311–316; Bigelow, Jeffrey, et al., 'A Picture of Amputees and the Prosthetic Situation in Haiti', Disability & Rehabilitation, vol. 26, no. 4, 2004, pp. 246–252; Lindsay, Sally, and Irina Tsybina, 'Predictors of Unmet Needs for Communication and Mobility Assistive Devices among Youth with a Disability: The role of socio-cultural factors', Disability and Rehabilitation: Assistive Technology, vol. 6, no. 1, January 2011, pp. 10–21.
- 31 Steinfeld, Edward, 'Education for All: The cost of accessibility', Education Notes, The World Bank, Washington, D.C., August 2005, <http://siteresources.worldbank.org/EDUCATION/Resources/Education-Notes/EdNotes_CostOfAccess_2.pdf>, accessed 31 January 2013
- 32 Based on evaluations by the Department of Public Works in South Africa, Accessible Design Case Studies, 2004, in Metts, Robert, 'Disability and Development', Background paper prepared for the disability and development research agenda meeting, 16 November 2004, The World Bank, Washington, D.C., pp. 15–45.
- 12 International Disability in Sport Working Group and the United Nations Office of the Special Advisor to the Secretary-General on Sport for Development and Peace, 'Sport in the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities', IDSWG, Northeastern University, Boston, 2007.
- 13 Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD) Preamble.
- 14 World Health Organization and the World Bank, World Report on Disability, 2011, p. 43.
- 15 Mont, Daniel M., and Nguyen Viet Cuong, 'Disability and Poverty in Vietnam', World Bank Economic Review, vol. 25, no. 2, 2011, pp. 323–359.
- 16 Buckup, Sebastian, 'The Price of Exclusion: The economic consequences of excluding people with disabilities from the world of work', International Labour Office Employment Working Paper No. 43, International Labour Organization, Geneva, 2009.
- 17 Mitra, Sophie, Aleksandra Posarac and Brandon Vick, 'Disability and Poverty in Developing Countries: A snapshot from the World Health Survey', Social Protection Discussion Paper No. 1109, The World Bank, Washington, D.C., April 2011.
- 18 Groce, Nora, et al., 'Disability and Poverty: The need for a more nuanced understanding of implications for development policy and practice', Third World Quarterly, vol. 32, no. 8, 2011, pp. 1493–1513.
- 19 Loeb, M. E., and Arne H. Eide, eds., 'Living Conditions among People with Activity Limitations in Malawi: A national representative study', SINTEF Health Research, Oslo, 26 August 2004, <www.safod.com/LCMalawi.pdf>, accessed 31 January 2013; Hoogeveen, Johannes G., 'Measuring Welfare for Small but Vulnerable Groups: Poverty and disability in Uganda', Journal of African Economies, vol. 14, no. 4, 1 August 2005, pp. 603–631.
- 20 World Health Organization and the World Bank, World Report on Disability, 2011, pp. 10, 39–40.
- 21 Gertler, Paul J., and Lia C. Fernald, 'The Medium Term Impact of Oportunidades on Child Development in Rural Areas', Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Mexico, 30 November 2004; Behrman, Jere R., and John Hoddinott, 'Programme Evaluation with Unobserved Heterogeneity and Selective Implementation: The Mexican PROGRESA impact on child nutrition', Oxford Bulletin of Economics and Statistics, vol. 67, no. 4, August 2005, pp. 547–569; Hoddinott, John, and Emmanuel Skoufias, 'The Impact of PROGRESA on Food Consumption', Economic Development and Cultural Change, vol. 53, no. 1, October 2004, pp. 37–61; Maluccio, John A., et al., 'The Impact of an Experimental Nutritional Intervention in Childhood on Education among Guatemalan Adults', Food Consumption and Nutrition Division Discussion Paper 207, International Food Policy Research Institute, Washington, D.C., June 2006.
- 22 Groce, Nora, et al., 'Poverty and Disability: A critical review of the literature in low and middle-income countries', Working Paper Series No. 16, Leonard Cheshire Disability and Inclusive Development Centre, University College London, London, September 2011.
- 23 Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, Convention on the Rights of the Child, article 23.
- 1 World Health Organization, 'Communitybased Rehabilitation Guidelines', WHO, Geneva, 2010, <www.who.int/disabilities/cbr/guidelines/en/index.html>, accessed 31 January 2013.
- 2 Groce, Nora Ellen, 'Adolescents and Youth with Disabilities: Issues and challenges', Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal, vol. 15, no. 2, July 2004, pp. 13–32.
- 3 Committee on the Rights of the Child, Convention on the Rights of the Child General Comment No. 9 (2006): The rights of children with disabilities, CRC/C/GC/9, Geneva, 27 February 2007, pp. 2, 9; Jones, Lisa, et al., 'Prevalence and Risk of Violence against Children with Disabilities: A systematic review and meta-analysis of observational studies', The Lancet, vol. 380, no. 9845, 8 September 2012, pp. 899–907; World Health Organization and the World Bank, World Report on Disability, WHO, Geneva, 2011, p. 59.

إطار: عن الأرقام

World Health Organization, The Global Burden of Disease: 2004 update, WHO, Geneva, 2008; United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, World Population Prospects: The 2010 revision, United Nations, New York, 2011.

الفصل ٢: أساسيات الشمول (الحواشي من ٤ إلى ٣٣)

- 4 Bruce Marks, Susan, 'Reducing Prejudice against Children with Disabilities in Inclusive Settings', International Journal of Disability, Development and Education, vol. 44, no. 2, 1997, pp. 119–120.
- 5 Contact a Family, 'What Makes My Family Stronger: A report into what makes families with disabled children stronger – socially, emotionally and practically', London, May 2009, <http://89.16.177.37/professionals/research/researchandreports.html>, accessed 31 January 2013.
- 6 United Kingdom Government, 'The Consolidated 3rd and 4th Periodic Report to UN Committee on the Rights of the Child', United Kingdom, July 2007, p. 31, <www.ofmdfmi.gov.uk/uk_uncrc-2.pdf>, accessed 31 January 2013.
- 7 D'Aiglepierre, Rohen, Focus Development Association and United Nations Children's Fund, 'Exclusion Scolaire et Moyens D'Inclusion au Cycle Primaire a Madagascar', February 2012, p. 67, <www.unicef.org/madagascar/EXCLUSION-INCLUSIONweb.pdf>, accessed 31 January 2013.
- 8 TNS and United Nations Children's Fund, 'Research Report on Children with Disabilities and their Families in Da Nang: Knowledge – attitudes – practices', Viet Nam, November 2009, p. 14.
- 9 World Health Organization and the World Bank, World Report on Disability, 2011, p. 3.
- 10 Maras, Pam, and Rupert Brown, 'Effects of Contact on Children's Attitudes Towards Disability: A longitudinal study', Journal of Applied Social Psychology, vol. 26, no. 23, December 1996, pp. 2113–2134, cited in Maras, Pam, and Rupert Brown, 'Effects of Different Forms of School Contact on Children's Attitudes toward Disabled and Non-Disabled Peers', British Journal of Educational Psychology, vol. 70, no. 3, September 2000, p. 339.
- 11 Barg, Carolyn J., et al., 'Physical Disability, Stigma, and Physical Activity in Children', International Journal of Disability, Development and Education, vol. 57, no. 4, December 2010, p. 378.

- 55 Willemse, Karin, Ruth Morgan and John Meletse, 'Deaf, Gay, HIV Positive, and Proud: Narrating an alternative identity in post-Apartheid South Africa', *Canadian Journal of African Studies*, vol. 43, no. 1, April 2009, pp. 83–104.
- 56 Sices, Laura, 'Developmental Screening in Primary Care: The effectiveness of current practice and recommendations for improvement', *The Commonwealth Fund*, New York, December 2007, pp. v and 6; Johnson-Staub, Christine, 'Charting Progress for Babies in Child Care Project: Promote access to early, regular, and comprehensive screening', *CLASP*, Washington, D.C., February 2012, p. 1.
- 57 Ertem, Ilgi O., et al., 'A Guide for Monitoring Child Development in Low- and Middle-Income Countries', *Pediatrics*, vol. 121, no. 3, March 2008, pp. e581–e589; World Health Organization, *Developmental Difficulties in Early Childhood: Prevention, Early Identification, Assessment and Intervention in low-and middle income countries*, WHO 2012pp.1
- 58 World Health Organization, 'Epilepsy: Fact sheet No. 999', WHO, Geneva, October 2012, <www.who.int/mediacentre/fact_sheets/fs999/en/index.html>, accessed 31 January 2013.
- 59 Metts, Robert, 'Disability and Development', pp. 15–45.
- 60 Filmer, Deon, 'Disability, Poverty, and Schooling in Developing Countries: Results from 14 household surveys', *World Bank Economic Review*, vol. 22, no. 1, 2008, pp. 141–163, as cited in World Health Organization and the World Bank, *World Report on Disability*, 2011.
- 61 United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, *EFA Global Monitoring Report 2010: Reaching the marginalized*, UNESCO and Oxford University Press, Paris and Oxford, UK, 2010, <<http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001866/186606E.pdf>>, accessed 31 January 2013; Loeb, M. E., and Arne H. Eide, eds., 'Living Conditions among People with Activity Limitations in Malawi: A national representative study', *SINTEF Health Research*, Oslo, 26 August 2004, <www.safod.com/LC/Malawi.pdf>, 31 January 2013; Government of the United Republic of Tanzania, '2008 Tanzania Disability Survey', United Republic of Tanzania National Bureau of Statistics, Dar es Salaam, United Republic of Tanzania, 2009, p. 19, <nbs.go.tz/tnada/index.php/ddibrowser/5/download/24>, 31 January 2013.
- 62 World Health Organization and the World Bank, *World Report on Disability*, 2011, p. 206.
- 63 United Nations, *Report of the Secretary-General on the Status of the Convention on the Rights of the Child*, A/66/230, United Nations, New York, 3 August 2011, p. 8.
- 64 For review, see World Health Organization and the World Bank, *World Report on Disability*, 2011, pp. 39–40; Filmer, Deon, 'Disability, Poverty, and Schooling in Developing Countries: Results from 14 household surveys', pp. 141–163; Sundrum, Ratna, et al., 'Cerebral Palsy and Socioeconomic Status: A retrospective cohort study', *Archives of Disease in Childhood*, vol. 90, no. 1, January 2005, pp. 15–18; Newacheck, Paul W., et al., 'Disparities in the Prevalence of Disability between Black and White Children', *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, vol. 157, no. 3, March 2003, pp. 244–248
- 46 Scholl, Theresa O., 'Maternal Iron Status: Relation to fetal growth, length of gestation, and iron endowment of the neonate', *Nutrition Reviews*, vol. 69, no. 11, November 2011, S23–S29; Vaughan, Owen R., et al., 'Environmental Regulation of Placental Phenotype: Implications for fetal growth', *Reproduction, Fertility and Development*, vol. 24, no. 1, 6 December 2011, pp. 80–96.
- 47 Adams, Melanie S., et al., 'Feeding Difficulties in Children with Cerebral Palsy: Low-cost caregiver training in Dhaka, Bangladesh', *Child: Care, Health and Development*, vol. 38, no. 6, November 2012, pp. 878–888.
- 48 National Institutes for Health (NIH), *MedlinePlus*, 'Cystic Fibrosis – Nutritional Considerations', <www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/002437.htm>, accessed 31 January 2013; O'Brien, S., et al., 'Intestinal Bile Acid Malabsorption in Cystic Fibrosis', *Gut*, vol. 34, no. 8, August 1993, pp. 1137–1141.
- 49 United Nations Children's Fund, 'Violence against Disabled Children: UN Secretary-General's report on violence against children - Summary report', UNICEF, New York, 28 July 2005, pp. 6–7; World Bank, May 2004, 'Disability in Bangladesh: A situation analysis' The Danish Bilharziasis Laboratory for the World Bank, People's Republic of Bangladesh <<http://siteresources.worldbank.org/DISABILITY/Resources/Regions/South%20Asia/DisabilityinBangladesh.pdf>>, p. 15, accessed 31 January 2013
- 50 World Health Organization, *Developmental Difficulties in Early Childhood: Prevention, early identification, assessment and intervention in low- and middle-income countries – A review*, WHO, Geneva, 2012; Thommessen, M., et al., 'Feeding Problems, Height and Weight in Different Groups of Disabled Children', *Acta Paediatrica*, vol. 80, no. 5, May 1991, pp. 527–533; Sullivan, Peter B., ed., *Feeding and Nutrition in Children with Neurodevelopmental Disability*, Mac Keith Press, London, 2009, p. 61; Adams, Melanie S., et al., 'Feeding Difficulties in Children with Cerebral Palsy', pp. 878–888.
- 51 Groce, N., et al., 'Water and Sanitation Issues for Persons with Disabilities in Low and Middle-Income Countries: A literature review and discussion of implications for global health and international development', *Journal of Water and Health*, vol. 9, no. 4, 2011, pp. 617–627.
- 52 Human Rights Watch, 'Fact Sheet: HIV and disability', Human Rights Watch, New York, June 2011. Also, see World Health Organization and the World Bank, *World Report on Disability*, 2011, p. 77 for misconceptions on sexual activity, p. 59 for drug/alcohol use and p. 147 for risk of abuse.
- 53 United Nations Children's Fund, 'Towards an AIDS-Free Generation: Promoting community-based strategies for and with children and adolescents with disabilities', UNICEF, July 2012.
- 54 World Health Organization and United Nations Population Fund, *Promoting Sexual and Reproductive Health for Persons with Disabilities: WHO/JUNFPA guidance note*, WHO, 2009, pp. 5–9, 12, <<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/9789241598682/en>>, accessed 31 January 2013; United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, *Sexuality Education in Asia and the Pacific: Review of policies and strategies to implement and scale up*, UNESCO Bangkok, Bangkok, 2012, p. 2, <<http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002150/215091e.pdf>>, accessed 31 January 2013.
- 33 South African Disability Institute, *Special Housing for Disabled People*, data provided by Philip Thompson, Africa Chair, International Commission on Technology and Accessibility, as cited in Metts, Robert, 'Disability and Development', p. 17; Metts, Robert, 'Disability and Development', pp. 15–45.

آطار: إنها مسألة قدرة

الفصل ٣: أساس قوي (الحواشي من ٣٤ إلى ١٠٢)

- 91 Bines, Hazel, 'Education's Missing Millions: Including disabled children in education through EFA FTI processes and national sector plans – Main report of study findings', World Vision UK, Milton Keynes, UK, September 2007, p. 3.
- 92 Munir, Shirin Z., and Sultana S. Zaman, 'Models of Inclusion: Bangladesh experience', ch. 19 in *Inclusive Education across Cultures: Crossing boundaries, sharing ideas*, edited by Mithu Alur and Vianne Timmons, Sage Publications India, New Delhi, 2009, p. 292.
- 93 Ahsan, Mohammad Tariq, and Lindsay Burnip, 'Inclusive Education in Bangladesh', *Australasian Journal of Special Education*, vol. 31, no. 1, April 2007, p. 65.
- 94 Miles, Susie, et al., 'Education for Diversity: The role of networking in resisting disabled people's marginalisation in Bangladesh', *Compare: A Journal of Comparative and International Education*, vol. 42, no. 2, 2012, pp. 283–302.
- 95 United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, *Building Human Capacities in Least Developed Countries to Promote Poverty Eradication and Sustainable Development*, UNESCO, Paris, 2011, p. 8.
- 96 Lansdown, Gerison, 'Vulnerability of Children with Disabilities', UNICEF background research paper written for The State of the World's Children 2013, 2012, p. 8.
- 97 United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, *Education Counts: Towards the Millennium Development Goals*, UNESCO, Paris, 2011, p. 17.
- 98 Abuya, Benta A., James Ciera and Elizabeth Kimani-Murage, 'Effect of Mother's Education on Child's Nutritional Status in the Slums of Nairobi', *BMC Pediatrics*, vol. 12, no. 80, June 2012.
- 99 Janevic, Teresa, et al., 'Risk Factors for Childhood Malnutrition in Roma Settlements in Serbia', *BMC Public Health*, vol. 10, August 2010.
- 100 Miller, Jane E., and Yana V. Rodgers, 'Mother's Education and Children's Nutritional Status: New evidence from Cambodia', *Asian Development Review*, vol. 26, no. 1, 2009, pp. 131–165.
- 101 Semba, Richard D., et al., 'Effect of Paternal Formal Education on Risk of Child Stunting in Indonesia and Bangladesh: A cross-sectional study', *The Lancet*, vol. 371, no. 9609, January 2008, pp. 322–328.
- 102 Convention on the Rights of the Child, article 29.
- (الفصل ٤: أساسيات الحماية (الحواشي من ١٠٣ إلى ١١٠))
- 103 Cody, Clare, *Count Every Child: The right to birth registration*, Plan Ltd., Woking, UK, 2009.
- 104 Algood, C. L., et al., 'Maltreatment of Children with Developmental Disabilities: An ecological systems analysis', *Children and Youth Services Review*, vol. 33, no. 7, July 2011, pp. 1142–1148; Stalker, K., and K. McArthur, 'Child Abuse, Child Protection and Disabled Children: A review of recent research', *Child Abuse Review*, vol. 21, no. 1, January/February 2012, pp. 24–40.
- 105 Kvam, Marit Hoem, 'Sexual Abuse of Deaf Children: A retrospective analysis of the prevalence and characteristics of childhood sexual abuse among deaf adults in Norway', *Child Abuse & Neglect*, vol. 28, no. 3, March 2004, pp. 241–251; Lansdown, Gerison, 'Vulnerability of Children with Disabilities', p. 6.
- 77 Latimier, Camille, and Jan Šiška, 'Children's Rights for All: Implementation of the United Nations Convention on the Rights of the Child for children with intellectual disabilities', *Inclusion Europe*, Brussels, October 2011, p. 21.
- 78 Praisner, Cindy L., 'Attitudes of Elementary School Principals toward the Inclusion of Students with Disabilities', *Exceptional Children*, vol. 69, no. 2, 2003, pp. 135–145.
- 79 Shade, Richard A., and Roger Stewart, 'General Education and Special Education Preservice Teachers' Attitudes towards Inclusion', *Preventing School Failure*, vol. 46, no. 1, 2001, pp. 37–41.
- 80 de Boer, Anke, Sip Jan Pijl and Alexander Minnaert, 'Regular Primary Schoolteachers' Attitudes towards Inclusive Education: A review of the literature', *International Journal of Inclusive Education*, vol. 15, no. 3, April 2011, pp. 345–346.
- 81 Miles, Susie, and Ian Kaplan, 'Using Images to Promote Reflection: An action research study in Zambia and Tanzania', *Journal of Research in Special Educational Needs*, vol. 5, no. 2, June 2005, pp. 79–80.
- 82 Kalyanpur, Maya, 'Paradigm and Paradox: Education for All and the inclusion of children with disabilities in Cambodia', *International Journal of Inclusive Education*, vol. 15, no. 10, December 2011, p. 1058.
- 83 Miles, Susie, et al., 'Education for Diversity: The role of networking in resisting disabled people's marginalisation in Bangladesh', *Compare: A Journal of Comparative and International Education*, vol. 42, no. 2, 2012, p. 293.
- 84 Schurmann, Erik, 'Training Disabled Teachers in Mozambique', *Enabling Education No. 10*, Enabling Education Network, Manchester, UK, 2006, <www.eenet.org.uk/resources/docs/enabling_education10.pdf>, accessed 31 January 2013.
- 85 United Nations Children's Fund, *Promoting the Rights of Children with Disabilities*, Innocenti Digest No. 13, p. 30.
- 86 Lynch, Paul, et al., 'Inclusive Educational Practices in Uganda: Evidencing practice of itinerant teachers who work with children with visual impairment in local mainstream schools', *International Journal of Inclusive Education*, vol. 15, no. 10, December 2011, pp. 1119–1134; Miles, Susie, and Sue Stubbs, 'Inclusive Education and Children with Disabilities', UNICEF background discussion paper written for The State of the World's Children 2013, 2012, p. 23.
- 87 Prag, Anat, 'Fostering Partnerships for Education Policy and Reform: Vietnam', *Enabling Education No. 8*, Enabling Education Network, Manchester, UK, 2004, <www.eenet.org.uk/resources/docs/eenet_news8.pdf>, accessed 31 January 2013.
- 88 Report of the Secretary-General on the Status of the Convention on the Rights of the Child, 3 August 2011.
- 89 Stubbs, Sue, 'Inclusive Education: Where there are few resources', *The Atlas Alliance*, Oslo, September 2008, p. 36, <www.child-to-child.org/about/index.html>, accessed 31 January 2013; Fosere, Mamello, 'Mamello's Story', *Enabling Education No. 5*, Enabling Education Network, Manchester, UK, 2001, p. 10, <www.eenet.org.uk/resources/eenet_newsletter/news5/page10.php>.
- 90 Lewis, Ingrid, 'Water, Sanitation, Hygiene (WASH) and Inclusive Education', *Enabling Education No. 14*, Enabling Education Network, Manchester, UK, 2010, pp. 9–13, <www.eenet.org.uk/resources/docs/Enabling%20Education-issuue%2014-2010.pdf>, accessed 31 January 2013.
- 65 United Nations Children's Fund, *Promoting the Rights of Children with Disabilities*, Innocenti Digest No. 13, UNICEF Innocenti Research Centre, Florence, October 2007, p. 15, box 5.1, <www.un.org/esa/socdev/unyin/documents/children_disability_rights.pdf>, accessed 31 January 2013.
- 66 van der Berg, Servaas, *Poverty and Education*, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, Paris, 2008.
- 67 United Nations Children's Fund, *Promoting the Rights of Children with Disabilities*, Innocenti Digest No. 13, p. 27, box 5.1.
- 68 UNICEF, *The Right of Children with Disabilities to Education: A rights-based approach to inclusive education*, 2012, p. 8; United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 'The Right to Education for Persons with Disabilities: Towards inclusion – An Education for All flagship', Paris, <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001322/132277e.pdf>>, accessed 31 January 2013.
- 69 United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 'Inclusion of Children with Disabilities: The early childhood imperative', *UNESCO Policy Brief on Early Childhood No. 46*, UNESCO, Paris, April–June 2009, <<http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001831/183156e.pdf>>, accessed 31 January 2013.
- 70 Nahar, Baitun, et al., 'Effects of Psychosocial Stimulation on Growth and Development of Severely Malnourished Children in a Nutrition Unit in Bangladesh', *European Journal of Clinical Nutrition*, vol. 63, no. 6, June 2009, pp. 725–731.
- 71 Jin, X., et al., 'Care for Development' Intervention in Rural China: A prospective follow-up study', *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, vol. 28, no. 3, 2007, pp. 213–218.
- 72 Nair, M. K., et al., 'Effect of Child Development Centre Model Early Stimulation among At Risk Babies: A randomized controlled trial', *Indian Pediatrics*, vol. 46, supplement, January 2009, pp. s20–s26.
- 73 Potterton, Joanne, et al., 'The Effect of a Basic Home Stimulation Programme on the Development of Young children Infected with HIV', *Developmental Medicine & Child Neurology*, vol. 52, no. 6, June 2010, pp. 547–551.
- 74 Walker, Susan P., et al., 'Inequality in Early Childhood: Risk and protective factors for early child development', pp. 1325–1338.
- 75 Forlin, Chris, et al., 'Demographic Differences in Changing Pre-Service Teachers' Attitudes, Sentiments and Concerns about Inclusive Education', *International Journal of Inclusive Education*, vol. 13, no. 2, March 2009, pp. 195–209. Felicia Wilczenski's 'Attitudes toward Inclusive Education Scale' (ATIES), developed in 1992, has been particularly influential in studies of teacher attitudes: Wilczenski, Felicia L., 'Measuring Attitudes toward Inclusive Education', *Psychology in the Schools*, vol. 29, no. 4, October 1992, pp. 306–312. For a review, see Kuyini, Ahmed Bawa, and Ishwar Desai, 'Principals' and Teachers' Attitudes and Knowledge of Inclusive Education as Predictors of Effective Teaching Practices in Ghana', *Journal of Research in Special Educational Needs*, vol. 7, no. 2, June 2007, pp. 104–113.
- 76 Tur-Kaspa, Hana, Amatzia Weisel and Tova Most, 'A Multidimensional Study of Special Education Students' Attitudes towards People with Disabilities: A focus on deafness', *European Journal of Special Needs Education*, vol. 15, no. 1, March 2000, pp. 13–23.

Penrose, Angela, and Mie Takaki, 'Children's Rights in Emergencies and Disasters', *The Lancet*, vol. 367, no. 9511, 25 February 2006, pp. 698–699.

Plan International, 'Child-Centred Disaster Risk Reduction: Building resilience through participation – Lessons from Plan International', Plan UK, London, 2010.

Handicap International and Save the Children, *Out from the Shadows: Sexual Violence against Children with Disabilities*, Save the Children UK, London, 2011.

Tamashiro, Tami, 'Impact of Conflict on Children's Health and Disability', Background paper prepared for the Education for All Global Monitoring Report 2011: The hidden crisis – Armed conflict and education, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, Paris, June 2010, <<http://unesdoc.unesco.org/images/0019/001907/190712e.pdf>>, accessed 31 January 2013.

Trani, Jean-François, et al., 'Disability, Vulnerability and Citizenship: To what extent is education a protective mechanism for children with disabilities in countries affected by conflict?', *International Journal of Inclusive Education*, vol. 15, no. 10, 2011, pp. 1187–1203.

United Nations Children's Fund, 'Violence against Disabled Children: UN Secretary-General's Report on Violence against Children – Summary report', UNICEF, New York, 28 July 2005, pp. 4–5, <www.unicef.org/videoaudio/PDFs/UNICEF_Violence_Against_Disabled_Children_Report_Distributed_Version.pdf>, accessed 31 January 2013.

United Nations General Assembly, Report of the Special Representative of the Secretary-General for Children and Armed Conflict, A/62/228, United Nations, New York, 13 August 2007.

Women's Commission for Refugee Women and Children, *Disabilities among Refugees and Conflict-Affected Populations: Resource kit for fieldworkers*, Women's Commission for Refugee Women and Children, New York, June 2008, <http://womensrefugeecommission.org/resources/cat_view/68-reports/81-disabilities>, accessed 31 January 2013.

World Health Organization and the World Bank, *World Report on Disability*, 2011, pp. 34–37.

تحت دائرة الضوء

مخلفات الحرب من المتفجرات

Under the Mine Ban Treaty, victims are defined as those who are directly impacted and therefore have been killed by a landmine blast or survived one, as well as the surviving family members of those killed and injured. Under the Convention on Cluster Munitions, victims also include affected family members and affected communities. Throughout this document, 'victims' refers to survivors, family members of those affected and affected communities; 'casualties' refers to those directly killed or injured by blasts; while 'survivors' specifically refers to those who have been directly impacted and survived landmines/Explosive Remnants of War blasts.

Landmine and Cluster Munition Monitor, *Landmine Monitor 2011*, Mines Action Canada, October 2011, p. 51.

'Mines' include victim-activated anti-personnel mines, anti-vehicle mines and improvised explosive devices; 2010 is the most recent year for which verified casualty totals were available for all countries at the time of publication. Please see <www.the-monitor.org>, accessed 31 January 2013, for a full definition of casualties and devices as presented here and for updated casualty data.

Gilbert, Ruth, et al., 'Burden and Consequences of Child Maltreatment in High-Income Countries', *The Lancet*, vol. 373, no. 9657, 3 January 2009, pp. 68–81.

Felitti, Vincent J., et al., 'Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The adverse childhood experiences (ACE) study', *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 14, no. 4, May 1998, pp. 245–258.

MacMillan, Harriet L., et al., 'Interventions to Prevent Child Maltreatment and Associated Impairment', *The Lancet*, vol. 373, no. 9659, 17 January 2009, pp. 250–266.

الفصل ٥ - الاستجابة الإنسانية (الحواشي من ١١٣ إلى ١١٤)

111 Von der Assen, Nina, Mathijs Euwema and Huib Cornelje, 'Including Disabled Children in Psychological Programmes in Areas Affected by Armed Conflict', *Intervention*, vol. 8, no. 1, March 2010, pp. 29–39.

112 Bartlett, Sheridan, 'The Implications of Climate Change for Children in Lower-Income Countries', *Children, Youth and Environments*, vol. 18, no. 1, 2008, pp. 71–98.

113 Convention on the Rights of the Child General Comment No. 9 (2006), p. 22.

تحت دائرة الضوء

المخاطر، القدرة على الصمود، والعمل الإنساني الشمولي

African Child Policy Forum, 'Violence against Children in Africa: A compilation of the main findings of the various research projects conducted by the African Child Policy Forum (ACPF) since 2006', ACPF, Addis Ababa, March 2011.

Handicap International, 'Mainstreaming Disability into Disaster Risk Reduction: A training manual', Handicap International, Kathmandu, January 2009, <www.handicap-international.fr/fileadmin/documents/publications/DisasterRiskReduc.pdf>, accessed 31 January 2013.

International Committee of the Red Cross, 'Promotion and Protection of the Rights of Children: ICRC statement to the United Nations, 2011', ICRC, Geneva, 17 October 2011, <www.icrc.org/eng/resources/documents/statement/united-nations-children-statement-2011-10-18.htm>, accessed 31 January 2013.

IRIN, 'DRC: Child disability, the forgotten crisis', IRIN, Goma, Democratic Republic of the Congo, 23 October 2009, <www.irinnews.org/Report/86710/DRC-Child-disability-the-forgotten-crisis>, accessed 2 October 2012.

Kett, Maria, and Mark van Ommeren, 'Disability, Conflict and Emergencies', *The Lancet*, vol. 374, no. 9704, 28 November 2009, pp. 1801–1803, <www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2809%2962024-9/fulltext>, accessed 31 January 2013.

Kett, Maria, and Jean-François Trani, 'Vulnerability and Disability in Darfur', *Forced Migration Review*, vol. 35, July 2010, pp. 12–14.

Nelson, Brett D., et al., 'Impact of Sexual Violence on Children in the Eastern Democratic Republic of Congo', *Medicine, Conflict and Survival*, vol. 27, no. 4, October–December 2011, pp. 211–225.

Pearn, John H., 'The Cost of War: Child injury and death', in *Contemporary Issues in Childhood Diarrhoea and Malnutrition*, 1st edition, edited by Zulfigar Ahmed Bhutta, Oxford University Press, Karachi, Pakistan, pp. 334–343.

106 Mental Disability Rights International, 'Behind Closed Doors: Human rights abuses in the psychiatric facilities, orphanages and rehabilitation centers of Turkey', MDRI, Washington, D.C., 28 September 2005, pp. 1, 23, 72, <www.disabilityrightsintl.org/wordpress/wp-content/uploads/turkeyfinal-9-26-05.pdf>, accessed 31 January 2013; Mental Disability Rights International, 'Torture Not Treatment: Electric shock and long-term restraint in the United States on children and adults with disabilities at the Judge Rotenberg Center', MDRI, Washington, D.C., 2010, pp. 1–2, <www.disabilityrightsintl.org/wordpress/wp-content/uploads/USReportandUrgentAppeal.pdf>, accessed 31 January 2013.

107 Human Rights Watch, Open Society Foundations, Women with Disabilities Australia, International Disability Alliance and Stop Torture in Health Care, 'Sterilization of Women and Girls with Disabilities: A briefing paper', November 2011, <www.hrw.org/sites/default/files/related_material/2011_global_DR.pdf>, accessed 31 January 2013.

108 Dowse, Leanne, 'Moving Forward or Losing Ground?: The sterilisation of women and girls with disabilities in Australia', Paper prepared for Women with Disabilities Australia and presented at the Disabled Peoples' International World Summit, Winnipeg, Canada, 8–10 September 2004.

109 Information obtained from UNICEF Serbia; United Nations Children's Fund and Serbian Government Ministry of Labour and Social Policy, 'Transforming Residential Institutions for Children and Developing Sustainable Alternatives', Belgrade, 2011, pp. 4–8.

110 Convention on the Rights of the Child General Comment No. 9 (2006), p. 21.

تحت دائرة الضوء

العنف ضد الأطفال ذوي الإعاقات

Jones, Lisa, et al., 'Prevalence and Risk of Violence against Children with Disabilities', pp. 899–907.

World Health Organization and the World Bank, *World Report on Disability*, 2011, pp. 29, 59 and 137, pp. 29, 59 and 137.

Pinheiro, Paulo Sérgio, *World Report on Violence against Children*, United Nations Secretary-General's Study on Violence against Children, Geneva, 2006.

Krug, Etienne G., et al., eds., *World Report on Violence and Health*, World Health Organization, Geneva, 2002.

Hibbard, Roberta A., et al., 'Maltreatment of Children with Disabilities', *Pediatrics*, vol. 119, no. 5, 1 May 2007, pp. 1018–1025.

Ammerman, Robert T., et al., 'Maltreatment in Psychiatrically Hospitalized Children and Adolescents with Developmental Disabilities: Prevalence and correlates', *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 33, no. 4, May 1994, pp. 567–576.

Sullivan, Patricia M., 'Violence Exposure among Children with Disabilities', *Clinical Child and Family Psychology Review*, vol. 12, no. 2, June 2009, pp. 196–216.

Ammerman, Robert T., and Nora J. Baladerian, *Maltreatment of Children with Disabilities*, National Committee to Prevent Child Abuse, Chicago, 1993.

United Nations, *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*, A/RES/61/106, United Nations, New York, 2008.

125 Durkin, Maureen S., 'Population-Based Studies of Childhood Disability in Developing Countries', pp. 47-60.

126 Ibid.; United Nations Children's Fund and the University of Wisconsin, Monitoring Child Disability in Developing Countries, p. 9.

127 World Health Organization and the United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific, Training Manual on Disability Statistics, Bangkok, 2008, pp. 107-108.

128 United Nations Children's Fund and the University of Wisconsin, Monitoring Child Disability in Developing Countries, pp. 8-9; Nair, M. K., et al., 'Developmental Screening Chart', Indian Pediatrics, vol. 28, no. 8, 1991, pp. 869-872.

129 United Nations Children's Fund and the University of Wisconsin, Monitoring Child Disability in Developing Countries, p. 9; Durkin, Maureen S., 'Population-Based Studies of Childhood Disability in Developing Countries', pp. 47-60.

130 Robertson, Janet, Chris Hatton and Eric Emerson, 'The Identification of Children with or at Significant Risk of Intellectual Disabilities in Low and Middle Income Countries: A review', p. 20.

تحت دائرة الضوء الدروس المستفادة

United Nations Children's Fund and the University of Wisconsin, Monitoring Child Disability in Developing Countries: Results from the Multiple Indicator Cluster Surveys, p. 9; Thorburn Marigold, et al., 'Identification of Childhood Disability in Jamaica: The ten question screen', International Journal of Rehabilitation Research, vol. 15, no. 2, June 1992, pp. 115-127.

United Nations Children's Fund and the University of Wisconsin, Monitoring Child Disability in Developing Countries: Results from the Multiple Indicator Cluster Surveys, p. 9.

Durkin, Maureen S., 'Population-Based Studies of Childhood Disability in Developing Countries', pp. 47-60; United Nations Children's Fund and the University of Wisconsin, Monitoring Child Disability in Developing Countries, pp. 9-10.

Zaman, Sultana S., et al., 'Validity of the 'Ten Questions' for Screening Serious Childhood Disability: Results from urban Bangladesh', International Journal of Epidemiology, vol. 19, no. 3, 1990, p. 613.

Previous UNICEF publications reported that the number of participating countries was 20. This number was correct when those publications were printed, but the final number of countries that administered the Ten Questions as part of MICS3 was 25.

United Nations Children's Fund and University of Wisconsin, Monitoring Child Disability in Developing Countries, p. 23.

تحت دائرة الضوء من الفحص إلى التقييم

Maulik, Pallab K., and Gary L. Darmstadt, 'Childhood Disability in Low- and Middle- Income Countries', July 2007, p. S6; United Nations Children's Fund and the University of Wisconsin, Monitoring Child Disability in Developing Countries, p. 58.

الفصل ٦: قياس إعاقات الأطفال (الحواسي من ١١٤ إلى ١٣٠)

114 United Nations Children's Fund and the University of Wisconsin, Monitoring Child Disability in Developing Countries: Results from the Multiple Indicator Cluster Surveys, UNICEF, New York, 2008, p. 9.

115 Mont, Daniel, 'Measuring Disability Prevalence', Social Protection Discussion Paper No. 0706, The World Bank, Washington, D.C., March 2007, p. 35; Maulik, Pallab K., and Gary L. Darmstadt, 'Childhood Disability in Low- and Middle- Income Countries: Overview of screening, prevention, services, legislation, and epidemiology', Pediatrics, vol. 120, Supplement 1, July 2007, p. S21.

116 World Health Organization, Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health: ICF - The international classification of functioning, disability and health, WHO, Geneva, 2002.

117 Msall, Michael E., and Dennis P. Hogan, 'Counting Children with Disability in Low-Income Countries: Enhancing prevention, promoting child development, and investing in economic well-being', Pediatrics, vol. 120, no. 1, July 2007, p. 183.

118 Durkin, Maureen S., 'The Epidemiology of Developmental Disabilities in Low-Income Countries', Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Review, vol. 8, no. 3, 2002, p. 211; United Nations Children's Fund and the University of Wisconsin, Monitoring Child Disability in Developing Countries, p. 8.

119 Lansdown, R. G., et al., 'Culturally Appropriate Measures for Monitoring Child Development at Family and Community Level: A WHO collaborative study', Bulletin of the World Health Organization, vol. 74, no. 3, 1996, p. 287

120 See appendix 2 of Maulik and Darmstadt, 2007.

121 Robertson, Janet, Chris Hatton and Eric Emerson, 'The Identification of Children with or at Significant Risk of Intellectual Disabilities in Low and Middle Income Countries: A review', CeDR Research Report, no. 3, Centre for Disability Research, Lancaster University, Lancaster, UK, July 2009, p. 22; United Nations Children's Fund and the University of Wisconsin, Monitoring Child Disability in Developing Countries, pp. 9, 58; Gladstone, M. J., et al., 'Can Western Developmental Screening Tools Be Modified for Use in a Rural Malawian Setting?', Archives of Diseases in Childhood, vol. 93, no. 1, January 2008, pp. 23-29.

122 Mont, Daniel, 'Measuring Disability Prevalence', p. 35; Washington Group on Disability Statistics, 'Understanding and Interpreting Disability as Measured Using the WG Short Set of Questions', 20 April 2009, p. 2.

123 United Nations Children's Fund and the University of Wisconsin, Monitoring Child Disability in Developing Countries, p. 8.

124 Durkin, Maureen S., 'Population-Based Studies of Childhood Disability in Developing Countries: Rationale and study design', International Journal of Mental Health, vol. 20, no. 2, 1991, pp. 47-60; United Nations Children's Fund and the University of Wisconsin, Monitoring Child Disability in Developing Countries, p. 8.

The Landmine Monitor identified more than 1,500 child casualties in 1999 and more than 1,600 in 2001.

This includes only the casualties for which the civilian/security status and the age were known.

Boys accounted for 1,371 of the 2,735 civilian casualties caused by explosive remnants of war (ERW) between 2008 and 2010.

Landmine and Cluster Munition Monitor, Landmine and Cluster Munition Monitor Fact Sheet: Impact of mines/ERW on children - November 2011, Landmine and Cluster Munition Monitor, Geneva, p. 2.

Landmine and Cluster Munition Monitor Fact Sheet: Impact of mines/ERW on children - November 2010, pp. 1-3.

Landmine and Cluster Munition Monitor Fact Sheet: Landmines and children - March 2010, pp. 2, 3.

Percentages are of civilian casualties for which the age was known. Children made up 30 per cent of casualties from all types of mines.

Landmine and Cluster Munition Monitor, 'The Issues: Landmines', Landmine and Cluster Munition Monitor, Geneva, <www.the-monitor.org/index.php/LM/The-Issues/Landmines>, accessed 31 January 2013.

Walsh, Nicolas E., and Wendy S. Walsh, 'Rehabilitation of Landmine Victims: The ultimate challenge', Bulletin of the World Health Organization, vol. 81, no. 9, 2003, pp. 665-670.

International Save the Children Alliance, 'Child Landmine Survivors: An inclusive approach to policy and practice', International Save the Children Alliance, London, 2000.

Watts, Hugh G., 'The Consequences for Children of Explosive Remnants of War: Land mines, unexploded ordnance, improvised explosive devices and cluster bombs', Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine: An Interdisciplinary Approach, vol. 2, 2009, pp. 217-227.

Landmine and Cluster Munition Monitor Fact Sheet: Impact of mines/ERW on children - November 2010, pp. 1-3.

Watts, Hugh G., 'The Consequences for Children of Explosive Remnants of War', pp. 217-227.

Landmine and Cluster Munition Monitor Fact Sheet: Landmines and children - June 2009, pp. 1-4.

Munoz, Wanda, Ulrike Last and Teng Kimsean, Good Practices from the Project: Towards sustainable income generating activities for mine victim and other persons with disabilities in Cambodia, Handicap International Federation (HIC) Cambodia, Phnom Penh, Cambodia, 2010.

Child Protection in Crisis (CPC) Network, Livelihoods and Economic Strengthening Task Force, The Impacts of Economic Strengthening Programs on Children: a review of the evidence, CPC Network, August 2011, pp. ii, 1, 18.

Landmine and Cluster Munition Monitor Fact Sheet: Impact of mines/ERW on children - November 2010, pp. 1-3.

Handicap International, Voices from the Ground: Landmine and explosive remnants of war survivors speak out on victim assistance, Handicap International, Brussels, September 2009, p. 210.

الجداول الإحصائية

إحصاءات اقتصادية واجتماعية لبلدان العالم ومناطقه
أقاليمية، مع إشارة خاصة إلى رفاه الأطفال.

٩٤	..... نظرة عامة
٩٤	..... ملاحظة عامة عن البيانات
٩٤	..... تقديرات وفيات الأطفال
٩٥	..... ملاحظات حول جداول محدّدة
٩٨	..... تفسير الرموز
٩٨	..... تصنيف حسب المناطق
٩٩	..... ترتيب الدول حسب معدل وفيات الأطفال دون سنّ الخامسة

الجداول:

١٠١	..... المؤشرات الأساسية	١
١٠٦	..... التغذية	٢
١١١	..... الصحة	٣
١١٧	..... فيروس نقص المناعة البشري / الإيدز	٤
١٢٢	..... التعليم	٥
١٢٧	..... المؤشرات السكانية	٦
١٣٢	..... المؤشرات الاقتصادية	٧
١٣٧	..... النساء	٨
١٤٢	..... حماية الطفل	٩
١٤٧	..... معدل التقدم	١٠
١٥٢	..... اليافعون واليافعات	١١
١٥٧	..... التّفاوتات حسب محلّ الإقامة	١٢
١٦٢	..... التّفاوتات - حسب ثروة الأسرة	١٣
١٦٧	..... تنمية الطفولة المبكرة	١٤

الجدول الإحصائية

نظرة عامة

يقدم هذا الدليل المرجعي أحدث الإحصاءات الأساسية عن بقاء الطفل على قيد الحياة، ونمائه وحمايته في بلدان العالم، وأقاليمه ومناطقه. وهو يتضمن للمرة الأولى، جدولاً عن تنمية الطفولة المبكرة.

تدعم الجداول في هذا المجلد أيضاً منظمة الأمم المتحدة للطفولة (يونيسف) في تركيزها على التقدم المحرز والنتائج المحققة على صعيد تحقيق الأهداف وتنفيذ العهود المتفق عليها دولياً بشأن حقوق الطفل ونمائهم. فاليونيسف هي الوكالة التي تقود عملية رصد الأهداف المتعلقة بالطفل في كل من اعلان الألفية والأهداف الإنمائية والمؤشرات المتعلقة بها. وهي كذلك شريك أساسي في العمل الذي تقوم به منظمة الأمم المتحدة بشأن رصد هذه الأهداف والمؤشرات.

ورغم الجهود التي بذلت لرفع قابلية الإحصاءات للمقارنة عبر البلدان وعلى مرّ الأزمان، إلى أقصى حدّ ممكن، إلا أنّ البيانات المستخدمة على مستوى البلدان ربما تختلف من حيث الأساليب المستخدمة في جمع البيانات أو التوصل إلى وضع التقديرات، وكذلك من حيث الفئات السكانية المشمولة فيها. كذلك، فإنّ البيانات المعروضة في هذه الجداول تخضع إلى منهجيات دائمة التطور، وإلى التّقيحات المدخلة على في بيانات السلاسل الزمنية (على سبيل المثال، التّحصين من الأمراض، ونسب وفيات الأمهات)، وإلى التصنيفات المتغيرة على مستوى المناطق. كما أنّ البيانات القابلة للمقارنة من سنة إلى أخرى غير متوفرة لبعض المؤشرات. لهذا لا ينصح بمقارنة البيانات المستقاة من الطبقات المتتالية لتقرير وضع الأطفال في العالم.

إنّ جميع الأرقام المعروضة في هذا الدليل المرجعي متوافرة على شبكة الإنترنت، على الموقع الإلكتروني: www.unicef.org/sowc2013، وعبر قواعد البيانات الإحصائية العالمية العائدة لليونسف على الموقع الإلكتروني: www.childinfo.org. يُرجى الرجوع إلى هذين الموقعين الإلكترونيين للإطلاع على أحدث النسخ من الجداول الإحصائية، وعلى أي تحديثات أو أي أخطاء مطبعية تُكتشف بعد طباعة التقرير.

ملاحظة عامة عن البيانات:

التقدم نحو تحقيق الأهداف الإنمائية المتفق عليها دولياً للأطفال، بما فيها الأهداف الإنمائية للألفية. ويتوافر المزيد من المعلومات عن هذه البيانات على الموقع الإلكتروني: www.childinfo.org.

تقديرات معدلات الوفيات:

تقوم اليونيسف، في كل عام، بإيراد سلسلة من التقديرات لمعدلات وفيات الأطفال ضمن تقريرها "وضع الأطفال في العالم"، بما فيها المعدل السنوي لوفيات الرضع، والمعدل السنوي لوفيات الأطفال دون سنّ الخامسة، وأعداد وفيات الأطفال دون سنّ الخامسة - لعامين مرجعيين على الأقل. وتمثّل هذه الأرقام أفضل التقديرات المتوافرة عندما كان هذا التقرير قيد الطباعة، وهي تستند إلى العمل الذي قام به «فريق العمل المشترك بين الوكالات لتقدير وفيات الأطفال (الفريق المشترك) (IGME)»، والذي يضمّ منظمة الأمم المتحدة للطفولة (يونيسف)، ومنظمة الصحة العالمية، وشعبة السكان لدى الأمم المتحدة والبنك الدولي. وتُحدّث هذه التقديرات التي يُعدّها فريق العمل المذكور سنوياً عن طريق إجراء استعراض تفصيلي لجميع نقاط البيانات التي تتوافر حديثاً، والذي غالباً ما يتمخض عنه بعض التعديلات على التقديرات التي وردت في تقارير سابقة. ونتيجة لذلك، فإنّ التقديرات المنشورة في الطبقات المتتالية من تقرير وضع الأطفال في العالم يجب أن لا تُستعمل في تحليل اتجاهات الوفيات على مرّ الزمان. وتُعرض تالياً على الصفحة (٩٥) تقديرات لوفيات الأطفال دون الخامسة قابلة للمقارنة على المستوى العالمي والمناطق للفترة من ١٩٧٠ إلى ٢٠١١. وتُعرض في الجدول ١٠ مؤشرات وفيات قُطرية للأعوام ١٩٧٠-٢٠١١ استناداً إلى أحدث التقديرات الصادرة من فريق العمل المشترك بين الوكالات (للعوام ١٩٧٠، ١٩٩٠، ٢٠٠٠ و ٢٠١١)، وهذه المؤشرات متوافرة أيضاً على الموقع الإلكتروني www.childmortality.org، وعلى الموقع الإلكتروني www.childinfo.org، وعلى شبكة الإنترنت.

البيانات المعروضة في الجداول الإحصائية التالية مستخلصة من قواعد البيانات العالمية العائدة إلى اليونيسف، وهي مصحوبة بتعريفات، ومصادر وبيروايشي حيثما تقتضي الضرورة. وتعتمد الجداول على التقديرات المشتركة التي تعدّها وكالات الأمم المتحدة الأخرى، وعلى المسوح الأسرية التمثيلية التي تُجرى على المستويات الوطنية، مثل المسوح العنقودية متعددة المؤشرات، والمسوح السكانية الصحية. وقد استُخدمت في الجداول أيضاً، إضافة إلى كل ذلك، بيانات مستقاة من منظمات الأمم المتحدة الأخرى. وتعكس البيانات المعروضة في الجداول الإحصائية لهذا العام، عموماً، المعلومات المتوافرة ابتداءً من أغسطس / آب ٢٠١٢. ويتوافر المزيد من المعلومات التفصيلية حول منهجيات الحصول على البيانات ومصادرها على الموقع الإلكتروني على الإنترنت: www.childinfo.org.

ويشتمل هذا التقرير على أحدث التقديرات والتوقعات المستقاة من تقرير آفاق السكان العالمية: التنقيح الذي أُجري عام ٢٠١٠، (قسم الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، شعبة السكان، الأمم المتحدة). ومن المحتمل أن تتأثر جودة البيانات بصورة عكسية بالنسبة إلى الدول التي عانت في الآونة الأخيرة من الكوارث، وبخاصة في الدول التي تعرّضت فيها بنيتها التحتية الأساسية للتجزئة والتفكك، أو شهدت تحركات سكانية كبيرة الحجم.

المسوح العنقودية متعددة المؤشرات: تدعم منظمة الأمم المتحدة للطفولة (يونيسف) البلدان في جمع بيانات موثوق بها، وتمّ جمعها على المستوى العالمي من خلال إجراء المسح العنقودي متعدد المؤشرات. فقد أُجري، منذ عام ١٩٩٥، حوالي ٢٤٠ مسحاً من هذا النوع في أكثر من ١٠٠ دولة وإقليم تقريباً، وتجرى في الوقت الحاضر الجولة الخامسة من المسح العنقودي متعدد المؤشرات في أكثر من ٦٠ بلداً. وتعتبر هذه المسوح من المصادر الكبرى للبيانات اللازمة لرصد

معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة (لكل ١,٠٠٠ حالة ولادة حية)

المنطقة حسب تصنيف اليونسيف	١٩٧٠	١٩٧٥	١٩٨٠	١٩٨٥	١٩٩٠	١٩٩٥	٢٠٠٠	٢٠٠٥	٢٠١٠	٢٠١١
أفريقيا جنوب الصحراء	٢٣٦	٢١٢	١٩٧	١٨٤	١٧٨	١٧٠	١٥٤	١٣٣	١١٢	١٠٩
شرق وجنوب أفريقيا	٢١٤	١٩١	١٨٣	١٧٠	١٦٢	١٥٥	١٣٥	١١٢	٨٨	٨٤
غرب ووسط أفريقيا	٢٥٩	٢٣٧	٢١٥	٢٠٢	١٩٧	١٩٠	١٧٥	١٥٥	١٣٥	١٣٢
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	١٩٠	١٥٧	١٢٢	٩٠	٧٢	٦١	٥٢	٤٤	٣٧	٣٦
جنوب آسيا	١٩٥	١٧٥	١٥٤	١٣٥	١١٩	١٠٤	٨٩	٧٥	٦٤	٦٢
شرق آسيا ودول المحيط الهادي	١٢٠	٩٢	٧٥	٦٢	٥٥	٤٩	٣٩	٢٩	٢٢	٢٠
أمريكا اللاتينية ودول البحر الكاريبي	١١٧	١٠٠	٨١	٦٥	٥٣	٤٣	٣٤	٢٦	٢٢	١٩
دول وسط وشرق أوروبا / رابطة الدول المستقلة	٨٨	٧٥	٦٨	٥٦	٤٨	٤٥	٣٥	٢٨	٢٢	٢١
الدول الأقل نمواً	٢٣٨	٢٢٣	٢٠٦	١٨٦	١٧١	١٥٦	١٣٦	١١٨	١٠٢	٩٨
العالم	١٤١	١٢٣	١١١	٩٦	٨٧	٨٢	٧٣	٦٣	٥٣	٥١

وفيات الأطفال دون سن الخامسة (بالمليون)

المنطقة حسب تصنيف اليونسيف	١٩٧٠	١٩٧٥	١٩٨٠	١٩٨٥	١٩٩٠	١٩٩٥	٢٠٠٠	٢٠٠٥	٢٠١٠	٢٠١١
أفريقيا جنوب الصحراء	٣,١	٣,٢	٣,٤	٣,٥	٣,٨	٤,٠	٤,٠	٣,٨	٣,٤	٣,٤
شرق وجنوب أفريقيا	١,٣	١,٤	١,٥	١,٦	١,٧	١,٧	١,٦	١,٥	١,٢	١,٢
غرب ووسط أفريقيا	١,٦	١,٧	١,٨	١,٩	٢,١	٢,٢	٢,٢	٢,٢	٢,١	٢,١
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	١,٢	١,١	١,٠	٠,٨	٠,٧	٠,٥	٠,٤	٠,٤	٠,٤	٠,٤
جنوب آسيا	٥,٣	٥,١	٥,٠	٤,٦	٤,٣	٣,٩	٣,٣	٢,٧	٢,٤	٢,٣
شرق آسيا ودول المحيط الهادي	٥,٢	٣,٥	٢,٣	٢,٤	٢,٢	١,٦	١,٣	٠,٩	٠,٦	٠,٦
أمريكا اللاتينية ودول البحر الكاريبي	١,٢	١,١	٠,٩	٠,٨	٠,٦	٠,٥	٠,٤	٠,٣	٠,٢	٠,٢
دول وسط وشرق أوروبا / رابطة الدول المستقلة	٠,٥	٠,٦	٠,٥	٠,٤	٠,٤	٠,٢	٠,٢	٠,١	٠,١	٠,١
الدول الأقل نمواً	٣,٣	٣,٤	٣,٥	٣,٥	٣,٥	٣,٥	٣,٣	٣,٠	٢,٧	٢,٦
العالم	١٦,٩	١٤,٨	١٣,١	١٢,٧	١٢,٠	١٠,٨	٩,٦	٨,٢	٧,١	٦,٩

ملاحظات حول جداول محددة:

الجدول ١ - المؤشرات الأساسية:

معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة حسب نوع الجنس الاجتماعي (الجنس): أعد فريق العمل المشترك بين الوكالات لتقدير وفيات الأطفال (الفريق المشترك) «IGME»، لأول مرة تقديرات حسب نوع الجنس الاجتماعي لمعدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة. وتتوافر تفاصيل أساليب تقدير تلك الوفيات في الملحق المرفق بأحدث تقرير صادر عن فريق العمل المذكور، على الموقع الإلكتروني على الإنترنت: www.childmortality.org.

حصة دخل الأسرة: نُقلت النسبة المئوية لحصة الدخل الأسري الذي تحصل عليه شريحة الأسر العشرين في المئة الأغنى وشريحة الأسر الأربعين في المئة الأفقر من الجدول ١ إلى الجدول ٧، حيث تعرض الآن إلى جانب المؤشرات الاقتصادية الأخرى.

الجدول ٢ - التغذية:

نقص الوزن، والتقرم (تعثر النمو) والهزال وزيادة الوزن: باشرت منظمة الأمم المتحدة للطفولة «يونسيف» ومنظمة الصحة العالمية بتنفيذ عملية تهدف إلى تحقيق تناغم في البيانات الخاصة بقياسات جسم الطفل، والمستخدم لأغراض حساب وتقدير متوسطات المناطق والمتوسطات العالمية وتحليل الاتجاهات فيها. وكجزء من هذه العملية، فقد جرى استخلاص متوسطات المناطق والمتوسطات العالمية لانتشار نقص الوزن (المعتدل والشديد) والتقرم، والهزال وزيادة الوزن من واقع نموذج جرى توصيفه في: «م. دي أونيس وآخرون «M. de Onis et al.»: «منهجية تقدير

اتجاهات المناطق والاتجاهات العالمية لسوء التغذية عند الأطفال» (المجلة الدولية لعلم الأوبئة، المجلد ٣٣، ٢٠٠٤، الصفحات ١٢٦٠-١٢٧٠). وبسبب الفروقات في مصادر البيانات (حيث أنّ البيانات العملية الجديدة تُدمج عندما تتوافر)، وفي منهجيات التقدير، فإنّ تقديرات متوسطات الانتشار هذه على مستوى المناطق قد لن يكون من الممكن مقارنتها مع المتوسطات التي نُشرت في الطبقات السابقة من تقرير وضع الأطفال في العالم. الجرعة المكتملة من فيتامين (أ): لا يُعرَض هذا التقرير إلاّ للتغطيات الكاملة من التغذية التكميلية بفيتامين (أ). تشديداً منه على أهمية تناول الأطفال جرعتين من فيتامين (أ) سنوياً، (على فترتين متباعدتين تفصل بينهما مدة ٤ - ٦ أشهر). وفي ظلّ غياب طريقة مباشرة لقياس هذا المؤشر، فإنّ هذه التغطية الكاملة يُبلِّغ عنها باعتبارها التقدير الأدنى للتغطية من كلتا الجولتين ١ و ٢ في أي سنة ما.

الجدول ٣: الصحة

معالجة الإسهال يَضُمُّ الجدول لأول مرة، معالجة الإسهال باستخدام أملاح معالجة الجفاف عن طريق الفم (أملاح الإماهة الفموية «ORS»). فهذه الأملاح سلعة أساسية لبقاء الأطفال على قيد الحياة، وهي بالتالي فنن الأهمية بمكان بالتالي رصد مدى انتشارها. وهذا المؤشر يحل محل المؤشر الذي استُخدم في السنوات السابقة، وهو: معالجة الإسهال باستخدام أملاح معالجة الجفاف عن طريق الفم مع الاستمرار في إطعام الطفل، والذي سيتواصل توافره على الموقع الإلكتروني على الإنترنت: www.childinfo.org.

المرتبطة بمرض الإيدز، وللإصابات الجديدة بالفيروس، ولعدد الأطفال الذين توفى أبائهم وأمهاتهم نتيجة لجميع الأسباب، بما فيها الإيدز على مدى السنوات السابقة.

وينبغي استعمال التقديرات الجديدة فقط لغايات تحليل الاتجاهات. وسوف تُشر التقديرات الجديدة لمعدلات انتشار فيروس نقص المناعة البشري ومرض الإيدز، المشمولة في هذا الجدول، في التقرير العالمي القادم لمرض الإيدز ٢٠١٢ الصادر عن البرنامج.

وعموماً، فإن الأرقام العالمية وتلك التي على مستوى المناطق، المنشورة في تقرير وضع الأطفال في العالم ٢٠١٣، لا تُقارن بالتقديرات التي نُشرت في السابق. ويمكن الاطلاع على المزيد من المعلومات عن تقديرات انتشار فيروس نقص المناعة البشري والإيدز، ومنهجية التوصل إلى تلك التقديرات وتحديثاتها، على الموقع الإلكتروني على الإنترنت: www.unaids.org.

الجدول ٨: النساء

نسبة وفيات الأمهات (معدلة): يعرض الجدول النسب المعدلة لوفيات الأمهات لعام ٢٠١٠، حسبما يُنتجها فريق العمل المشترك بين الوكالات لتقدير وفيات الأمهات (الفريق المشترك (MMEIG) - الذي يتألف من منظمة الصحة العالمية، ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (يونيسف)، وصندوق الأمم المتحدة للسكان والبنك الدولي، بمشاركة من مجموعة من الخبراء الفنيين المستقلين. وقد استخدم هذا الفريق المشترك «مقاربة» مزدوجة لاستخلاص هذه التقديرات، التي اشتملت على وضع تعديلات للتقديرات الحالية لوفيات الأمهات، المأخوذة من واقع أنظمة التسجيل المدني الحالية لتلك الوفيات، بهدف تصويب سوء التصنيف وانخفاض مستوى الإبلاغ عن المستوى المطلوب، كما اشتملت على استخدام نموذج لإعداد تقديرات للبلدان التي لا يتوافر لديها تقديرات يوثق بها، لوفيات الأمهات على المستوى الوطني. ولا ينبغي مقارنة هذه التقديرات «المعدلة» مع التقديرات السابقة المشتركة بين الوكالات السابقة. ويمكن الحصول على التقرير الكامل - مع التقديرات على مستوى البلدان ومستوى المناطق كاملة، للأعوام ١٩٩٠، ١٩٩٥، ٢٠٠٠، ٢٠٠٥ و٢٠١٠، وكذلك على تفاصيل المنهجية - على الموقع الإلكتروني على الإنترنت: www.childinfo.org/maternal_mortality.html.

الجدول ٩ - حماية الطفل

التأديب العنفي للأطفال: احتسبت التقديرات، التي استُخدمت في مطبوعات اليونيسف، وفي تقارير البلدان عن المسوح العنقودية متعددة المؤشرات قبل عام ٢٠١٠، باستخدام أوزان خاصة بالأسر، لم تأخذ في الحسبان المرحلة الأخيرة من عملية اختيار الأطفال، وذلك بهدف إجراء المسوح وفق وحدة تأديب الطفل (النموجية) المشمولة في المسوح العنقودية متعددة المؤشرات. (اختيار عشوائي لطفل واحد من الفئة العمرية (٢ عامان - ١٤ عاماً) لأغراض إجراء المسوح وفق وحدة تأديب الطفل). وقد تقرّر، في يناير / كانون الثاني ٢٠١٠، إعداد تقديرات أكثر دقة باستخدام وزن للأسرة يأخذ في الحسبان المرحلة الأخيرة من عملية اختيار الأطفال. وقد أعيد حساب البيانات الناتجة عن المسح العنقودي متعدد المؤشرات - ٢ باستخدام المقاربة الجديدة. وتستخدم جميع مطبوعات اليونيسف التي صدرت بعد عام ٢٠١٢، بما فيها تقرير وضع الأطفال في العالم ٢٠١٢ التقديرات المعدلة).

عمل الأطفال: أعيدت عملية حساب البيانات الجديدة، التي أنتجتها الجولة الرابعة من المسوح العنقودية متعددة المؤشرات - ٤ (التي أجريت خلال الفترة ٢٠٠٩ - ٢٠١٢) والمشمولة في هذا الجدول، وفق تعريف المؤشر المستخدم في المسوح العنقودية متعددة المؤشرات - ٣، وذلك بهدف ضمان قابلية مقارنة تلك البيانات عبر البلدان. وقد صُنفت نشاطات جلب المياه وجمع الحطب، ضمن هذا التعريف، كأعمال منزلية أسرية بدلاً عن تصنيفها كشغل اقتصادي. وبمقتضى هذه المقاربة، ولكي يُعتبر الطفل في الفئة العمرية «٥ أعوام - ١٤ عاماً»، أنه منخرط في عمل الأطفال، فإنه ينبغي أن يكون قد شارك في إحضار المياه وجمع الحطب لمدة لا تقل عن ٢٨ ساعة في الأسبوع.

المياه والصرف الصحي: تقديرات التغطية بمياه الشرب ومرافق الصرف الصحي المعروضة في هذا التقرير، مصدرها هو برنامج المراقبة المشترك لتزويد المياه والصرف الصحي (JMP)، العائد إلى منظمة الصحة العالمية / منظمة الأمم المتحدة للطفولة (يونيسف). وهذه هي التقديرات الرسمية الصادرة عن منظومة الأمم المتحدة لقياس التقدّم المحرّر نحو تحقيق غاية الهدف الإنمائي للألفية المعني بمياه الشرب والصرف الصحي، ويمكن الحصول على تفاصيل كاملة لمنهجية البرنامج المذكور من الموقع الإلكتروني www.childinfo.org و www.wssinfo.org. ونظراً لأن تقديرات هذا البرنامج تستخدم الانحدار الخطي المطبق على البيانات المستقاة من جميع ما يتوافر من عيّنات المسوح والتعدادات السكانية، ولأنّ البيانات الإضافية تصبح متوافرة بين كل إصدار وآخر من إصدارات التقديرات، فإن تقديرات البرنامج اللاحقة يجب أن لا تقارن مع غيرها.

التحصين ضد الأمراض: يعرض هذا التقرير تقديرات منظمة الصحة العالمية ومنظمة اليونيسف للتغطية التحصينية من الأمراض على المستوى الوطني. وهذه هي تقديرات رسمية صادرة عن الأمم المتحدة لقياس التقدم نحو تحقيق مؤشر الهدف الإنمائي للألفية المعني بالتغطية باللقاح المحتوي على الحصبة. وتحدّث هذه التقديرات، منذ عام ٢٠٠٠، تحدّث هذه التقديرات مرة واحدة سنوياً في يوليو / تموز، بعد إجراء عملية تشاورية تُزوّد من خلالها البلدان بمسودّات تقارير مراجعتها وإبداء الملاحظات عليها. ولأنّ النظام يشتمل على بيانات عملية جديدة، فإنّ كل تنقيح سنوي يُسَخّ إصدارات البيانات التي تسبقه. ولا تكون مستويات التغطية المأخوذة من تنقيحات سابقة قابلة للمقارنة. ويمكن العثور على شرح تفصيلي للعملية على الموقع الإلكتروني:

www.childinfo.org/immunization_countryreports.html.

تُحسب متوسطات المناطق للمستضدات (لمولّدات المضادات) الستة الواردة في التقرير على النحو التالي:

- بالنسبة إلى مرض السل (الدرن)، تشمل متوسطات المناطق فقط تلك البلدان التي يشتمل برنامج التحصين الوطني الاعتيادي فيها على المعلوم (اللقاح) المضاد للسل.
- بالنسبة إلى لقاحات المعلوم الثلاثي الموحد (الدفتيريا، والسعال الديكي «الشاهوق» والكزاز)، وشلل الأطفال، والحصبة، والنهاس الكبد الوبائي - ب (HepB)، والأنفلونزا المستدمية - ب (Hib)، تشمل متوسطات المناطق جميع البلدان.
- بالنسبة إلى «الحماية عند الولادة» من الكزاز، تشمل متوسطات المناطق فقط البلدان التي يكون فيها كزاز الأمهات وكزاز حديثي الولادة مستوطنًا.

الجدول ٤: فيروس نقص المناعة البشري / الإيدز

أصدر برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشري / الإيدز (البرنامج)، في عام ٢٠١٢، تقديرات جديدة لمعدلات انتشار فيروس نقص المناعة البشري «HIV» ومرض الإيدز «AIDS» على المستوى العالمي والمناطق والدول لعام ٢٠١١، تعكس تغييرات أساسية في المبادئ التوجيهية لدى منظمة الصحة العالمية لمعالجة فيروس نقص المناعة البشري لدى الكبار الراشدين ولدى الأطفال، وكذلك للوقاية من انتقال عدوى هذا الفيروس من الأم إلى الطفل، كما تعكس تحسينات في افتراضات احتمالية انتقال الفيروس من الأم إلى الطفل، وفي صافي معدلات بقاء الطفل على قيد الحياة بالنسبة إلى الأطفال المصابين بعدوى هذا الفيروس. وإضافة إلى ذلك، توجد أيضاً بيانات موثوقة بها بدرجة أكبر، مُستقاة من مسوحات سكانية، وأنظمة وطنية موسّعة المراقبة الانذارية للأمراض «sentinel surveillance»، وإحصاءات الخدمات التي تقدمها البرامج في عدد من البلدان. واستناداً إلى المنهجية المحسّنة التي يعتمدها، فقد أعد البرنامج، بأثر رجعي، تقديرات جديدة لدى انتشار فيروس نقص المناعة البشري، ولعدد الأشخاص الذين يتعايشون مع هذا الفيروس ولأولئك الذين يحتاجون إلى العلاج منه، ولحالات الوفاة

الجدول - ١٠: معدل التّقدّم

يُستخدَم مؤشر معدل وفيات الأطفال دون سنّ الخامسة، بصفته المؤشر الرئيس للتقدّم المحرز على صعيد رفاه الأطفال. ففي عام ١٩٧٠، كان ما يقرب من (١٦,٩) مليون طفل دون سنّ الخامسة يتوقّفون سنوياً. وفي عام ٢٠١١، ومن باب المقارنة، بلغ عدد الأطفال الذين توقّفوا وهم دون سنّ الخامسة (٦,٩) مليون طفل، مما يُبرز حدوث تراجع كبير وطويل الأمد في عدد وفيات الأطفال دون سنّ الخامسة على مستوى العالم.

مؤشر معدل وفيات الأطفال دون سنّ الخامسة له مزايا عديدة كمقياس على رفاه الأطفال:

- أولاً، يقيس مؤشر معدل وفيات الأطفال دون سنّ الخامسة نتيجةً نهائيةً لعملية النمو بدلاً من قياس أحد «المدخلات»، مثل مستوى الالتحاق بالمدراس، أو توافر السّعرات الحرارية لكل طفل، أو عدد الأطفال لكل ألف أسرة. فكلّ هذه القياسات ما هي إلا وسيلةً لغاية.
- ثانياً، يُعرّف مؤشر عدد وفيات الأطفال دون سنّ الخامسة بأنه النتيجة المترتبة على مجموعة متنوّعة من المدخلات ومنها مثلاً: استخدام المضادات الحيوية المعالجة للالتهاب الرئوي، والتأموسيات المعالجة بالمبيدات الحشرية لمكافحة البعوض بهدف منع الإصابة بالمalaria، الصحة التغذوية للأمهات ومعرفتهنّ للمعلومات المعنيّة بالصحة، ومستوى التحصين ضد الأمراض واستخدام علاج الإماهة الفموي، وتوافر خدمات صحة الأمّ والطفل بما في ذلك الرعاية ما قبل الولادة وتوافر الدخل والغذاء داخل الأسرة، وتوافر مياه الشرب الآمنة ومرافق الصرف الصحي الأساسية، والسلامة الكلية لبيئة الطفل.

- ثالثاً، مؤشر معدل وفيات الأطفال دون سنّ الخامسة أقلّ عرضة للمغالطات التي تحدث بسبب أخذ المعدلات فقط في الحسبان كنصيب الفرد من الدخل القومي الإجمالي (GNI) على سبيل المثال. وذلك نظراً لأنّ المقياس الطبيعي لا يسمح بأن تكون احتمالية بقاء أطفال الأغنياء على قيد الحياة أكثر من احتمالية بقاء أطفال الفقراء على قيد الحياة بمقدار ألف مرة، حتّى وإنّ كان المقياس البشري يسمح لأطفال الأغنياء، بالفعل، بأن يمتلكوا من الدخل ما يفوق ما يمتلكه أطفال الفقراء بألف مرة. وبعبارة أخرى، من الصعوبة بمكان أن تؤثر الأقلية الثرية على معدل وفيات الأطفال دون سنّ الخامسة على المستوى القومي. وبناءً على ذلك، فإنّ هذا المؤشر يقدّم صورة أكثر دقّة، حتّى ولو كانت بعيدة عن الكمال، للوضع الصحي الراهن لأغلبية الأطفال، وللمجتمع برّمته.

يمكن تقييم سرعة التقدّم نحو خفض معدل وفيات الأطفال دون سنّ الخامسة عن طريق حساب معدل الخفض السنوي. خلافاً للمقارنة المعنية بالتغيرات المطلقة، فإنّ معدل الخفض السنوي يقيس التغيرات النسبيّة التي تعكس الخلافات مقارنة بقيمة البداية.

ونظراً لبلوغ مستويات من وفيات الأطفال دون سنّ الخامسة نسباً أدنى مما كانت عليه، فإنّ الخفض المطلق ذاته يمثّل نسبة مئوية أكبر للخفض. وبناءً على ذلك، فإنّ معدل الخفض السنوي يعرض معدلاً للتقدّم أعلى للخفض المطلق بمقدار ١٠ نقاط، على سبيل المثال،

فيما لو حدث ذلك الانخفاض في وفيات الأطفال دون سنّ الخامسة عند مستوى أدنى، مقارنةً بمستوى أدنى على مدى الفترة الزمنية نفسها. فالانخفاض بمقدار ١٠ نقاط في معدل وفيات الأطفال دون سنّ الخامسة، من ١٠٠ حالة وفاة في عام ١٩٩٠ إلى ٩٠ حالة وفاة في عام ٢٠١١، يمثّل خفضاً بنسبة ١٠ في المئة - وهو ما يناظر معدّل خفض سنويّ يناهز حوالي ٥,٠ في المئة، في حين أنّ الخفض ذاته بمقدار ١٠ نقاط، من ٢٠ إلى ١٠، على مدى الفترة الزمنية ذاتها يمثّل خفضاً بنسبة ٥٠ في المئة أو خفضاً سنوياً بمقدار ٣,٣ في المئة. (القيمة السّالبة للخفض في النسبة المئوية تشير إلى زيادة في معدل وفيات الأطفال دون سنّ الخامسة أثناء الفترة المحددة).

عندما يُستخدَم معدّل وفيات الأطفال دون سنّ الخامسة بالاشتراك مع معدلات نمو الناتج الإجمالي المحلي، فإنّ معدلات الوفيات هذه ومعدل خفضها يمكن أن يُعطايا صورة للتقدّم الذي يُحقّقه أيّ بلد، أو إقليم أو منطقة على أيّ مدى فترة من الزّمان، تجاه تلبية بعض الحاجات الإنسانية الأساسية المُلحّة.

وكما يُبيّن الجدول - ١٠، فلا توجد علاقة ثابتة بين معدل الخفض السنوي في معدل وفيات الأطفال دون سنّ الخامسة وبين معدل النمو السنوي في نصيب حصة الفرد من الناتج المحلي الإجمالي. إنّ مقارنة هذين المؤشرين تُساعد في إبراز العلاقة بين أوجه التقدّم الاقتصادي والتّممية البشرية.

وأخيراً، يعرض الجدول معدل الخصوبة الإجمالي لكل بلد وإقليم، ومعدل الخفض السنوي المناظر له. ومن الواضح أنّ الكثير من البلدان، التي حقّقت نسب خفض كبيرة في معدلات وفيات الأطفال دون سنّ الخامسة لديها، قد حقّقت كذلك نسب خفض كبيرة في معدلات الخصوبة.

الجدولان - ١٢ و ١٣: الإنصاف معالجة الإسهال:

يشتمل هذان الجدولان لأول مرة، على معالجة الإسهال باستخدام أملاح الإماهة الفموية. ويحلّ هذا المؤشر محلّ المؤشر الذي استُخدم في السنوات السابقة، وهو: معالجة الإسهال باستخدام أملاح معالجة الجفاف عن طريق الفم علاج الإماهة الفموي مع الاستمرار في الإطعام.

تفسير الرموز:

الرموز التالية هي رموز عامة مشتركة في الجداول كلها.

- البيانات غير متوافرة.
- X البيانات تشير إلى سنوات أو فترات غير تلك المحددة في عنوان العمود. هذه البيانات لا تدخل في حساب متوسطات المناطق والمتوسطات العالمية، باستثناء البيانات الخاصة بالعامين ٢٠٠٥ - ٢٠٠٦ الواردة من الهند.
- Y البيانات التي تختلف عن التعريف القياسي الموحد أو تشير إلى جزء واحد فقط من البلد. إذا اندرجت هذه البيانات ضمن الفترة المرجعية المذكورة، فإن هذه البيانات تدخل في حساب متوسطات المناطق والمتوسطات العالمية.
- * البيانات تشير إلى أحدث سنة تتوافر عنها البيانات خلال المدة المحددة في عنوان العمود.
- ** البيانات تستثني الصين.

تتوافر المصادر والسنوات الخاصة بنقاط البيانات المحددة بعينها على الموقع الإلكتروني على شبكة الإنترنت: <www.childinfo.org>. أما الرموز التي تظهر في الجداول المحددة فهي مشروحة في الحواشي المضافة إلى هذه الجداول.

تصنيفات المناطق

تُحسب المتوسطات المعروضة في نهاية كل جدول من الجداول الإحصائية الأربعة عشر باستخدام بيانات من البلدان والأقاليم حسب تصنيفها أدناه:

أفريقيا جنوب الصحراء

شرق وجنوب أفريقيا، غرب ووسط أفريقيا، جيبوتي، السودان^١.

شرق وجنوب أفريقيا

أنغولا، بوتسوانا، بوروندي، جزر القمر، إريتريا، إثيوبيا، كينيا، ليسوتو، مدغشقر، ملاوي، موريشيوس، موزامبيق، ناميبيا، رواندا، سيشيل، الصومال، جنوب أفريقيا، جنوب السودان^١، سوازيلاند، أوغندا، جمهورية تنزانيا المتحدة، زامبيا، زيمبابوي.

غرب ووسط أفريقيا

بنن، بوركينا فاسو، كاميرون، الرأس الأخضر، جمهورية أفريقيا الوسطى، تشاد، الكونغو، ساحل العاج، جمهورية الكونغو الديمقراطية، غينيا الاستوائية، الغابون، غامبيا، غانا، غينيا، غينيا بيساو، ليبيريا، مالي، موريتانيا، النيجر، نيجيريا، ساوتومي وبرنسيبي، السنغال، سيراليون، توغو.

الشرق الأوسط وشمال أفريقيا

الجزائر، البحرين، جيبوتي، مصر، إيران (جمهورية إيران الإسلامية)، العراق، الأردن، الكويت، لبنان، ليبيا، المغرب، عمان، قطر، المملكة العربية السعودية، دولة فلسطين، السودان^١، الجمهورية العربية السورية، تونس، الإمارات العربية المتحدة، اليمن.

جنوب آسيا

أفغانستان، بنغلادش، بوتان، الهند، جزر المالديف، نيبال، باكستان، سري لانكا.

شرق آسيا ودول المحيط الهادئ

بروناي دار السلام، كمبوديا، الصين، جزر الكوك، جمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية، فيجي، إندونيسيا، كيريباتي، جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية، ماليزيا، جزر مارشال، ميكرونيسيا (ولايات ميكرونيسيا المتحدة)، منغوليا، ميانمار، ناورو، نيوي، بالاو، بابوا غينيا الجديدة، الفلبين، جمهورية كوريا، ساموا، سنغافورة، جزر سليمان،

تايلاند، تيمور الشرقية، تونغا، توفالو، فانواتو، فيتنام.

أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي

انتيجوا وباربودا، الأرجنتين، جزر البهاما، بربادوس، بليز، بوليفيا (دولة بوليفيا متعددة القوميات)، البرازيل، تشيلي، كولومبيا، كوستاريكا، كوبا، دومينيكا، جمهورية الدومينيكان، إكوادور، السلفادور، غرينادا، غواتيمالا، غيانا، هايتي، هندوراس، جامايكا، المكسيك، نيكاراغوا، بنما، باراغواي، بيرو، سانت كيتس ونيفيس، سانت لوسيا، سانت فنسنت وجرينادين، سورينام، ترينيداد وتوباغو، أوروغواي، فنزويلا (جمهورية فنزويلا البوليفارية).

أوروبا الوسطى والشرقية / رابطة الدول المستقلة

ألبانيا، أرمينيا، أذربيجان، بيلاروس، البوسنة والهرسك، بلغاريا، كرواتيا، جورجيا، كازاخستان، قيرغيزستان، الجبل الأسود، جمهورية ملدوفا، رومانيا، الاتحاد الروسي، صربيا، طاجيكستان، مقدونيا (جمهورية مقدونيا اليوغسلافية السابقة)، تركيا، تركمانستان، أوكرانيا، أوزبكستان.

البلدان الأقل نمواً

مصنفة على هذا النحو من المندوب السامي للأمم المتحدة للبلدان الأقل نمواً، والبلدان النامية غير الساحلية، والدول الجزرية الصغيرة النامية (UN-OHRLS). أفغانستان، أنغولا، بنغلادش، بنن، بوتان، بوركينا فاسو، بوروندي، كمبوديا، جمهورية أفريقيا الوسطى، تشاد، جزر القمر، جمهورية الكونغو الديمقراطية، جيبوتي، غينيا الاستوائية، إريتريا، إثيوبيا، غامبيا، غينيا، غينيا بيساو، هايتي، كيريباتي، جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية، ليسوتو، ليبيريا، مدغشقر، ملاوي، مالي، موريتانيا، موزامبيق، ميانمار، نيبال، النيجر، رواندا، ساموا، ساوتومي وبرنسيبي، السنغال، سيراليون، جزر سليمان، الصومال، جنوب السودان^١، السودان^١، تيمور الشرقية، توغو، توفالو، أوغندا، تنزانيا (جمهورية تنزانيا المتحدة)، فانواتو، اليمن، زامبيا.

ترتيب الدول تبعاً لوفيات الأطفال دون سن الخامسة

ترتّب القائمة التّالية البلدان والأقاليم ترتيباً تنازلياً تبعاً لتقديرات معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة فيها لعام ٢٠١١. وهذه المعدلات مؤشّر هامّ على رفاه الأطفال. وتم ترتيب الدول والأقاليم مرتّباً أبجدياً في الجدول المعروضة في الصفحات التالية:

معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة لعام ٢٠١١		معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة لعام ٢٠١١		معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة لعام ٢٠١١		الدول والأقاليم
المرتبة	القيمة	المرتبة	القيمة	المرتبة	القيمة	
١٣٣	١١	٦٧	٣٨	١	١٨٥	سيرالوين
١٣٣	١١	٦٨	٣٦	٢	١٨٠	الصومال
١٣٥	١٠	٦٩	٣٣	٣	١٧٦	مالي
١٣٥	١٠	٦٩	٣٣	٤	١٦٩	تشاد
١٣٥	١٠	٧١	٣٢	٥	١٦٨	جمهورية الكونغو الديمقراطية
١٣٥	١٠	٧٢	٣١	٦	١٦٤	جمهورية أفريقيا الوسطى
١٣٥	١٠	٧٢	٣١	٧	١٦١	غينيا بيساو
١٣٥	١٠	٧٤	٣٠	٨	١٥٨	أنغولا
١٤١	٩	٧٤	٣٠	٩	١٤٦	بوركينافاسو
١٤١	٩	٧٤	٣٠	١٠	١٣٩	بوروندي
١٤١	٩	٧٤	٣٠	١١	١٢٧	كاميرون
١٤١	٩	٧٨	٢٨	١٢	١٢٦	غينيا
١٤٥	٨	٧٨	٢٨	١٣	١٢٥	النيجر
١٤٥	٨	٨٠	٢٦	١٤	١٢٤	نيجيريا
١٤٥	٨	٨٠	٢٦	١٥	١٢١	جنوب السودان ^{١١}
١٤٥	٨	٨٠	٢٦	١٦	١١٨	غينيا الاستوائية
١٤٥	٨	٨٣	٢٥	١٧	١١٥	ساحل العاج
١٤٥	٨	٨٣	٢٥	١٨	١١٢	موريتانيا
١٥١	٧	٨٣	٢٥	١٩	١١٠	توغو
١٥١	٧	٨٦	٢٣	٢٠	١٠٦	بنن
١٥١	٧	٨٧	٢٢	٢١	١٠٤	سوازيلاند
١٥١	٧	٨٧	٢٢	٢٢	١٠٣	موزمبيق
١٥١	٧	٨٧	٢٢	٢٣	١٠١	أفغانستان
١٥١	٧	٨٧	٢٢	٢٣	١٠١	غامبيا
١٥٧	٦	٩١	٢١	٢٥	٩٩	الكونغو
١٥٧	٦	٩١	٢١	٢٦	٩٠	جيبوتي
١٥٧	٦	٩١	٢١	٢٦	٩٠	أوغندا
١٥٧	٦	٩١	٢١	٢٨	٨٩	ساو تومي وبرينسيبي
١٥٧	٦	٩١	٢١	٢٩	٨٦	ليسوتو
١٥٧	٦	٩١	٢١	٢٩	٨٦	السودان ^١
١٥٧	٦	٩١	٢١	٣١	٨٣	ملاوي
١٥٧	٦	٩٨	٢٠	٣١	٨٣	زامبيا

معدلات وفيات الأطفال دون سنّ الخامسة لعام ٢٠١١		معدلات وفيات الأطفال دون سنّ الخامسة لعام ٢٠١١		معدلات وفيات الأطفال دون سنّ الخامسة لعام ٢٠١١		الدول والأقاليم
المرتبة	القيمة	المرتبة	القيمة	المرتبة	القيمة	
١٦٥	٥	٩٨	٢٠	٣٣	٧٩	جزر القمر
١٦٥	٥	١٠٠	١٩	٣٤	٧٨	غانا
١٦٥	٥	١٠٠	١٩	٣٤	٧٨	ليبيريا
١٦٥	٥	١٠٢	١٨	٣٦	٧٧	أثيوبيا
١٦٩	٤	١٠٢	١٨	٣٦	٧٧	اليمن
١٦٩	٤	١٠٢	١٨	٣٨	٧٣	كينيا
١٦٩	٤	١٠٢	١٨	٣٩	٧٢	باكستان
١٦٩	٤	١٠٦	١٧	٤٠	٧٠	هايتي
١٦٩	٤	١٠٧	١٦	٤١	٦٨	إرتيريا
١٦٩	٤	١٠٧	١٦	٤١	٦٨	جمهورية تنزانيا الاتحادية
١٦٩	٤	١٠٧	١٦	٤٣	٦٧	زيمبابوي
١٦٩	٤	١٠٧	١٦	٤٤	٦٦	الغابون
١٦٩	٤	١٠٧	١٦	٤٥	٦٥	السنگال
١٦٩	٤	١٠٧	١٦	٤٦	٦٣	طاجيكستان
١٦٩	٤	١٠٧	١٦	٤٧	٦٢	مدغشقر
١٦٩	٤	١٠٧	١٦	٤٧	٦٢	ميانمار
١٦٩	٤	١١٥	١٥	٤٩	٦١	الهند
١٦٩	٤	١١٥	١٥	٥٠	٥٨	بابوا غينيا الجديدة
١٦٩	٤	١١٥	١٥	٥١	٥٤	بوتان
١٨٤	٣	١١٥	١٥	٥١	٥٤	رواندا
١٨٤	٣	١١٥	١٥	٥١	٥٤	تيمور الشرقية
١٨٤	٣	١١٥	١٥	٥٤	٥٣	تركمانيستان
١٨٤	٣	١١٥	١٥	٥٥	٥١	دولة بوليفيا متعددة القوميات
١٨٤	٣	١٢٢	١٤	٥٦	٤٩	أوزبكستان
١٨٤	٣	١٢٢	١٤	٥٧	٤٨	نيبال
١٨٤	٣	١٢٢	١٤	٥٨	٤٧	كيريباتي
١٨٤	٣	١٢٥	١٣	٥٨	٤٧	جنوب أفريقيا
١٨٤	٣	١٢٥	١٣	٦٠	٤٦	بنغلادش
١٨٤	٣	١٢٥	١٣	٦١	٤٥	أذربيجان
١٨٤	٣	١٢٨	١٢	٦٢	٤٣	كمبوديا
١٩٥	٢	١٢٨	١٢	٦٣	٤٢	جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية
-	-	١٢٨	١٢	٦٣	٤٢	ولايات ميكرونيسيا المتحدة
-	-	١٢٨	١٢	٦٣	٤٢	ناميبيا
		١٢٨	١٢	٦٦	٤٠	ناورو

١ بسبب انفصال جمهورية جنوب السودان عن جمهورية السودان، في يوليو / تموز ٢٠١١، وانضمامها بعد ذلك إلى الأمم المتحدة في ١٤ يوليو / تموز ٢٠١١، لا تتوافر بعدُ بيانات مصنّفة لجميع المؤشرات عن السودان وعن جنوب السودان كدولتين مستقلتين. أما البيانات المجمّعة فهي معروضة للسودان قبل الانفصال، وهذه البيانات مشمولة في المتوسطات الخاصة بمنطقة شرق وجنوب أفريقيا، ومنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، ومنطقة أفريقيا جنوب الصحراء، وكذلك في فئة البلدان / الأقاليم الأقل نمواً. وقد صُنّفت جنوب السودان بلداً أقل نمواً خدمةً لأغراض هذا التقرير.

الجدول ١: المؤشرات الأساسية

البلدان والأقاليم	ترتيب البلدان حسب وفيات الأطفال دون سن الخامسة	معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة		معدل وفيات الأطفال دون الجنس البيولوجي ٢٠١١		معدل وفيات الرضع (دون السنة)		معدل وفيات حديثي الولادة (بالآلاف) ٢٠١١	إجمالي السكان (بالآلاف) ٢٠١١	العدد السنوي للولادات (بالآلاف) ٢٠١١	العدد السنوي لوفيات الأطفال دون سن الخامسة (بالآلاف) ٢٠١١	حصة الفرد من الدخل القومي الإجمالي (بالدولار الأمريكي) ٢٠١١	العمر المتوقع عند الولادة (بالسنوات) ٢٠١١	معدل معرفة القراءة والكتابة للكتاب (% ٢٠٠٧ - ٢٠١١)	النسبة الصافية للمدارس الابتدائية ٢٠٠٨ (%) - ٢٠١١
		١٩٩٠	٢٠١١	ذكور	إناث	١٩٩٠	٢٠١١								
		١٩٩٠	٢٠١١	١٩٩٠	٢٠١١										
أثيوبيا	٢٦	١٩٨	٧٧	٨٢	٧٢	١١٨	٥٢	٢١	٨٤,٧٣٤	٢,٦١٢	١٩٤	٤٠٠	٥٩	٣٩	٨٢
الأرجنتين	١٢٢	٢٨	١٤	١٦	١٣	٢٤	١٣	٨	٤٠,٧٦٥	٦٩٣	١٠	٩,٧٤٠	٧٦	٩٨	-
الأردن	٩١	٣٧	٢١	٢٢	١٩	٣١	١٨	١٢	٦,٣٣٠	١٥٤	٣	٤,٣٨٠	٧٣	٩١	-
أرمينيا	١٠٢	٤٧	١٨	١٩	٤٠	١٦	١٦	١١	٣,١٠٠	٤٧	١	٣,٣٦٠	٧٤	١٠٠	-
إريتريا	٤١	١٢٨	٦٨	٧٤	٦١	٨٦	٤٦	٢٢	٥,٤١٥	١٩٣	١٣	٤٣٠	٦٢	٦٨	٣٥
أذربيجان	٦١	٩٥	٤٥	٤٧	٤٣	٧٥	٣٩	١٩	٩,٣٠٦	١٨٤	٨	٥,٢٩٠	٧١	١٠٠	٨٥
إسبانيا	١٦٩	١١	٤	٥	٤	٩	٤	٣	٤٦,٤٥٥	٤٩٩	٢	٣٠,٩٩٠	٨١	٩٨	١٠٠
أستراليا	١٦٥	٩	٥	٥	٤	٨	٤	٣	٢٢,٦٠٦	٣٠٧	١	٤٦,٢٠٠	٨٢	-	٩٧
استونيا	١٦٩	٢٠	٤	٤	٣	١٦	٣	٢	١,٣٤١	١٠٦	٠	١٥,٢٠٠	٧٥	١٠٠	٩٦
إسرائيل	١٦٩	١٢	٤	٥	٤	١٠	٤	٢	٧,٥٦٢	١٥٦	١	٢٨,٩٣٠	٨٢	-	٩٧
أفغانستان	٢٣	١٩٢	١٠١	١٠٣	٩٩	١٢٩	٧٣	٢٦	٣٢,٣٥٨	١,٤٠٨	١٣٨	٤١٠	٤٩	-	-
إكوادور	٨٦	٥٢	٢٣	٢٥	٢١	٤١	٢٠	١٠	١٤,٦٦٦	٢٩٨	٧	٤,١٤٠	٧٦	٩٢	٩٨
ألبانيا	١٢٢	٤١	١٤	١٥	١٤	٢٦	١٣	٧	٣,٢١٦	٤١	١	٣,٨٨٠	٧٧	٩٦	٨٠
ألمانيا	١٦٩	٩	٤	٤	٤	٧	٣	٢	٨٢,١٦٢	٦٩٩	٣	٤٣,٩٨٠	٨٠	-	١٠٠
الإمارات العربية المتحدة	١٥١	٢٢	٧	٧	٦	١٩	٦	٤	٧,٨٩١	٩٤	١	٤٠,٧٦٠	٧٧	٩٠	-
الولايات المتحدة الأمريكية	١٤٥	١١	٨	٨	٧	٩	٦	٤	٣١٣,٠٨٥	٤,٣٢٢	٢٢	٤٨,٤٥٠	٧٩	-	٩٦
أنغوا وبربودا	١٤٥	٢٧	٨	٨	٧	٢٣	٧	٤	٩٠	-	٠	١٢,٠٦٠	-	٩٩	٨٨
أنغولا	٨	٢٤٣	١٥٨	١٦٥	١٥٠	١٤٤	٩٦	٤٣	١٩,٦١٨	٨٠٣	١٢٠	٤,٠٦٠	٥١	٧٠	٨٦
أندورا	١٨٤	٨	٣	٤	٣	٧	٣	١	٨٦	-	٠	٤١,٧٥٠	-	-	٧٩
إندونيسيا	٧١	٨٢	٢٢	٢٤	٢٩	٥٤	٢٥	١٥	٢٤٢,٢٢٦	٤,٣٣١	١٣٤	٢,٩٤٠	٦٩	٩٣	٩٩
أوروغواي	١٣٥	٢٣	١٠	١١	٩	٢٠	٩	٥	٣,٢٨٠	٤٩	١	١١,٨٢٠	٧٧	٩٨	٩٩
أوزبكستان	٥٦	٧٥	٤٩	٥٥	٤٢	٦٢	٤٢	١٥	٢٧,٧٦٠	٥٨٩	٣٠	١,٥١٠	٦٨	٩٩	٩٢
أوغندا	٢٦	١٧٨	٩٠	٩٧	٨٣	١٠٦	٥٨	٢٨	٣٤,٥٠٩	١,٥٥٥	١٣١	٥١٠	٥٤	٧٣	٩١
أوكرانيا	١٣٥	١٩	١٠	١١	٩	١٧	٩	٥	٤٩٤	٣٥,١٩٠	٥	٣,٢٠٠	٦٨	١٠٠	٩١
جمهورية إيران الإسلامية	٨٣	٦١	٢٥	٢٥	٢٥	٤٧	٢١	١٤	٧٤,٧٩٩	١,٣٥٥	٢٣	٤,٥٢٠	٧٣	٨٥	-
إيرلندا	١٦٩	٩	٤	٤	٤	٨	٣	٢	٤,٥٢٦	٧٢	٠	٣٨,٥٨٠	٨١	-	١٠٠
آيسلندا	١٨٤	٦	٣	٣	٢	٥	٢	١	٣٢٤	٥	٠	٣٥,٠٢٠	٨٢	-	٩٩
إيطاليا	١٦٩	١٠	٤	٤	٣	٨	٣	٢	٦٠,٧٨٩	٥٥٧	٢	٣٥,٣٣٠	٨٢	٩٩	٩٩
بابوا غينيا الجديدة	٥٠	٨٨	٥٨	٦٠	٥٥	٦٤	٤٥	٢٣	٧,٠١٤	٢٠٨	١٢	١,٤٨٠	٦٣	٦١	-
باراغواي	٨٧	٥٣	٢٢	٢٥	٢٠	٤١	١٩	١٣	٦,٥٦٨	١٥٨	٣	٢,٩٧٠	٧٢	٩٤	٨٦
باربادوس	٩٨	١٨	٢٠	٢٢	١٨	١٦	١٨	١٠	٣٧٤	٣	٠	١٢,٦٠٠	٧٧	-	٩٥
باكستان	٢٩	١٢٢	٧٢	٧٦	٦٨	٩٥	٥٩	٢٦	١٧٦,٧٤٥	٤,٧٦٤	٣٥٢	١,١٢٠	٦٥	٥٥	٧٤
بالاو	١٠٠	٢٢	١٩	٢٣	١٤	٢٧	١٤	٩	٢١	-	٠	٧,٣٥٠	-	-	-
جزر البهاما	١٠٧	٢٢	١٦	١٧	١٥	١٨	١٤	٧	٣٤٧	٥	٠	٢١١,٩٧٠	٧٦	-	٩٨
البحرين	١٣٥	٢١	١٠	١٠	١٠	١٨	٩	٤	١,٣٢٤	٢٣	٠	١٥,٩٢٠	٧٥	٩٢	-
البرازيل	١٠٧	٥٨	١٦	١٧	١٤	٤٩	١٤	١٠	١٩٦,٦٥٥	٢,٩٩٦	٤٤	١٠,٧٢٠	٧٣	٩٠	-
البرنتال	١٨٤	١٥	٣	٤	٣	١١	٣	٢	١٠,٦٩٠	٩٧	٠	٢١,٣٥٠	٧٩	٩٥	٩٩
بروتاي دار السلام	١٥١	١٢	٧	٨	٩	٧	٩	٦	٤٠٦	٨	٠	٣١,٨٠٠	٧٨	٩٥	-
المملكة المتحدة	١٦٥	٩	٥	٦	٥	٨	٤	٣	٦٢,٤١٧	٧٦١	٤	٣٧,٧٨٠	٨٠	-	١٠٠
بلجيكا	١٦٩	١٠	٤	٥	٤	٩	٤	٢	١٠,٧٥٤	١٢٣	١	٤٦,١٦٠	٨٠	-	٩٩
بلغاريا	١٢٨	٢٢	١٢	١٣	١١	١٩	١١	٧	٧,٤٤٦	٧٥	١	٦,٥٥٠	٧٣	٩٨	١٠٠
بنغلادش	٦٠	١٣٩	٤٦	٤٨	٤٤	٩٧	٣٧	٢٦	١٥٠,٤٩٤	٣,٠١٦	١٣٤	٧٧٠	٦٩	٥٧	-
بنما	٩٨	٢٣	٢٠	٢١	١٨	٢٦	١٧	٩	٣,٥٧١	٧٠	١	٧,٩١٠	٧٦	٩٤	٩٩
بوتان	٥١	١٢٨	٥٤	٥٧	٥٠	٩٦	٤٢	٢٥	٢٨	١٥	١	٢,٠٧٠	٦٧	٥٣	٩٠
بوتسوانا	٨٠	٥٣	٢٦	٢٨	٢٤	٤١	٢٠	١١	٢,٠٣١	٤٧	١	٧,٤٨٠	٥٣	٨٤	٨٧
بوركينافاسو	٩	٢٠٨	١٤٦	١٥١	١٤٢	١٠٥	٨٢	٣٤	١٦,٩٦٨	٧٣٠	١٠١	٥٧٠	٥٥	٢٩	٥٨
بوروندي	١٠	١٨٣	١٣٩	١٤٥	١٣٣	١١٠	٨٦	٤٣	٨,٥٧٥	٢٨٨	٣٩	٢٥٠	٥٠	٦٧	-
البوسنة والهرسك	١٤٥	١٩	٨	٩	٧	١٧	٧	٥	٣,٧٥٢	٢٢	٠	٤,٧٨٠	٧٦	٩٨	٨٧
بولندا	١٥٧	١٧	٦	٦	٥	١٥	٥	٤	٣٨,٢٩٩	٤١٠	٢	١٢,٤٨٠	٧٦	١٠٠	٩٦
بوليفيا (دولة متعددة القوميات)	٥٥	١٢٠	٥١	٥٤	٤٨	٨٣	٣٩	٢٢	١٠,٠٨٨	٣٦٤	١٣	٢,٠٤٠	٦٧	٩١	-
بيرو	١٠٢	٧٥	١٨	٢٠	١٧	٥٤	١٤	٩	٢٩,٤٠٠	٥٩١	١١	٥,٥٠٠	٧٤	٩٠	٩٨
بيلاروس	١٥٧	١٧	٦	٦	٥	١٤	٥	٣	٩,٥٥٩	١٠٧	١	٥,٣٣٠	٧٠	١٠٠	٩٢
بليز	١٠٦	٤٤	١٧	١٩	١٥	٣٥	١٥	٨	٣١٨	٨	٠	٣,٦٩٠	٧٦	-	٩٧
بنن	٢٠	١٧٧	١٠٦	١٠٩	١٠٣	١٠٧	٦٨	٢١	٩,١١٠	٣٥٦	٢٦	٧٨٠	٥٦	٤٢	٩٤
تايلندا	١٢٨	٣٥	١٢	١٣	١١	٢٩	١١	٨	٦٩,٥١٩	٨٣٤	١٠	٤,٤٢٠	٧٤	٩٤	٩٠
تركمستان	٥٤	٩٤	٥٣	٥٧	٤٨	٧٥	٤٥	٢٢	٥,١٠٥	١٠٩	٥	٤,١١٠	٦٥	١٠٠	-

البلدان والأقاليم	ترتيب البلدان حسب وفيات الأطفال دون سن الخامسة	معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة		معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة حسب نوع الجنس البيولوجي ٢٠١١		معدل وفيات الرضع (دون السنة)		معدل وفيات حديثي الولادة (بالآلاف) ٢٠١١	إجمالي السكان (بالآلاف) ٢٠١١	العدد السنوي لوفيات الأطفال دون سن الخامسة (بالآلاف) ٢٠١١	العدد السنوي للولادات (بالآلاف) ٢٠١١	حصة الفرد من الدخل القومي الإجمالي (بالدولار الأمريكي) ٢٠١١	العمر المتوقع عند الولادة (بالسنوات) ٢٠١١	معدل معرفة القراءة والكتابة للكبار (%) ٢٠٠٧ - ٢٠١١	النسبة الصافية للالتحاق بالمدارس الابتدائية (%) ٢٠٠٨ - ٢٠١١
		١٩٩٠	٢٠١١	ذكور	إناث	١٩٩٠	٢٠١١								
		١٩٩٠	٢٠١١	٢٠١١	١٩٩٠	٢٠١١									
تركيا	١١٥	٧٢	١٥	١٦	١٤	٦٠	١٢	٩	٧٣,٦٤٠	١,٢٨٩	٢٠	١٠,٤١٠	٧٤	٩١	٩٧
ترينيداد وتوباغو	٧٨	٣٧	٢٨	٣١	٢٤	٢٢	٢٥	١٨	١,٣٤٦	٢٠	١	١٥,٠٤٠	٧٠	٩٩	٩٧
تشاد	٤	٢٠٨	١٦٩	١٧٧	١٦٠	١١٣	٩٧	٤٢	١١,٥٢٥	٥١١	٧٩	٦٩٠	٥٠	٣٤	—
الجمهورية التشيكية	١٦٩	١٤	٤	٤	٤	١٣	٣	٢	١٠,٥٣٤	١١٦	٠	١٨,٥٢٠	٧٨	—	—
تشيلي	١٤١	١٩	٩	١٠	٨	١٦	٨	٥	١٧,٢٧٠	٢٤٥	٢	١٢,٣٨٠	٧٩	٩٩	٩٤
جمهورية تنزانيا الاتحادية	٤١	١٥٨	٦٨	٧٠	٦٥	٩٧	٤٥	٢٥	٤٦,٢١٨	١,٩١٣	١٢٢	٥٨	٥٨	٧٣	٩٨
توغو	١٩	١٤٧	١١٠	١١٨	١٠٢	٨٥	٧٣	٣٦	٦,١٥٥	١٩٥	٢١	٥٦٠	٥٧	٥٧	٩٤
توفالو	٧٤	٥٨	٣٠	٣٣	٢٧	٤٥	٢٥	١٤	١٠	—	٠	٥٠,١٠٠	—	—	—
تونغا	١١٥	٢٥	١٥	١٨	١٣	٢١	١٣	٨	١٠٥	٢	٠	٣,٥٨٠	٧٣	٩٩	—
تونس	١٠٧	٥١	١٦	١٨	١٥	٤٠	١٤	١٠	١٠,٥٩٤	١٧٩	٣	٤,٠٧٠	٧٥	٧٨	٩٩
تيمور الشرقية	٥١	١٨٠	٥٤	٥٧	٥١	١٣٥	٤٦	٢٤	١,١٥٤	٤٤	٢	٢,٣٢٠	٦٣	٥٨	٨٦
الغابون	٤٤	٩٤	٦٦	٧٢	٥٩	٦٩	٤٩	٢٥	١,٥٣٤	٤٢	٣	٧,٩٨٠	٦٣	٨٨	—
جامايكا	١٠٢	٣٥	١٨	٢١	١٦	٢٨	١٦	١١	٢,٧٥١	٥٠	١	٤,٩٨٠	٧٣	٨٧	٨٢
غامبيا	٢٣	١٦٥	١٠١	١٠٧	٩٤	٧٨	٥٨	٣٤	١,٧٧٦	٦٧	٦	٦١٠	٥٨	٥٠	٦٩
غرينادا	١٢٥	٢١	١٣	١٣	١٢	١٧	١٠	٧	١٠٥	٢	٠	٧,٢٢٠	٧٦	—	٩٧
الجزائر	٧٤	٦٦	٣٠	٣٣	٢٨	٥٤	٣٦	١٧	٣٥,٩٨٠	٧١٢	٢١	٤,٤٤٠	٧٣	٧٣	٩٧
جزر سليمان	٨٧	٤٢	٢٢	٢١	٢٢	٣٤	١٨	١١	٥٥٢	١٧	٠	١,١١٠	٦٨	—	—
جزر الكوك	١٣٥	١٩	١٠	١١	٨	١٦	٨	٥	٢٠	—	٠	—	—	—	٩٨
جزر مارشال	٨٠	٥٢	٢٦	٢٩	٢٣	٤١	٢٢	١٢	٥٥	—	٠	٣,٩١٠	—	—	٩٩
جمهورية أفريقيا الوسطى	٦	١٦٩	١٦٤	١٧٠	١٥٧	١١٢	١٠٨	٤٦	٤,٤٨٧	١٥٦	٣٥	٤٧٠	٤٨	٥٦	٧١
الكونغو	٢٥	١١٩	٩٩	١٠٣	٩٤	٧٥	٦٤	٣٢	٤,١٤٠	١٤٥	١٤	٢,٢٧٠	٥٧	—	٩١
جنوب أفريقيا	٥٨	٦٢	٤٧	٥٠	٤٤	٤٨	٣٥	١٩	٥٠,٤٦٠	١,٠٥٢	٤٧	٦,٩٦٠	٥٣	٨٩	٩٠
جنوب السودان	١٥	٢١٧	١٢١	١٢٢	١١٩	١٢٩	٧٦	٣٨	١٠,٣١٤	—	٤٣	a	—	—	—
غواتيمالا	٧٤	٧٨	٣٠	٣٣	٢٨	٥٦	٢٤	١٥	١٤,٧٥٧	٤٧٣	١٤	٢,٨٧٠	٧١	٧٥	٩٩
غوايانا	٦٨	٦٣	٣٦	٤٠	٣٢	٤٨	٢٩	٢٠	٧٥٦	١٣	٠	٢,٩٠٠	٧٠	—	٨٤
جورجيا	٩١	٤٧	٢١	٢٣	١٨	٤٠	١٨	١٥	٤,٣٢٩	٥١	١	٢,٨٦٠	٧٤	١٠٠	١٠٠
جيبوتي	٢٦	١٢٢	٩٠	٩٥	٨٤	٩٤	٧٢	٣٣	٩٠٦	٢٦	٢	١,٢٧٠	٥٨	—	٤٥
الدنمارك	١٦٩	٩	٤	٤	٣	٧	٣	٢	٥,٥٧٣	٦٤	٠	٦,٠٣٩٠	٧٩	—	٩٦
دومينيكا	١٢٨	١٧	١٢	١٣	١١	١٤	١١	٨	٦٨	—	٠	٧,٠٩٠	—	—	٩٨
جمهورية الدومينيكان	٨٣	٥٨	٢٥	٢٧	٢٣	٤٥	٢١	١٤	١٠,٠٥٦	٢١٦	٥	٥,٧٤٠	٧٣	٩٠	٩٣
الرأس الأخضر	٩١	٥٨	٢١	٢٣	٢٠	٤٥	١٨	١٠	٥٠١	١٠	٠	٣,٥٥٠	٧٤	٨٤	٩٣
رواندا	٥١	١٥٦	٥٤	٥٧	٥١	٩٥	٣٨	٢١	١٠,٩٤٣	٤٤٩	٢٣	٥٧٠	٥٥	٧١	٩٩
روسيا (الاتحاد الروسي)	١٢٨	٢٧	١٢	١٣	١٠	٢٣	١٠	٧	١٤٢,٨٣٦	١,٦٨٩	٢٠	١٠,٢٠٠	٦٩	١٠٠	٩٦
رومانيا	١٢٥	٣٧	١٣	١٤	١١	٣١	١١	٨	٢١,٤٣٦	٢٢١	٣	٧,٩١٠	٧٤	٩٨	٨٨
زامبيا	٣١	١٩٣	٨٣	٨٦	٨٠	١١٤	٥٣	٢٧	١٣,٤٧٥	٦٢٢	٤٦	١,١٦٠	٤٩	٧١	٩٣
زيمبابوي	٤٣	٧٩	٦٧	٧٣	٦١	٥٣	٤٣	٣٠	١٢,٧٥٤	٣٧٧	٢٤	٦٤٠	٥١	—	—
ساحل العاج	١٧	١٥١	١١٥	١٢٥	١٠٥	١٠٤	٨١	٤١	٢٠,١٥٣	٦٧٩	٧٥	١,١٠٠	٥٥	٥٦	٦١
ساموا	١٠٠	٣٠	١٩	٢١	١٦	٢٥	١٦	٨	١٨٤	٤	٠	٣,١٩٠	٧٣	٩٩	٩٥
سان مارينو	١٩٥	١٢	٢	٢	٢	١١	٢	١	٢٢	—	٠	٥,٠٤٠	—	—	٩٢
سينت فنسنت وغرينادين	٩١	٢٧	٢١	٢٣	١٩	٢١	٢٠	١٣	١٠٩	٢	٠	٦,١٠٠	٧٣	—	٩٨
سينت كيتس ونيفيس	١٥١	٢٨	٧	٨	٦	٢٢	٦	٥	٥٣	—	٠	١٢,٤٨٠	—	—	٨٦
سينت لوشيا	١٠٧	٢٣	١٦	١٧	١٤	١٨	١٤	٩	١٧٦	٣	٠	٦,٦٨٠	٧٥	—	٩٠
ساوتومي وبرينسيبي	٢٨	٩٦	٨٩	٩٢	٨٦	٦٢	٥٨	٢٩	١٦٩	٥	٠	١,٢٦٠	٦٥	٨٩	٩٩
سري لانكا	١٢٨	٢٩	١٢	١٣	١١	٢٤	١١	٨	٢١,٠٤٥	٣٧٣	٥	٢,٥٨٠	٧٥	٩١	٩٤
المملكة العربية السعودية	١٤١	٤٣	٩	١٠	٨	٣٤	٨	٥	٢٨,٠٨٣	٦٠٥	٦	١٧,٨٢٠	٧٤	٨٧	٩٠
السلفادور	١١٥	٦٠	١٥	١٧	١٤	٤٧	١٣	٦	٦,٢٢٧	١٢٦	٢	٣,٤٨٠	٧٢	٨٤	٩٥
سلوفاكيا	١٤٥	١٨	٨	٩	٧	١٦	٧	٤	٥,٤٧٣	٥٨	٠	١٦,٠٧٠	٧٥	—	—
سلوفينيا	١٨٤	١٠	٣	٣	٣	٩	٢	٢	٢,٠٣٥	٢٠	٠	٢٣,٦١٠	٧٩	١٠٠	٩٧
سنغافورة	١٨٤	٨	٣	٣	٢	٦	٢	١	٥,١٨٨	٤٧	٠	٤٢,٩٣٠	٨١	٩٦	—
السنغال	٤٥	١٣٦	٦٥	٦٩	٦٠	٦٩	٤٧	٢٦	١٢,٧٨٨	٤٧١	٣٠	١,٠٧٠	٥٩	٥٠	٧٨
سوازيلاند	٢١	٨٣	١٠٤	١١٣	٩٤	٦١	٦٩	٣٥	١,٢٠٣	٣٥	٤	٣,٢٠٠	٤٩	٨٧	٨٦
السودان	٢٩	١٢٣	٨٦	٩١	٨١	٧٧	٥٧	٣١	٢٤,٢١٨	—	٩٥	—	—	—	—
الجمهورية العربية السورية	١١٥	٢٦	١٥	١٦	١٤	٣٠	١٣	٩	٢٠,٧٦٦	٤٦٦	٧	٧,٧٥٠	٧٦	٨٣	٩٩
سورينام	٧٤	٥٢	٣٠	٣٣	٢٦	٤٤	٢٦	١٦	٥٢٩	١٠	٠	٧,٦٤٠	٧١	٩٥	٩١
السويد	١٨٤	٧	٣	٣	٣	٦	٢	٢	٩,٤٤١	١١٣	٠	٥٣,٢٣٠	٨١	—	٩٩
سويسرا	١٦٩	٨	٤	٥	٤	٧	٤	٣	٧,٧٠٢	٧٧	٠	٧٦,٣٨٠	٨٢	—	٩٩
سيراليون	١	٢٦٧	١٨٥	١٩٤	١٧٦	١٥٨	١١٩	٤٩	٥,٩٩٧	٢٢٧	٤٢	٢٤٠	٤٨	٤٢	—
سيشيل	١٢٢	١٧	١٤	١٥	١٣	١٤	١٢	٩	٨٧	—	٠	١١,١٣٠	—	٩٢	—
صربيا	١٥١	٢٩	٧	٨	٦	٢٥	٦	٤	٩,٨٥٤	١١٠	١	٥,٦٨٠	٧٥	٩٨	٩٥

النسبة المضافة للاطلاع بالمدارس الابتدائية (٪) ٢٠٠٨ - ٢٠١١	معدل معرفة القراءة والكتابة للكتاب (٪) ٢٠٠٧ - ٢٠١١	العمر المتوقع عند الولادة (بالسنوات) ٢٠١١	حصص الفرد من الدخل القومي الإجمالي (بالدولار الأمريكي) ٢٠١١	العدد السنوي لوفيات الأطفال دون سن الخامسة (بالآلاف) ٢٠١١	العدد السنوي للولادات (بالآلاف) ٢٠١١	إجمالي السكان (بالآلاف) ٢٠١١	معدل وفيات حديثي الولادة ٢٠١١	معدل وفيات الرضع (دون السنة)		معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة حسب نوع الجنس البيولوجي ٢٠١١		معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة		ترتيب البلدان حسب وفيات الأطفال دون سن الخامسة	البلدان والأقاليم
								١٩٩٠	٢٠١١	ذكور	إناث	١٩٩٠	٢٠١١		
—	—	٥١	d	٧١	٤١٦	٩,٥٥٧	٥٠	١٠٨	١٠٨	١٧٠	١٩٠	١٨٠	١٨٠	٢	الصومال
Z1٠٠	٩٤	٧٣	٤,٩٣٠	٢٤٩	١٦,٣٦٤	١,٢٤٧,٥٦٥	٩	١٣	٣٩	١٤	١٥	١٥	٤٩	١١٥	الصين
٩٨	١٠٠	٦٨	٨٧٠	١٢	١٩٤	٦,٩٧٧	٢٥	٥٣	٨٩	٥٦	٧٠	٦٣	١١٤	٤٦	طاجيكستان
—	٧٨	٦٩	٢,٦٤٠	٤٢	١,١٤٤	٣٢,٦٦٥	٢٠	٣١	٣٧	٣٥	٤١	٣٨	٤٦	٦٧	العراق
٩٨	٨٧	٧٣	١٩,٣٦٠	٠	٥٠	٢,٨٤٦	٥	٧	٣٦	٨	٩	٩	٤٨	١٤١	مُغان
٨٤	٦٧	٦٤	١,٤١٠	٦٠	٧٧٦	٢٤,٩٦٦	٣٠	٥٢	٧٦	٧٢	٨٣	٧٨	١٢١	٢٤	غانا
٧٧	٤١	٥٤	٤٤٠	٤٨	٣٩٤	١٠,٢٢٢	٣٩	٧٩	١٣٥	١٣٣	١٢٨	١٢٦	٢٢٨	١٢	غيثيا
٥٦	٩٤	٥١	١٤,٥٤٠	٣	٢٦	٧٣٠	٣٧	٨٠	١١٨	١١٢	١٢٤	١١٨	١٩٠	١٦	غيثيا الاستوائية
٧٥	٥٤	٤٨	٦٠٠	٩	٥٩	١,٥٤٧	٤٤	٩٨	١٢٥	١٤٧	١٧٤	١٦١	٢١٠	٧	غيثيا بيساو
—	—	—	—	—	—	٠	—	—	—	—	—	—	—	—	الفايتكان
—	٨٣	٧١	٢,٨٧٠	٠	٧	٢٤٦	٧	١١	٣١	١٢	١٤	١٣	٣٩	١٢٥	فانواتو
٩٩	—	٨٢	٤٢,٤٢٠	٣	٧٩٢	٦٣,١٢٦	٢	٣	٧	٤	٥	٤	٩	١٦٩	فرنسا
٨٩	٩٥	٦٩	٣,٢١٠	٥٧	٢,٣٥٨	٩٤,٨٥٢	١٢	٢٠	٤٠	٢٢	٢٩	٢٥	٥٧	٨٣	الفلبين
٨٩	٩٥	٧٣	d	٣	١٣٧	٤,١٥٢	١٣	٢٠	٣٦	٢١	٢٣	٢٢	٤٣	٨٧	دولة فلسطين
٩٥	٩٦	٧٤	١١,٩٢٠	٩	٥٩٨	٢٩,٤٣٧	٨	١٣	٢٦	١٣	١٧	١٥	٢١	١١٥	فنزويلا (جمهورية فنزويلا البوليفارية)
٩٨	—	٨٠	٤٨,٤٢٠	٠	٦١	٥,٢٨٥	٢	٢	٦	٣	٣	٣	٧	١٨٤	فنلندا
٩٩	—	٦٩	٣,٦٨٠	٠	١٨	٨٦٨	٨	١٤	٢٥	١٥	١٨	١٦	٣٠	١٠٧	فيجي
٩٨	٩٣	٧٥	١,٦٦٠	٢٢	١,٤٥٨	٨٨,٧٩٢	١٢	١٧	٣٦	١٩	٢٥	٢٢	٥٠	٨٧	فيتنام
٩٩	٩٨	٨٠	X٢٩,٤٥٠	٠	١٣	١,١١٧	١	٣	١٠	٣	٣	٣	١١	١٨٤	فبرص
٩٦	٩٦	٧٨	٨٠,٤٤٠	٠	٢١	١,٨٧٠	٤	٦	١٧	٧	٨	٨	٢٠	١٤٥	قطر
١٠٠	١٠٠	٦٧	٨,٢٢٠	١١	٣٤٥	١٦,٢٠٧	١٤	٢٥	٤٨	٢٤	٢٢	٢٨	٥٧	٧٨	كازاخستان
٩٤	٧١	٥٢	١,٢١٠	٨٨	٧١٦	٢٠,٠٢٠	٣٣	٧٩	٩٠	١٢٠	١٣٥	١٢٧	١٤٥	١١	كاميرون
٩٦	٩٩	٧٧	١٣,٨٥٠	٠	٤٣	٤,٢٩٦	٣	٤	١١	٥	٦	٥	١٢	١٦٥	كرواتيا
٩٦	٧٤	٦٣	٨٢٠	١٣	٣١٧	١٤,٣٠٥	١٩	٣٦	٨٥	٣٧	٤٧	٤٣	١١٧	٦٢	كمبوديا
—	—	٨١	٤٥,٥٦٠	٢	٣٨٨	٢٤,٣٥٠	٤	٥	٧	٥	٦	٦	٨	١٥٧	كندا
١٠٠	١٠٠	٧٩	X٥,٤٦٠	١	١١٠	١١,٢٥٤	٣	٥	١١	٥	٦	٦	١٣	١٥٧	كوريا
٩٩	—	٨١	٢٠,٨٧٠	٣	٤٧٩	٤٨,٢٩١	٢	٤	٦	٤	٥	٥	٨	١٦٥	كوريا الجنوبية (جمهورية كوريا)
—	١٠٠	٦٩	d	١٢	٣٤٨	٢٤,٤٥١	١٨	٢٦	٢٣	٣٢	٢٥	٣٣	٤٥	٦٩	جمهورية كوريا الديمقراطية الشعبية
—	٩٦	٧٩	٧,٦٦٠	١	٧٣	٤,٧٢٧	٦	٩	١٥	٩	١١	١٠	١٧	١٣٥	كوستاريكا
٩٢	٩٣	٧٤	٦,١١٠	١٦	٩١٠	٤٦,٩٢٧	١١	١٥	٢٨	١٦	٢٠	١٨	٢٤	١٠٢	كولومبيا
—	٧٥	٦١	٧٧٠	٢	٢٨	٧٥٤	٢٢	٥٩	٨٦	٧٤	٨٥	٧٩	١٢٢	٢٣	جزر القمر
—	٦٧	٤٨	١٩٠	٤٦٥	٢,٩١٢	٦٧,٧٥٨	٤٧	١١١	١١٧	١٥٨	١٧٨	١٦٨	١٨١	٥	جمهورية الكونغو الديمقراطية
٩٨	٩٤	٧٥	٤٨,٩٠٠	١	٥٠	٢,٨١٨	٥	٩	١٤	١٠	١٢	١١	١٧	١٣٣	الكويت
٩٥	٩٩	٦٨	٩٢٠	٤	١٣١	٥,٢٩٣	١٦	٢٧	٥٨	٢٨	٢٤	٢١	٧٠	٧٢	قيرغيزستان
—	—	—	٢,١١٠	٠	—	١٠١	١٩	٣٨	٦٤	٤٥	٥٠	٤٧	٨٨	٥٨	كيريباتي
٨٤	٨٧	٥٧	٨٢٠	١٠٧	١,٥٦٠	٤١,٦١٠	٢٧	٤٨	٦٤	٦٧	٧٨	٧٣	٩٨	٣٨	كينيا
٩٦	١٠٠	٧٣	١٢,٣٥٠	٠	٢٤	٢,٢٤٣	٥	٧	١٧	٨	٩	٨	٢١	١٤٥	لافتيا
٩٧	٧٣	٦٧	١,١٣٠	٦	١٤٠	٦,٣٨٨	١٨	٣٤	١٠٢	٣٩	٤٤	٤٢	١٤٨	٦٣	جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية
٩٣	٩٠	٧٣	٩,١١٠	١	٦٥	٤,٢٥٩	٥	٨	٢٧	٩	١٠	٩	٢٣	١٤١	لبنان
٩٧	—	٨٠	٧٨,١٣٠	٠	٦	٥١٦	٢	٢	٧	٣	٣	٣	٨	١٨٤	لوكسمبورغ
—	٨٩	٧٥	١٢,٢٢٠	٢	١٤٤	٦,٤٣٣	١٠	١٣	٣٣	١٦	١٧	١٦	٤٤	١٠٧	ليبيا
—	٦١	٥٧	٢٤٠	١٢	١٥٧	٤,١٢٩	٢٧	٥٨	١٦١	٧٤	٨٣	٧٨	٢٤١	٢٤	ليبيريا
٩٦	١٠٠	٧٣	١٢,٢٨٠	٠	٣٥	٣,٣٠٧	٣	٥	١٤	٥	٦	٦	١٧	١٥٧	ليتوانيا
٧٤	٩٠	٤٨	١,٢٢٠	٥	٦٠	٢,١٩٤	٢٩	٦٣	٧١	٧٩	٩٣	٨٦	٨٨	٢٩	ليسوتو
٩٩	—	—	١٣٧,٠٧٠	—	—	٣٦	—	—	—	—	—	—	—	—	ليختنشتاين
٩٧	٧٥	٥٤	٢٤٠	٥٢	٦٨٦	١٥,٣٨١	٢٧	٥٣	١٣٤	٧٩	٨٧	٨٣	٢٢٧	٣١	ملاوي
٩٧	٩٨	٧٧	٦,٥٣٠	٠	٥	٣٣٠	٧	٩	٧٦	١٠	١٢	١١	١٠٥	١٣٣	المالديف
٩٤	٩٢	٨٠	١٨,٦٦٠	٠	٤	٤١٨	٤	٥	١٠	٥	٧	٦	١١	١٥٧	مالطا
٦٦	٣١	٥١	٦١٠	١٢١	٧٢٨	١٥,٨٤٠	٤٩	٩٨	١٣٢	١٦٩	١٨٢	١٧٦	٢٥٧	٣	مالي
—	٩٣	٧٤	٨,٤٢٠	٤	٥٧٩	٢٨,٨٥٩	٣	٦	١٥	٦	٧	٧	١٧	١٥١	ماليزيا
٩٨	٩٩	٧٤	١٢,٧٣٠	١	١٠٠	٩,٩٦٦	٤	٥	١٧	٦	٧	٦	١٩	١٥٧	منغوليا
—	٦٤	٦٧	٤٢٠	٤٥	٧٤٧	٢١,٣١٥	٢٣	٤٣	٩٨	٥٨	٦٥	٦٢	١٦١	٤٧	مدغشقر
٩٦	٧٣	٧٣	٢,٦٠٠	٤٠	١,٨٨٦	٨٢,٥٣٧	٧	١٨	٦٣	٣٠	٢٢	٢١	٨٦	٩١	مصر
٩٤	٥٦	٧٢	٢,٩٧٠	٢١	٦٢٠	٣٢,٧٢٣	١٩	٢٨	٦٤	٣٠	٢٥	٣٣	٨١	٦٩	المغرب
٩٨	٩٧	٧٥	٤,٧٣٠	٠	٢٢	٢,٠٦٤	٦	٩	٣٤	٩	١١	١٠	٢٨	١٣٥	جمهورية مقدونيا اليوغسلافية السابقة
١٠٠	٩٣	٧٧	٩,٢٤٠	٢٤	٢,١٩٥	١١٤,٧٩٣	٧	١٣	٣٨	١٤	١٧	١٦	٤٩	١٠٧	المكسيك
٩٩	٩٧	٦٨	٢,٣٢٠	٢	٦٥	٢,٨٠٠	١٢	٢٦	٧٦	٣٦	٣٥	٢١	١٠٧	٧٢	منغوليا
٧٤	٥٨	٥٩	١,٠٠٠	١٣	١١٨	٣,٥٤٢	٤٠	٧٦	٨١	١٠٤	١٢٠	١٢٥	١٨	١٨	موريتانيا

البلدان والأقاليم	ترتيب البلدان حسب وفيات الأطفال دون سن الخامسة	معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة		معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة حسب نوع الجنس البيولوجي ٢٠١١		معدل وفيات الرضع (دون السنة)	معدل وفيات حديثة الولادة (٢٠١١)	إجمالي السكان (بالآلاف) (٢٠١١)	العدد السنوي للولادات (بالآلاف) (٢٠١١)	العدد السنوي لوفيات الأطفال دون سن الخامسة (بالآلاف) (٢٠١١)	حصة الفرد من الدخل القومي الإجمالي (بالدولار الأمريكي) (٢٠١١)	العمر المتوقع عند الولادة (بالسنوات) (٢٠١١)	معدل معرفة القراءة والكتابة للكبار (%) (٢٠٠٧-٢٠١١)	النسبة الصافية للالتحاق بالمدارس الابتدائية (٢٠٠٨-٢٠١١)	
		٢٠١١	١٩٩٠	ذكور	إناث										
		٢٠١١	١٩٩٠	٢٠١١	١٩٩٠										
موريشيوس	١١٥	٢٤	١٥	١٦	١٤	٢١	١٣	١٦	١٦	١٦	٨٠	٧٣	٨٩	٩٣	
موزامبيق	٢٢	٢٢٦	١٠٣	١٠٧	٩٩	١٥١	٧٢	٣٤	٧٢	٣٤	٢٣,٩٣٠	٨٦	٥٠	٩٢	
جمهورية مولدوفا	١٠٧	٣٥	١٦	١٧	١٥	٢٩	١٤	٨	١٤	٨	٣,٥٤٥	١	٩٩	٩٠	
موناكو	١٦٩	٨	٤	٤	٣	٦	٣	٢	٣	٢	٣٥	٠	—	—	
الجيل الأسود	١٥١	١٨	٧	٨	٧	١٦	٧	٥	٧	٥	٦٣٢	٠	٨	٨٣	
ميانمار	٤٧	١٠٧	٦٢	٦٩	٥٦	٧٧	٤٨	٣٠	٤٨	٣٠	٤٨,٣٣٧	٥٣	٦٥	—	
ولايات ميكرونيسيا المتحدة	٦٣	٥٦	٤٢	٤٧	٣٦	٤٤	٣٦	١٧	٣٤	١٧	١١٢	٠	٦٩	—	
تاميبيا	٦٣	٧٣	٤٢	٤٥	٣٨	٤٩	٣٨	١٨	٣٠	١٨	٢,٣٢٤	٢	٦٢	٨٦	
ناورو	٦٦	٤٠	٤٠	٥٦	٢٤	٣٢	٣٢	٢٢	٣٢	٢٢	١٠	٠	—	—	
النرويج	١٨٤	٨	٣	٣	٣	٧	٣	٢	٣	٢	٤,٩٢٥	٠	٨١	٩٩	
النمسا	١٦٩	٩	٤	٥	٤	٨	٤	٣	٤	٣	٨,٤١٣	٠	٨١	—	
نيبال	٥٧	١٣٥	٤٨	٤٩	٤٧	٩٤	٤٧	٢٧	٣٩	٢٧	٣٠,٤٨٦	٣٤	٦٩	—	
النيجر	١٣	٣١٤	١٢٥	١٢٧	١٢٢	١٣٣	٦٦	٣٢	٦٦	٦٦	١٦٠,٠٦٩	٨٩	٥٥	٥٨	
نيجيريا	١٤	٢١٤	١٢٤	١٢٩	١١٩	١٢٧	٧٨	٣٩	٧٨	٧٨	١٦٢,٤٧١	٧٥٦	٥٢	٥٨	
نيكاراغوا	٨٠	٦٦	٢٦	٢٩	٢٢	٥٠	٢٢	١٣	٢٢	١٣	٥,٨٧٠	٤	٧٤	٩٤	
نيوزيلندا	١٥٧	١١	٦	٧	٥	٩	٥	٣	٥	٣	٤,٤٦٥	٠	٨١	٩٩	
نيوي	٩١	١٤	٢١	٢١	٢١	١٢	١٨	١٠	١٨	١٠	١	٠	—	—	
هايتي	٤٠	١٤٣	٧٠	٧٤	٦٦	٩٩	٦٦	٢٥	٥٣	٢٥	١٠,١٢٤	١٩	٦٢	—	
الهند	٤٩	١١٤	٦١	٥٩	٦٤	٨١	٤٧	٣٢	٤٧	٤٧	١,٢٤١,٤٩٢	١,٦٥٥	٦٥	٩٨	
هندوراس	٩١	٥٥	٢١	٢٣	٢٠	٤٣	١٨	١١	١٨	١١	٧,٧٥٥	٤	٧٣	٩٦	
هولندا	١٦٩	٨	٤	٤	٤	٧	٣	٣	٣	٣	١٦,٦٦٥	١	٨١	١٠٠	
اليابان	١٨٤	٦	٣	٤	٣	٥	٣	١	٢	١	١٢٦,٤٩٧	٤	٨٣	١٠٠	
اليمن	٣٦	١٢٦	٧٧	٨٠	٧٣	٨٩	٥٧	٣٢	٥٧	٣٢	٢٤,٨٠٠	٧٠	٦٥	٧٨	
اليونان	١٦٩	١٣	٤	٥	٤	١٢	٤	٣	٤	٣	١١,٢٩٠	١	٨٠	—	
مذكرة															
السودان وجنوب السودان	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	١,٤٤٧	—	٦١	—	—
ملخص المؤشرات#															
أفريقيا جنوب الصحراء	١٧٨	١٠٩	١١٤	١٠٣	١٠٧	١٠٧	٦٩	٣٤	٦٩	٦٩	٨٧٦,٤٩٧	٣٢,٥٨٤	٥٥	٦٣	٧٦
شرق وجنوب أفريقيا	١٦٢	٨٤	٨٩	٧٩	١٠٠	١٠٠	٥٥	٢٩	٥٥	٥٥	٤١٨,٧٠٩	١٤,٣٩٩	٥٦	٦٨	٨٦
غرب ووسط أفريقيا	١٩٧	١٣٢	١٣٨	١٢٦	١١٦	١١٦	٨٣	٣٩	٨٣	٨٣	١٦,٧١٢	١٦,٧١٢	٥٣	٥٧	٦٧
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	٧٢	٣٦	٣٨	٣٤	٣٨	٥٤	٢٨	١٦	٢٨	٢٨	١٠,٠١٧	٣٥١	٧١	٧٧	٩٠
جنوب آسيا	١١٩	٦٢	٦٢	٦١	٦٣	٨٥	٤٨	٣٢	٤٨	٤٨	١,٦٥٣,٦٧٩	٣٧,٤٠٢	٦٦	٦٢	٩٢
شرق آسيا ودول المحيط الهادي	٥٥	٢٠	٢١	١٩	٤١	١٧	١٧	١١	١٧	١٧	٢٨,٤٤٨	٥٩٠	٧٣	٩٤	٩٦
أمريكا اللاتينية ودول البحر الكاريبي	٥٣	١٩	٢١	١٧	٤٢	١٦	١٦	١٠	١٦	١٦	١٠,٧٩٠	٢٠٣	٧٤	٩١	٩٥
دول وسط وشرق أوروبا / رابطة الدول المستقلة	٤٨	٢١	٢٣	١٩	٤٠	١٨	١٨	١٠	١٨	١٨	٤٠٥,٧٤٢	١٢٥	٧٠	٩٨	٩٥
الدول الأقل نمواً	١٧١	٩٨	١٠٢	٩٣	١٠٧	٦٥	٦٥	٣٣	٦٥	٦٥	٢٨,٣٣٤	٢,٦٤٩	٥٩	٦٠	٨٠
العالم	٨٧	٥١	٥٣	٥٠	٦١	٣٧	٦١	٢٢	٣٧	٣٧	٦,٩٢٤,٧٦١	١٣٥,٠٥٦	٦٩	٨٤	٩١

المؤشرات الأساسية

فريق العمل المشترك بين الوكالات لتقدير وفيات الأطفال (منظمة الأمم المتحدة للطفولة «اليونيسف»، ومنظمة الصحة العالمية، وشعبة السكان لدى الأمم المتحدة، والبنك الدولي).

معدل وفيات حديثي الولادة - منظمة الصحة العالمية باستخدام أنظمة تسجيل الأحوال المدنية، وأنظمة الرصد ومسوح الأسرة.

مجموع السكان والولادات - شعبة السكان لدى الأمم المتحدة.

وفيات الأطفال دون سن الخامسة - فريق العمل المشترك بين الوكالات

التقدير

وفيات الأطفال (اليونيسف، ومنظمة الصحة العالمية، وشعبة السكان لدى الأمم المتحدة، والبنك الدولي).

حصة الفرد من الدخل القومي الإجمالي - البنك الدولي.

العمر المتوقع عند الولادة - شعبة السكان لدى الأمم المتحدة.

معدل معرفة القراءة والكتابة بين الكبار، والنسبة الصافية للالتحاق بالتعليم الابتدائي - معهد منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلوم والثقافة (اليونسكو) للإحصاء (UIS).

ملاحظات

أ بلد ذو دخل منخفض (حصة الفرد من الدخل القومي تساوي «٢٥٠، ١» دولاراً أمريكياً أو أقل).

ب بلد ذو دخل متوسط من الشريحة الدنيا (حصة الفرد من الدخل القومي تساوي «٢٦٠، ١» إلى «٣٥٠، ٤» دولاراً أمريكياً).

ج بلد ذو دخل متوسط من الشريحة العليا (حصة الفرد من الدخل القومي تساوي «٣٦٠، ٤» إلى «٤٧٥، ١٢» دولاراً أمريكياً).

د بلد ذو دخل مرتفع (حصة الفرد من الدخل القومي «٤٧٦، ١٢» دولاراً أمريكياً أو أكثر).

- البيانات غير متوافرة.

X البيانات التي تشير إلى سنوات أو فترات غير تلك المحددة في عنوان العمود. هذه البيانات لا تدخل في حساب متوسطات المناطق والمتوسطات العالمية.

Z البيانات مقدمة من وزارة التعليم الصينية. بيانات معهد اليونسكو للإحصاء لا تشمل في الوقت الحاضر على معدلات الالتحاق الصافية صافي الالتحاق معدلات البقاء في التعليم الابتدائي في الصين.

x البيانات تشير إلى أحدث سنة تتوافر عنها البيانات خلال المدة المحددة في عنوان العمود.

δ بسبب انفصال جمهورية جنوب السودان عن جمهورية السودان في يوليو / تموز ٢٠١١، وانضمام جمهورية جنوب السودان بعد ذلك إلى الأمم المتحدة في ١٤ يوليو / تموز ٢٠١١، لا تتوافر بعد بيانات مصنفة لجميع المؤشرات عن السودان وعن جنوب السودان كدولتين مستقلتين. أما البيانات المجمعة، فهي معروضة للسودان قبل الانفصال (انظر بند المذكرة).

للإطلاع على قائمة كاملة بالبلدان والأقاليم داخل المناطق، والمناطق الفرعية وفتات البلدان، انظر الصفحة رقم ١٠٦.

تعريفات المؤشرات

معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة - احتمال الوفاة في الفترة ما بين ولادة الطفل وبلوغه سن الخامسة تماماً، معبراً عنه بعدد الوفيات في كل ١٠٠٠ ولادة حية.

معدل وفيات الرضع - احتمال الوفاة في الفترة ما بين الولادة وإتمام سنة واحدة من العمر، معبراً عنه بعدد الوفيات في كل ١٠٠٠ ولادة حية.

معدل وفيات حديثي الولادة - احتمال الوفاة خلال أول ٢٨ يوماً يتيمها المولود من حياته، معبراً عنه بعدد الوفيات في كل ١٠٠٠ ولادة حية.

حصة الفرد من الدخل القومي الإجمالي - الدخل القومي الإجمالي هو مجموع القيمة المضافة من جميع المنتجين المقيمين، يُضاف إليه أي ضرائب مفروضة على المنتجات (يطرح منه الدعم الحكومي) غير المشمولة في تخمين قيمة المخرجات، ويضاف إليه أيضاً المقبوضات الصافية من الدخل الأساسي (أجور الموظفين والدخل من الممتلكات) الواردة من الخارج. وحصة (نصيب) الفرد من الدخل القومي الإجمالي هي الدخل القومي الإجمالي مقسوماً على عدد السكان في منتصف العام. ويتم تحويل حصة الفرد من الدخل القومي الإجمالي بالدولار الأمريكي باستخدام أسلوب أطلس المتبع لدى البنك الدولي.

العمر المتوقع عند الولادة - عدد السنوات التي يمكن أن يعيشها حديثو الولادة إذا ما تعرضوا وقت ولادتهم لمخاطر الوفاة السائدة بالنسبة إلى عينة إحصائية ممثلة للسكان.

معدل معرفة القراءة والكتابة بين الكبار - عدد الأشخاص في سن الخامسة عشرة فأكثر الذين يستطيعون القراءة والكتابة، معبراً عنه كنسبة مئوية من مجموع عدد السكان في تلك الفئة العمرية.

النسبة الصافية للالتحاق بالتعليم الابتدائي - عدد الأطفال المتحققين بالتعليم الابتدائي أو الثانوي الذين هم في السن الرسمية للالتحاق بالتعليم الابتدائي، معبراً عنه كنسبة مئوية من مجموع عدد الأطفال في السن الرسمية للالتحاق بالتعليم الابتدائي. ونظراً لشمول الأطفال الذين هم في سن الالتحاق بالتعليم الابتدائي، والمتحققين بالتعليم الثانوي، فإن هذا المؤشر قد يشار إليه أيضاً بتعبير «النسبة الصافية المعدلة للالتحاق بالتعليم الابتدائي».

مصادر البيانات الأساسية

معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة ومعدل وفيات الرضع -

الجدول ٢: التغذية

البلدان والأقاليم	الوزن المنخفض عند الولادة ٢٠٠٧-٢٠١١ (%)	الرضاعة الطبيعية الخالصة (أقل من ٦ أشهر) (%)	إعطاء صلبة وشبه صلبة وطرية (٦-٨ أشهر) (%)	الاستمرار في الرضاعة الطبيعية حتى سن الثانية (%)	نقص الوزن (%)		التنوع المتعدد		الهزال (%)	الوزن الزائد $\Theta(z)$ ٢٠٠٧-٢٠١١	التغذية التكميلية، فيتامين أ، تغطية كاملة (%) Δ ٢٠١١	استهلاك الملح المدعوم باليود ٢٠٠٧ (z) × ٢٠١١
					٢٠٠٧-٢٠١١ ×		٢٠١١ ×					
					معتدل وشديد	شديد	معتدل وشديد	شديد				
أفريقيا	X ٢٠	٥٢	٥٢	X ٥٥	٨٢	٢٩	٩	٤٤	١٠	٢	٧١	Y ١٥
الأرجنتين	٧	—	—	—	٢٨	X ٢	X ٠	X ٨	X ١	X ١٠	—	—
الأردن	١٣	٢٩	٢٢	Y ٨٤	١١	٢	٠	٨	٢	٧	—	X ٨٨
أرمينيا	٧	٣٦	٣٥	Y ٤٨	٢٣	٥	١	١٩	٤	١٧	—	X ٩٧
إريتريا	X ١٤	X ٧٨	X ٥٢	X ٤٢	X ٦٢	X ٣٥	X ١٣	X ٤٤	X ١٥	X ٢	٤٦	X ٦٨
أذربيجان	X ١٠	X ٣٢	X ١٢	X ٨٣	X ١٦	X ٨	X ٢	X ٢٥	X ٧	X ١٤	—	X ٥٤
إسبانيا	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
أستراليا	X ٧	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
استونيا	X ٤	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
إسرائيل	X ٨	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
أفغانستان	—	—	—	X ٢٩	X ٥٤	X ٣٣	X ١٢	X ٥٩	X ٩	X ٥	١٠٠	X ٢٨
إكوادور	٨	—	X ٤٠	X ٧٧	X ٢٣	X ٦	—	—	—	X ٥	—	—
ألبانيا	X ٧	٤٢	٣٩	٧٨	٢١	٥	٢	١٩	٩	٢٣	—	Y ٧٦
ألمانيا	—	—	—	—	—	—	—	—	—	X ٤	—	—
الإمارات العربية المتحدة	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
الولايات المتحدة الأمريكية	X ٨	—	—	—	—	X ١	X ٠	X ٣	X ٠	X ٨	—	—
أنغيوا وبربودا	٥	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
أنغولا	X ١٢	٥٥	X ١١	X ٧٧	X ٢٧	Y ١٦	Y ٧	Y ٢٩	Y ٨	—	٥٥	٤٥
أندورا	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
إندونيسيا	٩	٢٩	٣٢	٨٥	٥٠	١٨	٥	٣٦	١٢	١٤	٧٦	Y ٦٢
أوروغواي	٩	٥٩	٦٥	Y ٣٥	٢٧	X ٥	X ٢	X ١٥	X ٢	X ٩	—	—
أوزبكستان	X ٥	X ٦٧	X ٣٦	X ٤٧	X ٣٨	X ٤	X ١	X ١٩	X ٤	X ١٣	٩٥	X ٥٢
أوغندا	X ١٤	X ٤٢	٦٢	X ٧٥	٤٦	١٤	٣	٣٣	٥	٢	٦٠	X ٩٦
أوكرانيا	٤	٤١	١٨	٨٦	٦	—	—	—	—	—	—	X ١٨
جمهورية إيران الإسلامية	X ٧	X ٥٦	X ٢٣	X ٦٨	X ٥٨	—	—	—	—	—	—	X ٩٩
إيرلندا	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
آيسلندا	X ٤	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
إيطاليا	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
بايوا غينيا الجديدة	X ١١	—	X ٥٦	X ٧٦	X ٧٢	X ١٨	X ٥	X ٤٣	X ٥	X ٣	١٢	X ٩٢
باراغواي	٦	٤٧	٢٤	Y ٦٧	١٤	X ٢	—	X ١٨	X ١	X ٧	—	٩٢
باربادوس	١٢	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
باكستان	٢٢	٢٩	٣٧	Y ٦٦	٥٥	٢٢	١٢	٤٤	١٥	٦	٩٠	٦٩
بالاو	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
جزر البهاما	١١	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
البحرين	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
البرازيل	٨	X ٤٣	Y ٤١	X ٧٠	X ٢٥	X ٢	—	X ٧	X ٢	٧	—	X ٩٦
البرتغال	X ٨	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
بروناي دار السلام	—	—	—	—	—	—	—	—	—	٧	—	—
المملكة المتحدة	X ٨	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
بلجيكا	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
بلغاريا	٩	—	—	—	—	—	—	—	—	X ١٤	—	X ١٠٠
بنغلادش	X ٢٢	X ٣٦	٦٤	٧١	٩٠	٣٦	١٠	٤١	١٦	٢	٩٤	X ٨٤
بنما	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
بوتان	١٠	٥٩	٤٩	٦٧	٦٦	١٣	٣	٣٤	٦	٨	—	X ٩٦
بوتسوانا	١٣	٤٠	٢٠	Y ٤٦	٦	١١	٤	٣١	٧	١١	٧٥	٦٥
بورкина فاسو	X ١٦	X ٢٠	٢٥	٦١	٨٠	٣٦	٧	٣٥	١١	—	٨٧	X ٢٤
بوروندي	X ١١	—	٦٩	Y ٧٠	٧٩	٢٩	٨	٥٨	٦	٣	٨٣	X ٩٨
البوسنة والهرسك	X ٥	X ٥٧	X ١٨	X ٢٩	X ١٠	X ١	X ٠	X ١٠	X ٤	X ٢٦	—	X ٦٢
بولندا	X ٦	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
بوليفيا (دولة متعددة القوميات)	٦	٦٤	٦٠	٨٣	٤٠	٤	١	٢٧	١	٩	٢١	Y ٨٩
بيرو	٨	٥١	٧١	٨٢	Y ٥٥	٤	١	٢٠	٠	—	—	٩١
بيلاروس	X ٤	X ٢١	X ٩	X ٢٨	X ٤	X ١	X ١	X ٤	X ٢	X ١٠	—	Y ٩٤
بليز	١٤	X ٥١	X ١٠	—	X ٢٧	X ٤	X ١	X ٢٢	X ٢	X ١٤	—	—

البلدان والأقاليم	الوزن المنخفض عند الولادة ×٢٠١١-٢٠٠٧ (%)	البدء المبكر بالرضاعة الطبيعية (%)	الرضاعة الطبيعية الخالصة (أقل من ٦ أشهر) (%)	إعطاء صلبة وشبه صلبة وطرية (٦-٨ أشهر) (%)	إعطاء الرضع الطبيعية حتى سن الثانية (%)	الاستمرار في الرضاعة الطبيعية حتى سن الثانية (%)	نقص الوزن (%)		النمو المتعثر -٢٠٠٧ θ (%) ×٢٠١١	الهزال (%) -٢٠٠٧ θ ×٢٠١١	الوزن الزائد Θ (%) ٢٠٠٧ ×٢٠١١	التغذية التكميلية بـفيتامين أ، تغطية كاملة (%) Δ ٢٠١١	استهلاك الملح المدعم باليود -٢٠٠٧ (٪) ×٢٠١١
							شديد	معتدل وشديد					
بن	X ١٥	٢٢	X ٤٣	y ٧٦	٩٢	X ١٨	X ٥	X ٤٣	X ٨	X ١١	٩٨	٨٦	
تايلند	٧	X ٥٠	١٥	-	-	X ٧	X ١	X ١٦	X ٥	X ٨	-	X ٤٧	
تركمانستان	X ٤	X ٦٠	X ١١	X ٥٤	X ٣٧	X ٨	X ٢	X ١٩	X ٧	-	-	X ٨٧	
تركيا	١١	٢٩	٤٢	X ٦٨	٢٢	٢	٠	١٢	١	-	-	٦٩	
ترينيداد وتوباغو	X ١٩	X ٤١	X ١٢	X ٨٣	X ٢٢	-	-	-	-	X ٥	-	X ٢٨	
تشاد	٢٠	٢٩	٣	٤٦	٥٩	٣٠	١٣	٣٩	١٦	٣	-	٥٤	
الجمهورية التشيكية	X ٧	-	-	-	-	-	-	-	-	X ٤	-	-	
تشيلي	٦	-	-	-	-	-	-	-	-	١٠	-	-	
جمهورية تنزانيا الاتحادية	٨	٤٩	٥٠	٩٢	٥١	١٦	٤	٤٢	٥	٦	٩٧	٥٩	
توغو	١١	٤٦	٦٢	٤٤	٦٤	١٧	٤	٣٠	٥	٢	٢٢	٢٢	
توهالو	٦	١٥	٣٥	y ٤٠	٥١	٢	٠	١٠	٢	٦	-	-	
تونغا	X ٣	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
تونس	X ٥	X ٨٧	X ٦	x.y ٦١	X ١٥	X ٢	-	X ٩	X ٣	X ٩	-	X ٩٧	
تيمور الشرقية	X ١٢	٨٢	٥٢	٨٢	٣٣	٤٥	١٥	٥٨	١٩	٦	٥٩	٦٠	
الغابون	X ١٤	X ٧١	X ٦	X ١٢	X ٩	X ٨	X ٢	X ٢٥	X ٤	X ٦	-	X ٣٦	
جامايكا	X ١٢	X ٦٢	X ١٥	X ٣٦	X ٢٤	٢	-	٤	٢	-	-	-	
غامبيا	١٠	٥٢	٣٤	٣٤	٣١	١٨	٤	٢٤	١٠	٢	٩٣	٢١	
غرينادا	٩	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
الجزائر	X ٦	X ٥٠	X ٧	x.y ٢٩	X ٢٢	X ٣	X ١	X ١٥	X ٤	X ١٣	-	X ٦١	
جزر سليمان	١٣	٧٥	٧٤	y ٨١	٦٧	١٢	٢	٣٣	٤	٣	-	-	
جزر الكوك	X ٣	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
جزر مارشال	١٨	٧٣	٣١	y ٧٧	٥٢	-	-	-	-	-	-	-	
جمهورية أفريقيا الوسطى	١٤	٤٣	٣٤	x.y ٥٦	٢٢	٢٤	٨	٤١	٧	٢	٠	٦٥	
الكونغو	X ١٢	X ٣٩	X ١٩	X ٧٨	X ٢١	X ١١	X ٣	X ٢٠	X ٨	X ٩	-	X ٨٢	
جنوب أفريقيا	-	X ٦١	X ٨	X ٤٩	X ٣١	٩	-	٢٤	٥	-	٤٤	-	
جنوب السودان δ	-	-	٤٥	٢١	٣٨	٢٨	١٢	٣١	٢٣	-	-	٥٤	
غواتيمالا	١١	٥٦	٥٠	y ٧١	٤٦	y ١٣	-	y ٤٨	y ١	٥	٢٨	٧٦	
غوايانا	١٤	X ٤٣	٣٣	٨١	٤٩	١١	٢	١٨	٥	٦	-	١١	
جورجيا	٥	٦٩	٥٥	y ٤٣	١٧	١	١	١١	٢	٢٠	-	١٠٠	
جيبوتي	X ١٠	٦٧	X ١	X ٣٥	X ١٨	y ٢٣	y ٥	y ٣١	y ١٠	X ١٠	٩٥	X ٠	
الدنمارك	X ٥	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
دومينيكا	١٠	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
جمهورية الدومينيكان	١١	٦٥	٨	٨٨	١٣	٣	٠	١٠	٢	٨	-	X ١٩	
الرأس الأخضر	X ٦	X ٧٣	X ٦٠	X ٨٠	X ١٣	-	-	-	-	-	-	٧٥	
رواندا	٧	٧١	٨٥	٧٩	٨٤	١١	٢	٤٤	٣	٧	٧٦	٩٩	
الاتحاد الروسي	٦	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X ٣٥	
رومانيا	X ٨	-	X ١٦	X ٤١	-	X ٤	X ١	X ١٣	X ٤	X ٨	-	X ٧٤	
زامبيا	١١	٥٧	٦١	٩٤	٤٢	١٥	٣	٤٥	٥	٨	٧٣	X ٧٧	
زيمبابوي	١١	X ٦٩	٣١	٨٦	٢٠	١٠	٢	٣٢	٣	٦	٥٦	y ٩٤	
ساحل العاج	X ١٧	X ٢٥	X ٤	X ٥١	X ٣٧	y ١٦	y ٥	y ٣٧	y ٥	-	١٠٠	X ٨٤	
ساموا	١٠	٨٨	٥١	y ٧١	٧٤	-	-	-	-	-	-	-	
سان مارينو	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
سينت هسننت وغرينادين	٨	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
سينت كيتس ونيفيس	٨	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X ١٠٠	
سينت لوشيا	١١	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
ساو تومي وبرينسيبي	X ٨	٤٥	٥١	٧٤	٢٠	١٣	٣	٢٩	١١	١٢	٤٤	٨٦	
سري لانكا	١٧	٨٠	٧٦	y ٨٧	٨٤	٢١	٤	١٧	١٥	١	-	y ٩٢	
المملكة العربية السعودية	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X ٦	-	-	
السلفادور	٩	٢٣	٣١	y ٧٢	٥٤	y ٦	y ١	y ١٩	y ١	٦	-	X ٦٢	
سلوفاكيا	X ٧	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
سلوفينيا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
سنغافورة	X ٨	-	-	-	-	X ٢	X ٠	X ٤	X ٤	X ٣	-	-	
السنگال	١٩	X ٢٣	٣٩	X ٦١	٥١	١٨	٥	٢٧	١٠	٣	-	٤٧	
سوازيلاند	٩	٥٥	٤٤	٦٦	١١	٦	١	٢١	١	١١	٤١	٥٢	
السودان δ	-	-	٤١	٥١	٤٠	٣٢	١٣	٣٥	١٦	-	-	١٠	
الجمهورية العربية السورية	١٠	٤٦	٤٣	-	٢٥	١٠	-	٢٨	١٢	١٨	-	X ٧٩	

البلدان والأقاليم	الوزن المنخفض عند الولادة ×2011-2007 (%)	الرضاعة الطبيعية الخالصة (أقل من 6 أشهر) (%)	إعطاء الرضعة أطعمة صلبة وشبه صلبة وطرية (6-8 أشهر) (%)	الاستمرار في الرضاعة الطبيعية حتى سن الثانية (%)	نقص الوزن $\Theta(z)$ 2007-2011×		النمو المتعثر $\theta(z)$ -2007 ×2011		الهزال (%) θ -2007 ×2011		الوزن الزائد $\Theta(z)$ 2007 ×2011		التغذية التكميلية فيتامين أ، تعاطية كاملة (%) Δ 2011	استهلاك الملح المدعوم باليود -2007 (%) ×2011
					معتدل وشديد	شديد	معتدل وشديد	شديد	معتدل وشديد	شديد	معتدل وشديد	شديد		
سورينام	X 11	X 24	X 2	X 15	X 58	X 2	X 15	X 11	X 5	X 4	X 1	-	-	
السويد	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
سويسرا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
سيراليون	11	45	32	48	25	22	8	44	9	10	99	63	-	
سيشيل	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
صربيا	5	8	14	15	84	2	1	7	4	16	-	22	-	
الصومال	-	X 26	X 9	X 35	X 16	X 22	X 12	X 42	X 13	X 5	12	X 1	-	
الصين	3	41	28	-	42	4	-	10	3	7	-	97	-	
طاجيكستان	X 10	Y 57	X 25	X 24	X 15	X 15	6	39	7	-	99	62	-	
العراق	X 15	X 21	X 25	X 26	X 22	X 26	X 2	X 26	X 6	X 15	-	28	-	
عمان	12	X 85	-	X 73	X 91	9	1	10	7	2	-	69	-	
غانا	13	52	62	44	76	14	3	28	9	6	-	22	-	
غينيا	X 12	X 40	48	-	22	7	7	40	8	8	88	41	-	
غينيا الاستوائية	X 13	-	X 24	-	X 11	-	X 25	X 2	X 8	X 8	-	22	-	
غينيا بيساو	11	55	38	65	42	5	18	22	6	3	100	12	-	
الفاتيكان	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
فانواتو	10	72	40	22	68	-	-	-	-	5	-	22	-	
فرنسا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
الفلبين	21	54	34	34	90	24	22	22	7	3	91	45	-	
دولة فلسطين	X 7	-	X 27	-	-	-	-	-	-	-	-	81	-	
جمهورية فنزويلا البوليفارية	8	-	-	-	4	-	16	5	6	-	-	-	-	
فنلندا	X 4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
فيجي	X 10	X 57	X 40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
فيتنام	5	40	17	50	19	12	2	22	4	4	99	45	-	
قبرص	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
قطر	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
كازاخستان	X 6	X 64	X 17	X 16	X 50	X 4	X 1	X 17	X 5	X 17	-	92	-	
كاميرون	X 11	X 20	20	24	X 23	15	5	22	6	6	-	49	-	
كرواتيا	X 5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
كمبوديا	11	65	74	42	28	7	40	11	11	2	92	82	-	
كندا	X 6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
كوبا	5	X 70	49	17	77	-	-	-	-	-	-	88	-	
كوريا الجنوبية (جمهورية كوريا)	X 4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
جمهورية كوريا الديمقراطية الشعبية	7	18	X 65	X 21	36	19	4	22	5	5	100	25	-	
كوستاريكا	7	-	X 15	40	92	1	1	6	1	8	-	-	-	
كولومبيا	X 6	57	42	22	86	2	1	13	1	5	-	-	-	
جزر القمر	X 25	X 25	X 21	X 45	X 24	-	-	-	-	X 22	-	82	-	
جمهورية الكونغو الديمقراطية	10	42	37	52	52	24	8	42	9	-	98	59	-	
الكويت	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9	-	-	-	
قيرغيزستان	X 5	X 65	X 22	X 26	X 20	X 2	X 0	X 18	X 2	X 11	-	76	-	
كيريباتي	-	-	69	82	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
كينيا	8	58	22	54	85	16	4	35	7	5	-	98	-	
لافتيا	X 5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية	X 11	X 20	X 26	X 41	X 41	X 21	X 9	X 48	X 7	X 1	92	84	-	
لبنان	12	-	15	X 25	15	-	-	-	-	X 17	-	71	-	
لوكسمبورغ	X 8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
ليبيريا	14	44	Y 34	41	Y 51	Y 15	Y 2	Y 42	Y 2	4	96	-	-	
ليتوانيا	X 4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
ليسوتو	11	52	54	68	35	12	2	39	4	7	-	84	-	
ليختنشتاين	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22	-	-	-	
ملاوي	X 13	X 58	72	86	77	13	3	47	4	9	96	50	-	
المالديف	X 22	64	48	68	91	17	3	19	11	7	-	44	-	
مالطا	X 6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
مالي	X 19	X 46	X 28	X 56	X 25	X 27	X 10	X 38	X 15	X 15	96	79	-	
ماليزيا	11	-	-	-	-	X 12	-	X 17	-	-	-	18	-	

البلدان والأقاليم	الوزن المنخفض عند الولادة ×٢٠١١-٢٠٠٧ (%)	البدء المبكر بالرضاعة الطبيعية (%)	الرضاعة الطبيعية الخالصة (أقل من ٦ أشهر) (%)		إعطاء صلبة وشبه صلبة وطرية (٦-٨ أشهر) (%)		الاستمرار في الرضاعة الطبيعية حتى سن الثانية (%)		نقص الوزن (%) ٢٠٠٧-٢٠١١×		النمو المتعثر -٢٠٠٧ θ (%) ×٢٠١١	الهزال (%) -٢٠٠٧ θ ×٢٠١١	الوزن الزائد Θ (%) ٢٠٠٧ ×٢٠١١	التغذية التكميلية بـ فيتامين أ، تعطيته كاملة (%) Δ ٢٠١١	استهلاك الملح المدعوم باليود - ٢٠٠٧ (%) ×٢٠١١
			متوسط وشديد	شديد	متوسط وشديد	شديد	متوسط وشديد	شديد							
هنغاريا	X٩	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
مدغشقر	١٦	٧٢	٥١	٨٦	٦١	X٣٦	—	٥٠	X١٥	—	٩١	٥٣	—	—	
مصر	١٣	٥٦	٥٢	٧٠	٣٥	١	٦	٢٩	٧	٢١	—	٧٩	—	—	
المغرب	X١٥	X٥٢	X٣١	X٦٦	X١٥	٣	٢	١٥	٢	١١	—	X٢١	—	—	
جمهورية مقدونيا اليوغوسلافية السابقة	٦	٢١	٢٢	٤١	١٣	١	١	٥	٢	X١٦	—	X٩٤	—	—	
المكسيك	٧	١٨	١٩	٢٧	—	X٢	—	X١٦	X٢	X٨	—	X٩١	—	—	
منغوليا	٥	٧١	٥٩	٧٨	٦٦	٥	٢	١٦	٢	X١٤	—	٧٠	—	—	
موريتانيا	٢٤	٨١	٤٦	٦١	٤٧	٢٠	٤	٢٣	١٢	—	—	٢٣	—	—	
موريشيوس	X١٤	—	X٢١	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
موزامبيق	١٦	٦٣	٤١	٨٦	٥٢	١٥	٤	٤٣	٦	٧	—	٢٥	—	—	
جمهورية مولدوفا	X٦	X٦٥	X٤٦	X١٨	X٢	X٣	X١	X١٠	X٥	X٩	—	X٦٠	—	—	
موناكو	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
الجبل الأسود	X٤	X٢٥	X١٩	X٣٥	X١٣	X٢	X١	X٧	X٤	X١٦	—	X٧١	—	—	
ميانمار	٩	٧٦	٢٤	٧٨	٦٥	٢٣	٦	٣٥	٨	٢	—	٩٣	—	—	
ولايات ميكرونيسيا المتحدة	X١٨	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
ناميبيا	X١٦	٧١	X٢٤	X٩١	X٢٨	١٧	٤	٢٩	٨	٥	—	X٦٣	—	—	
ناورو	٢٧	٧٦	٦٧	٦٥	٦٥	٥	١	٢٤	١	٣	—	—	—	—	
النرويج	X٥	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
النمسا	X٧	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
نيبال	١٨	٤٥	٧٠	٦٦	٩٣	٢٩	٨	٤١	١١	١	—	٨٠	—	—	
النيجر	X٢٧	٤٢	٢٧	٦٥	—	٢٩	١٢	٥١	١٢	٤	—	٣٢	—	—	
نيجيريا	١٢	٢٨	١٣	٧٦	٢٢	٩	٤١	١٤	١١	٧٣	—	X٩٧	—	—	
نيكاراغوا	٩	٥٤	٣١	٧٦	٤٣	٦	١	٢٢	١	٦	—	X٩٧	—	—	
نيوزيلندا	X٦	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
نيوي	X٠	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
هايتي	X٢٥	X٤٤	X٤١	X٩٠	X٣٥	X١٨	X٦	X٢٩	X١٠	X٤	—	X٣	—	—	
الهند	X٢٨	X٤١	X٤٦	X٥٦	X٧٧	X٤٣	X١٦	X٤٨	X٣٠	X٢	—	٧١	—	—	
هندوراس	X١٠	X٧٩	X٣٠	X٨٤	X٤٨	X٨	X١	X٢٩	X١	X٦	—	—	—	—	
هولندا	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
اليابان	X٨	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
اليمن	—	X٣٠	X١٢	X٧٦	—	X٤٣	X١٩	X٥٨	X١٥	X٥	—	X٣٠	—	—	
اليونان	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
مذكورة	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
السودان وجنوب السودان δ	—	—	—	—	—	—	—	—	—	X٥	—	—	—	—	
ملخص المؤشرات#	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
أفريقيا جنوب الصحراء	١٢	٤٨	٣٧	٧١	٥٠	٢١	٧	٤٠	٩	٧	—	٤٨	—	—	
شرق وجنوب أفريقيا	—	٥٦	٥٢	٨٤	٥٩	١٨	٥	٤٠	٧	٥	—	٥٠	—	—	
غرب ووسط أفريقيا	١٢	٤١	٢٥	٦٥	٤٣	٢٣	٨	٢٩	١٢	٩	—	—	—	—	
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	—	—	—	—	—	٨	—	٢٠	٩	١٢	—	—	—	—	
جنوب آسيا	٢٨	٣٩	٤٧	٥٥	٧٥	٣٣	١٤	٣٩	١٦	٣	—	٧١	—	—	
شرق آسيا ودول المحيط الهادي	٦	٤١	٢٨	٥٧	××٤٢	٦	××٤	١٢	٤	٥	—	٨٧	—	—	
أمريكا اللاتينية ودول البحر الكاريبي	٨	—	٣٧	—	—	٣	—	١٢	٢	٧	—	—	—	—	
دول وسط وشرق أوروبا / رابطة الدول المستقلة	٧	—	—	—	—	٢	—	١٢	١	١٦	—	—	—	—	
الدول الأقل نمواً	—	٥٢	٤٩	٦٨	٦٤	٢٣	٧	٣٨	١٠	٤	—	٥٠	—	—	
العالم	١٥	٤٢	٣٩	٦٠	××٥٨	١٦	××١٠	٢٦	٨	٧	—	٧٦	—	—	

استهلاك الملح المدعوم باليود - النسبة المئوية للأسر التي تستهلك الملح المدعوم باليود بكمية تلبّي الحاجة (١٥ جزءاً من المليون أو أكثر).

مصادر البيانات الأساسية

منخفضو الوزن عند الولادة - المسوح السكانية والصحية، والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات، والمسوح الوطنية الأخرى للأسرة، والبيانات المأخوذة من أنظمة الإبلاغ العادية، ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (يونيسف)، ومنظمة الصحة العالمية.

الرضاعة الطبيعية - المسوح السكانية والصحية، والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات، والمسوح الوطنية الأخرى للأسرة، واليونيسف.

نقص الوزن والهزال والتقرّم والوزن الزائد - المسوح السكانية والصحية، والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات، والمسوح الأسرية الوطنية الأخرى، ومنظمة الصحة العالمية، واليونيسف.

فيتامين "أ" - اليونيسف.

استهلاك الملح المدعوم باليود - المسوح السكانية والصحية، والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات، والمسوح الوطنية الأخرى للأسرة، واليونيسف.

ملاحظات:

- البيانات غير متوافرة.

W تُحدّد البلدان التي لديها برامج للتغذية التكميلية بفيتامين (أ) موجّهة إلى مدى عمري أقل. ويبيّن عن رقم التغطية كما هو مستهدف.

X البيانات تشير إلى سنوات أو فترات غير تلك المحددة في عنوان العمود. هذه البيانات لا تدخل في حساب متوسطات المناطق والمتوسطات العالمية، باستثناء البيانات الوادة من الهند للفترة ٢٠٠٥ - ٢٠٠٦. أما التقديرات المأخوذة من السنوات التي تتوافر عنها البيانات قبل عام ٢٠٠٠، فهي غير معروضة في هذا الجدول.

Y البيانات تختلف عن التعريف الموحد أو تشير إلى جزء جغرافي فقط من البلد. إذا اندرجت هذه البيانات ضمن الفترة المرجعية المذكورة، فإنها تدخل في حساب متوسطات المناطق والمتوسطات العالمية.

Δ يتمّ الإبلاغ عن التغطية الكاملة بالتغذية المكملّة من فيتامين (أ) باعتبارها أقل نسبة مئوية لنقطتي تغطية سنوية، "أي أقل نقطة بين الجولة الأولى (يناير/ كانون الثاني - يونيو/ حزيران)، وبين الجولة الثانية (يوليو/ تموز - ديسمبر/ كانون الأول) من عام ٢٠١١.

× البيانات تشير إلى أحدث سنة تتوافر عنها البيانات خلال المدة المحددة في عنوان العمود.

×× البيانات تستثني الصين.

⊕ تُقدر المتوسطات على مستوى المناطق لكل من الوزن المنخفض عند الولادة (المعتدل والشديد)، والتقرّم / تعثر النمو (المعتدل والشديد)، والهزال (المعتدل والشديد)، والوزن الزائد (بما في ذلك السمنة) باستخدام النمذجة الإحصائية للبيانات المأخوذة من قاعدة بيانات التغذية على مستوى العالم، المشتركة بين اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية - تنقيح عام ٢٠١١ (التي اكتملت في يوليو. تموز ٢٠١٢). ولم يتضمن هذا التقدير مؤشر الوزن المنخفض الشديد. وتستند متوسطات المناطق لهذا المؤشر على متوسط مرجح لسكان حسبته اليونيسف.

δ بسبب انفصال جمهورية جنوب السودان عن جمهورية السودان في يوليو / تموز ٢٠١١، وانضمام جمهورية جنوب السودان بعد ذلك إلى الأمم المتحدة في ١٤ يوليو / تموز ٢٠١١، لا تتوافر بعد بيانات مصنّفة لجميع المؤشرات عن السودان وعن جنوب السودان كدولتين مستقلتين. أما البيانات المُجمّعة فهي معروضة للسودان قبل الانفصال (انظر بند المذكرة).

للاطلاع على قائمة كاملة بالبلدان والأقاليم داخل المناطق، والمناطق الفرعية وقثات البلدان، انظر الصفحة رقم ١٠٦.

تعريفات المؤشرات

الوزن المنخفض عند الولادة - النسبة المئوية للرضع الذين يزن كل منهم أقل من ٢,٥٠٠ غرام عند الولادة.

البدء المبكر بالرضاعة الطبيعية - النسبة المئوية للرضع الذين يوضعون على الثدي خلال ساعة واحدة من الولادة.

الرضاعة الطبيعية الخالصة (أقل من ٦ أشهر) - النسبة المئوية للأطفال في الفئة العمرية منذ الولادة وحتى ٥ أشهر الذين أعطوا رضاعة طبيعية خالصة خلال الساعات الأربع وعشرين التي سبقت إجراء المسح.

إعطاء الرضّع أطعمة صلبة أو شبه صلبة أو طرية (٦ - ٨ أشهر) - النسبة المئوية للأطفال في الفئة العمرية ٦ - ٨ أشهر الذين تلقوا أطعمة صلبة، أو شبه صلبة أو طرية خلال الساعات الأربع والعشرين التي سبقت إجراء المسح.

الاستمرار في الرضاعة الطبيعية حتى سنّ الثانية - النسبة المئوية للأطفال في الفئة العمرية ٢٠ - ٢٣ شهراً الذين تلقوا رضاعة طبيعية في الساعات الأربع والعشرين التي سبقت إجراء المسح.

نقص الوزن المعتدل والشديد: النسبة المئوية للأطفال في الفئة العمرية منذ الولادة وحتى ٥٩ شهراً الذين يكون وزن أحدهم أدنى من ناقص انحرافين معياريين عن الوزن المتوسط للطفل قياساً بعمره وفقاً لمعايير نمو الطفل لدى منظمة الصحة العالمية. والشديد هو النسبة المئوية للأطفال في الفئة العمرية منذ الولادة وحتى ٥٩ شهراً الذين يكون وزن أحدهم أدنى من ناقص ثلاث انحرافات معيارية عن الوزن المتوسط للطفل قياساً بعمره وفقاً لمعايير نمو الطفل لدى منظمة الصحة العالمية.

النمو المتعثر - المعتدل والشديد: النسبة المئوية للأطفال في الفئة العمرية منذ الولادة وحتى ٥٩ شهراً الذين يكون طول أحدهم أدنى من ناقص انحرافين معياريين عن الطول المتوسط قياساً بالعمر وفقاً لمعايير نمو الطفل لدى منظمة الصحة العالمية.

الهزال - المعتدل والشديد: النسبة المئوية للأطفال في الفئة العمرية منذ الولادة وحتى ٥٩ شهراً الذين يكون وزن أحدهم أدنى من ناقص انحرافين معياريين عن الوزن المتوسط للطفل قياساً بطوله وفقاً لمعايير نمو الطفل لدى منظمة الصحة العالمية.

الوزن الزائد - المعتدل والشديد: النسبة المئوية للأطفال في الفئة العمرية منذ الولادة وحتى ٥٩ شهراً الذين يكون وزن أحدهم أعلى من انحرافين معياريين عن الوزن المتوسط قياساً بطوله وفقاً لمعايير نمو الطفل لدى منظمة الصحة العالمية.

التغذية التكميلية بفيتامين "أ" (التغطية الكاملة) - النسبة المئوية التقديرية للأطفال في الفئة العمرية ٦ أشهر - ٥٩ شهراً الذين حصلوا على جرعتين من الغذاء التكميلي بفيتامين "أ".

الجدول ٣: الصحة

البلدان والأقاليم	استخدام مصادر محسنة لمياه الشرب (%، ٢٠١٠)			استخدام مرافق محسنة للصرف الصحي (%، ٢٠١٠)			التغطية بالتحصينات من الأمراض (% عام ٢٠١١)	الانتهاج الروتيني % #٢٠٠٧ - ٢٠١٢	الإسهال (%) ٢٠٠٧ - ٢٠١٢	الملايا (x) ٢٠٠٧ - ٢٠١٢
	المجموع	المنطقة الحضرية	المنطقة الريفية	المجموع	المنطقة الحضرية	المنطقة الريفية				
أفريقيا	٤٤	٩٧	٣٤	٢١	٢٩	١٩	٦٩	٢٧	٧	٥٢
الأرجنتين	—	٩٨	—	—	—	—	٩٩	—	—	٢٣
الأردن	٩٧	٩٨	٩٢	٩٨	٩٨	١٠٠	٩٨	٧٩	٢٠	—
أرمينيا	٩٨	٩٩	٩٩	٩٥	٨٠	—	٩٥	٣٦	٢٣	—
إريتريا	—	—	—	—	٤	٢	٩٩	٩٩	٩٩	٧١
أذربيجان	٨٠	٨٨	٧١	٨٢	٨٦	٧٨	٨٢	٧٤	٧٨	٧١
إسبانيا	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٩٩	—	—	—
أستراليا	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٩٩	—	—	—
استونيا	٩٨	٩٩	٩٩	٩٥	٩٦	٩٤	٩٦	٩٤	٩٣	—
إسرائيل	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٩٦	٩٤	٩٣	—
أفغانستان	٥٠	٧٨	٤٢	٣٧	٦٠	٣٠	٦٦	٦٦	٦٤	—
إكادور	٩٤	٩٦	٨٩	٩٢	٩٦	٨٤	٩٩	٩٨	٨٥	—
ألبانيا	٩٥	٩٦	٩٤	٩٥	٩٥	٩٣	٩٩	٩٩	٨٧	—
ألمانيا	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٩٩	٩٣	٩٣	—
الإمارات العربية المتحدة	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٩٨	٩٨	٩٥	٩٤	٩٤	٩٤	—
الولايات المتحدة الأمريكية	٩٩	١٠٠	٩٤	١٠٠	١٠٠	٩٩	٩٩	٩١	٨٨	—
أنغولا وبربودا	—	٩٥	—	—	٩٨	—	٩٩	٩٩	٩٩	—
أنغولا	٥١	٦٠	٣٨	٥٨	٨٥	١٩	٨٨	٨٦	٨٦	٣٥
أندورا	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٩٩	٩٩	٩٩	—
إندونيسيا	٨٢	٩٢	٧٤	٥٤	٧٣	٣٩	٨٢	٧٠	٦٣	٢
أوروغواي	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٩٩	٩٩	٩٥	٩٥	—
أوزبكستان	٨٧	٩٨	٨١	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٩٩	٩٩	٩٩	—
أوغندا	٧٢	٩٥	٦٨	٣٤	٣٤	١٩	٨٢	٧٥	٨٢	٦٠
أوكرانيا	٩٨	٩٨	٩٨	٩٤	٩٦	٨٩	٩٠	٥٠	٧٣	—
جمهورية إيران الإسلامية	٩٦	٩٧	٩٢	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٩٩	٩٩	٩٩	—
إيرلندا	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٩٨	٩٩	٩٥	٩٥	—
آيسلندا	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٩٦	٩٦	٩٦	—
إيطاليا	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	—	٩٦	٩٦	٩٦	—
بابوا غينيا الجديدة	٤٠	٨٧	٣٣	٤٥	٧١	٤٥	٨٣	٦١	٥٨	—
باراغواي	٨٦	٩٩	٦٦	٧١	٩٠	٤٠	٩٧	٩٠	٩٣	—
باربادوس	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٩٢	٩١	٩١	—
باكستان	٩٢	٩٦	٩٢	٤٨	٧٢	٣٤	٨٨	٧٥	٨٠	٠
بالاو	٨٥	٩٦	٩٦	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٩٩	٩١	٨٥	—
جزر البهاما	—	٩٨	—	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٩٩	٩٥	٩٨	—
البحرين	—	١٠٠	—	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٩٩	٩٩	٩٩	—
البرازيل	٩٨	١٠٠	٩٨	٧٩	٨٥	٤٤	٩٧	٩٦	٩٧	—
البرتغال	٩٩	٩٩	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٩٦	٩٦	٩٧	—
بروناي دار السلام	—	—	—	—	—	—	٩٩	٩١	٩٢	—
المملكة المتحدة	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٩٨	٩٥	٩٥	—
بلجيكا	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٩٩	٩٥	٩٧	—
بلغاريا	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٩٦	٩٥	٩٦	—
بنغلادش	٨١	٨٥	٨٠	٥٦	٥٧	٣٠	٩٩	٩٦	٩٦	—
بنما	—	٩٧	—	—	—	—	٩٧	٩٧	٨٧	—
بوتان	٩٦	١٠٠	٩٤	٤٤	٧٣	٤	٩٥	٩٥	٩٥	—
بوتسوانا	٩٦	٩٩	٩٢	٦٢	٧٥	٤١	٩٦	٩٦	٩٢	—
بوركينافاسو	٧٩	٩٥	٧٣	١٧	٥٠	٦	٩٣	٩١	٩٠	٥٧
بوروندي	٧٢	٨٣	٧١	٤٦	٤٩	٤٦	٩٩	٩٦	٩٢	٥٢
البوسنة والهرسك	٩٩	١٠٠	٩٨	٩٥	٩٩	٩٢	٩٩	٩٨	٨٩	—
بولندا	—	١٠٠	—	—	٩٦	—	٩٩	٩٨	٩٨	—
بوليفيا (دولة متعددة القوميات)	٨٨	٩٦	٧١	٣٧	٣٥	١٠	٩٠	٨٤	٨٢	—

δ بسبب انفصال جمهورية جنوب السودان عن جمهورية السودان في يوليو / تموز ٢٠١١، وانضمام جمهورية جنوب السودان بعد ذلك إلى الأمم المتحدة في ١٤ يوليو / تموز ٢٠١١، لا تتوافر بعد بيانات مصنفة لجميع المؤشرات عن السودان وعن جنوب السودان كدولتين مستقلتين. أما البيانات المجمعة فهي معروضة للسودان قبل الانفصال (انظر بند المذكرة).

للاطلاع على قائمة كاملة بالبلدان والأقاليم داخل المناطق، والمناطق الفرعية وفتات البلدان، انظر الصفحة رقم ١٠٦.

تعريفات المؤشرات:

الالتهاب الكبدي (ب) جرعات (HepB3) - النسبة المئوية للرضع الذين يبقون على قيد الحياة، ويتلقون ٣ جرعات من لقاح التهاب الكبد الوبائي (ب).

الإنفلونزا المستدمية (ب) جرعات (Hib3) - النسبة المئوية للرضع الذين يبقون على قيد الحياة والذين يتلقون ٣ جرعات من لقاح الإنفلونزا المستدمية نوع (ب).

حديثو الولادة المحصنون من الكزاز - النسبة المئوية لحديثي الولادة الذين حُصنوا من الكزاز عند الولادة.

الساعون إلى الرعاية بسبب الاشتباه بإصابتهم بمرض الالتهاب الرئوي - النسبة المئوية للأطفال دون سن الخامسة، المشتبه بإصابتهم بمرض الالتهاب الرئوي (السعال والتنفس السريع أو صعوبة التنفس بسبب مشكلة في الصدر) أثناء الأسبوعين اللذين سبقا إجراء المسح، والذين أخذوا إلى مقدم رعاية صحية ملائم.

العلاج بمضادات حيوية بسبب الاشتباه بالإصابة بمرض الالتهاب الرئوي - النسبة المئوية للأطفال دون سن الخامسة، المشتبه بإصابتهم بمرض الالتهاب الرئوي (السعال والتنفس السريع أو صعوبة التنفس بسبب مشكلة في الصدر) أثناء الأسبوعين اللذين سبقا إجراء المسح، والذين تلقوا مضادات حيوية.

علاج الإسهال باستخدام أملاح الإماهة الفموية «ORS» - النسبة المئوية للأطفال دون سن الخامسة، الذين أصيبوا بالإسهال في الأسبوعين اللذين سبقا إجراء المسح، والذين تلقوا أملاح إماهة فموية (أكياس تحتوي على أملاح إماهة فموية أو سوائل تحتوي على أملاح إماهة فموية معبأة مسبقاً).

إعطاء العلاج المضاد للملاريا للأطفال المصابين بالحمى - النسبة المئوية للأطفال دون سن الخامسة، الذين كانوا مصابين بالحمى أثناء الأسبوعين اللذين سبقا إجراء المسح، وتلقوا دواءً مضاداً للملاريا.

ملاحظة: يُشير هذا المؤشر إلى إعطاء العلاج المضاد للملاريا للأطفال المصابين بالحمى، بدلاً عن الحالات المؤكدة للإصابة بالملاريا، وينبغي بالتالي توخي الحذر في تفسير المؤشر. ولمزيد من المعلومات، يُرجى الرجوع إلى الموقع الإلكتروني على الإنترنت:

www.childinfo.org/malaria_maltreatment.php

الأطفال دون سن الخامسة الذين ينامون تحت ناموسيات مُعاجة بالمبيدات الحشرية - النسبة المئوية للأطفال دون سن الخامسة، والذين ناموا تحت ناموسيات معالجة بالمبيدات الحشرية لمقاومة البعوض في الليلة السابقة لإجراء المسح.

الأسر التي تملك ناموسية واحدة على الأقل مُعاجة بالمبيدات الحشرية - النسبة المئوية للأسر التي تملك على الأقل ناموسية واحدة مُعالجة بالمبيدات الحشرية لمقاومة البعوض.

استخدام مصادر مُحسنة لمياه الشرب - النسبة المئوية من السكان الذين يستخدمون أي مما يلي كمصدر رئيس للمياه الشرب لهم: مياه الشرب التي تُضخ إلى المسكن أو قطعة الأرض أو فناء المنزل أو فناء منزل الجيران، أو صنوبر (حنفية) مياه عام، أو أنبوية مياه عامة، أو بئر أنبوبية أو بئر ارتوازية، أو بئر محفورة محمية، أو ينبوع مياه محمي، أو مياه الأمطار، أو المياه المعبأة في زجاجات، بالإضافة إلى أحد المصادر سابقة الذكر كمصدر ثانوي لمياه الشرب.

استخدام مرافق صحية مُحسنة - النسبة المئوية للسكان الذين يستخدمون أي من المرافق الصحية التالية، والتي تكون غير مشتركة مع أسر أخرى: مرحاض يعمل بالدفق أو الانصباب المائي (الرحض) ويكون مربوطاً بشبكة للمجاري، أو حفرة امتصاصية أو مرحاض مزود بحفرة، أو مرحاض مزود بحفرة مهوى ومُحسن، أو مرحاض مزود بحفرة مع بلاطة، أو حفرة مغطاة، أو حمام تستخدم مخرجاته كسماد.

لقاحات برنامج التحصين الروتيني الموسع التي تمولها الحكومة - النسبة المئوية للقاحات (التطعيمات) التي تعطى بصورة اعتيادية ضمن برنامج التحصين الموسع في أي بلد بهدف حماية الأطفال، والتي تمولها الحكومة القومية (بما في ذلك عن طريق القروض).

برنامج التحصين الروتيني الموسع: تشمل التحصينات من الأمراض في هذا البرنامج التطعيم ضد الدرن (السل TB)، واللقاح الثلاثي الموحد «DPT» (الدفنتيريا والسعال الديكي «الشاهوق» والكزاز «التيتانوس»)، وشلل الأطفال، والحصبة، فضلاً عن تطعيم النساء الحوامل لحماية الرضع من مرض كزاز حديثي الولادة. وقد يتضمن هذا البرنامج لقاحات أخرى في بعض البلدان، مثل اللقاحات المضادة لالتهاب الكبد الوبائي (HepB)، أو الإنفلونزا المستدمية (Hib)، أو الحمى الصفراء.

لقاح الدرن (BCG) - النسبة المئوية للمواليد الأحياء الذين تلقوا لقاح الدرن (Bacille Calmette Guérin).

اللقاح الثلاثي الموحد - جرعة واحدة «DPT1» - النسبة المئوية للرضع الذين يبقون على قيد الحياة، ويتلقون الجرعة الأولى من لقاح الدفتيريا والسعال الديكي (الشاهوق) والكزاز (التيتانوس).

اللقاح الثلاثي الموحد - ٣ جرعات «DPT3» - النسبة المئوية للرضع الذين يبقون على قيد الحياة، ويتلقون ٣ جرعات من لقاح الدفتيريا والسعال الديكي والكزاز.

لقاح شلل الأطفال - ٣ جرعات «Polio3» - النسبة المئوية للرضع الذين يبقون على قيد الحياة، ويتلقون ٣ جرعات من لقاح شلل الأطفال.

اللقاح المحتوي على فيروس الحصبة - النسبة المئوية للرضع الذين يبقون على قيد الحياة، ويحصلون على الجرعة الأولى من لقاح يحتوي على الحصبة.

استخدام مصادر مُحسَّنة لمياه الشرب ومرافق صرف صحي مُحسَّنة - منظمة الأمم المتحدة للطفولة «اليونيسف»، ومنظمة الصحة العالمية، وبرنامج الرصد المشترك لتزويد المياه والصرف الصحي.

لقاحات برنامج التَّحصين الموسَّع التي تمولها الحكومة - كما تُبلِّغ عنه الحكومات في نموذج الإبلاغ المشترك العائد لليونيسف ومنظمة الصحة العالمية.

التَّحصين - اليونيسف، ومنظمة الصحة العالمية.

السعي إلى الحصول على الرعاية والعلاج لحالات الاشتباه بالإصابة بالالتهاب الرئوي - المسوح السكانية والصحية، والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات، والمسوح الوطنية الأخرى للأسرة.

علاج الإسهال - المسوح السكانية والصحية، والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات، والمسوح الوطنية الأخرى للأسرة.

الوقاية والعلاج من الملاريا - المسوح السكانية والصحية، والمسوح العنقودية المتعددة المؤشرات، ومسوح مؤشرات الملاريا، والمسوح الوطنية الأخرى للأسرة.

ملاحظات:

- البيانات غير متوافرة.

X البيانات تشير إلى سنوات أو فترات غير تلك المحددة في عنوان العمود. هذه البيانات لا تدخل في حساب متوسطات المناطق والمتوسطات العالمية. باستثناء البيانات الواردة من الهند عن الفترة ٢٠٠٥ - ٢٠٠٦. أما التقديرات المأخوذة من السنوات التي تتوافر عنها البيانات قبل عام ٢٠٠٠، فهي غير معروضة في هذا الجداول.

β مدى التغطية للتطعيم بالجرعة الأولى من اللقاح الثلاثي الموحد

«الدفترية، والسعال الديكي (الشاهوق) والكزاز (تيتانوس)»، يجب أن يساوي على الأقل مدى التغطية بالجرعة الثالثة منه. وتبيِّن التناقضات التي تكون فيها التغطية للجرعة الأولى أقل من التغطية للجرعة الثالثة من اللقاح الثلاثي، وجود نقائص في جمع البيانات وعملية الإبلاغ. وتعمل اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية مع الأنظمة الوطنية والأقليمية للقضاء على هذه التناقضات.

استخدمت منظمة الصحة العالمية بالاشتراك مع اليونيسف نموذجاً لحساب النسبة المئوية لحالات الولادة التي تعتبر محصَّنة من الكزاز؛ لأنَّ النساء الحوامل تلقين جرعتين أو أكثر من ذوفان الكزاز (TT). ويهدف النموذج إلى تحسين دقة هذا المؤشر عن طريق رصد أو تضمين سيناريوهات محتملة أخرى ربما تُحصَّن فيها النساء (على سبيل المثال، النساء اللاتي يتلقين جرعات التطعيم بذوفان الكزاز خلال أنشطة التَّحصين التكميلية). ويمكن الحصول على شرح أوفى لهذا الأسلوب على الموقع الإلكتروني على الإنترنت: www.childinfo.org.

† أُغلق برنامج الرصد المشترك لتزويد المياه والصرف الصحي بين اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية قواعد بياناته الخاصة بهذه التقديرات قبل انفصال جمهورية جنوب السودان عن جمهورية السودان. أما البيانات المَجْمَعَة المعروضة فهي للسودان قبل حدوث الانفصال. وسوف ينشر برنامج الرصد المشترك البيانات المصنَّفة للسودان وجنوب السودان في عام ٢٠١٣.

× البيانات تشير إلى أحدث سنة تتوافر عنها البيانات خلال المدة المحددة في عنوان العمود.

×× البيانات تستثني الصين.

الجدول ٤: فيروس نقص المناعة البشري / الإيدز

الأيام			الوقاية بين اليافعين والشباب (١٥ - ٢٤ سنة)							الأطفال الذين يعيشون مع فيروس HIV، (بالآلاف) ٢٠١١	النساء اللاتي يعيشن مع فيروس HIV، (بالآلاف) ٢٠١١	الأشخاص في كل الأعمار الذين يعيشون مع فيروس HIV، (بالآلاف) ٢٠١١			انتشار فيروس نقص المناعة البشري HIV، بين الكبار (%) ٢٠١١	البلدان والأقاليم
النسبة المئوية المتوقعة لانضمام المدارس ٢٠٠٧-٢٠١١	الأطفال الذين تنموا نتيجة لجمع أسباب الإيدز (بالآلاف) ٢٠١١	الأطفال الذين تنموا بسبب الإيدز (بالآلاف) ٢٠١١	النسبة المئوية المتوقعة لاستخدام الواقي بين اليافعين والشباب الذين لهم اتصال جنسي مع عدة شركاء ٢٠٠٧-٢٠١١		النسبة المئوية لمن لديهم معرفة شاملة عن فيروس HIV، ٢٠٠٧-٢٠١١		النسبة المئوية لانتشار فيروس HIV، بين اليافعين والشباب ٢٠١١		تقديرات مرتقعة			تقديرات منخفضة	التقديرات			
			إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	المجموع							
٩٠	٤,٦٠٠	٩٥٠	-	٤٧	٢٤	٢٤	٠,٤	٠,٢	٠,٢	١٨٠	٣٩٠	٨٧٠	٧٢٠	٧٩٠	١,٤	أثيوبيا
-	-	-	-	-	-	-	٠,٢	٠,٢	٠,٢	-	٣٥	١٢٠	٧٩	٩٥	٠,٤	الأرجنتين
-	-	-	-	-	y ١٣	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	الأردن
-	-	-	-	٨٦	١٦	٩	٠,١	٠,١	٠,١	-	<١	٧	٢	٤	٠,٢	أرمينيا
-	٢٨٠	١٩	-	-	-	-	٠,٣	٠,١	٠,٢	٤	١٢	٥٢	١٢	٢٣	٠,٦	إريتريا
-	-	-	-	X ٢٩	X ٥	X ٥	<٠,١	<٠,١	<٠,١	-	١	٩	٥	٧	٠,١	أذربيجان
-	-	-	-	-	-	-	٠,١	٠,٢	٠,١	-	٣٥	١٦٠	١٣٠	١٥٠	٠,٤	إسبانيا
-	-	-	-	-	-	-	٠,١	٠,١	٠,١	-	٧	٢٧	١٨	٢٢	٠,٢	أستراليا
-	-	-	-	-	-	-	٠,٢	٠,٢	٠,٢	-	٣	١٢	٨	١٠	١,٣	استونيا
-	-	-	-	-	-	-	<٠,١	٠,١	٠,١	-	٣	١١	٧	٩	٠,٢	إسرائيل
-	-	-	-	-	-	-	<٠,١	<٠,١	<٠,١	-	١	١٧	٣	٦	<٠,١	أفغانستان
-	-	-	-	-	-	-	٠,١	٠,٢	٠,٢	-	٨	٨٤	١٩	٣٥	٠,٤	إكوادور
-	-	-	-	٥٥	٣٦	٢٢	-	-	-	-	-	-	-	-	-	ألبانيا
-	-	-	-	-	-	-	<٠,١	٠,١	٠,١	-	١١	٨٢	٦٦	٧٣	٠,١	ألمانيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	الإمارات العربية المتحدة
-	-	-	-	-	-	-	٠,٢	٠,٢	٠,٢	-	٣٠٠	٢,٠٠٠	١,٠٠٠	١,٣٠٠	٠,٦	الولايات المتحدة الأمريكية
-	-	-	-	-	٤٦	٥٣	-	-	-	-	-	-	-	-	-	أنغولا وبيبودا
٨٥	١,٣٠٠	١٤٠	-	-	٢٥	٢٢	١,٦	٠,٦	١,١	٢٤	١٢٠	٣٤٠	١٦٠	٢٣٠	٢,١	أنغولا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	أندورا
-	-	-	-	-	y ١٠	y ١٥	٠,٢	٠,٢	٠,٢	-	١١٠	٥٧٠	٢٤٠	٣٨٠	٠,٣	إندونيسيا
-	-	-	-	-	-	-	٠,٢	٠,٤	٠,٣	-	٤	٣٣	٦	١٢	٠,٦	أوروغواي
-	-	-	-	-	X ٢١	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	أوزبكستان
٨٨	٢,٦٠٠	١,١٠٠	٢٤	٢١	٣٩	٣٩	٥,٢	٢,٤	٣,٨	١٩٠	٦٧٠	١,٥٠٠	١,٣٠٠	١,٤٠٠	٧,٢	أوغندا
-	-	-	٦٣	٦٤	٤٥	٤٣	٠,١	٠,١	٠,١	-	٩٤	٣١٠	١٨٠	٢٣٠	٠,٨	أوكرانيا
-	-	-	-	-	-	-	<٠,١	<٠,١	<٠,١	-	١٣	١٢٠	٨٠	٩٦	٠,٢	جمهورية إيران الإسلامية
-	-	-	-	-	-	-	٠,١	٠,١	٠,١	-	٢	١٠	٦	٨	٠,٣	إيرلندا
-	-	-	-	-	-	-	٠,١	٠,١	٠,١	-	<٠,٢	<١	<٠,٥	<١	٠,٣	آيسلندا
-	-	-	-	-	-	-	٠,١	٠,١	٠,١	-	٤٩	٢٠٠	١٢٠	١٥٠	٠,٤	إيطاليا
-	٢٥٠	١٢	-	-	-	-	٠,٤	٠,٢	٠,٣	٤	١٢	٢٣	٢٤	٢٨	٠,٧	بابوا غينيا الجديدة
-	-	-	٥١	-	-	-	٠,٢	٠,٢	٠,٢	-	٤	٢٢	٦	١٢	٠,٣	باراغواي
-	-	-	-	-	-	-	٠,٢	٠,٣	٠,٣	-	<٠,٥	٢	١	١	٠,٩	باربادوس
-	-	-	-	-	٣	-	٠,١	٠,١	٠,١	-	٢٨	٢٦٠	٧٦	١٣٠	٠,١	باكستان
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	بالاو
-	-	-	-	-	-	-	٠,٥	٠,٣	٠,٤	-	٢	٧	٦	٧	٢,٨	جزر البهاما
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	البحرين
-	-	-	-	-	-	-	٠,١	٠,١	٠,١	-	٢٠٠	٥٧٠	٤٣٠	٤٩٠	٠,٣	البرازيل
-	-	-	-	-	-	-	٠,٢	٠,٣	٠,٢	-	١٤	٦٢	٣٧	٤٨	٠,٧	البرتغال
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	بروناي دار السلام
-	-	-	-	-	-	-	٠,١	٠,١	٠,١	-	٢٩	١٢٠	٧٤	٩٤	٠,٣	المملكة المتحدة
-	-	-	-	-	-	-	٠,٢	٠,٢	٠,٢	-	٦	٢٦	١٦	٢٠	٠,٣	بلجيكا
-	-	-	-	-	-	-	٠,١	٠,١	٠,١	-	١	٦	٣	٤	٠,١	بلغاريا
X ٨٤	-	-	-	٨	١٨	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	-	<١	١٦	٥	٨	<٠,١	بنغلادش
-	-	-	-	-	-	-	٠,١	٠,٤	٠,٣	-	٤	٢٩	١٢	١٨	٠,٨	بنما
٧٠,٤	-	-	-	-	٢١	-	٠,٢	٠,٣	٠,٢	-	<٠,٥	٣	<١	١	٠,٣	بوتان
-	١٤٠	١٠٠	-	-	-	-	٩,٠	٤,١	٦,٦	١٥	١٦٠	٣١٠	٢٨٠	٣٠٠	٢٣,٤	بوتسوانا
١٠١	٨٨٠	١٢٠	٦٥	٧٥	٣١	٣٦	٠,٦	٠,٣	٠,٥	٢٣	٥٦	١٥٠	١٠٠	١٢٠	١,١	بوركينافاسو
٨٢	٦١٠	١٢٠	-	-	٤٥	٤٧	٠,٦	٠,٣	٠,٤	١٩	٣٨	٩٣	٧٢	٨٠	١,٣	بوروندي
-	-	-	-	-	X ٤٤	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	البوسنة والهرسك
-	-	-	-	-	-	-	<٠,١	٠,١	٠,١	-	١٠	٤٦	٢٨	٣٥	٠,١	بولندا
-	-	-	-	٤١	٢٤	٢٨	<٠,١	٠,٢	٠,١	-	١	٣٠	٨,٨	١٧	٠,٣	بوليفيا (دولة متعددة القوميات)
-	-	-	p ٣٨	-	١٩	-	٠,١	٠,٢	٠,٢	-	٣٠	٢٠٠	٣٨	٧٤	٠,٤	بيرو
-	-	-	-	-	-	-	٠,٢	٠,٤	٠,٣	-	٦	٣٠	١٥	٢٠	٠,٤	بييلاروس
X ٦٦	-	-	-	-	X ٤٠	-	١,٠	١,٠	١,٠	-	٢	٥	٤	٥	٢,٣	بيليز
٩٠	٣٨٠	٤٧	٣٥	٤٤	X ١٦	X ٣٥	٠,٨	٠,٣	٠,٦	٩	٣٣	٧٣	٥٦	٦٤	١,٢	بنين

البلدان والأقاليم	انتشار فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) بين الكبار (%) ٢٠١١	النسبة المئوية للأشخاص في كل الأعمار الذين يعيشون مع فيروس HIV، (بالآلاف) ٢٠١١			النسبة المئوية للبالغين والشباب (١٥ - ٢٤ سنة)	الوقاية بين البالغين والشباب (١٥ - ٢٤ سنة)						النسبة المئوية للأطفال الذين يعيشون مع فيروس HIV، (بالآلاف) ٢٠١١	النسبة المئوية للنساء اللاتي يعيشن مع فيروس HIV، (بالآلاف) ٢٠١١		
		التقديرات	تقديرات منخفضة مرتفعة	تقديرات		النسبة المئوية لن لديهم معرفة شاملة عن فيروس HIV بين البالغين والشباب ٢٠١١		النسبة المئوية لن لديهم معرفة شاملة عن فيروس HIV، (بالآلاف) ٢٠٠٧ - ٢٠١١		النسبة المئوية لاستخدام الواقي بين البالغين والشباب الذين لهم اتصال جنسي مع عدة شركاء ٢٠٠٧ - ٢٠١١				الأطفال الذين تتنموا نتيجة لجمع الواقي بين البالغين (بالآلاف) ٢٠١١	الأطفال الذين تتنموا بسبب الإيدز (بالآلاف) ٢٠١١
						مجموعة	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور					إناث	إناث
تايلندا	١,٢	٤٩٠	٤٥٠	٥٥٠	٢٠٠	٠,٢	٠,٢	٠,٢	٠,٢	X ٤٦	-	-	-	-	X ٩٣
تركمانستان	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X ٥	-	-	-	-	-
تركيا	<٠,١	٦	٤	٨	٢	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	-	-	-	-	-	-
ترينيداد وتوباغو	١,٥	١٣	١٢	١٥	٧	١,٠	٠,٦	٠,٨	١,٠	X ٥٤	-	-	X ٦٧	-	-
تشاد	٣,١	٢١٠	١٨٠	٢٨٠	١٠٠	٣٤	١,٥	٠,٩	٢,١	١٠	-	-	p ٥٧	-	١١٧
الجمهورية التشيكية	<٠,١	٢	٢	٢	<١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	-	-	-	-	-	-
تشيلي	٠,٥	٥١	٣٤	٧٣	٥	٠,٢	٠,٢	٠,٢	<٠,١	-	-	-	-	-	-
جمهورية تنزانيا الاتحادية	٥,٨	١,٦٠٠	١,٥٠٠	١,٧٠٠	٧٦٠	٢٣٠	١,٨	١,٨	٤,٠	٤٨	٤٣	٤٨	٣٦	٣٢	٩٠
توغو	٣,٤	١٥٠	١٢٠	١٩٠	٧٣	١٩	١,٥	٠,٩	٢,١	٣٢	٤٣	٥٤	٣٩	٢٩	٨٦
توهالو	-	-	-	-	-	-	-	-	-	٢٩	٦١	-	-	-	-
تونغا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
تونس	<٠,١	٢	٢	٢	<٠,٥	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	-	-	-	-	-	-
تيمور الشرقية	-	-	-	-	-	-	-	-	-	١٢	٢٠	-	-	-	٧٥
الغابون	٥,٠	٤٦	٣٤	٦٧	٢٤	٣	٢,١	١,٢	٣,٠	-	-	-	-	-	٦٤
جامايكا	١,٨	٣٠	٢٤	٣٩	١٠	١,٠	٠,٧	٠,٩	٠,٦	٥٤	٦٣	٧٧	٥٧	-	-
غامبيا	١,٥	١٤	٧	٢٨	٨	٠,٨	٠,٤	٠,٤	١,٢	٣٣	-	-	p ٤٩	-	١٠٣
غرينادا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	٦٥	٦٠	-	-	-	-
الجزائر	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X ١٢	-	-	-	-	-
جزر سليمان	-	-	-	-	-	-	-	-	-	١٨	٣٩	٣٩	٣٥	-	-
جزر الكوك	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
جزر مارشال	-	-	-	-	-	-	-	-	-	p ٩	p ٢٣	٢٧	٣٩	-	-
جمهورية أفريقيا الوسطى	٤,٦	١٣٠	١٠٠	١٣٠	٦٢	٢٠	١,٩	١,٢	٢,٦	X ١٧	X ٢٦	X ٢٦	X ١٧	X ٢٦	X ٨٩
الكونغو	٣,٣	٨٣	٧٤	٩٢	٤٠	١٣	١,٨	١,٢	٢,٥	٨	٢٢	٤٠	٤٠	٤٠	-
جنوب أفريقيا	١٧,٣	٥,٦٠٠	٥,٣٠٠	٥,٩٠٠	٢,٩٠٠	٤٦٠	٨,٦	٥,٣	١١,٩	-	-	-	-	-	١٠١
جنوب السودان δ	٣,١	١٥٠	١٠٠	٢٠٠	٧٦	١٦	١,٧	١,٠	٢,٥	١٠	-	-	-	-	٧٨
غواتيمالا	٠,٨	٦٥	١٩	٢٨٠	٢٧	٢٧	٠,٤	٠,٤	٠,٥	٢٤	٢٤	٧٤	٢٢	٢٤	p ٢٧
غوايانا	١,١	٦	٦	٧	٢	١	٠,٣	٠,٢	٠,٣	٤٧	٥٤	٧٦	٥٤	٤٧	-
جورجيا	٠,٢	٥	٢	٨	١	٠,١	٠,٢	٠,٢	٠,١	-	-	-	-	-	-
جيبوتي	١,٤	٩	٧	١٢	٥	١	٠,٢	٠,١	٠,٣	X ١٨	-	-	-	-	٤٦
الدنمارك	٠,٢	٦	٥	٧	٢	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	-	-	-	-	-	-
دومينيكا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	٥٦	٤٨	-	-	-	-
جمهورية الدومينيكان	٠,٧	٤٤	٣٧	٥٠	٢٤	-	٠,٢	٠,١	٠,٤	٢٤	٢٤	٦٢	٤١	٢٤	٩٨
الرأس الأخضر	١,٠	٣	٢	٣	٣	-	٠,٦	٠,١	١,١	-	-	-	-	-	-
رواندا	٢,٩	٢١٠	١٨٠	٢٥٠	١١٠	٢٧	١,٣	٠,٨	١,٧	٥٣	٤٧	١,٧	١,٧	١,٧	٩١
الاتحاد الروسي	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
رومانيا	٠,١	١٦	١٣	٢٠	٥	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	-	-	-	-	-	-
زامبيا	١٢,٥	٩٧٠	٩٠٠	١,١٠٠	٤٦٠	١٧٠	٥,٠	٣,١	٧,٠	٤١	٣٨	٤٣	٣٨	٤٣	٩٢
زيمبابوي	١٤,٩	١,٢٠٠	١,٢٠٠	١,٣٠٠	٦٠٠	٢٠٠	٥,٦	٣,٦	٧,٦	٤٧	٣,٦	٧,٦	٥٢	٥٢	٩٥
ساحل العاج	٣,٠	٣٦٠	٣٢٠	٤٠٠	١٧٠	٦١	١,٠	٠,٦	١,٤	-	-	-	-	-	X ٨٣
ساموا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	٣	٦	-	-	-	-
سان مارينو	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
سينت فنسنت وغرينادين	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
سينت كيتس ونيفيس	-	-	-	-	-	-	-	-	-	٥٢	٥٠	-	-	-	-
سينت لوشيا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ساو تومي وبرينسيبي	١,٠	<١	<١	١	<٠,٥	-	٠,٤	٠,٤	٠,٣	٤٣	٤٣	٥٩	٤٣	٤٣	-
سوري لاوكا	<٠,١	٤	٣	١١	١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	-	-	-	-	-	-
المملكة العربية السعودية	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
السلفادور	٠,٦	٢٤	١٢	٥٩	١٠	-	٠,٣	٠,٣	٠,٣	٢٧	-	-	-	-	-
سلوفاكيا	<٠,١	<٠,٥	<٠,٥	<١	<٠,٢	-	<٠,١	<٠,١	<٠,١	-	-	-	-	-	-
سلوفينيا	٠,١	<١	<٠,٥	<١	<٠,٢	-	<٠,١	٠,١	<٠,١	-	-	-	-	-	-
سنغافورة	٠,١	٣	٣	٥	١	-	<٠,١	<٠,١	<٠,١	-	-	-	-	-	-
السنغال	٠,٧	٥٣	٤٣	٦٥	٢٨	-	٠,٤	٠,٣	٠,٥	٢٩	٢١	٤٩	٢٩	٢١	٩٧
سوازيلاند	٣,٠	١٩٠	١٨٠	٢٠٠	١٧٠	١٠٠	١٠,٨	٦,٣	١٥,٣	٥٤	٥٨	٨٥	٥٨	٥٨	٩٩
السودان δ	٠,٤	٦٩	٥٦	٨٤	٢٢	-	٠,٢	٠,٢	٠,٢	٥	١١	٠,٢	٠,٢	٠,٢	٩٦
الجمهورية العربية السورية	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X ٧	-	-	-	-	-
سورينام	١,٠	٣	٢	٥	٢	-	٠,٢	٠,٢	٠,٢	-	-	-	-	-	X ٤١

الأيام		الوقاية بين اليافعين والشباب (١٥ - ٢٤ سنة)							الأطفال الذين يعيشون مع فيروس HIV، (بالآلاف) ٢٠١١	النساء اللاتي يعشن مع فيروس HIV، (بالآلاف) ٢٠١١	الأشخاص في كل الأعمار الذين يعيشون مع فيروس HIV، (بالآلاف) ٢٠١١			انتشار فيروس نقص المناعة البشري HIV، بين الكبار (%) ٢٠١١	البلدان والأقاليم	
النسبة المئوية المتوقعة لانضمام المدارس ٢٠٠٧-٢٠١١	الأطفال الذين تنموا نتيجة لجميع الأسباب (بالآلاف) ٢٠١١	النسبة المئوية للمتوقعات الذين تنموا بسبب الإيدز (بالآلاف) ٢٠١١	النسبة المئوية للمتوقعات الوافق بين اليافعين والشباب الذين لهم اتصال جنسي مع عدة شركاء ٢٠٠٧-٢٠١١	النسبة المئوية للمتوقعات الذين لهم اتصال جنسي مع عدة شركاء ٢٠٠٧-٢٠١١	النسبة المئوية للمتوقعات الذين لهم اتصال جنسي مع عدة شركاء ٢٠٠٧-٢٠١١	النسبة المئوية للمتوقعات الذين لهم اتصال جنسي مع عدة شركاء ٢٠٠٧-٢٠١١	النسبة المئوية للمتوقعات الذين لهم اتصال جنسي مع عدة شركاء ٢٠٠٧-٢٠١١	مع فيروس HIV، (بالآلاف) ٢٠١١			مع فيروس HIV، (بالآلاف) ٢٠١١	مع فيروس HIV، (بالآلاف) ٢٠١١				
			إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	المجموع	تقديرات مرتفعة	تقديرات منخفضة	تقديرات متوسطة				
-	-	-	-	-	-	-	<٠,١	<٠,١	<٠,١	٢	١٢	٧	٩	٠,٢	السويد	
-	-	-	-	-	-	-	٠,١	٠,٢	٠,٢	٦	٢٧	١٦	٢٠	٠,٤	سويسرا	
٨٨	٣١٠	١٨	١٢	-	٢٢	-	١,٣	٠,٥	٠,٩	٤	٢٧	٦٩	٢٩	٤٩	١,٦	سيراليون
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	سيشيل
-	-	-	p ٦٥	٦٢	٥٤	٤٨	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<١	٥	٢	٢	٤	٠,١	صربيا
X ٧٨	-	-	-	-	X ٤	-	٠,٤	٠,٣	٠,٣	١٥	٥٢	٢٣	٣٥	٠,٧	الصومال	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	٢٣١	٩٤٠	٦٢٠	٧٨٠	<٠,١	الصين	
-	-	-	-	٧٨	١٤	١٣	٠,١	٠,١	٠,١	٤	١٥	٨	١١	٠,٣	طاجيكستان	
X ٨٤	-	-	-	-	X ٢	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	العراق
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	عمان
٧٦	٩٧٠	١٨٠	-	٤٢	٢٨	٣٤	٠,٩	٠,٤	٠,٦	٣١	١١٠	٢٦٠	٢٠٠	٢٣٠	١,٥	غانا
-	٥٧٠	٥٢	-	-	-	-	٠,٩	٠,٤	٠,٦	١١	٤١	١٠٠	٦٨	٨٥	١,٤	غينيا
-	٤٦	٦	-	-	-	-	٤,١	١,٦	٢,٨	٣	١٠	٢٩	١٧	٢٠	٤,٧	غينيا الاستوائية
١٠٩	١١٠	٨	٥٠	-	١٥	-	٢,٠	٠,٩	١,٥	٣	١٢	٢٨	٢٠	٢٤	٢,٥	غينيا بيساو
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	الفاتيكان
٩٢	-	-	-	-	١٥	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	فانواتو
-	-	-	-	-	-	-	٠,١	٠,٢	٠,١	٤٦	٢٠٠	١٣٠	١٦٠	٠,٤	فرنسا	
-	-	-	-	-	٢١	-	<٠,١	<٠,١	<٠,١	٤	٢٤	١٦	١٩	<٠,١	الفلبين	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	دولة فلسطين
-	-	-	-	-	-	-	٠,١	٠,٤	٠,٢	٢٥	٢٣٠	٥١	٩٩	٠,٥	جمهورية فنزويلا البوليفارية	
-	-	-	-	-	-	-	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<١	٤	٣	٣	٠,١	فنلندا	
-	-	-	-	-	-	-	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,٢	<٠,٥	<٠,٢	<٠,٥	٠,١	فيجي	
-	-	-	-	-	٥١	-	٠,٢	٠,٢	٠,٢	٤٨	٢٣٠	٢٠٠	٢٥٠	٠,٥	فيتنام	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	قبرص
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	قطر
-	-	-	-	-	X ٢٢	-	٠,١	<٠,١	<٠,١	٨	٢٣	١٧	١٩	٠,٢	كازاخستان	
X ٩١	١,٣٠٠	٣٤٠	٤٧	٦٧	X ٢٢	X ٢٤	٢,٩	١,٢	٢,١	٦٠	٢٨٠	٦٠٠	٥١٠	٥٥٠	٤,٦	كامبيون
-	-	-	-	-	-	-	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,٥	٢	<١	١	<٠,١	كرواتيا	
٨٦	-	-	-	-	٤٤	٤٤	٠,١	٠,١	٠,١	٣١	٩٦	٥٢	٦٤	٠,٦	كمبوديا	
-	-	-	-	-	-	-	٠,١	٠,١	٠,١	١٣	٨٩	٦٣	٧١	٠,٣	كندا	
-	-	-	٦٦	-	٥٤	-	<٠,١	٠,١	<٠,١	٣	١٦	١٢	١٤	٠,٢	كوبا	
-	-	-	-	-	-	-	<٠,١	<٠,١	<٠,١	٤	١٩	١٢	١٥	<٠,١	كوريا الجنوبية (جمهورية كوريا)	
-	-	-	-	-	٨	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	جمهورية كوريا الديمقراطية الشعبية
-	-	-	-	-	-	-	٠,٢	٠,١	٠,١	٤	١٠	٧	٩	٠,٣	كوستاريكا	
-	-	-	٣٩	-	٢٤	-	٠,١	٠,٤	٠,٣	٢٩	٢٤٠	٩٠	١٥٠	٠,٥	كولومبيا	
-	-	-	-	-	-	-	<٠,١	٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,٥	<٠,٥	<٠,٥	٠,١	جزر القمر	
٧٤	-	-	١٦	-	١٥	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	جمهورية الكونغو الديمقراطية
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	الكويت
-	-	-	-	-	X ٢٠	-	٠,٣	٠,٣	٠,٣	٤	١٩	٩	١٢	٠,٤	قيرغيزستان	
-	-	-	-	٣٣	٤٤	٤٩	-	-	-	-	-	-	-	-	-	كيريباتي
-	٢,٦٠٠	١,١٠٠	٣٧	٦٧	٤٨	٥٥	٣,٥	١,٦	٢,٦	٢٢٠	٨٠٠	١,٧٠٠	١,٥٠٠	١,٦٠٠	٦,٢	كينيا
-	-	-	-	-	-	-	٠,١	٠,٢	٠,١	٣	١٣	٧	٩	٠,٧	لائقيا	
-	-	-	-	-	-	-	٠,٢	٠,١	٠,١	٥	١٥	٨	١٠	٠,٣	جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية	
-	-	-	-	-	-	-	٠,١	٠,١	٠,١	١	٤	٢	٣	٠,١	لبنان	
-	-	-	-	-	-	-	٠,١	٠,١	٠,١	<٠,٥	١	<١	<١	٠,٣	لوكسمبورغ	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	ليبيا
٨٥	٢٣٠	٢٣	١٦	٢٨	٢١	٢٧	٠,٣	٠,١	٠,٢	٥	١٢	٢٢	٢١	٢٥	١,٠	ليبيريا
-	-	-	-	-	-	-	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,٥	٢	١	٢	٠,١	ليتوانيا	
٩٨	٢٠٠	١٤٠	٤٥	٦٠	٣٩	٢٩	١٥,٤	٦,٤	١٠,٩	٤١	١٧٠	٣٤٠	٣٠٠	٢٢٠	٢٣,٣	ليسوتو
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	ليختنشتاين
٩٧	١,٠٠٠	٦١٠	٣١	٤١	٤٢	٤٥	٤,٩	٢,١	٣,٥	١٧٠	٤٣٠	٩٧٠	٨٥٠	٩١٠	١٠,٠	ملايو
-	-	-	-	-	y ٢٥	-	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	المالديف
-	-	-	-	-	-	-	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,٥	<٠,٥	<٠,٥	٠,١	مالطا	
٩٢	-	-	p ٢٧	-	١٥	-	٠,٣	٠,١	٠,٢	٥٥	١٤٠	٨٣	١١٠	١,١	مالي	
-	-	-	-	-	-	-	<٠,١	٠,١	٠,١	٨	٨٩	٧٢	٨١	٠,٤	ماليزيا	
-	-	-	-	-	-	-	<٠,١	٠,١	<٠,١	١	٥	٣	٤	٠,١	منغوليا	

البلدان والأقاليم	انتشار فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) الكبار (%) ٢٠١١	النسبة المئوية للأشخاص في كل الأعمار الذين يعيشون مع فيروس HIV (بالآلاف) ٢٠١١			النسبة المئوية للبالغين والفتيات (١٥ - ٢٤ سنة)	الوقاية بين اليافعين والشباب (١٥ - ٢٤ سنة)				الأطفال الذين يعيشون مع فيروس HIV (بالآلاف) ٢٠١١	النساء اللاتي يعشن مع فيروس HIV (بالآلاف) ٢٠١١	النسبة المئوية لن الذين يعيشون مع فيروس HIV (بالآلاف) ٢٠١١	النسبة المئوية للبالغين والفتيات (١٥ - ٢٤ سنة)	النسبة المئوية للبالغين والفتيات (١٥ - ٢٤ سنة)	النسبة المئوية للبالغين والفتيات (١٥ - ٢٤ سنة)	النسبة المئوية للبالغين والفتيات (١٥ - ٢٤ سنة)	النسبة المئوية للبالغين والفتيات (١٥ - ٢٤ سنة)	النسبة المئوية للبالغين والفتيات (١٥ - ٢٤ سنة)	
		تقديرات	تقديرات منخفضة	تقديرات مرتفعة		مجموع	إناث	ذكور	إناث										ذكور
		تقديرات	تقديرات منخفضة	تقديرات مرتفعة		مجموع	إناث	ذكور	إناث										ذكور
مذشقر	٠,٢	٣٤	٢٦	٤٧	١٠	٠,٢	٠,١	٠,١	٠,١	٠,٢	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	
مصر	<٠,١	١٠	٦	١٨	٢	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	
المغرب	٠,٢	٢٢	٢١	٤٦	١٥	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	
جمهورية مقدونيا اليوغسلافية السابقة	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
المكسيك	٠,٢	١٨٠	١٦٠	٢٠٠	٣٢	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	
منغوليا	<٠,١	<١	<١	<١	<٠,٥	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	
موزيتانيا	١,١	٢٤	١٣	٤١	١٣	٠,٤	٠,٢	٠,٢	٠,٢	٠,٤	٠,٢	٠,٢	٠,٢	٠,٢	٠,٢	٠,٢	٠,٢	٠,٢	
موزيشوس	١,٠	٧	٥	١٠	٢	٠,٤	٠,٦	٠,٥	٠,٥	٠,٤	٠,٦	٠,٥	٠,٥	٠,٥	٠,٥	٠,٥	٠,٥	٠,٥	
موزامبيق	١١,٣	١,٤٠٠	١,٢٠٠	١,٦٠٠	٧٥٠	٢٠٠	٢,٨	٥,٥	٥,٥	٢,٨	٢,٨	٢,٨	٢,٨	٢,٨	٢,٨	٢,٨	٢,٨	٢,٨	
جمهورية مولدوفا	٠,٥	١٥	١٢	١٧	٦	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	
موناكو	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
الجبل الأسود	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
ميانمار	٠,٦	٢٢٠	١٨٠	٣٦٠	٧٧	٠,٢	٠,٢	٠,٢	٠,٢	٠,٢	٠,٢	٠,٢	٠,٢	٠,٢	٠,٢	٠,٢	٠,٢	٠,٢	
ولايات ميكرونيسيا المتحدة	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
ناميبيا	١٣,٤	١٩٠	١٦٠	٢٣٠	١٠٠	٢,٧	٤,٦	٤,٦	٤,٦	٢,٧	٢,٧	٢,٧	٢,٧	٢,٧	٢,٧	٢,٧	٢,٧	٢,٧	
ناورو	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
النرويج	٠,١	٥	٤	٦	١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	
النمسا	٠,٤	١٨	١٣	٢٤	٥	٠,٢	٠,٢	٠,٢	٠,٢	٠,٢	٠,٢	٠,٢	٠,٢	٠,٢	٠,٢	٠,٢	٠,٢	٠,٢	
نيبال	٠,٣	٤٩	٣٢	١٠٠	١٠	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	
النيجر	٠,٨	٦٥	٥٧	٧٠	٣٣	٠,٥	٠,٢	٠,٤	٠,٤	٠,٥	٠,٢	٠,٤	٠,٤	٠,٤	٠,٤	٠,٤	٠,٤	٠,٤	
نيجيريا	٢,٧	٣,٤٠٠	٣,٠٠٠	٣,٨٠٠	١,٧٠٠	٤٤٠	١,١	٢,٠	٢,٠	١,١	١,١	١,١	١,١	١,١	١,١	١,١	١,١	١,١	
نيكاراغوا	٠,٢	٨	٣	١٩	٥	٠,٢	٠,١	٠,١	٠,١	٠,٢	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	
نيوزيلندا	٠,١	٣	٢	٣	<١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	
نيوي	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
هايتي	١,٨	١٢٠	٩٦	١٣٠	٦١	١,١	٠,٤	٠,٨	٠,٨	١,١	٠,٤	٠,٨	٠,٨	٠,٨	٠,٨	٠,٨	٠,٨	٠,٨	
الهند	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
هندوراس	-	٣٣	٣٥	٤٥	١٠	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
هولندا	٠,٢	٢٥	٢٠	٣٦	٨	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	
اليابان	<٠,١	٨	٦	١٠	٢	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	<٠,١	
اليمن	٠,٢	٢٢	١٩	٢٥	٩	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	
اليونان	٠,٢	١١	١٠	١٣	٢	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	
مذكرة	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
السودان وجنوب السودان δ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
ملخص المؤشرات #	٤,٨	٢٣,٥٠٠	٢٢,١٠٠	٢٤,٩٠٠	١١,٨٠٠	٣,١٠٠	١,٢	٢,٢	٢,٢	٣,١٠٠	١,٢	٢,٢	٢,٢	٢,٢	٢,٢	٢,٢	٢,٢	٢,٢	
أفريقيا جنوب الصحراء	٧,٠	١٧,٢٠٠	١٦,٣٠٠	١٧,٨٠٠	٨,٧٠٠	٢,٢٠٠	١,٩	٣,١	٣,١	٢,٢٠٠	١,٩	٣,١	٣,١	٣,١	٣,١	٣,١	٣,١	٣,١	
شرق وجنوب أفريقيا	٢,٦	٦,٣٠٠	٥,٧٠٠	٦,٨٠٠	٣,٢٠٠	١,٨	٠,٧	١,٣	١,٣	٨٥٠	٠,٧	١,٣	١,٣	١,٣	١,٣	١,٣	١,٣	١,٣	
غرب ووسط أفريقيا	٠,١	٢٦٠	٢٢٠	٣٣٠	٧٤	٢٢	٠,١	٠,١	٠,١	٢٢	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	٠,٢	٢,٥٠٠	١,٦٠٠	٣,٤٠٠	٨٩٠	١١٠	٠,١	٠,١	٠,١	١١٠	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	
جنوب آسيا	٠,٢	٢,٤٠٠	٢,١٠٠	٢,٧٠٠	٧٢٠	٦٤	٠,١	٠,١	٠,١	٦٤	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	
شرق آسيا ودول المحيط الهادي	٠,٤	١,٦٠٠	١,٣٠٠	١,٩٠٠	٥٤٠	٥٨	٠,٢	٠,٢	٠,٢	٥٨	٠,٢	٠,٢	٠,٢	٠,٢	٠,٢	٠,٢	٠,٢	٠,٢	
أمريكا اللاتينية ودول البحر الكاريبي	٠,٦	١,٥٠٠	١,١٠٠	١,٨٠٠	٤١٠	١٨	٠,١	٠,١	٠,١	١٨	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١	
دول وسط وشرق أوروبا / رابطة الدول المستقلة	١,٩	١٠,٣٠٠	٩,٦٠٠	١٠,٩٠٠	٥,٠٠٠	١,٦٠٠	٠,٦	٠,٩	٠,٩	١,٦٠٠	٠,٦	٠,٩	٠,٩	٠,٩	٠,٩	٠,٩	٠,٩	٠,٩	
الدول الأقل نمواً	٠,٨	٣٤,٠٠٠	٣١,٤٠٠	٣٥,٩٠٠	١٥,٠٠٠	٣,٤٠٠	٠,٣	٠,٤	٠,٤	٣,٤٠٠	٠,٣	٠,٤	٠,٤	٠,٤	٠,٤	٠,٤	٠,٤	٠,٤	
العالم	٠,٨	٣٤,٠٠٠	٣١,٤٠٠	٣٥,٩٠٠	١٥,٠٠٠	٣,٤٠٠	٠,٣	٠,٤	٠,٤	٣,٤٠٠	٠,٣	٠,٤	٠,٤	٠,٤	٠,٤	٠,٤	٠,٤	٠,٤	

المؤشرات الأساسية

δ بسبب انفصال جمهورية جنوب السودان عن جمهورية السودان في يوليو / تموز ٢٠١١، وانضمام جمهورية جنوب السودان بعد ذلك إلى الأمم المتحدة في ١٤ يوليو / تموز ٢٠١١، لا تتوافر بعد بيانات مصنفة لجميع المؤشرات عن السودان وعن جنوب السودان كدولتين مستقلتين. أما البيانات المجمعّة فهي معروضة للسودان قبل الانفصال (انظر بند المذكرة).

للاطلاع على قائمة كاملة بالبلدان والأقاليم داخل المناطق، والمناطق الفرعية وفتات البلدان، انظر الصفحة رقم ١٠٦.

تعريف المؤشرات

البشري - برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة فيروس نقص المناعة
البشري / الإيدز، تقرير وباء الإيدز في العالم، ٢٠١٢.

العدد التقديري للنساء اللاتي يعشن مع فيروس نقص المناعة البشرية
- برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة فيروس نقص المناعة البشرية /
الإيدز، تقرير وباء الإيدز في العالم، ٢٠١٢.

العدد التقديري للأطفال الذين يعيشون مع فيروس نقص المناعة البشرية
- برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة فيروس نقص المناعة البشرية /
الإيدز، تقرير وباء الإيدز في العالم، ٢٠١٢.

معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشرية بين اليافعين والشباب - برنامج
الأمم المتحدة المشترك لمكافحة فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز، تقرير
وباء الإيدز في العالم، ٢٠١٢.

المعرفة الشاملة بفيروس نقص المناعة البشرية - مسوح المؤشرات المعنية
بمرض الإيدز، والمسوح السكانية والصحية، والمسوح المنقودية متعددة
المؤشرات، والمسوح الوطنية الأخرى للأسرة، وقاعدة بيانات مؤشرات المسوح
المعنية بفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز. www.measuredhs.com/hivdata

استخدام الواقي في آخر اتصال جنسي بين اليافعين والشباب الذين ذكروا
أنهم يمارسون الجنس مع عدة شركاء - مسوح المؤشرات المعنية بمرض
الإيدز، والمسوح السكانية والصحية، والمسوح المنقودية متعددة المؤشرات،
والمسوح الوطنية الأخرى للأسرة، وقاعدة بيانات مؤشرات المسوح المعنية
بفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز. www.measuredhs.com/hivdata

الأطفال الذين تبتّموا بسبب مرض الإيدز - برنامج الأمم المتحدة المشترك
لمكافحة فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز، تقرير وباء الإيدز في العالم،
٢٠١٢.

الأطفال الذين تبتّموا نتيجة لجميع الأسباب - برنامج الأمم المتحدة
المشترك لمكافحة فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز، تقرير وباء الإيدز
في العالم، ٢٠١٢.

نسبة انتظام الأيتام في المدارس - مسوح المؤشرات المعنية بمرض الإيدز،
والمسوح السكانية والصحية، والمسوح المنقودية متعددة المؤشرات، والمسوح
الوطنية الأخرى للأسرة، وقاعدة بيانات مؤشرات المسوح المعنية بفيروس
نقص المناعة البشرية / الإيدز. www.measuredhs.com/hivdata

ملاحظات

- البيانات غير متوافرة.

X البيانات تشير إلى سنوات أو فترات غير تلك المحددة في عنوان
العمود. هذه البيانات لا تدخل في حساب متوسطات المناطق والمتوسطات
العالمية. باستثناء البيانات الواردة من الهند عن الفترة ٢٠٠٥ - ٢٠٠٦. أما
التقديرات المأخوذة من السنوات التي تتوافر عنها البيانات قبل عام ٢٠٠٠،
فهي غير معروضة في هذا الجدول.

Y البيانات تختلف عن التعريف الموحد أو تشير إلى جزء جغرافي فقط من
البلد. إذا اندرجت هذه البيانات ضمن الفترة المرجعية، فإنها تدخل في
حساب متوسطات المناطق والمتوسطات العالمية.

P استناداً إلى مقامات كسرية صغيرة (عادة ما تتراوح بين ٢٥ - ٤٩ من
الحالات غير المرجحة).

x البيانات تشير إلى أحدث سنة تتوافر عنها البيانات خلال المدة المحددة في
عنوان العمود.

xx البيانات تستثني الصين.

انتشار فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) بين الكبار - النسبة المئوية
التقديرية للكبار في الفئة العمرية (١٥ - ٤٩ عاماً)، الذين يعيشون مع فيروس
نقص المناعة البشرية، ابتداءً من عام ٢٠١١.

الأشخاص الذين يعيشون مع فيروس نقص المناعة البشرية - العدد
التقديري للأشخاص (في كل الأعمار) الذين يعيشون مع فيروس نقص
المناعة البشرية، ابتداءً من عام ٢٠١١.

النساء اللاتي يعشن مع فيروس نقص المناعة البشرية - العدد التقديري
للنساء في الفئة العمرية (١٥ عاماً فأكثر)، المتعايشات مع فيروس نقص
المناعة البشرية، ابتداءً من عام ٢٠١١.

الأطفال الذين يعيشون مع فيروس نقص المناعة البشرية - العدد التقديري
للأطفال في الفئة العمرية (منذ الولادة - ١٤ عاماً) الذين يعيشون مع فيروس
نقص المناعة البشرية، ابتداءً من عام ٢٠١١.

انتشار فيروس نقص المناعة البشرية بين اليافعين والشباب - النسبة المئوية
التقديرية لليافعين والشباب، ذكورا وإناثاً، في سنّ الفئة العمرية (١٥ - ٢٤
عاماً)، الذين يعيشون مع فيروس نقص المناعة البشرية، ابتداءً من عام
٢٠١١.

المعرفة الشاملة بفيروس نقص المناعة البشرية - النسبة المئوية لليافعين
والشباب، ذكورا وإناثاً، في الفئة العمرية (١٥ - ٢٤ عاماً) الذين يُحدّدون،
بطريقة صحيحة، الطريقتين الرئيسيتين للوقاية من انتقال فيروس نقص
المناعة البشرية من خلال الاتصال الجنسي (استخدام الواقيات، واقتصار
ممارسة الاتصال الجنسي على شريك واحد مخلص وغير مصاب بهذا
الفيروس)، والذين يرفضون الفكرتين الخاطئتين الأكثر شيوعاً على الصعيد
المحلي عن انتقال فيروس نقص المناعة البشرية، والذين يعرفون أنّ الشخص
الذي يبدو سليماً معافياً ظاهرياً قد يكون حاملاً لفيروس نقص المناعة
البشري.

استخدام الواقي بين اليافعين والشباب في الفئة العمرية (١٥ - ٢٤ عاماً)
أثناء الاتصال الجنسي مع عدة شركاء - النسبة المئوية لليافعين والشباب،
ذكوراً وإناثاً، في الفئة العمرية (١٥ - ٢٤ عاماً) ممن ذكروا أنهم استخدموا
الواقي في المرة الأخيرة التي مارسوا فيها الجنس مع أيّ شريك؛ وذلك من
بين أولئك الذين ذكروا أنّ لديهم أكثر من شريك خلال الاثني عشر شهراً
الماضية.

الأطفال الذين تبتّموا بسبب مرض الإيدز - العدد التقديري للأطفال في
الفئة العمرية (منذ الولادة - ١٧ عاماً) الذين فقدوا أحد والديهما أو كليهما
بسبب الإيدز، ابتداءً من عام ٢٠١١.

الأطفال الذين تبتّموا نتيجة لجميع الأسباب - العدد التقديري للأطفال في
الفئة العمرية (منذ الولادة - ١٧ عاماً) والذين فقدوا أحد والديهما أو كليهما
نتيجة لأيّ سبب، ابتداءً من عام ٢٠١١.

نسبة انتظام الأيتام في المدارس - النسبة المئوية للأطفال في الفئة العمرية
(١٠ أعوام - ١٤ عاماً) الذين فقدوا كلا والديهما الطبيعيين (البيولوجيين)،
والذين ينتظمون في المدارس في الوقت الراهن، كنسبة مئوية من الأطفال
الذين لم يبتّموا في العمر نفسه، والذين يعيشون مع أحد والديهما على الأقل،
وينتظمون في المدارس.

مصادر البيانات الأساسية

المعدل التقديري لانتشار فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) بين الكبار
- برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة فيروس نقص المناعة البشرية /
الإيدز (UNAIDS)، تقرير وباء الإيدز في العالم، ٢٠١٢.

العدد التقديري للأشخاص الذين يعيشون مع فيروس نقص المناعة

الجدول ٥: التعليم

المشاركة في التعليم الثانوي				المشاركة في التعليم الابتدائي								المشاركة في التعليم قبل الابتدائي		معدل معرفة اليافعين والشباب (١٥-٢٤ عاماً) القراءة والكتابة (%) ٢٠٠٧-٢٠١١		البلدان والأقاليم		
النسبة الصافية للانتظام (%) ٢٠٠٧-٢٠١١		النسبة الصافية للانتحاق (%) ٢٠٠٨-٢٠١١		النسبة الصافية للانتظام (%) ٢٠٠٧-٢٠١١		النسبة الصافية للانتحاق (%) ٢٠٠٨-٢٠١١		النسبة الإجمالية للانتحاق (%) ٢٠٠٨-٢٠١١		النسبة الإجمالية للانتحاق (%) ٢٠٠٨-٢٠١١		العدد لكل ١٠٠ شخص من السكان (٢٠١١)		معدل معرفة اليافعين والشباب (١٥-٢٤ عاماً) القراءة والكتابة (%) ٢٠٠٧-٢٠١١				
إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	مستخدمو الإنترنت	الهواتف المحمولة	إناث	ذكور			
١٦	١٦	-	-	X٨٤	٤٧	٦٥	٦٤	٨٠	٨٥	٩٧	١٠٦	٥	٥	١٧	٤٧	٦٣	أنجوييا	
-	-	٨٧	٧٨	-	٩٤	-	-	-	-	١١٧	١١٨	٧٥	٧٣	٤٨	١٣٥	٩٩	الأرجنتين	
٨٩	٨٥	٨٨	٨٣	-	-	٩٩	٩٩	٩١	٩١	٩٢	٩٢	٣١	٣٣	٣٥	١١٨	٩٩	الأردن	
X٩٥	X٩٢	٨٨	٨٥	X١٠٠	-	X٩٨	X٩٩	-	-	١٠٤	١٠١	٣٤	٢٩	-	١٠٤	١٠٠	أرمينيا	
X٢١	X٢٢	٢٥	٢٢	-	٦٩	X٦٤	X٦٩	٣٣	٣٧	٤١	٤٨	١٣	٢٤	٦	٤	٨٧	إريتريا	
٨٢	٨٢	-	-	X١٠٠	٩٦	X٧٢	X٧٤	٨٤	٨٥	٩٣	٩٤	٢٥	٢٦	٥٠	١٠٩	١٠٠	أذربيجان	
-	-	٩٦	٩٤	-	٩٩	-	-	١٠٠	١٠٠	١٠٥	١٠٦	١٣٧	١٣٦	٦٨	١١٤	١٠٠	إسبانيا	
-	-	٨٦	٨٥	-	-	-	-	٩٨	٩٧	١٠٥	١٠٥	٧٨	٧٩	٧٩	١٠٨	-	أستراليا	
-	-	٩٣	٩١	-	٩٨	-	-	٩٦	٩٦	٩٨	١٠٠	٩٦	٩٦	٧٧	١٣٩	١٠٠	استونيا	
-	-	١٠٠	٩٧	-	٩٩	-	-	٩٧	٩٧	١٠٣	١٠٣	١٠٩	١٠٢	٧٠	١٢٢	-	إسرائيل	
X٦	X١٨	-	-	X٩٠	-	X٤٠	X٦٦	-	-	٧٩	١١٤	-	-	٥	٥٤	-	أفغانستان	
y٧٢	y٧١	-	-	-	-	y٩٢	y٩٢	-	-	١١٥	١١٤	١١٥	١٠٩	٣١	١٠٥	٩٩	إكوادور	
٨٢	٨٤	-	-	١٠٠	٩٥	٩١	٩٠	٨٠	٨٠	٨٧	٨٧	٥٥	٥٦	٤٩	٩٦	٩٩	ألبانيا	
-	-	-	-	-	٩٦	-	-	-	-	١٠٢	١٠٢	١١٣	١١٤	٨٣	١٣٢	-	ألمانيا	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	٧٠	١٤٩	X٩٧	X٩٤	الإمارات العربية المتحدة
-	-	٩٠	٨٩	-	٩٣	-	-	٩٦	٩٥	١٠١	١٠٢	٧٠	٦٨	٧٨	١٠٦	-	الولايات المتحدة الأمريكية	
-	-	٨٥	٨٥	-	-	-	-	٨٤	٩١	٩٧	١٠٦	٧٦	٧٦	٨٢	١٨٢	-	أنغيوا وبربودا	
١٧	٢١	١١	١٢	X٨٣	٣٢	٧٥	٧٧	٧٨	٩٣	١١٢	١٣٧	١٠٥	١٠٢	١٥	٤٨	٦٦	٨٠	أنغولا
-	-	٧٥	٧٤	-	-	-	-	٧٩	٧٨	٨٥	٨٤	٩٩	١٠٤	٨١	٧٥	-	-	أندورا
y٥٩	y٥٧	٦٧	٦٨	-	-	٩٨	٩٨	-	-	١١٩	١١٧	٤٤	٤٢	١٨	٩٨	٩٩	١٠٠	إندونيسيا
-	-	٧٢	٦٦	-	٩٥	-	-	٩٩	١٠٠	١١١	١١٥	٨٩	٨٩	٥١	١٤١	٩٩	٩٨	أوروغواي
X٩٠	X٩١	٩١	٩٣	X١٠٠	٩٨	X٩٦	X٩٦	٩١	٩٣	٩٣	٩٥	٢٦	٢٦	٣٠	٩٢	١٠٠	١٠٠	أوزبكستان
y١٧	y١٧	-	-	X٧٢	٣٢	y٨٠	y٨٢	٩٢	٩٠	١٢٢	١٢٠	١٤	١٤	١٣	٤٨	٨٥	٩٠	أوغندا
٨٥	٨٥	٨٦	٨٦	١٠٠	٩٨	٧٦	٧٠	٩١	٩١	١٠٠	٩٩	٩٦	٩٩	٣١	١٣٣	١٠٠	١٠٠	أوكرانيا
-	-	٨٠	٩٢	-	٩٤	X٩١	X٩٤	-	-	١١٥	١١٤	٤٤	٤١	٢١	٧٥	٩٩	٩٩	جمهورية إيران الإسلامية
-	-	١٠٠	٩٨	-	-	-	-	١٠٠	٩٩	١٠٨	١٠٨	٩٧	٩٩	٧٧	١٠٨	-	-	إيرلندا
-	-	٨٩	٨٧	-	-	-	-	١٠٠	٩٩	١٠٠	٩٩	٩٧	٩٧	٩٥	١٠٦	-	-	آيسلندا
-	-	٩٤	٩٤	-	١٠٠	-	-	٩٩	١٠٠	١٠١	١٠٢	٩٦	١٠٠	٥٧	١٥٢	١٠٠	١٠٠	إيطاليا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	٥٧	٦٣	٩٩	١٠١	٢	٣٤	٧٢	٦٥	بابوا غينيا الجديدة
X٨٠	X٨١	٦٢	٥٨	-	٧٨	٨٩	٨٧	٨٦	٨٦	٩٨	١٠١	٣٥	٣٥	٢٤	٩٩	٩٩	٩٩	باراغواي
-	-	٨٨	٨١	-	-	-	-	-	-	١٢٢	١١٩	١٠٨	١٠٨	٧٢	١٢٧	-	-	باربادوس
٢٩	٢٥	٢٩	٢٨	-	٦٢	٦٢	٧٠	٦٧	٨١	٨٥	١٠٤	-	-	٩	٦٢	٦١	٧٩	باكستان
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	٧٥	-	-	بالاو
-	-	٨٨	٨٢	-	٨٩	-	-	-	-	١١٥	١١٢	-	-	٦٥	٨٦	-	-	جزر البهاما
X٨٥	X٧٧	-	-	X٩٩	-	X٨٧	X٨٦	-	-	-	-	-	-	٧٧	١٢٨	١٠٠	١٠٠	البحرين
X٨٠	X٧٤	-	-	X٨٨	-	X٩٥	X٩٥	-	-	-	-	-	-	٤٥	١٢٣	٩٩	٩٧	البرازيل
-	-	-	-	-	-	-	-	١٠٠	٩٩	١١٢	١١٦	٨٢	٨٢	٥٥	١١٥	١٠٠	١٠٠	البرتغال
-	-	٩٩	٩٥	-	٩٦	-	-	-	-	١٠٩	١٠٧	٨٨	٨٨	٥٦	١٠٩	١٠٠	١٠٠	بروناي دار السلام
-	-	٩٧	٩٥	-	-	-	-	١٠٠	١٠٠	١٠٦	١٠٦	٨٢	٨١	٨٢	١٣١	-	-	المملكة المتحدة
-	-	-	-	-	٩٣	-	-	٩٩	٩٩	١٠٤	١٠٥	١١٨	١١٨	٧٨	١١٧	-	-	بلجيكا
-	-	٨٢	٨٤	-	٩٧	-	-	١٠٠	٩٩	١٠٢	١٠٣	٧٩	٨٠	٥١	١٤١	٩٨	٩٨	بنغلاديش
-	-	٥٠	٤٥	X٩٤	٦٦	y٨٨	y٨٥	-	-	-	-	١٣	١٤	٥	٥٦	٧٨	٧٥	بنغلاديش
-	-	٧٢	٦٦	-	٩٤	-	-	٩٨	٩٩	١٠٦	١٠٩	٦٧	٦٧	٤٣	٢٠٤	٩٧	٩٨	بنما
٥٦	٥٤	٥٤	٥٠	٩٤	٩١	٩٣	٩١	٩١	٨٨	١١٢	١١٠	٢	٢	٢١	٦٦	X٦٨	X٨٠	بوتان
X٤٤	X٣٦	٦٥	٥٧	-	٩٣	٨٨	٨٦	٨٨	٨٧	١٠٨	١١٢	١٩	١٩	٧	١٤٣	٩٧	٩٤	بوتسوانا
X١٥	X١٧	١٤	١٨	X٨٩	٦٤	X٤٤	X٤٩	٥٦	٦١	٧٢	٧٩	٣	٣	٣	٤٥	٣٣	٤٧	بوركينافاسو
٧	٧	١٥	١٨	X٨٢	٥٦	٧٤	٧٣	-	-	١٥٥	١٥٧	٩	٩	١	١٤	٧٨	٧٨	بيروني
X٨٩	X٨٩	-	-	X١٠٠	٩٩	X٩٨	X٩٧	٨٨	٨٦	١١٣	١١١	١٧	١٧	٦٠	٨٥	١٠٠	١٠٠	البوسنة والهرسك
-	-	٩٢	٩٠	-	٩٨	-	-	٩٦	٩٦	٩٧	٩٨	٦٦	٦٥	٦٥	١٢٨	١٠٠	١٠٠	بولندا
٧٥	٧٨	٦٩	٦٨	٩٦	-	٩٧	٩٧	-	-	١٠٤	١٠٥	٤٥	٤٥	٣٠	٨٣	٩٩	١٠٠	بوليفيا (دولة متعددة القوميات)
y٨٢	y٨١	٧٨	٧٧	٩٥	٩٠	٩٦	٩٦	٩٨	٩٨	١٠٨	١٠٨	٧٩	٧٩	٣٧	١١٠	٩٧	٩٨	بيرو
X٩٧	X٩٥	-	-	X١٠٠	١٠٠	X٩٤	X٩٣	-	-	١٠٠	١٠٠	٩٨	١٠٠	٤٠	١١٢	١٠٠	١٠٠	بيلاروس
X٦٠	X٥٨	-	-	X٩٨	٩٠	X٩٥	X٩٥	-	-	١١٦	١٢٧	٤٧	٤٥	-	٦٤	-	-	بليز

البلدان والأقاليم	معدل معرفة اليافعين والشباب (15-24 عاماً) القراءة والكتابة (%)		العدد لكل 100 شخص من السكان 2011		النسبة الإجمالية للاتحاق (%)		النسبة الإجمالية للاتحاق (%)		النسبة الإجمالية للاتحاق (%)		النسبة الإجمالية للاتحاق (%)		النسبة الإجمالية للاتحاق (%)		النسبة الإجمالية للاتحاق (%)		النسبة الإجمالية للاتحاق (%)	
	ذكور	إناث	مستخدمة المحمول	الهواتف المحمولة	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور
	(%)	(%)			(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
بنين	66	45	85	4	18	19	117	135	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90
تايلندا	98	98	113	24	98	101	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90
تركمانستان	100	100	69	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
تركيا	99	97	89	42	89	92	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98
ترينيداد وتوباغو	100	100	136	55	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
تشاد	53	41	32	2	2	2	107	106	105	107	73	122	—	—	—	—	—	—
الجمهورية التشيكية	—	—	122	73	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
تشيلي	99	99	130	54	99	99	102	108	102	108	58	55	54	54	54	54	54	54
جمهورية تنزانيا الاتحادية	78	76	56	12	56	34	102	101	102	101	34	32	12	12	12	12	12	12
توغو	88	75	50	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
توفالو	—	—	22	30	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
تونغا	99	100	53	25	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
تونس	98	96	117	39	—	—	107	111	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
تيمور الشرقية	80	79	53	1	—	—	115	119	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
الغابون	99	97	117	8	99	99	109	104	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
جامايكا	93	98	108	32	112	112	87	91	112	112	32	32	108	98	98	98	98	98
غامبيا	72	62	89	11	30	31	84	82	84	82	31	30	89	62	62	62	62	62
غرينادا	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
الجزائر	94	99	109	14	99	99	107	112	107	112	76	79	14	99	99	99	99	99
جزر سليمان	—	—	50	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
جزر الكوك	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
جزر مارشال	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
جمهورية أفريقيا الوسطى	72	58	35	2	35	6	78	109	6	6	2	35	58	58	58	58	58	58
الكونغو	87	98	94	6	94	12	112	118	12	12	6	94	98	98	98	98	98	98
جنوب أفريقيا	97	98	127	21	127	65	100	104	65	65	21	127	98	98	98	98	98	98
جنوب السودان	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
غواتيمالا	89	85	140	12	70	72	114	119	72	70	12	140	85	85	85	85	85	85
غوايانا	—	—	69	22	69	78	74	83	78	74	22	69	—	—	—	—	—	—
جورجيا	100	100	102	37	102	64	107	111	64	64	37	102	100	100	100	100	100	100
جيبوتي	—	—	21	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
الدنمارك	—	—	126	90	126	97	99	99	97	99	90	126	—	—	—	—	—	—
دومينيكا	—	—	164	51	164	111	112	114	111	111	51	164	—	—	—	—	—	—
جمهورية الدومينيكان	96	98	87	36	87	38	110	115	38	38	36	87	98	98	98	98	98	98
المراس الأخضر	97	99	79	32	79	70	114	114	70	70	32	79	99	99	99	99	99	99
رواندا	77	78	41	7	41	11	144	141	11	10	7	41	78	78	78	78	78	78
الاتحاد الروسي	100	100	179	49	179	91	99	99	99	99	49	179	100	100	100	100	100	100
رومانيا	97	97	109	44	109	79	96	95	79	79	44	109	97	97	97	97	97	97
زامبيا	82	67	61	12	61	116	115	94	91	116	12	61	67	67	67	67	67	67
زيمبابوي	—	—	72	16	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ساحل العاج	72	62	86	2	86	4	77	80	4	4	2	86	62	62	62	62	62	62
ساموا	99	100	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
سان مارينو	—	—	112	50	112	89	89	101	89	89	50	112	—	—	—	—	—	—
سينت فنسنت وغرينادين	—	—	121	43	121	80	79	101	80	79	43	121	—	—	—	—	—	—
سينت كيتس ونيفيس	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
سينت لوشيا	—	—	132	42	132	59	62	96	96	96	42	132	—	—	—	—	—	—
ساو تومي وبرينسيبي	95	96	68	20	68	44	121	120	44	44	20	68	96	96	96	96	96	96
سري لانكا	98	99	87	15	87	99	99	94	94	99	15	87	99	99	99	99	99	99
المملكة العربية السعودية	99	97	191	48	191	106	106	90	90	106	48	191	97	97	97	97	97	97
السلفادور	96	96	126	18	126	63	117	111	63	63	18	126	96	96	96	96	96	96
سلوفاكيا	—	—	109	74	109	92	89	102	92	89	74	109	—	—	—	—	—	—
سلوفينيا	100	100	107	72	107	85	97	97	85	97	72	107	100	100	100	100	100	100
سنغافورة	100	100	149	75	149	—	—	—	—	—	—	149	100	100	100	100	100	100
السنگال	74	56	72	18	72	12	84	89	12	12	18	72	56	56	56	56	56	56
سوازيلاند	92	95	64	18	64	22	121	111	22	22	18	64	95	95	95	95	95	95
السودان	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

المشاركة في التعليم الثانوي				المشاركة في التعليم الابتدائي								المشاركة في التعليم قبل الابتدائي		معدل معرفة اليافعين والشباب (15-24 عاماً) القراءة والكتابة (%) (2007-2011)			معدل معرفة اليافعين والشباب (15-24 عاماً) القراءة والكتابة (%) (2007-2011)	
النسبة المئوية الصافية للالتحاق (X) 2007-2011		النسبة المئوية الصافية للالتحاق (X) 2008-2011		معدل البقاء في التعليم الابتدائي حتى بلوغ الصف الأخير منه (X) 2008-2011		النسبة المئوية الصافية للالتحاق (X) 2007-2011		النسبة المئوية الصافية للالتحاق (X) 2008-2011		النسبة الإجمالية للالتحاق (X) 2008-2011		النسبة الإجمالية للالتحاق (X) 2008-2011		العدد لكل 100 شخص من السكان (2011)		معدل معرفة اليافعين والشباب (15-24 عاماً) القراءة والكتابة (%) (2007-2011)		
إناث	ذكور	إناث	ذكور	بيانات المسح	بيانات إدارية	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	مستخدمو الإنترنت	الهواتف المحمولة	إناث	ذكور	
X 6٢	X 6٢	٦٧	٦٧	X 1٠٠	X ٩٥	X ٨٦	X ٨٧	٩٨	١٠٠	١١٦	١١٩	٩	١٠	٢٣	٦٣	٩٤	٩٦	
X ٦٧	X ٥٦	٥٥	٤٦	X ٩٢	٩٠	X ٩٤	X ٩٥	٩١	٩١	١١١	١١٦	٨٦	٨٥	٢٢	١٧٩	٩٩	٩٨	
-	-	٩٤	٩٤	-	٩٩	-	-	٩٩	١٠٠	١٠١	١٠٢	٩٥	٩٥	٩١	١١٩	-	-	
-	-	٨٢	٨٤	-	-	-	-	٩٩	٩٩	١٠٢	١٠٣	١٠٠	٩٩	٨٥	١٣٠	-	-	
٢٣	٤٠	-	-	٩٣	-	٧٦	٧٣	-	-	١٢٠	١٢٩	٧	٧	-	٣٦	٥٠	٦٩	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	١١٧	١١٧	٩٧	١٠٦	٤٣	١٤٦	٩٩	٩٩	
٩٠	٨٨	٩١	٨٩	٩٩	٩٩	٩٩	٩٨	٩٤	٩٥	٩٦	٩٦	٥٣	٥٣	٤٢	١٣٥	٩٩	٩٩	
X ٨	X ١٢	-	-	X ٨٥	-	X ١٥	X ١٨	-	-	-	-	-	-	١	٧	-	-	
-	-	-	-	-	Z ٩٩	-	-	Z ١٠٠	Z ١٠٠	١١٣	١١٠	٥٤	٥٤	٣٨	٧٣	٩٩	٩٩	
X ٧٤	X ٨٨	٨٠	٩٠	X ١٠٠	٩٩	Y ٩٦	Y ٩٩	٩٦	٩٩	١٠٠	١٠٤	٨	٩	١٣	٩١	١٠٠	١٠٠	
X ٣٤	X ٤٦	-	-	X ٩٣	-	X ٨٠	X ٩١	-	-	-	-	-	-	٥	٧٨	٨١	٨٥	
-	-	٩٠	٨٩	-	-	-	-	٩٧	١٠٠	١٠٤	١٠٧	٤٥	٤٥	٦٨	١٦٩	٩٨	٩٨	
٤٤	٤٠	٤٧	٥١	٨١	٧٢	٧٤	٧٢	٨٥	٨٤	١٠٧	١٠٧	٧٠	٦٨	١٤	٨٥	٨٠	٨٢	
X ١٧	X ٢٧	٢٢	٣٦	X ٩٦	٦٦	X ٤٨	X ٥٥	٧٠	٨٣	٨٦	١٠٣	١٤	١٤	١	٤٤	٥٧	٧٠	
X ٢٢	X ٢٣	-	-	-	٦٢	X ٦٠	X ٦١	٥٦	٥٧	٨٥	٨٨	٦٣	٤٧	-	٥٩	٩٨	٩٨	
٢٠	٢٧	-	-	٧٩	-	٦٥	٦٩	٧٣	٧٧	١١٩	١٢٧	٧	٧	٣	٢٦	٦٥	٧٩	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
٣٦	٣٨	٤٩	٤٦	٨٨	٧١	٨٢	٨٠	-	-	١١٤	١٢٠	٥٩	٥٨	-	-	٩٤	٩٤	
-	-	٩٩	٩٨	-	-	-	-	٩٩	٩٩	١٠٩	١١١	١٠٨	١٠٩	٨٠	١٠٥	-	-	
X ٧٠	X ٥٥	٦٧	٥٦	X ٩٠	٧٦	X ٨٩	X ٨٨	٩٠	٨٨	١٠٥	١٠٧	٥٢	٥١	٢٩	٩٢	٩٨	٩٧	
-	-	٨٧	٨١	-	-	X ٩٢	X ٩١	٨٨	٩٠	٩٠	٩٢	٣٩	٤٠	٥٥	-	٩٩	٩٩	
X ٤٣	X ٣٠	٧٦	٦٨	X ٨٢	٩٢	X ٩٣	X ٩١	٩٥	٩٥	١٠١	١٠٤	٧٦	٧١	٤٠	٩٨	٩٩	٩٨	
-	-	٩٤	٩٤	-	١٠٠	-	-	٩٨	٩٨	٩٩	٩٩	٦٨	٦٨	٨٩	١٦٦	-	-	
-	-	-	-	-	٩١	-	-	٩٩	٩٩	١٠٤	١٠٦	١٩	١٧	٢٨	٨٤	-	-	
٨٤	٧٨	-	-	٩٩	-	٩٨	٩٨	-	-	١٠٣	١٠٩	٧٩	٨٤	٣٥	١٤٣	٩٦	٩٧	
-	-	٩٦	٩٦	-	-	-	-	٩٩	٩٩	١٠٥	١٠٦	٨١	٨١	٥٨	٩٨	١٠٠	١٠٠	
-	-	٩٣	٧٦	-	-	-	-	٩٧	٩٦	١٠٣	١٠٣	٥٤	٥٧	٨٦	١٢٣	٩٨	٩٦	
X ٩٥	X ٩٥	٨٨	٨٩	X ١٠٠	١٠٠	X ٩٨	X ٩٩	-	-	١١١	١١١	٤٧	٤٨	٤٥	١٤٣	١٠٠	١٠٠	
X ٣٧	X ٣٩	-	-	X ٨٧	٦٦	X ٧٧	X ٨٢	-	-	١١١	١٢٩	٢٩	٢٨	٥	٥٢	٧٧	٨٩	
-	-	٩٤	٨٨	-	٩٩	-	-	٩٧	٩٥	٩٣	٩٣	٦١	٦٢	٧١	١١٦	١٠٠	١٠٠	
Y ٤٤	Y ٤٥	-	-	X ٩٢	-	Y ٨٥	Y ٨٥	٩٥	٩٦	١٢٤	١٣٠	١٣	١٣	٣	٧٠	٨٦	٨٨	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	٩٨	٩٩	٧١	٧١	٨٣	٧٥	-	-	
-	-	٨٥	٨٦	-	٩٥	-	-	١٠٠	١٠٠	١٠٢	١٠٤	١٠٠	١٠٠	٢٣	١٢	١٠٠	١٠٠	
-	-	٩٥	٩٦	-	٩٩	-	-	٩٨	٩٩	١٠٥	١٠٦	١١٩	١١٨	٨٤	١٠٩	-	-	
٩٨	٩٨	-	-	-	-	٩٩	٩٩	-	-	-	-	-	-	-	٤	١٠٠	١٠٠	
X ٦٥	X ٥٩	-	-	-	٨٩	٩٦	٩٦	-	-	١٠٩	١١٠	٧٢	٧١	٤٢	٩٢	٩٩	٩٨	
٧٩	٧٣	٧٧	٧٣	٩٥	٨٥	٩٢	٩٠	٩١	٩٢	١١٤	١١٦	٤٩	٤٩	٤٠	٩٨	٩٩	٩٨	
X ١١	X ١٠	-	-	X ١٩	-	X ٣١	X ٣١	-	-	١٠٠	١٠٩	٢١	٢٢	٦	٣٩	٨٥	٨٦	
٢٨	٣٥	-	-	٧٥	٥٥	٧٢	٧٨	-	-	٨٧	١٠٠	٣	٣	١	٢٣	٦٢	٦٨	
-	-	٩٣	٨٦	-	٩٦	-	-	١٠٠	٩٧	١٠٧	١٠٤	٨٣	٨١	٧٤	-	٩٩	٩٩	
X ٩١	X ٨٨	٧٩	٧٩	X ٩٩	٩٨	X ٩٣	X ٩١	٩٥	٩٩	١٠٠	١٠٩	١٩	١٩	٢٠	١٠٥	١٠٠	١٠٠	
Y ٦٣	Y ٥٥	-	-	-	-	-	-	-	-	١١٥	١١١	-	-	١٠	١٤	-	-	
٤٢	٤٠	٤٨	٥٢	٩٦	-	٧٥	٧٢	٨٥	٨٤	١١٢	١١٥	٥٢	٥٢	٢٨	٦٥	٩٤	٩٢	
-	-	٨٤	٨٣	-	٩٥	-	-	٩٧	٩٥	١٠٠	١٠١	٨٢	٨٥	٧٢	١٠٣	١٠٠	١٠٠	
X ٣٢	X ٣٩	٣٨	٤٢	X ٦٥	-	X ٧٧	X ٨١	٩٥	٩٨	١٢٢	١٣١	٢٢	٢٢	٩	٨٧	X ٧٩	X ٨٩	
٨٥	٧٧	٧٩	٧١	X ٩٣	٩٢	٩٨	٩٨	٩٣	٩٤	١٠٣	١٠٦	٨١	٨٢	٥٢	٧٩	٩٩	٩٨	
-	-	٨٦	٨٤	-	-	-	-	٩٨	٩٦	١٠٠	٩٩	٨٦	٨٧	٩١	١٤٨	-	-	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	١٧	١٥٦	١٠٠	١٠٠	
١٤	١٤	-	-	-	-	٢٨	٢٢	-	-	٩١	١٠١	-	-	٣	٤٩	٨٢	٧١	
-	-	٩١	٩١	-	٩٨	-	-	٩٦	٩٦	٩٥	٩٦	٧٣	٧٥	٦٥	١٥١	١٠٠	١٠٠	
٤٠	٢٦	٢٧	٢٣	X ٨٤	٦٩	٩١	٨٧	٧٥	٧٢	١٠٢	١٠٤	-	-	٤	٤٨	٩٨	٨٦	
-	-	٦٤	٦٤	-	٧٩	-	-	٩٨	١٠٠	١٠٢	١٠٩	١٠٥	١٠٢	٨٥	١٠٢	-	-	
٢٠	١٩	٢٧	٢٨	X ٨١	٥٣	X ٧٩	X ٧٦	-	-	١٢٨	١٣٣	-	-	٣	٣٥	٨٧	٨٧	
٦٣	٥٢	-	-	٩٩	-	٨٤	٨٢	٩٧	٩٧	١٠٧	١١١	١١٥	١١٣	٣٤	١٦٦	٩٩	٩٩	
-	-	٨٠	٨٢	-	٨٠	-	-	٩٤	٩٣	١٠١	١٠١	١١٥	١١٩	٦٩	١٢٥	٩٩	٩٧	

المشاركة في التعليم الثانوي		المشاركة في التعليم الابتدائي								المشاركة في التعليم قبل الابتدائي		العدد لكل ١٠٠ شخص من السكان ٢٠١١		معدل معرفة اليافعين وال شباب (١٥ - ٢٤ عاماً) القراءة والكتابة (٪) ٢٠٠٧ - ٢٠١١		البلدان والأقاليم		
		النسبة الصافية للانتظام (٪) ٢٠٠٧ - ٢٠١١		النسبة الصافية للانتحاق (٪) ٢٠٠٨ - ٢٠١١		معدل البقاء في التعليم الابتدائي حتى بلوغ الصف الأخير منه (٪) ٢٠٠٨ - ٢٠١١		النسبة الصافية للانتظام (٪) ٢٠٠٧ - ٢٠١١		النسبة الصافية للانتحاق (٪) ٢٠٠٨ - ٢٠١١							النسبة الإجمالية للانتحاق (٪) ٢٠٠٨ - ٢٠١١	
ذكور	إناث	ذكور	إناث	بيانات المسح	بيانات إدارية	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	مستخدمو الإنترنت	الهواتف المحمولة	ذكور	إناث			
٢٤	٢٨	٢٤	٢٥	X ٩٦	٧٥	٥٥	٦٢	٦١	٧١	٧٥	٨٦	٣	٢	٢	٦٨	٥٦	مالي	
—	—	٧١	٦٥	—	٩٨	—	—	—	—	—	—	٦٩	٦٤	٦١	١٢٧	٩٨	ماليزيا	
—	—	٩١	٩١	—	٩٨	—	—	٩٨	٩٨	١٠١	١٠٢	٨٤	٨٥	٥٩	١١٧	٩٩	هنغاريا	
٢٨	٢٧	٢٤	٢٣	٨٩	٣٥	٨٠	٧٨	—	—	١٤٧	١٥٠	٩	٩	٢	٣٨	٦٤	مدغشقر	
٧٠	٧٠	٦٩	٧١	٩٩	—	٨٧	٩٠	—	—	٩٨	١٠٣	٢٣	٢٤	٣٦	١٠١	٨٤	مصر	
X ٣٦	X ٢٩	—	—	—	٩١	X ٨٨	X ٩١	٩٢	٩٥	١٠٨	١١٥	٥٠	٦٥	٥١	١١٢	٧٢	المغرب	
٨١	٨٤	—	—	٩٩	—	٩٨	٩٩	٩٩	٩٧	٩١	٨٩	٢٦	٢٥	٥٧	١٠٩	٩٩	جمهورية مقدونيا اليوغسلافية السابقة	
—	—	٧٣	٧٠	—	٩٤	X ٩٧	X ٩٧	١٠٠	٩٩	١١٣	١١٥	١٠٢	١٠١	٣٦	٨٢	٩٨	المكسيك	
٩٥	٩١	—	—	٩٩	٩٤	٩٧	٩٥	٩٩	١٠٠	١٢١	١٢٣	٧٩	٧٦	٢٠	١٠٥	٩٧	منغوليا	
١٧	٢١	—	—	٧٧	٧١	٥٩	٥٦	٧٦	٧٣	١٠٥	٩٩	—	٥	٩٣	٦٥	٧١	موريتانيا	
—	—	—	—	—	٩٨	—	—	٩٤	٩٤	١٠٠	٩٩	٩٦	٩٧	٣٥	٩٩	٩٨	موريشيوس	
٢٠	٢١	١٥	١٧	٦٠	٢٧	٨٠	٨٢	٨٩	٩٥	١٠٩	١٢١	—	٤	٣٣	٦٥	٧٩	موزامبيق	
X ٨٥	X ٨٢	٧٩	٧٨	X ١٠٠	٩٥	X ٨٥	X ٨٤	٩٠	٩٠	٩٣	٩٤	٧٥	٧٦	٣٨	١٠٥	١٠٠	جمهورية مولدوفا	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	٨٦	—	—	موناكو
X ٩٢	X ٩٠	—	—	X ٩٧	—	X ٩٨	X ٩٧	—	—	١٠٦	١٠٧	٣٠	٣٢	٤٠	—	٩٩	الجبل الأسود	
y ٥٣	y ٥٢	٥٢	٤٩	٩٣	٧٥	٩١	٩٠	—	—	١٢٦	١٢٦	١٠	١٠	١	٣	٩٦	٩٦	ميانمار
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	ولايات ميكرونيسيا المتحدة
٦٢	٤٧	—	—	X ٨٩	٨٣	٩٣	٩١	٨٩	٨٤	١٠٧	١٠٨	—	—	١٢	١٠٥	٩٥	٩١	ناميبيا
y ٦٩	y ٥٢	—	—	—	—	—	—	—	—	٩٦	٩٠	٩٣	٩٦	—	٦٥	—	—	ناورو
—	—	٩٤	٩٤	—	٩٩	—	—	٩٩	٩٩	٩٩	٩٩	٩٨	١٠٠	٩٤	١١٧	—	—	النرويج
—	—	—	—	—	٩٧	—	—	—	—	٩٩	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٨٠	١٥٥	—	—	النمسا
X ٣٨	X ٤٦	—	—	X ٩٥	—	y ٧٠	y ٦٧	—	—	—	—	—	٩	٤٤	٧٨	٨٨	٨٨	نيبال
X ٨	X ١٣	٨	١٣	X ٨٨	٦٩	X ٣١	X ٤٤	٥٢	٦٤	٦٠	٧٣	٤	٤	١	٢٧	X ٢٣	X ٥٢	النيجر
٤٣	٤٥	—	—	٩٨	٨٠	٦٠	٦٥	٥٥	٦٠	٧٩	٨٧	١٤	١٤	٢٨	٥٩	٦٦	٧٨	نيجيريا
X ٤٧	X ٣٥	٤٩	٤٣	X ٥٦	—	y ٧٠	y ٧١	٩٥	٩٣	١١٦	١١٩	٥٦	٥٥	١١	٨٢	X ٨٩	X ٨٥	نيكاراغوا
—	—	٩٥	٩٤	—	—	—	—	١٠٠	٩٩	١٠١	١٠١	٩٥	٩١	٨٦	١٠٩	—	—	نيوزيلندا
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	نيوي
X ٢١	X ١٨	—	—	X ٨٥	—	X ٥٢	X ٤٨	—	—	—	—	—	—	—	٤١	٧٠	٧٤	هايتي
X ٤٩	X ٥٩	—	—	X ٩٥	—	X ٨١	X ٨٥	٩٨	٩٩	١١٦	١١٦	٥٦	٥٤	١٠	٧٢	٧٤	٨٨	الهند
X ٤٣	X ٣٥	—	—	—	—	X ٩٠	X ٨٧	٩٧	٩٥	١١٦	١١٦	٤٤	٤٣	١٦	١٠٤	٩٦	٩٤	هندوراس
—	—	٨٨	٨٧	—	—	—	—	—	—	١٠٧	١٠٨	٩٣	٩٣	—	—	—	—	هولندا
—	—	١٠٠	٩٩	—	١٠٠	—	—	—	—	١٠٣	١٠٣	—	—	٨٠	١٠٣	—	—	اليابان
X ٢٧	X ٤٩	٣١	٤٩	X ٧٣	—	X ٦٤	X ٧٥	٧٠	٨٦	٧٨	٩٦	١	١	١٥	٤٧	٧٤	٩٦	اليمن
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	٥٣	١٠٦	٩٩	٩٩	اليونان
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	١٩	٥٦	—	—	السودان وجنوب السودان δ
ملخص المؤشرات #																		
٢٩	٣١	—	—	—	٦٠	٧٠	٧٢	٧٤	٧٨	٩٦	١٠٣	١٨	١٨	١٢	٥٣	٦٧	٧٦	أفريقيا جنوب الصحراء
٢٣	٢٣	٣٠	٣٣	—	٤٩	٧٥	٧٥	٨٥	٨٨	١٠٨	١١٣	٢٢	٢١	١١	٥١	٧٢	٨٠	شرق وجنوب أفريقيا
٣٦	٤٠	—	—	٩٠	٦٨	٦٤	٦٨	٦٤	٦٩	٨٦	٩٦	١٤	١٤	١٤	٥٤	٦١	٧٣	غرب ووسط أفريقيا
—	—	٦٣	٦٨	—	—	—	—	٨٧	٩٢	٩٧	١٠٣	٢٣	٢٥	٢٩	٩٤	٨٩	٩٤	الشرق الأوسط وشمال أفريقيا
٤٦	٥٥	٤٦	٥٤	٩٥	—	٧٩	٨٣	٩١	٩٣	١٠٥	١٠٧	٤٩	٤٨	٩	٦٩	٧٣	٨٦	جنوب آسيا
xx ٦٣	xx ٦١	٧٤	٧٠	—	٩٥	xx ٩٧	xx ٩٦	٩٦	٩٦	١١٢	١١٠	٥٦	٥٦	٣٥	٨١	٩٩	٩٩	شرق آسيا ودول المحيط الهادي
—	—	٧٦	٧١	—	٩١	—	—	٩٥	٩٦	١١٢	١١٦	٧٠	٧٠	٣٩	١٠٧	٩٧	٩٧	أمريكا اللاتينية ودول البحر الكاريبي
—	—	٨٢	٨٣	—	٩٦	—	—	٩٥	٩٥	٩٩	١٠٠	٥٦	٥٧	٤٢	١٣٢	٩٩	٩٩	دول وسط وشرق أوروبا / رابطة الدول المستقلة
٢٤	٢٧	٢٩	٣٥	—	٥٦	٧٥	٧٦	٧٨	٨٢	١٠٠	١٠٦	١٣	١٣	٦	٤٢	٦٨	٧٦	الدول الأقل نمواً
xx ٤٥	xx ٤٩	٦١	٦٤	—	٨١	xx ٧٩	xx ٨٢	٩٠	٩٢	١٠٥	١٠٧	٤٨	٤٨	٣٣	٨٥	٨٧	٩٢	العالم

δ بسبب انفصال جمهورية جنوب السودان عن جمهورية السودان في يوليو / تموز ٢٠١١، وانضمام جمهورية جنوب السودان بعد ذلك إلى الأمم المتحدة في ١٤ يوليو / تموز ٢٠١١، لا تتوافر بعد بيانات مصنفة لجميع المؤشرات عن السودان وعن جنوب السودان كدولتين مستقلتين. أما البيانات المجمعة، فهي معروضة للسودان قبل الانفصال (انظر بند المذكرة).

للإطلاع على قائمة كاملة بالبلدان والأقاليم داخل المناطق، والمناطق الفرعية وفئات البلدان، انظر الصفحة رقم ١٠٦.

تعريفات المؤشرات:

معدل معرفة اليافعين والشباب القراءة والكتابة - عدد الأشخاص الذين يعرفون القراءة والكتابة في الفئة العمرية ١٥ - ٢٤ عاماً، معبرٌ عنها كنسبة مئوية من مجموع اليافعين والشباب في تلك الفئة العمرية.

الهواتف المحمولة - عدد الاشتراكات العاملة في الشبكة العامة للهواتف المحمولة، بما في ذلك عدد الاشتراكات باستخدام بطاقات/شرائح وحدة تعريف هوية المشترك "SIM" العاملة والمدفوعة مسبقاً خلال الأشهر الثلاثة الماضية.

مستخدمو الإنترنت - العدد التقديري لمستخدمي شبكة الإنترنت، بمن فيهم أولئك المستخدمون لشبكة الإنترنت من أي جهاز (بما فيها أجهزة الهاتف المحمول) خلال الإثني عشر شهراً الماضية.

النسبة الإجمالية للالتحاق بالتعليم قبل التعليم الابتدائي - عدد الأطفال الملتحقين بالتعليم قبل الابتدائي، بصرف النظر عن السن، معبرٌ عنه كنسبة مئوية من مجموع الأطفال في السن المحددة رسمياً للالتحاق بالتعليم قبل الابتدائي.

النسبة الإجمالية للالتحاق بالتعليم الابتدائي - عدد الأطفال الملتحقين بالتعليم الابتدائي، بصرف النظر عن السن، معبرٌ عنه كنسبة مئوية من مجموع الأطفال في السن المحددة رسمياً للالتحاق بالتعليم الابتدائي.

النسبة الصافية للالتحاق بالتعليم الابتدائي - عدد الأطفال الملتحقين بالتعليم الابتدائي أو الثانوي الذين هم في السن المحددة رسمياً للالتحاق بالتعليم الابتدائي، معبرٌ عنه كنسبة مئوية من مجموع عدد الأطفال في السن المحددة رسمياً للالتحاق بالتعليم الابتدائي. ونظراً لشمول الأطفال في سن الالتحاق بالتعليم الابتدائي، الملتحقين بالتعليم الثانوي، فإن هذا المؤشر يمكن أن يُشار إليه أيضاً على أنه النسبة المعدلة لصافي الالتحاق بالتعليم الابتدائي.

النسبة الصافية للانتظام في التعليم الابتدائي - عدد الأطفال المنتظمين في التعليم الابتدائي أو الثانوي الذين هم في السن المحددة رسمياً للالتحاق بالتعليم الابتدائي، معبرٌ عنه كنسبة مئوية من مجموع عدد الأطفال في السن المحددة رسمياً للالتحاق بالتعليم الابتدائي. ونظراً لشمول الأطفال في سن الالتحاق بالتعليم الابتدائي، المنتظمين في التعليم الثانوي، فإن هذا المؤشر يمكن أن يُشار إليه أيضاً على أنه النسبة المعدلة لصافي الانتظام في التعليم الابتدائي.

معدل البقاء في التعليم الابتدائي حتى بلوغ الصف الأخير منه - النسبة المئوية للأطفال الذين يدخلون الصف الأول من التعليم الابتدائي والذين يصلون في نهاية المطاف إلى الصف الأخير من التعليم الابتدائي.

النسبة الصافية للالتحاق بالتعليم الثانوي - عدد الأطفال الملتحقين بالتعليم الثانوي الذين هم في السن المحددة رسمياً للالتحاق بالتعليم الثانوي، معبرٌ عنه كنسبة مئوية من مجموع عدد الأطفال في السن المحددة رسمياً للالتحاق بالتعليم الثانوي. ولا تشمل النسبة الصافية للالتحاق بالتعليم الثانوي أولئك الذين هم في سن التعليم الثانوي والملتحقين بالتعليم بعد الثانوي، وذلك نظراً للتحديات في الإبلاغ عن الأعمار والتسجيل في ذلك المستوى التعليمي.

النسبة الصافية للانتظام في التعليم الثانوي - عدد الأطفال الذين

ينتظمون في التعليم الثانوي أو التعليم بعد الثانوي، والذين هم في السن المحددة رسمياً للالتحاق بالتعليم الثانوي، معبرٌ عنه كنسبة مئوية من مجموع عدد الأطفال في

السن المحددة رسمياً للالتحاق بالتعليم الثانوي. ونظراً لشمول الأطفال في سن التعليم الثانوي المنتظمين في التعليم بعد الثانوي، فإن هذا المؤشر يمكن أن يُشار إليه أيضاً على أنه النسبة المعدلة لصافي الانتظام في المدارس الثانوية.

ترجع جميع البيانات إلى التصنيفات الدولية الرسمية الموحدة للتعليم (ISCED) لمستويات التعليم الابتدائي والثانوي، وبالتالي فقد لا تتوافق بصورة مباشرة مع نظام مدرسي معين خاص ببلد بعينه.

مصادر البيانات الأساسية:

معرفة اليافعين والشباب القراءة والكتابة - معهد منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلوم والثقافة «يونسكو» للإحصاء.

الهاتف المحمول واستخدام الإنترنت - الاتحاد الدولي للاتصالات، جنيف.

الالتحاق بالتعليم قبل الابتدائي والابتدائي والثانوي - معهد اليونسكو للإحصاء. التقديرات تستند إلى البيانات الإدارية المأخوذة من نظم معلومات إدارة التعليم الدولية، مع تقديرات الأمم المتحدة للسكان.

الانتظام في التعليم الابتدائي والثانوي - المسوح السكانية والصحية، والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات، والمسوح الوطنية الأخرى للأسرة.

معدل البقاء في التعليم الابتدائي حتى بلوغ الصف الأخير منه - البيانات الإدارية: معهد اليونسكو للإحصاء، وبيانات المسوح: المسوح السكانية والصحية، والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات، ومتوسطات المناطق والمتوسطات العالمية التي حسبها منظمة الأمم المتحدة للطفولة (يونيسف).

ملاحظات

- البيانات غير متوافرة.

X البيانات تشير إلى سنوات أو فترات غير تلك المحددة في عنوان العمود. هذه البيانات لا تدخل في حساب متوسطات المناطق والمتوسطات العالمية. باستثناء البيانات الواردة من الهند عن الفترة ٢٠٠٥ - ٢٠٠٦. أما التقديرات المأخوذة من السنوات التي تتوافر عنها البيانات قبل عام ٢٠٠٠، فهي غير معروضة في هذا الجداول.

Y البيانات تختلف عن التعريف الموحد أو تشير إلى جزء جغرافي فقط من البلد. إذا اندرجت هذه البيانات ضمن الفترة المرجعية، فإنها تدخل في حساب متوسطات المناطق والمتوسطات العالمية.

Z البيانات مقدمة من وزارة التعليم الصينية. بيانات معهد اليونسكو للإحصاء لا تشتمل في الوقت الحاضر على صافي معدلات الالتحاق أو البقاء في التعليم الابتدائي في الصين.

x البيانات تشير إلى أحدث سنة تتوافر عنها البيانات خلال المدة المحددة في عنوان العمود.

xx البيانات تستثني الصين.

الجدول ٦: المؤشرات السكانية

البلدان والأقاليم	السكان (بالآلاف) ٢٠١١			معدل النمو السنوي للسكان (%)		معدل الوفيات التقديري			معدل الولادات التقديري			العمر المتوقع عند الولادة		معدل الخصوبة النسبي الإجمالي (%) ٢٠١١	متوسط معدل النمو السنوي للسكان في المناطق الحضرية (%)	
	الجموع	دون سن ١٨ عاماً	دون سن ٥ أعوام	٢٠١١	١٩٩٠	١٩٧٠	٢٠١١	١٩٩٠	١٩٧٠	٢٠١١	١٩٩٠	١٩٧٠	٢٠١١			١٩٩٠
أثيوبيا	٨٤,٧٣٤	٤٠,٦٩٨	١١,٩١٥	٢,٧	١,٨	٢١	١٨	٩	٤٧	٤٨	٤٣	٥٩	٤٠,٠	١٧	٤,١	
الأرجنتين	٤٠,٧٦٥	١٢,١٠٥	٣,٤٢٣	١,١	٠,٧	٩	٨	٨	٢٣	٢٢	٢٦	٧٣	٢,٢	٩٣	١,٤	
الأردن	٦,٣٣٠	٢,٧٤٧	٨١٧	٢,٩	١,٥	١١	٥	٤	٥١	٣٦	٢٥	٧٠	٣,٠	٨٣	٣,٦	
أرمينيا	٣,١٠٠	٧٦٣	٢٢٥	٠,٦	٠,٠	٥	٨	٩	٢٣	٢١	١٥	٦٨	١,٧	٦٤	٠,٩	
إريتريا	٥,٤١٥	٢,٥٨٨	٨٧٩	٢,٦	٢,٣	٢١	١٦	٨	٤٧	٤١	٣٦	٤٨	٤,٤	٢١	٤,٠	
أذربيجان	٩,٣٠٦	٢,٤٣٠	٨٤٦	١,٢	٠,٨	٧	٧	٧	٢٩	٢٧	٢٠	٦٥	٢,٢	٥٤	١,٢	
إسبانيا	٤٦,٤٥٥	٨,٣٠٦	٢,٥٤٦	٠,٨	٠,٤	٩	٩	٩	٢٠	١٠	١١	٧٧	١,٥	٧٧	١,٠	
أستراليا	٢٢,٦٠٦	٥,١٥٤	١,٥٠٤	١,٣	١,١	٩	٧	٧	٢٥	١٥	١٤	٧١	٢,٠	٨٩	١,٥	
أستونيا	١,٣٤١	٢٥٠	٨٠	٠,٧	٠,٣	١١	١٣	١٣	١٠	١٢	١٤	٦٩	١,٧	٦٩	٠,٩	
إسرائيل	٧,٥٢٣	٢,٤١٧	٧٥٤	٢,٥	١,٤	٧	٦	٥	٢٦	٢٢	٢١	٧٦	٢,٩	٩٢	٢,٦	
أفغانستان	٣٣,٣٥٨	١٧,٢١٩	٥,٦٨٦	٤,٣	٢,٦	٢٩	٢٣	١٦	٥٢	٥٢	٤٣	٤٢	٦,٢	٢٤	٥,٦	
إكوادور	١٤,٦٦٦	٥,٣٢٤	١,٤٦٩	١,٧	١,٠	١٢	٦	٥	٤٢	٢٩	٢٠	٦٩	٢,٤	٦٧	٢,٧	
ألبانيا	٣,٢١٦	٨٧٧	٢٠٣	٠,١	٠,١	٨	٦	٦	٢٣	٢٥	١٣	٦٧	١,٥	٥٣	١,٧	
ألمانيا	٨٢,١٦٣	١٣,٤٣٧	٣,٥٠٤	٠,٢	٠,٣	١٢	١١	١١	١٤	١١	٩	٧١	١,٤	٧٤	٠,٢	
الإمارات العربية المتحدة	٧,٨٩١	١,٥٠٠	٤٥١	٧,٠	١,٥	٧	٣	١	٣٧	٢٦	١٣	٧٣	١,٧	٨٤	٧,٣	
الولايات المتحدة الأمريكية	٣١٣,٠٨٥	٧٥,٤٩١	٢١,٦٢٩	١,٠	٠,٨	٩	٩	٨	١٦	١٦	١٤	٧١	٢,١	٨٢	١,٤	
أنغولا وبربودا	٩٠	٢٨	٨	١,٧	٠,٨	—	—	—	—	—	—	—	—	٣٠	٠,٩	
أنغولا	١٩,٦١٨	١٠,٢٩٩	٣,٣٩٣	٣,١	٢,٤	٢٧	٢٣	١٤	٥٢	٥٢	٤١	٤١	٥,٣	٥٩	٥,٣	
أندورا	٨٦	٤	١٤	٢,٣	١,٤	—	—	—	—	—	—	—	—	٨٧	١,٩	
إندونيسيا	٢٤٢,٣٦٦	٧٧,٤٧١	٢١,٢١٠	١,٣	٠,٨	١٥	٨	٧	٤٠	٣٦	١٨	٦٢	٢,١	٥١	٣,٧	
أوروغواي	٣,٣٨٠	٩١٢	٢٤٥	٠,٤	٠,٣	١٠	١٠	٩	٢١	١٨	١٥	٦٩	٢,١	٩٣	٠,٦	
أوزبكستان	٣٧,٧٦٠	٩,٨٤٩	٣,٨٠٣	١,٤	١,٠	١٠	٧	٧	٣٦	٣٥	٢١	٦٧	٢,٢	٣٦	٠,٩	
أوغندا	٣٤,٥٠٩	١٩,٠٤٢	٦,٦٣٨	٣,٢	٢,٩	١٦	١٧	١٢	٤٩	٥٠	٤٥	٥٠	٤,٧	١٦	٤,٨	
أوكرانيا	٤٥,١٩٠	٧,٩٧٧	٢,٤٦٥	٠,٦	٠,٦	٩	١٣	١٦	١٥	١٣	١١	٧١	١,٥	٦٩	٠,٥	
جمهورية إيران الإسلامية	٧٤,٧٩٩	٢٠,٨١٩	٦,٦٦٩	١,٥	٠,٦	١٦	٨	٥	٤٢	٣٤	١٧	٥١	١,٦	٦٩	٢,٤	
إيرلندا	٤,٥٢٦	١,١٣٧	٣٧٠	١,٢	٠,٩	١١	٩	٦	٢٢	١٤	١٦	٧١	٢,١	٦٢	١,٦	
آيسلندا	٣٢٤	٨١	٢٤	١,١	١,٠	٧	٧	٦	٢١	١٧	١٥	٧٤	٢,١	٩٤	١,٣	
إيطاليا	٦٠,٧٨٩	١٠,٣٠٨	٢,٩١٠	٠,٣	٠,٠	١٠	١٠	١٠	١٧	١٠	٩	٧١	١,٤	٦٨	٠,٤	
بابوا غينيا الجديدة	٧,٠١٤	٣,٦٨٨	٩٧٥	٢,٥	٢,٠	١٧	١٠	٧	٣٥	٣٥	٣٠	٥٦	٢,٩	١٢	١,٦	
باراغواي	٦,٥٦٨	٢,٥٨٧	٧٤٤	٢,١	١,٥	٧	٦	٥	٣٧	٣٣	٢٤	٦٥	٢,٩	٦٢	٣,٢	
باربادوس	٣٢٤	٥٩	١٥	٠,٣	٠,١	٩	٨	٩	٢٢	١٦	١١	٦٩	١,٦	٧٧	١,٧	
باكستان	١٧٦,٧٤٥	٧٣,٧٥١	٢٢,٠٦٤	٢,٣	١,٥	١٥	١٠	٧	٤٣	٤٠	٢٧	٦١	٢,٣	٣٦	٣,٠	
بالاو	٢١	٧	٢	١,٥	١,٠	—	—	—	—	—	—	—	—	٨٤	٢,٤	
جزر البهاما	٣٤٧	٩٥	٢٧	١,٤	٠,٩	٦	٦	٥	٢٦	٢٤	١٥	٦٩	١,٩	٨٤	١,٧	
البحرين	١,٣٢٤	٣١١	١٠٢	٤,٧	١,٢	٧	٣	٣	٣٨	٢٩	١٩	٦٤	٢,٥	٨٩	٤,٧	
البرازيل	١٩٦,٣٥٥	٥٩,٠٠١	١٤,٦٦٢	١,٣	٠,٦	١٠	٧	٦	٣٥	٢٤	١٥	٥٩	١,٨	٨٥	١,٩	
البرتغال	١٠,٦٩٠	١,٩٣٠	٥٠٦	٠,٤	٠,٣	١١	١٠	١٠	٢١	١١	٩	٦٧	١,٣	٦١	١,٥	
بروناي دار السلام	٤٠٦	١٢٤	٣٧	٢,٣	١,٣	٤	٤	٣	٣٦	٢٩	١٩	٧٣	٢,٠	٧٦	٣,٠	
المملكة المتحدة	٦٢,٤١٧	١٣,١٥٣	٣,٨٥٨	٠,٤	٠,٦	١١	٩	١١	١٥	١٤	١٢	٧١	١,٩	٨٠	٠,٥	
بلجيكا	١٠,٧٥٤	٢,١٨٢	٦١٩	٠,٤	٠,٤	١٢	١١	١٠	١٥	١٢	١١	٧١	١,٨	٩٧	٠,٤	
بلغاريا	٧,٤٤٦	١,٢٤٩	٣٧٨	٠,٨	٠,٨	٩	١٢	١٥	١٢	١٢	١٠	٧١	١,٥	٧٣	٣,٠	
بنغلادش	١٥٠,٤٩٤	٥٥,٥١٥	١٤,٤٢١	١,٧	١,٠	٢٣	١٠	٦	٤٧	٣٦	٢٠	٥٩	٢,٢	٢٨	٣,٤	
بنما	٣,٥٧١	١,١١٣	٣٤٥	١,٩	١,٢	٨	٥	٥	٣٧	٣٦	٢٠	٦٥	٢,٥	٧٥	٣,٥	
بوتان	٧٣٨	٢٥٨	٧٠	١,٣	١,٠	٢٣	١٤	٧	٤٧	٣٨	٢٠	٥٣	٢,٣	٣٦	٥,٠	
بوتسوانا	٢,٠٣١	٧٨٨	٢٢٩	١,٨	٠,٨	١٣	٧	١٣	٣٥	٢٣	١٥	٦٤	٢,٧	٦٢	٣,٧	
بوركينافاسو	١٦,٩٦٨	٨,٨٢٤	٣,٠٤٧	٢,٩	٢,٨	٢٣	١٧	١٢	٤٨	٤٧	٤٣	٤٩	٥,٨	٣٧	٦,٠	
بوروندي	٨,٥٧٥	٣,٨١٣	١,٢٢١	٢,٠	١,٥	٢٠	١٩	١٤	٤٤	٤٦	٣٤	٤٤	٤,٢	١١	٤,٧	
البوسنة والهرسك	٣,٧٥٢	٦٨٦	١٦٧	٠,٧	٠,٤	٧	٩	١٠	٢٣	١٥	٨	٦٦	١,١	٤٨	٠,٣	
بولندا	٣٨,٢٩٩	٧,٠٣٣	٢,٠٠٨	٠,٠	٠,١	٨	١٠	١٠	١٧	١٦	١١	٧٠	١,٤	٦١	٠,٠	
دولة بوليفيا متعددة القوميات	١٠,٠٨٨	٤,٢٥٤	١,٢٣٠	٢,٠	١,٥	٢٠	١١	٧	٣٥	٣٦	٢٦	٥٩	٢,٣	٦٧	٢,٩	
بيرو	٢٩,٤٠٠	١٠,٤٢١	٣,٩٠٢	١,٤	١,٠	١٤	٧	٥	٤٢	٣٠	٢٠	٦٦	٢,٥	٧٧	٢,٠	
بيلاروس	٩,٥٥٩	١,٧٦٦	٥٣٧	٠,٣	٠,٤	٧	١١	١٤	١٦	١٤	١١	٧١	١,٥	٧٥	٠,٣	
بليز	٣١٨	١٣١	٣٧	٢,٤	١,٧	٨	٥	٤	٤٢	٣٧	٢٤	٦٦	٢,٧	٤٥	٢,٢	
بنن	٩,١٠٠	٤,٥٦٨	١,٥٤٦	٣,١	٢,٥	٢٦	١٧	١٢	٤٨	٤٧	٣٩	٤٩	٥,٢	٤٥	٤,٣	
تايلندا	٦٩,٥١٩	١٧,١١١	٤,٣٧٠	٠,٩	٠,٣	١٠	٥	٧	٣٨	١٩	١٢	٦٠	١,٦	٣٤	١,٦	
تركمانستان	٥,١٠٥	١,٧٨٥	٤٩٩	١,٦	١,٠	١١	٨	٨	٣٧	٣٥	٢١	٥٨	٢,٤	٤٩	١,٩	

البلدان والأقاليم	السكان (بالآلاف) ٢٠١١		معدل النمو السنوي للسكان (%)		معدل الوفيات التقديري			معدل الولادات التقديري			معدل النمو السنوي للسكان (%)		معدل النمو السنوي للسكان (%)		متوسط معدل النمو السنوي في المناطق الحضرية (%)	
	المجموع	دون سن ١٨ عاماً	٢٠١١	١٩٩٠	٢٠١١	١٩٩٠	١٩٧٠	٢٠١١	١٩٩٠	١٩٧٠	٢٠١١	١٩٩٠	٢٠١١	١٩٩٠	٢٠١١	١٩٩٠
	٢٠١١	٢٠١١	٢٠١١	١٩٩٠	٢٠١١	١٩٩٠	١٩٧٠	٢٠١١	١٩٩٠	١٩٧٠	٢٠١١	١٩٩٠	٢٠١١	١٩٩٠	٢٠١١	١٩٩٠
تركيا	٧٣,٦٤٠	٣٣,١٠٧	١,٥	١,٥	١٦	٨	٣٩	٢٦	٢٦	٢٦	١٦	٧	٧	٢,٤	٢,٤	
ترينيداد وتوباغو	١,٣٦٦	٣٣٤	٩٦	٩٦	٧	٧	٣٧	٣٧	٣٧	٣٧	٧	٧	٧	٢,٧	٢,٧	
تشاد	١١,٥٢٥	٥,٩٩٢	٣,١	٣,١	٢٢	١٧	٤٦	٤٦	٤٦	٤٦	١٦	١٧	٢٢	٣,٢	٣,٢	
الجمهورية التشيكية	١٠,٥٢٤	١,٨٦٦	٥٦٧	٥٦٧	١٢	١٢	١٢	١٢	١٢	١٢	١٠	١٢	١٢	٠,٢	٠,٢	
تشيلي	١٧,٣٧٠	٤,٦١٥	١,٣	١,٣	١٠	٦	٢٩	٢٩	٢٩	٢٩	٦	٦	١٠	١,٦	١,٦	
جمهورية ترازانيا الاتحادية	٤٦,٢١٨	٣٣,٦٩٠	٨,٢٦٧	٨,٢٦٧	١٨	١٥	٤٤	٤٤	٤٤	٤٤	١٠	١٥	١٨	٣,٠	٣,٠	
توغو	٦,١٥٥	٢,٨٣١	٨٧٠	٨٧٠	٢٠	١٤	٤٩	٤٩	٤٩	٤٩	١١	١٤	٢٠	٣,٨	٣,٨	
توهالو	١٠	٤	١	١	٠,٦	٠,٤	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	١,٥	١,٥	
تونغا	١٠٥	٤٦	١٤	١٤	٧	٦	٣٦	٣٦	٣٦	٣٦	٦	٦	٧	٠,٦	٠,٦	
تونس	١٠,٥٤٤	٣,٠٠١	٨٨٥	٨٨٥	١٤	٦	٣٩	٣٩	٣٩	٣٩	٦	٦	١٤	١,٩	١,٩	
تيمور الشرقية	١,١٥٤	٦١٦	٢٠١	٢٠١	٢٣	١٨	٤٢	٤٢	٤٢	٤٢	٨	١٨	٢٣	٣,٦	٣,٦	
الغابون	١,٥٢٤	٦٤٢	١٨٨	١٨٨	٢٠	١١	٣٤	٣٤	٣٤	٣٤	٩	١١	٢٠	٣,٤	٣,٤	
جامايكا	٢,٧٥١	٩٥٦	٢٥٤	٢٥٤	٨	٧	٣٦	٣٦	٣٦	٣٦	٧	٧	٨	١,٠	١,٠	
غامبيا	١,٧٧٦	٨٩٧	٢٩٢	٢٩٢	٢٦	١٣	٥١	٥١	٥١	٥١	٩	١٣	٢٦	٤,٨	٤,٨	
غرينادا	١٠٥	٣٥	١٠	١٠	٩	٨	٢٨	٢٨	٢٨	٢٨	٦	٨	٩	١,٢	١,٢	
الجزائر	٣٥,٩٨٠	١١,٦٤١	٣,٤٦٤	٣,٤٦٤	١٦	٦	٤٩	٤٩	٤٩	٤٩	٥	٦	١٦	٣,٢	٣,٢	
جزر سليمان	٥٥٢	٢٥٤	٨١	٨١	١٣	١١	٤٥	٤٥	٤٥	٤٥	٦	١١	١٣	٤,٧	٤,٧	
جزر الكوك	٢٠	٨	٢	٢	٠,٤	٠,٧	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	١,٩	١,٩	
جزر مارشال	٥٥	٢٠	٥	٥	١,١	٠,٧	٠	٠	٠	٠	٠	٠	١,١	١,٢	١,٢	
جمهورية أفريقيا الوسطى	٤,٤٨٧	٢,٠٩٨	٦٥٨	٦٥٨	٢٣	١٧	٤٣	٤٣	٤٣	٤٣	١٦	١٧	٢٣	٢,٣	٢,٣	
الكونغو	٤,١٤٠	١,٩٤٠	٦٣٧	٦٣٧	١٤	١٢	٤٣	٤٣	٤٣	٤٣	١١	١٢	١٤	٣,٤	٣,٤	
جنوب أفريقيا	٥٠,٤٢٠	١٨,٠٤٥	٤,٩٨٩	٤,٩٨٩	١٤	٨	٣٨	٣٨	٣٨	٣٨	١٥	٨	١٤	٢,٣	٢,٣	
جنوب السودان	١٠,٣١٤	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٤,٠	٤,٠	
غواتيمالا	١٤,٧٥٧	٧,٠٧٢	٢,١٩٢	٢,١٩٢	١٥	٩	٤٤	٤٤	٤٤	٤٤	٥	٩	١٥	٣,٢	٣,٢	
غوايانا	٧٥٦	٢٩٧	٦٠	٦٠	١٢	١٠	٣٧	٣٧	٣٧	٣٧	٦	١٠	١٢	٠,٢	٠,٢	
جورجيا	٤,٣٢٩	٨٢٢	٢٥٨	٢٥٨	٩	٩	١٩	١٩	١٩	١٩	١١	٩	٩	١,٣	١,٣	
جيبوتي	٩٠٦	٣٨٢	١١٥	١١٥	٢٠	١٤	٤٩	٤٩	٤٩	٤٩	١٠	١٤	٢٠	٣,٤	٣,٤	
الدنمارك	٥,٥٧٣	١,٢١٢	٣٢٧	٣٢٧	١٠	١٢	١٥	١٥	١٥	١٥	١٠	١٢	١٠	٠,٥	٠,٥	
دومينيكا	٦٨	٢١	٦	٦	٠,١	٠,٢	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠,٣	٠,٣	
جمهورية الدومينيكان	١٠,٠٥٦	٣,٦٧٢	١,٠٥١	١,٠٥١	١١	٦	٤٢	٤٢	٤٢	٤٢	٦	٦	١١	٢,٧	٢,٧	
الرأس الأخضر	٥٠١	١٩٠	٥٠	٥٠	١٥	٩	٤١	٤١	٤١	٤١	٥	٩	١٥	٣,٤	٣,٤	
رواندا	١٠,٩٩٣	٥,٣٢٥	١,٩٠٩	١,٩٠٩	٢٠	١٢	٤٥	٤٥	٤٥	٤٥	١٢	١٢	٢٠	٨,١	٨,١	
الاتحاد الروسي	١٤٢,٨٣٦	٦١,١١٥	٨,٢٦٤	٨,٢٦٤	٩	١٢	١٤	١٤	١٤	١٤	١٢	١٢	٩	٠,١	٠,١	
رومانيا	٢١,٤٧٦	٣,٩٢٨	١,٠٩٢	١,٠٩٢	٩	٩	٢١	٢١	٢١	٢١	١٢	١١	٩	٠,٤	٠,٤	
زامبيا	١٣,٤٣٥	٧,١٦٩	٢,٥٠٩	٢,٥٠٩	١٧	١٧	٤٤	٤٤	٤٤	٤٤	١٥	١٧	١٧	٢,٥	٢,٥	
زيمبابوي	١٢,٧٥٤	٥,٨٤١	١,٧٠٦	١,٧٠٦	١٣	٩	٣٧	٣٧	٣٧	٣٧	٩	٩	١٣	٢,٢	٢,٢	
ساحل العاج	٢٠,١٥٣	٩,٥٣٩	٢,٩٩٢	٢,٩٩٢	٢١	١٣	٤١	٤١	٤١	٤١	١٢	١٣	٢١	٣,٥	٣,٥	
ساموا	١٨٤	٨١	٢٢	٢٢	١٠	٧	٣٩	٣٩	٣٩	٣٩	٥	٧	١٠	٠,٢	٠,٢	
سان مارينو	٣٢	٦	٢	٢	٠,٣	١,٢	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	١,٥	١,٥	
سينت فنسنت وغرينادين	١٠٩	٣٥	٩	٩	١١	٧	٤٠	٤٠	٤٠	٤٠	٧	٧	١١	٠,٩	٠,٩	
سينت كيتس ونيفيس	٥٣	١٧	٥	٥	٠,٩	١,٢	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠,٩	٠,٩	٠,٩	
سينت لوشيا	١٧٦	٥٥	١٥	١٥	٩	٦	٣٩	٣٩	٣٩	٣٩	٦	٦	٩	١,٣	١,٣	
ساو تومي وبرينسيبي	١٦٩	٧٩	٢٤	٢٤	١٣	١٠	٤١	٤١	٤١	٤١	٨	١٠	١٣	٣,٥	٣,٥	
سري لانكا	٢١,٠٤٥	٦,١٨٣	١,٨٨٦	١,٨٨٦	٩	٧	٣١	٣١	٣١	٣١	٧	٧	٩	٠,٣	٠,٣	
المملكة العربية السعودية	٢٨,٠٨٣	٩,٩٣٣	٣,١٨٦	٣,١٨٦	١٥	١٥	٤٧	٤٧	٤٧	٤٧	٤	٥	١٥	٢,٠	٢,٠	
السلفادور	٦,٣٢٧	٢,٣٩٤	٠,٧	٠,٧	٨	٨	٢٣	٢٣	٢٣	٢٣	٧	٨	٨	٢,٠	٢,٠	
سلوفاكيا	٥,٤٧٣	١,٠٢٤	٢٨١	٢٨١	٩	٩	١٨	١٨	١٨	١٨	١٠	١٠	٩	٠,٠	٠,٠	
سلوفينيا	٢,٠٣٥	٣٤٤	١٠٢	١٠٢	١٠	١٠	١٧	١٧	١٧	١٧	١٠	١٠	١٠	٠,٢	٠,٢	
سنغافورة	٥,١٨٨	١,١٠٤	٢٣٨	٢٣٨	٥	٥	٢٣	٢٣	٢٣	٢٣	٥	٥	٥	٢,٦	٢,٦	
السنغال	١٢,٧٦٨	٦,٤٢٥	٢,١٢٥	٢,١٢٥	٢٤	١٣	٤٤	٤٤	٤٤	٤٤	٩	١٣	٢٤	٣,١	٣,١	
سوازيلاند	١,٣٠٣	٥٤٨	١٥٨	١٥٨	١٨	١٠	٤٩	٤٩	٤٩	٤٩	١٤	١٠	١٨	١,٢	١,٢	
السودان	٣٤,٣١٨	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٣,٢	٣,٢	
الجمهورية العربية السورية	٢٠,٧٦٦	٨,٩٢٣	٢,٥٤٦	٢,٥٤٦	١١	٥	٤٧	٤٧	٤٧	٤٧	٤	٥	١١	٣,١	٣,١	
سورينام	٥٢٩	١٧٦	٤٧	٤٧	٩	٧	٣٧	٣٧	٣٧	٣٧	٧	٧	٩	٢,٠	٢,٠	
السويد	٩,٤٤٢	١,٩١٦	٥٢٢	٥٢٢	١٠	١١	١٤	١٤	١٤	١٤	١٠	١١	١٠	٠,٧	٠,٧	
سويسرا	٧,٧٠٢	١,٤٣٥	٣٨٢	٣٨٢	٩	٩	١٦	١٦	١٦	١٦	٨	٩	٩	٠,٧	٠,٧	
سيراليون	٥,٩٩٧	٢,٩٦٥	٩٨٤	٩٨٤	٢٩	٢٥	٤٤	٤٤	٤٤	٤٤	١٥	٢٥	٢٩	٢,٨	٢,٨	
سيشيل	٨٧	٤٣	١٤	١٤	٠,٣	١,٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	١,٤	١,٤	

البلدان والأقاليم	السكان (بالآلاف) ٢٠١١		معدل النمو السنوي للسكان (%)		معدل الوفيات التقديري	معدل الولادات التقديري			معدل النمو السنوي للسكان (%)			متوسط معدل النمو السنوي للسكان في المناطق الحضرية (%)		
	دون سن ٥ أعوام	دون سن ١٨ عاماً	٢٠١١	١٩٩٠		١٩٧٠	٢٠١١	١٩٩٠	١٩٧٠	٢٠١١	١٩٩٠	١٩٧٠	٢٠١١	١٩٩٠
	٢٠١١	١٩٩٠	٢٠١١	١٩٩٠		١٩٧٠	٢٠١١	١٩٩٠	١٩٧٠	٢٠١١	١٩٩٠	١٩٧٠	٢٠١١	١٩٩٠
صربيا	٩,٨٥٤	٢٠,٠٨٩	٥٥١	٠,١	٠,٢	٩	١٢	١٨	١١	١٥	١٨	١٢	١٠	٩
الصومال	٩,٥٥٧	٤,٨٩٦	١,٧٠١	١,٨	٢,٨	٢٤	١٥	٥١	٤٣	٤٥	١٥	٣٠	٢٠	٢٤
الصين	١,٢٥٧,٥٥٥	٣١٧,٨٩٢	٨٢,٢٠٥	٠,٨	٠,٢	٩	٧	٣٦	٢١	٣٦	٧	٧	٩	٠,٢
طاجيكستان	٦,٩٧٧	٣,٠٥٢	٨٨٣	١,٣	١,٣	١٠	٦	٣٩	٢٨	٣٩	٤٠	٦	٨	١٠
العراق	٢٢,٦٦٥	١٦,١٤٦	٥,٢٩٤	٣,٠	٢,٨	١٢	٧	٤٥	٣٥	٣٨	٤٥	٦	٥	١٢
عمان	٢,٨٤٦	٩١٠	٢٩٠	٢,٠	١,٢	١٦	٤	٣٨	٣٨	٤٩	٤	١٦	٢,٠	٢,٠
غانا	٢٤,٩٦٦	١١,١٧٤	٣,٥٩١	٣,٥	٢,٠	١٧	٨	٤٧	٣١	٣٩	٤٧	٨	١١	١٧
غينيا	١٠,٢٢٢	٥,٠٤٥	١,٦٩١	٢,٧	٢,٢	٣٠	١٣	٤٩	٣٨	٤٦	٤٩	١٣	٢١	٣٠
غينيا الاستوائية	٧٢٠	٣٣٧	١١١	٣,١	٢,٢	٢٥	١٤	٣٩	٤٧	٤٧	٣٩	١٤	٢٠	٢٥
غينيا بيساو	١,٥٥٧	٧٣٩	٢٤٤	٢,٠	٢,٠	٢٦	١٦	٤٦	٣٨	٤٦	٤٦	١٦	٢٢	٢٦
الفاتيكان	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠
فانواتو	٢٤٦	١٠٩	٣٤	٢,٥	٢,٢	١٤	٥	٤٢	٣٦	٤٢	٥	٨	١٤	٢,٢
فرنسا	٦٣,١٦٦	١٣,٨٣٧	٣,٩٨٥	٠,٥	٠,٤	١١	٩	١٧	١٣	١٣	١٧	٩	٩	١١
الفلبين	٩٤,٨٥٢	٣٩,٢٠٥	١١,١٦١	٢,١	١,٥	٩	٦	٣٩	٣٤	٣٩	٦	٧	٩	١,٥
دولة فلسطين	٤,١٥٢	٢,٠٥١	٦٣٥	٢,٣	٢,٣	١٣	٥	٥٠	٤٥	٤٥	٥٠	٥	٥	١٣
جمهورية فنزويلا البوليفارية	٢٩,٤٣٧	١٠,٢١٥	٢,٩٣٥	١,٩	١,٩	٧	٥	٣٧	٢٩	٣٧	٥	٥	٧	١,٩
فلندا	٥,٣٨٥	١,٠٨٤	٣٠٣	٠,٤	٠,٤	١٠	١٠	١٤	١٣	١٤	١٠	١٠	١٠	٠,٢
فيجي	٨٦٨	٣٠٠	٩١	٠,٨	٠,٥	٨	٧	٣٤	٢٩	٣٤	٧	٦	٨	٠,٥
فيتنام	٨٨,٧٩٢	٢٥,٥٣٢	٧,٢٠٢	١,٣	٠,٧	١٨	٥	٤١	٣٠	٤١	٥	٨	١٨	٠,٧
قبرص	١,١١٧	٢٤٤	٦٥	١,٨	٠,٨	٧	٧	١٩	١٩	١٩	٧	٧	٧	٠,٨
قطر	١,٨٧٠	٣٠٢	٩٧	٦,٥	١,٢	٦	٢	٣٦	٢٤	٣٦	٢	٢	٦	١,٢
كازاخستان	١٦,٢٠٧	٤,٨٠٠	١,٧٢٦	٠,١	٠,٨	٩	١٠	٢٦	٢٣	٢٦	١٠	٩	٩	٠,٨
كامبيون	٢٠,٠٣٠	٩,٤٢٠	٣,١٠٢	٢,٤	١,٩	١٩	١٤	٤٥	٤٢	٤٥	١٤	١٤	١٩	١,٩
كرواتيا	٤,٣٦٦	٨٠٦	٢١٥	٠,١	٠,٣	١٠	١١	١٥	١٢	١٥	١٢	١١	١٠	٠,٣
كمبوديا	١٤,٣٥٥	٥,٤٨٠	١,٥٠٥	١,٩	١,٠	٢٠	٨	١٢	٢٢	١٢	٨	١٢	٢٠	١,٠
كندا	٣٤,٣٥٠	٦,٣٢٦	١,٩٣٦	١,٠	١,٠	٨	٧	١٤	١٤	١٤	٨	٧	٧	١,٠
كوبا	١١,٢٥٤	٢,٢٤٢	٥٤٢	٠,٢	٠,١	٧	٧	٢٩	١٧	١٧	٧	٧	٧	٠,١
كوريا الجنوبية (جمهورية كوريا)	٤٨,٣٩١	٩,٨٤٢	٢,٤٨٨	٠,٦	٠,٢	٩	٦	٢٢	١٦	٢٢	٦	٦	٩	٠,٢
جمهورية كوريا الديمقراطية الشعبية	٢٤,٤٥١	٦,٧٥٧	١,٧٠٦	٠,٩	٠,٩	٧	٥	٣٥	٢١	٣٥	١٠	٥	٧	٠,٤
كوستاريكا	٤,٧٧٧	١,٤٥٥	٣٥٩	٢,١	١,٠	٧	٤	٢٧	٢٧	٢٧	٤	٤	٧	١,٠
كولومبيا	٤٦,٩٣٧	١٥,٩٥١	٤,٥٠٩	١,٦	١,٠	٩	٦	٣٨	٢٧	٣٨	٥	٦	٩	١,٠
جزر القمر	٧٥٤	٢٦٦	١٢٤	٢,٦	٢,٢	١٨	٩	٣٧	٣٧	٤٧	٩	١١	١٨	٢,٢
جمهورية الكونغو الديمقراطية	٦٧,٧٥٨	٣٥,٨٥٢	١٢,٠٣٧	٣,٠	٢,٤	٢١	١٩	٤٨	٥٠	٤٨	١٦	١٩	٢١	٢,٤
الكويت	٢,٨١٨	٨٦٣	٢٨٢	١,٤	١,٩	٦	٣	٤٩	٣١	٤٩	١٨	٣	٦	١,٩
قيرغيزستان	٥,٣٩٢	١,٩٥٧	٦٣٤	١,٠	١,١	١١	٨	٢١	٢١	٢١	٨	١١	١١	١,١
كيريباتي	١٠١	٣٦	١٠	١,٤	١,٤	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠
كينيا	٤١,٦١٠	٢٠,٢١٧	٦,٨٠٥	٢,٧	٢,٤	١٥	١٠	٥١	٤٢	٥١	١٠	١٠	١٥	٢,٤
لاتفيا	٢,٢٤٢	٢٨٢	١١٧	٠,٨	٠,٤	١١	١٣	١٤	١٤	١٤	١٤	١٣	١١	٠,٤
جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية	٦,٢٨٨	٢,٥٨١	٦٨٢	١,٩	١,١	١٨	٦	٤٢	٢٢	٤٢	٦	١٣	١٨	١,١
لبنان	٤,٢٥٩	١,٢٧١	٣٣٨	١,٨	٠,٥	٩	٧	٢٣	٢٦	٢٣	٧	٧	٩	٠,٥
لوكسمبورغ	٥١٦	١١٠	٢٩	١,٤	١,١	١٢	٨	١٣	١٣	١٣	٨	١٠	١٢	١,١
ليبيا	٦,٤٣٣	٢,٢٩٣	٧١٧	١,٩	١,٠	١٦	٤	٤٩	٣٦	٤٩	٤	٤	١٦	١,٠
ليبيريا	٤,١٢٩	٢,٠٥٧	٧٠٠	٣,٢	٢,٤	٢٣	٢١	٤٩	٤٦	٤٩	١١	٢١	٢٣	٢,٤
ليتوانيا	٣,٣٠٧	٦٦٦	١٧٣	٠,٥	٠,٤	٩	١١	١٣	١٣	١٣	١٤	١١	٩	٠,٤
ليستوتو	٢,١٩٤	٩٧٠	٢٧٦	١,٤	٠,٨	١٧	١٠	٤٣	٣٨	٤٣	١٥	١٠	١٧	٠,٨
ليختنشتاين	٣٦	٧	٢	١,١	٠,٧	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠,٧
ملاوي	١٥,٣٨١	٨,١١٦	٢,٨٢٩	٢,٤	٢,٢	٢٤	١٨	٥٢	٤٤	٤٨	١٢	١٨	٢٤	٢,٢
المالديف	٣٢٠	١٠٤	٣٦	١,٨	٠,٩	٢١	٤	٥٠	٤١	٥٠	٤	٩	٢١	٠,٩
مالطا	٤١٨	٧٧	٢٠	٠,٦	٠,٢	٩	٨	١٦	١٦	١٦	٩	٨	٩	٠,٢
مالي	١٥,٨٤٠	٨,٥٥٥	٢,٩٩٥	٢,٩	٢,٨	٣٠	١٤	٤٩	٤٩	٤٩	١٤	٢١	٣٠	٢,٨
ماليزيا	٢٨,٨٥٩	١٠,٢٤٤	٢,٧٩٦	٢,٢	١,٣	٧	٥	٣٣	٢٨	٣٣	٥	٥	٧	١,٣
منغوليا	٩,٩٦٦	١,٨٠٠	٤٩٢	٠,٢	٠,٢	١١	١٣	١٥	١٢	١٥	١٣	١٤	١١	٠,٢
مدغشقر	٢١,٣١٥	١٠,٥٧٠	٣,٣٧٨	٣,٠	٢,٧	٢١	١٦	٤٨	٣٥	٤٥	٦	١٦	٢١	٢,٧
مصر	٨٢,٥٧٧	٣٠,٥٣٧	٩,٠٩٢	١,٨	١,٢	١٦	٩	٤١	٣٢	٤١	٥	٩	١٦	١,٢
المغرب	٣٢,٢٧٣	١٠,٧٩٠	٣,٠٤٨	١,٣	٠,٨	١٧	٨	٤٧	٣٧	٤٧	٩	٨	١٧	٠,٨
جمهورية مقدونيا اليوغوسلافية السابقة	٢,٠٦٤	٤٥٥	١١٢	٠,٤	٠,٤	٨	٨	٢٤	١٩	٢٤	٦	٨	٨	٠,٤
المكسيك	١١٤,٧٩٣	٣٩,٤٤٠	١٠,٩٤٢	١,٥	٠,٩	١٠	٥	٤٣	٣٨	٤٣	٥	٥	١٠	٠,٩
منغوليا	٢,٨٠٠	٩٢٤	٣١٧	١,٢	١,٢	١٥	٦	٤٤	٣٢	٤٤	٦	١٠	١٥	١,٢

البلدان والأقاليم	السكان (بالآلاف) ٢٠١١			معدل النمو السنوي للسكان (%)			معدل الوفيات التقديري			معدل الولادات التقديري			معدل النمو السنوي للسكان (%)			معدل الخصوبة الإجمالي (٢٠١١)		متوسط معدل النمو السكاني في المناطق الحضرية (%)		
	المجموع	دون سن ١٨ عاماً	دون سن ٥ أعوام	٢٠١١	١٩٩٠	١٩٧٠	٢٠١١	١٩٩٠	١٩٧٠	٢٠١١	١٩٩٠	١٩٧٠	٢٠١١	١٩٩٠	١٩٧٠	٢٠١١	١٩٩٠	٢٠١١	١٩٩٠	
																				٢٠١١	١٩٩٠	٢٠١١	١٩٩٠
موزيتانيا	٣,٥٤٢	١,٦٣٥	٥٢٢	٢,٧	٢,٠	١٨	١١	٩	٤٧	٤١	٣٣	٤٧	٥٦	٥٩	٤,٥	٤١	٢,٩	٣,٠	٢,٩	
موزيشيوس	١,٣٠٧	٣٤٤	٨١	١,٠	٠,٣	٧	٦	٧	٢٩	٢٢	١٣	١٣	٦٩	٧٣	١,٦	٠,٨	٠,٨	٠,٨	٠,٨	
موزامبيق	٢٣,٩٣٠	١٢,٠٨٦	٣,٨٧٧	٢,٧	٢,١	٢٥	٢١	١٤	٤٨	٤٣	٣٧	٣٩	٤٣	٥٠	٤,٨	٤,٦	٣,١	٣,٣	٣,٣	
جمهورية مولدوفا	٣,٥٥٥	٧٤٠	٢٢٣	١,٠	٠,٦	١٠	١٠	١٠	١٨	١٩	١٢	٦٥	٦٨	٦٩	١,٥	٠,٩	٠,٩	٠,٦	٠,٦	
موناكو	٣٥	٧	٢	٠,٧	٠,٠	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	١,٠	٠,٧	٠,٠	٠,٠	
الجبل الأسود	٦٢٢	١٤٥	٣٩	٠,٢	٠,٠	٣	٥	١٠	١١	١١	١٢	٦٩	٧٦	٧٥	١,٦	١,٥	١,٥	٠,٤	٠,٤	
ميانمار	٤٨,٣٢٧	١٤,٨٢٣	٣,٩٨١	١,٠	٠,٦	١٦	١١	٨	٤٠	٣٧	٢٧	٥٠	٥٧	٦٥	٢,٠	٢,٢	٢,٢	٢,٢	٢,٢	
ولايات ميكرونيسيا المتحدة	١١٢	٤٨	١٣	٠,٧	٠,٨	٩	٧	٦	٤١	٣٤	٢٤	٦٢	٦٦	٦٩	٣,٤	٠,١	٠,١	١,٦	١,٦	
ناميبيا	٢,٣٢٤	٩٩٤	٢٨٨	٢,٤	١,٤	١٥	٩	٨	٤٣	٣٨	٢٦	٥٢	٦١	٦٢	٣,٢	٣,٩	٣,٩	٢,٨	٢,٨	
ناورو	١٠	٤	١	٠,٦	٠,٤	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	١,٠	٠,٦	٠,٤	٠,٤	
النرويج	٤,٩٢٥	١,١١٧	٣٠٩	٠,٧	٠,٧	١٠	١١	٨	١٧	١٤	١٢	٧٤	٧٧	٨١	١,٩	١,٢	١,٢	٠,٩	٠,٩	
النمسا	٨,٤٢٣	١,٥١٢	٣٨١	٠,٤	٠,١	١٣	١١	٩	١٥	١١	٩	٧٠	٧٥	٨١	١,٤	٠,٦	٠,٦	٠,٥	٠,٥	
نيبال	٣٠,٤٨٦	١٢,٨٨٣	٣,٤٥٢	٢,٢	١,٤	٢١	١٣	٦	٤٤	٣٩	٢٤	٤٣	٥٤	٦٩	٢,٧	٥,٣	٥,٣	٣,٤	٣,٤	
النيجر	١٦,٠٨٦	٨,٩٢٢	٣,٩٦٦	٣,٤	٣,٤	٢٦	٢٤	١٣	٥٦	٥٦	٤٨	٣٨	٤١	٥٥	٧,٠	٤,٢	٤,٢	٥,٣	٥,٣	
نيجيريا	١٦٢,٠٩١	٧٩,٩٣١	٢٧,١٩٥	٢,٤	٢,٤	٢٢	١٩	١٤	٤٦	٤٠	٤٢	٤٦	٤٦	٥٢	٥,٥	٤,١	٤,١	٣,٥	٣,٥	
نيكاراغوا	٥,٨٧٠	٢,٣٩٠	٦٨٤	١,٧	١,١	١٤	٧	٥	٤٦	٣٧	٢٣	٥٤	٦٤	٧٤	٢,٦	٢,١	٢,١	١,٧	١,٧	
نيوزيلندا	٤,٤١٥	١,٠٩١	٢٢٠	١,٢	٠,٩	٩	٨	٧	٢٢	١٧	١٥	٧١	٧٥	٨١	٢,٢	١,٣	١,٣	١,٠	١,٠	
نوي	١	١	٠	٢,٣	١,٥	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	٣,٨	١,٤	٠,٥	٠,٥	
هايتي	١٠,١٢٤	٤,٢٧١	١,٢٤٥	١,٧	١,١	١٨	١٣	٩	٣٩	٣٧	٢٦	٤٧	٥٥	٦٢	٣,٣	٤,٧	٤,٧	٢,٦	٢,٦	
الهند	١,٢٤١,٤٩٢	٤٤٨,٣٣٦	١٢٨,٥٤٢	١,٧	١,١	١٦	١١	٨	٣٨	٣١	٢٢	٤٩	٥٨	٦٥	٢,٦	٢,٦	٢,٦	٢,٣	٢,٣	
هندوراس	٧,٧٥٥	٣,٣٣٨	٩٧٥	٢,٢	١,٧	١٥	٧	٥	٤٧	٣٨	٢٦	٥٢	٦٦	٧٣	٣,١	٣,٤	٣,٤	٢,٦	٢,٦	
هولندا	١٦,٦٦٥	٣,٥٦٦	٩٠٧	٠,٥	٠,٢	٨	٩	٨	١٧	١٣	١١	٧٤	٧٧	٨١	١,٨	١,٤	١,٤	٠,٥	٠,٥	
اليابان	١٢٦,٤٩٧	٢٠,٣٧٥	٥,٤١٨	٠,٢	٠,٣	٧	٧	٩	١٩	١٠	٨	٧٢	٧٩	٨٣	١,٤	١,٠	١,٠	٠,٠	٠,٠	
اليمن	٤٧,٨٠٠	١٢,٦٨٧	٤,١٧٩	٣,٥	٢,٧	٢٤	١٢	٦	٥١	٥٢	٣٨	٤٠	٥٦	٦٥	٥,١	٥,٥	٥,٥	٤,٣	٤,٣	
اليونان	١١,٣٩٠	٢,٠٠١	٦٠٠	٠,٥	٠,١	٨	٩	١٠	١٧	١٠	١٠	٧٢	٧٧	٨٠	١,٥	٠,٧	٠,٧	٠,٦	٠,٦	
مذكرة																				
السودان وجنوب السودان δ	—	٢٠,٦٦٠	٦,٤٧٢	—	—	١٩	١٤	٩	٤٦	٤١	٣٢	٤٥	٥٣	٦١	٤,٣	—	—	—	—	
ملخص المؤشرات #																				
أفريقيا جنوب الصحراء	٨٧٦,٤٩٧	٤٢٨,٣٣٣	١٤٠,٦١٧	٢,٥	٢,٣	٢٠	١٦	١٢	٤٧	٤٤	٣٧	٤٤	٥٠	٥٥	٤,٩	٣,٨	٣,٨	٣,٤	٣,٤	
شرق وجنوب أفريقيا	٤١٨,٧٠٩	١٩٦,٦٧٥	٦٣,١٨٨	٢,٥	٢,٢	١٩	١٥	١٢	٤٧	٤٣	٣٥	٤٧	٥١	٥٦	٤,٥	٣,٦	٣,٦	٣,٤	٣,٤	
غرب ووسط أفريقيا	٤٢٧,٥٦٤	٢١٠,٦١٦	٧٠,٨٤٢	٢,٦	٢,٤	٢٢	١٨	١٣	٤٧	٤٥	٣٩	٤٥	٤٨	٥٣	٥,٣	٣,٩	٣,٩	٣,٥	٣,٥	
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	٤١٥,٦٣٣	١٥٧,٨٤٥	٤٨,١٦٩	٢,١	١,٥	١٦	٨	٥	٤٤	٣٤	٢٤	٥٢	٦٣	٧١	٢,٨	٢,٧	٢,٧	١,٩	١,٩	
جنوب آسيا	١,٦٥٢,١٧٩	١,٦٥٢,٣٥٥	١٧٦,١٥٠	١,٨	١,١	١٧	١١	٨	٤٠	٣٣	٢٣	٤٩	٥٩	٦٦	٢,٧	٢,٨	٢,٨	٢,٨	٢,٨	
شرق آسيا ودول المحيط الهادي	٢,٠٣٢,٥٢٢	٥٣٣,٨١٠	١٤١,٢٤٨	١,٠	٠,٤	١٠	٧	٧	٣٦	٢٣	١٤	٢٣	٦١	٧٣	١,٨	٣,٤	٣,٤	١,٨	١,٨	
أمريكا اللاتينية ودول البحر الكاريبي	٥٩١,٢١٢	١٩٥,٠٨١	٥٢,٨٨٨	١,٤	٠,٩	١٠	٧	٦	٣٦	٢٧	١٨	٦٠	٦٨	٧٤	٢,٢	٢,٠	٢,٠	١,١	١,١	
دول وسط وشرق أوروبا / رابطة الدول المستقلة	٤٠٥,٧٤٣	٩٥,٤٦٠	٢٨,٥٩٠	٠,٢	٠,١	١٠	١١	١١	٢٠	١٨	١٤	٦٦	٦٨	٧٠	١,٨	٠,٢	٠,٢	٠,٦	٠,٦	
الدول الأقل نمواً	٨٥١,١٠٣	٢٩٥,٤٥٥	١٢٤,١٦٢	٢,٤	٢,١	٢٢	١٥	١٠	٤٧	٤٣	٣٣	٤٣	٥١	٥٩	٤,٢	٣,٩	٣,٩	٣,٦	٣,٦	
العالم	٦,٩٢٤,٧٦١	٢,٢٠٧,١٥٥	٦٣٨,٦٨١	١,٣	٠,٩	١٢	٩	٨	٣٣	٢٦	١٩	٥٩	٦٥	٦٩	٢,٤	٢,٢	٢,٢	١,٧	١,٧	

المؤشرات الأساسية

δ بسبب انفصال جمهورية جنوب السودان عن جمهورية السودان في يوليو / تموز ٢٠١١، وانضمام جمهورية جنوب السودان بعد ذلك إلى الأمم المتحدة في ١٤ يوليو / تموز ٢٠١١، لا تتوافر بعد بيانات مُصنّفة لجميع المؤشرات عن السودان وعن جنوب السودان كدولتين مستقلتين. أما البيانات المُجمّعة فهي معروضة للسودان قبل الانفصال (انظر بند المذكرة).

للاطلاع على قائمة كاملة بالبلدان والأقاليم داخل المناطق، والمناطق الفرعية وفئات البلدان، انظر الصفحة رقم ١٠٦.

مصادر البيانات الأساسية

السكان - شعبة السكان لدى الأمم المتحدة. معدلات النّمو السكاني التي حسبها منظمة الأمم المتحدة للطفولة «يونيسف» استناداً إلى البيانات التي أخذتها من شعبة الأمم المتحدة للسكان.

معدلات الوفيات والولادات الخام- شعبة السكان لدى الأمم المتحدة.

العمر المتوقّع عند الولادة - شعبة السكان لدى الأمم المتحدة.

معدل الخصوبة الإجمالي - شعبة السكان لدى الأمم المتحدة.

الملاحظات

البيانات غير متوافرة.

α استناداً إلى التقديرات المتوقعة المتباينة للخصوبة المتوسطة.

تعريفات المؤشرات

معدل الوفيات التقديري - العدد السنوي للوفيات لكل ١,٠٠٠ من السكان.

معدل الولادات التقديري - العدد السنوي للولادات لكل ١,٠٠٠ من السكان.

متوسط العمر المتوقّع عند الولادة - عدد السنوات التي يمكن أن يعيشها حديثو الولادة إذا ما تعرّضوا وقت ولادتهم لمخاطر الوفاة السائدة بالنسبة إلى عيّنة إحصائية ممثلة للسكان.

معدل الخصوبة الإجمالي - عدد الأطفال الذين يمكن أن تلدهم كل امرأة لو قدّر لها أن تعيش حتى انتهاء سنوات فترة الخصوبة، وتُنجب أطفالاً في كل مرحلة عمرية وفقاً لمعدلات الخصوبة السائدة لكل مرحلة عمّرية بعينها.

السكان في المناطق الحضرية - النسبة المئوية للسكان الذين يعيشون في المناطق الحضرية كما يتم تعريفها وفق التعريف الوطني المُستخدم في أحدث إحصاء سكاني.

الجدول ٧: المؤشرات الاقتصادية

البلدان والأقاليم	حصة الفرد من الدخل القومي الإجمالي ٢٠١١		متوسط معدل النمو السنوي لحصة الفرد من الناتج المحلي الإجمالي (%)		متوسط المعدل السنوي للنضخم (%) ٢٠١١ - ١٩٩٠	خط الفقر الدولي: ١,٢٥ دولار أمريكي في اليوم (٢٠٠٦ - ٢٠١١) × ٢٠١١	اتفاق القطاع العام كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي (٢٠٠٧ - ٢٠١٠) المخصص لمجالات:			تدفق مساعدات التنمية الرسمية كنسبة مئوية من الدخل القومي للمتلين ٢٠١٠		تدفق مساعدات التنمية الرسمية كنسبة مئوية من صادرات السلع والخدمات ٢٠١٠		حصة دخل الأسرة المعيشية (٢٠٠٥ - ٢٠١١) (%)	
	دولار أمريكي	تعادل القوة الشرائية بالدولار الأمريكي	١٩٧٠-٢٠١١	١٩٧٠-١٩٩٠			الصحة	التعليم	الجيش	الرسمية	من صناديق السلع والخدمات	شريحة الـ ٤٠٪ الأقر	شريحة الـ ٢٠٪ الأغنى		
إثيوبيا	٤٠٠	١,١١٠	-	٣,٣	٧	X٣٩	٢	٥	١	٣,٥٢٩	١٢	٤	٣٢	٣٩	
الأرجنتين	٩,٧٤٠	١٧,٢٥٠	٠,٨-	٢,٣	٨	١	٦	٦	١	١٥٥	١٦	١٦	١٤	٤٩	
الأردن	٤,٣٨٠	٥,٩٧٠	X٢,٥	٢,٦	٤	٠	٦	٦	١	٩٥٥	٢	٤	١٩	٤٤	
أرمينيا	٣,٣٠٠	٦,١٤٠	-	٦,١	٤٧	١	٢	٤	٤	٣٤٠	٤	٣١	٢٢	٤٠	
إريتريا	٤٣٠	٥٥٨٠	-	X٠,٨-	X١٣	-	١	-	-	١٦٦	٨	-	-	-	
أذربيجان	٥,٢٩٠	٩,٠٢٠	-	٥,٩	٥٠	٠	١	٣	٣	١٥٦	٠	١	٢٠	٤٢	
إسبانيا	٣٠,٩٩٠	٣١,٩٣٠	١,٩	١,٩	٤	-	٧	٥	١	-	-	-	X١٩	X٤٢	
أستراليا	X٤٦,٢٠٠	X٣١,٩١٠	١,٦	٢,٢	٣	-	٦	٥	٢	-	-	-	-	-	
أستونيا	١٥,٢٠٠	٢١,٢٧٠	-	X٥,٥	X٦	X١	٥	٦	٢	-	-	-	X١٨	X٤٣	
إسرائيل	٢٨,٩٣٠	٣٧,٩١٠	١,٩	١,٨	٥	-	٤	٦	٦	-	-	-	X١٦	X٤٥	
أفغانستان	X٤١٠	X٤,٩١٠	-	-	-	-	٢	-	٢	٦,٣٧٤	-	-	٢٣	٣٧	
إكوادور	٤,١٤٠	٨,٣١٠	١,٣	١,٥	٥	٥	٣	-	٤	١٥٣	٠	٨	١٣	٥٤	
ألبانيا	٣,٩٨٠	٨,٩٠٠	X٠,٧-	٥,٣	١٣	١	٣	٣	٢	٣٣٨	٢	٩	٢٠	٤٣	
ألمانيا	٤٣,٩٨٠	٤٠,١٧٠	٢,٣	١,٣	١	-	٨	٥	١	-	-	-	X٢٢	X٢٧	
الإمارات العربية المتحدة	٤٠,٧٦٠	٤٨,٢٢٠	X٤,٣-	١,٩-	٥	-	٢	١	٦	-	-	-	-	-	
الولايات المتحدة الأمريكية	٤٨,٤٥٠	٤٨,٨٩٠	٢,١	١,٧	٢	-	٨	٥	٥	-	-	-	X١٦	X٤٦	
أنغيوا وبربودا	١٢,٠٦٠	١٥,٦٧٠	X٧,٨	٠,٦	٤	-	٤	٢	٢	١٩	٢	-	-	-	
أنغولا	٤,٠٦٠	٥,٢٩٠	-	٤,١	٣٠	X٥٤	-	٢	٥	٣٣٩	٠	٤	X٨	X٢٢	
أندورا	X٤١,٧٥٠	-	١,٤-	X٢,٥	X٣	-	٥	٤	-	-	-	-	-	-	
إندونيسيا	٢,٩٤٠	٤,٥٣٠	٤,٦	٢,٧	١٤	١٨	١	٤	١	١,٣٩٢	٠	١٦	٢٠	٤٣	
أوروغواي	١١,٨٦٠	١٤,٧٤٠	٠,٩	٢,١	١٥	٠	٥	-	٥	٤٩	٢	١٢	١٤	٥١	
أوزبكستان	١,٥١٠	٤,٣٤٠	-	٢,٥	٧٨	-	٢	٢	-	٢٢٩	١	٢	X١٩	X٤٤	
أوغندا	٥١٠	١,٣٢٠	-	٣,٧	٧	٣٨	٢	٣	٢	١,٧٣٠	١٠	١	١٥	٥١	
أوكرانيا	٣,١٢٠	٧,٠٨٠	-	٠,٦	٦٧	٠	٤	٥	٣	٦٢٤	٠	٣٩	٢٤	٣٦	
جمهورية إيران الإسلامية	X٤,٥٢٠	X١١,٤٠٠	٢,٣-	X٢,٧	X٢٢	X٢	٢	٥	٢	١٢٢	-	-	١٧	٤٥	
إيرلندا	٣٨,٥٨٠	٣٣,٣١٠	-	X٠,٦	X١	-	٧	٦	١	-	-	-	X٢٠	X٤٢	
آيسلندا	٣٥,٠٢٠	٣١,٦٤٠	٣,٢	٢,١	٥	-	٧	٨	٠	-	-	-	-	-	
إيطاليا	٣٥,٣٣٠	٣٢,٣٥٠	٢,٨	٠,٨	٣	-	٧	٥	٢	-	-	-	X١٨	X٤٢	
بابوا غينيا الجديدة	١,٤٨٠	٤,٢٥٠	١,٠-	٠,١	٨	-	٢	-	٢	٥١٢	٦	١٣	-	-	
باراغواي	٢,٩٧٠	٥,٣١٠	٣,١	٠,٣	١٠	١٠	٣	٤	١	١٠٥	١	٤	١١	٥٦	
باربادوس	X١٢,٦٦٠	X٤,١٨,٨٥٠	١,٧	X١,١	X٣	-	٤	١	١	١٦	-	-	-	-	
باكستان	١,١٢٠	٢,٨٨٠	٢,٦	١,٩	١٠	٢١	٣	٣	٢	٣,٠٢١	٢	١٠	٢٢	٤٠	
بالو	٧,٢٥٠	٤,١٢,٣٢٠	-	X٠,١-	X٣	-	٩	-	٩	٢٦	-	٢٠	-	-	
جزر البهاما	X٢١,٩٧٠	X٤,٢٩,٨٥٠	١,٩	٠,٧	٤	-	٣	-	-	-	-	-	-	-	
البحرين	X١٥,٩٢٠	X٢١,٢٤٠	X١,٠-	X١,٣	X٣	-	٣	٣	٣	-	-	-	-	-	
البرازيل	١٠,٧٢٠	١١,٥٠٠	٢,٣	١,٦	٤٩	٦	٤	٦	٤	٦٦٤	٢	١٩	١٠	٥٩	
البرتغال	٢١,٢٥٠	٢٤,٥٣٠	٢,٥	١,٥	٤	-	٨	٦	٢	-	-	-	-	-	
بروناي دار السلام	X٣١,٨٠٠	X٤٩,٧٩٠	X٢,٢-	X٠,٤-	X٥	-	-	٢	٢	-	-	-	-	-	
المملكة المتحدة	٣٧,٧٨٠	٣١,٩٧٠	٢,١	٢,٤	٢	-	٨	٦	٢	-	-	-	-	-	
بلجيكا	٤٦,١٦٠	٣٩,٣٠٠	٢,٢	١,٦	٢	-	٧	٦	١	-	-	-	X٢١	X٤١	
بلغاريا	٦,٥٥٠	١٣,٩٨٠	X٣,٤	٣,٣	٣٧	٠	٤	٤	٢	-	-	-	٢٢	٣٧	
بنغلادش	٧٧٠	١,٩٤٠	٠,٦	٣,٦	٤	٤٣	٢	٢	١	١,٤١٧	١	٣	٢١	٤١	
بنما	٩,٩١٠	٤,١٤,٧٤٠	٠,٣	٣,٤	٢	٧	٥	٤	٥	١٢٩	-	١	١١	٥٦	
بوتان	٢,٠٧٠	٥,٤٨٠	-	٥,٣	٧	١٠	٥	٥	٥	١٣١	-	٩	١٧	٤٥	
بوتسوانا	٧,٤٨٠	١٤,٥٦٠	٨,١	٣,٤	٩	-	٨	٨	٣	١٥٧	١	١	-	-	
بوركيينا فاسو	٥٧٠	١,٣١٠	١,٣	٢,٨	٣	٤٥	٤	٥	١	١,٠٦٥	١٢	-	١٧	٤٧	
بوروندي	٢٥٠	٦١٠	١,٢	١,٤-	١٤	٨١	٥	٧	٣	٦٣٢	٤٠	١	٢١	٤٣	
اليوسنة والهرسك	٤,٧٨٠	٩,٣٠٠	-	X٨,٣	X٥	٠	٧	-	١	٤٩٢	٢	١٦	١٨	٤٣	
بولندا	١٢,٤٨٠	٢٠,٤٥٠	-	٤,٤	١٠	٠	٥	٦	٢	-	-	-	٢٠	٤٢	
بوليفيا (دولة متعددة القوميات)	٢,٠٤٠	٤,٩٢٠	١,١-	١,٦	٧	١٦	٣	-	٢	٦٧٦	٤	٨	٩	٥٩	
بيرو	٥,٥٠٠	١٠,١٦٠	٠,٦-	٣,٢	١٠	٥	٣	٣	١	٢٥٤-	-	-	١٢	٥٢	
بيلاروس	٥,٨٣٠	١٤,٥٦٠	-	٤,٧	١١٣	٠	٤	٥	١	١٣٧	١	٠	٢٣	٣٦	
بليز	٣,٦٩٠	٤,٦,٠٧٠	٢,٩	١,٨	١	-	٤	٦	١	٢٥	٢	١١	-	-	

البلدان والأقاليم	حصة الفرد من الدخل القومي الإجمالي ٢٠١١		متوسط معدل النمو السنوي لحصة الفرد من الناتج المحلي الإجمالي (%)		متوسط المعدل السنوي للنسج (%) في اليوم ١٩٩٠-٢٠١١	خط الفقر الدولي: ١,٢٥ دولار أمريكي في اليوم (٢٠٠٦-٢٠١١)	اتفاق القطاع العام كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي (٢٠١٠-٢٠٠٧) المخصص لمجالات:			تدفق مساعدات التنمية الرسمية بملايين الدولارات الأمريكية ٢٠١٠	تدفق مساعدات التنمية الرسمية كنسبة مئوية من الدخل القومي الإجمالي للمتلقيين ٢٠١٠	خدمة الديون من صادرات السلع والخدمات ٢٠١٠	حصة دخل الأسرة المعيشية (٢٠٠٥-٢٠١١ ×٪)	
	دولار أمريكي	تعادل القوة الشرائية بالدولار الأمريكي	١٩٩٠-١٩٩٠	٢٠١١-٢٠١١			الصحة	التعليم	الجيش				شريحة الـ ٤٠٪ الأفقر	شريحة الـ ٢٠٪ الأغنى
بنن	٧٨٠	١,٦٢٠	٠,٥	١,٢	٥	X٤٧	٢	٥	٦٩١	١٠	-	X ١٨	X ٤٦	
تايلندا	٤,٤٢٠	٨,٣٩٠	٤,٧	٢,٨	٣	٠	٣	٤	١١-	٠-	٥	١٧	٤٧	
تركمانستان	٤,١١٠	٤٨,٣٥٠	-	٥,٨	٨٦	-	١	-	٤٣	٠	-	-	-	
تركيا	١٠,٤١٠	١٦,٧٣٠	٢,٠	٢,٤	٤٤	٠	٥	-	١,٠٤٩	٠	-	١٧	٤٥	
ترينيداد وتوباغو	١٥٠,٤٠	٤٢٤,٩٤٠	٠,٥	٤,٨	٥	-	٢	-	٤	٠	-	-	-	
تشاد	٦٩٠	١,٢٧٠	-٠,٩	٣,١	٦	X ٦٢	٤	٣	٤٩٠	٧	-	X ١٧	X ٤٧	
الجمهورية التشيكية	١٨,٥٢٠	٢٤,١٩٠	-	٢,٧	٥	-	٦	٥	-	-	-	-	-	
تشيلي	١٢,٢٨٠	١٦,١٦٠	١,٥	٣,٤	٦	١	٦	٥	١٩٨	٠	-	١٢	٥٨	
جمهورية تنزانيا الاتحادية	٥٥٠	١,٥١٠	-	٢,٥	١٣	٦٨	٢	٧	٢,٩٦١	١٣	-	١٨	٤٥	
توغو	٥٦٠	١,٠٣٠	-٠,٣	٠,١	٤	٣٩	١	٢	٤٢١	١٥	-	١٩	٤٢	
توفالو	٥,٠١٠	-	-	٢,١	٣	-	-	١٠	١٣	٣٥	-	-	-	
تونغا	٣,٥٨٠	٤٤,٦٩٠	-	١,٥	٦	-	-	٥	٧٠	١٩	-	-	-	
تونس	٤,٠٧٠	٩,٠٩٠	٢,٥	٣,٣	٤	X ١	٣	٦	٥٥١	١	-	١٦	٤٨	
تيمور الشرقية	X ٢,٧٣٠	X ٤٥٥,٢١٠	-	X ١,٩	X ٧	٣٧	٩	١٦	٢٩٢	١١	-	٢١	٤١	
الغالبون	٧,٩٨٠	١٣,١٥٠	٠,٢	٠,٧-	٦	X ٥	١	-	١٠٤	١	-	١٦	٤٨	
جامايكا	٤,٩٨٠	٤٧,٧٧٠	١,٣-	٠,٥	١٥	X ٠	٣	٦	١٤١	١	-	X ١٤	X ٥٢	
غامبيا	٦١٠	٢,٠٦٠	٠,٦	٠,٩	٦	X ٢٤	٣	٤	١٢١	١٦	-	X ١٢	X ٥٢	
غرينادا	٧,٢٢٠	٤١,٥٣٠	X ٤,٢	٢,٩	٤	-	٤	-	٣٤	٦	-	١٢	-	
الجزائر	٤,٤٧٠	٤٨,٣٧٠	١,٦	١,٥	١٢	٥	٥	٣	١٩٩	٠	-	١	-	
جزر سليمان	١,١١٠	٤٢,٣٦٠	-	٠,٩-	٧	-	٥	٧	٣٥٠	٦١	-	٦	-	
جزر الكوك	-	-	-	-	-	-	-	-	١٣	-	-	-	-	
جزر مارشال	٣,٩١٠	-	-	٠,٥	٢	-	-	١٦	٩١	٤٩	-	-	-	
جمهورية أفريقيا الوسطى	٤٧٠	٨١٠	١,٣-	٠,٥-	٣	٦٣	٢	١	٣٦٤	١٣	-	١٠	٦١	
الكونغو	٢,٢٧٠	٣,٢٨٠	٣,٣	٠,٤	٨	X ٥٤	-	٦	١,٣١٤	١٥	-	١٣	٥٣	
جنوب أفريقيا	٦,٩٦٠	١٠,٧٩٠	٠,١	١,٣	٨	١٤	٢	٥	١,٠٢٢	٠	-	٧	٦٨	
جنوب السودان δ	b	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
غواتيمالا	٢,٨٧٠	٤٤,٨٠٠	٠,٢	١,٣	٧	١٤	٢	٣	٣٩٨	١	-	١٠	٦٠	
غوايانا	X ٢,٩٠٠	X ٤٣,٤٦٠	١,٣-	X ٢,٨	X ١١	-	٧	٣	١٥٣	٦	-	٢	-	
جورجيا	٢,٨٦٠	٥,٣٨٠	٣,١	٢,٧	٦٧	١٥	٢	٦	٢٦٦	٦	-	١٦	٤٧	
جيبوتي	X ١,٢٧٠	X ٢,٤٥٠	-	X ١,٤-	X ٢	X ١٩	٥	٨	١٣٣	-	-	٧	X ٤٦	
الدنمارك	٦٠,٣٩٠	٤٣,٣٢٠	٢,٠	١,٤	٢	-	٩	٩	-	-	-	-	-	
دومينيكا	٧,٠٩٠	٤١٣,٤٦٠	X ٥,٢	٢,٢	٣	-	٤	٤	٣٢	٩	-	٧	-	
جمهورية الدومينيكان	٥,٢٤٠	٤٩,٤٩٠	٢,١	٣,٩	١١	٢	٢	٢	١٧٧	٠	-	١٣	٥٣	
الرأس الأخضر	٣,٥٤٠	٤,٠٠٠	-	٥,٠	٢	X ٢١	٢	٦	٣٢٩	٢١	-	X ١٢	X ٥٦	
رواندا	٥٧٠	١,٢٤٠	١,٢	٢,٣	٩	٦٣	٥	٤	١,٠٣٤	١٩	-	١٣	٥٧	
الاتحاد الروسي	١٠,٤٠٠	٢٠,٠٥٠	-	٢,٣	٥٢	٠	٣	٤	-	-	-	١٣	٤٧	
رومانيا	٧,٩١٠	١٥,١٤٠	X ٠,٩	٢,٨	٤٤	٠	٤	٤	-	٢	-	٢١	٣٨	
زامبيا	١,١٦٠	١,٤٩٠	٢,٣-	٠,٨	٢٨	٦٩	٤	١	٩١٣	٦	-	١٠	٥٩	
زيمبابوي	٦٤٠	-	٠,٤-	٣,٠-	١	-	-	٢	٧٣٨	١١	-	-	-	
ساحل العاج	١,١٠٠	١,٧٣٠	١,٧-	٠,٦-	٥	٢٤	١	٥	٨٤٨	٤	-	١٦	٤٨	
ساموا	٣,١٩٠	٤٤,٤٣٠	-	٢,٨	٦	-	٥	٥	١٤٧	٢٧	-	-	-	
سان مارينو	X ٥٠,٤٠٠	-	١,٧	X ٢,٢	X ٢	-	٦	-	-	-	-	-	-	
سينت فنسنت وغرينادين	٦,١٠٠	٤١٠,٥٦٠	٣,٣	٣,٢	٤	-	٣	٥	١٧	٣	-	١٤	-	
سينت كيتس ونيفيس	١٢,٤٨٠	٤١٤,٤٩٠	X ٦,٣	١,٦	٥	-	٤	٤	١١	٢	-	١٧	-	
سينت لوشيا	٦,٦٨٠	٤٩,٠٨٠	X ٥,٣	٠,٧	٣	-	٥	٤	٤١	٥	-	٦	-	
ساو تومي وبرينسيبي	١,٣٦٠	٢,٠٨٠	-	-	-	X ٢٨	٢	-	-	-	-	X ١٤	X ٥٦	
سري لانكا	٢,٥٨٠	٥,٥٦٠	٣,٠	٤,١	١٠	٧	٢	٣	٥٨١	٤	-	١٧	٤٨	
المملكة العربية السعودية	١٧,٨٢٠	٢٤,٨٧٠	١,٤-	٠,٢	٥	-	٢	٦	-	٨	-	-	-	
السلطادور	٣,٤٨٠	٤٦,٦٩٠	١,٩-	٢,٤	٤	٩	٤	٤	٢٨٤	١	-	١٢	٥٣	
سلوفاكيا	١٦٠,٧٠	٢٢,١٠٠	-	٣,٧	٦	٠	٦	٥	-	١	-	٢٤	٣٦	
سلوفينيا	٢٢,٦١٠	٢٧,١١٠	-	٣,٢	١٢	X ٠	٦	٦	-	٢	-	٢١	X ٢٩	
سنغافورة	٤٢,٩٣٠	٥٩,٧٩٠	٥,٩	٣,٥	١	-	٢	٤	-	٥	-	-	-	
السنگال	١,٠٧٠	١,٩٦٠	-٠,٥	١,١	٤	X ٣٤	٣	٦	٩٣١	٢	-	١٧	٤٦	
سوازيلاند	٣,٣٠٠	٥,٩٧٠	٣,١	١,٨	٩	٤١	٤	٨	٩٢	٣	-	١١	٥٧	
السودان δ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
الجمهورية العربية السورية	X ٢,٧٥٠	X ٥٠,٠٩٠	٢,٢	X ١,٨	X ٧	X ٢	١	٥	١٣٧	٤	-	٣	X ٤٤	

البلدان والأقاليم	حصة الفرد من الدخل القومي الإجمالي ٢٠١١		متوسط معدل النمو السنوي لحصة الفرد من الناتج المحلي الإجمالي (%)		متوسط المعدل السنوي للنسجم (%) ٢٠١١ - ١٩٩٠	السكان دون خط الفقر الدولي: ١,٢٥ دولار أمريكي في اليوم (X) - ٢٠٠٦ - ٢٠١١	اتفاق القطاع العام كسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي (٢٠٠٧ - ٢٠١٠) المخصص لمجالات:			تدفق مساعدات التنمية الرسمية كسبة مئوية من الدخل القومي بالدولارات الأمريكية ٢٠١٠	تدفق مساعدات التنمية الرسمية كسبة مئوية من صادرات السلع والخدمات ٢٠١٠	حصة دخل الأسرة المعيشية (٢٠٠٥ - ٢٠١١) (%)
	دولار أمريكي	تعادل القوة الشرائية بالدولار الأمريكي	١٩٧٠-١٩٩٠	١٩٧٠-٢٠١١			الصحة	التعليم	الجيش			
سورينام	X٧,٦٤٠	X٧,٦٤٠	X٢,٢-	X١,٧	X٤٦	-	٤	-	١٠٤	-	-	-
السويد	٥٣,٢٢٠	٤٢,٣٥٠	١,٨	٢,٢	٢	-	٨	٧	-	١	X٢٧	X٢٢
سويسرا	٧٦,٣٨٠	٥٠,٩٠٠	X١,٧	-٠,٩	١	-	٦	٥	-	١	X٤١	X٢٠
سيراليون	٣٤٠	٨٥٠	-٠,٥-	١,١	١٦	X٥٣	١	٤	٤٧٥	٢	X٤٩	X١٦
سيشيل	١١,١٢٠	٤٣,٣٢٠	٢,٩	٢,٠	٦	٠	٢	-	٥٦	١	٧٠	٩
صربيا	٥,٦٨٠	١١,٦٤٠	-	١,٤	X٢٢	٠	٦	٥	٦٥١	٢	٣٧	٢٢
الصومال	a	-	-٠,٨-	-	-	-	-	-	٤٩٩	-	-	-
الصين	٤,٩٢٠	٨,٤٢٠	٦,٦	٩,٣	٥	١٢	٢	-	٦٤٨	٢	٤٨	١٥
طاجيكستان	٨٧٠	٢,٣١٠	-	٠,٢	٧٣	٧	٥	٥	٤٣٠	٨	٣٩	٢١
العراق	٢,٦٤٠	٣,٧٧٠	-	X١,٩-	X١٢	٣	٣	-	٢,١٩٢	٦	٤٠	٢١
عمان	X١٩,٢٦٠	X٢٥,٧٧٠	٣,١	٢,٧	٥	-	٢	٤	٤٠-	١٠	-	-
غانا	١,٤١٠	١,٨٢٠	٢,٠-	٢,٥	٢٦	٢٩	٣	٥	١,٦٩٤	٠	٤٩	١٥
غينيا	٤٤٠	١,٠٥٠	-	٢,٩	٨	٤٣	١	٢	٢١٤	-	٤٦	١٧
غينيا الاستوائية	١٤,٥٤٠	٢٤,١١٠	-	١٨,٢	١١	-	٣	-	٨٥	-	-	-
غينيا بيساو	٦٠٠	١,٢٥٠	٠,٠	١,٣-	١٧	X٤٩	٢	-	١٤١	-	X٤٢	X١٩
الفاتيكان	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
فانواتو	٢,٨٧٠	٤,٥٠٠	X١,٢	٠,٦	٣	-	٣	٥	١٠٨	-	-	-
فرنسا	٤٢,٤٢٠	٣٥,٨٦٠	٢,١	١,٢	٢	-	٦	٩	-	٣	-	-
الفلبين	٢,٣١٠	٤,١٦٠	٠,٥	١,٩	٧	١٨	١	٣	٥٣٥	٢	٥٠	١٥
دولة فلسطين	b	-	-	X٢,٤-	X٤	٠	-	-	٢,٥١٩	-	٤٣	١٩
جمهورية فنزويلا البوليفارية	١١,٩٢٠	١٢,٦٢٠	١,٧-	٠,٤	٣٢	٧	٣	٤	٥٣	١	٤٩	١٤
فنلندا	٤٨,٤٢٠	٣٧,٩٩٠	٢,٩	٢,٥	٢	-	٧	٧	-	٢	X٢٧	X٢٤
فيجي	٣,٦٨٠	٤,٥٩٠	-٠,٦	١,٣	٤	٦	٣	٤	٧٦	٢	٥٠	١٦
فيتنام	١,٢٢٠	٢,٣٦٠	-	٦,٠	١٠	١٧	٣	٥	٢,٩٤٥	٢	٤٣	١٩
قبرص	X٢٩,٤٥٠	X٢٠,٩١٠	X٥,٩	٢,٠	٣	-	٢	٨	-	٢	-	-
قطر	٨٠,٤٤٠	٨٧,٠٢٠	-	X٠,٨	X١١	-	٢	٢	-	٢	-	-
كازاخستان	٨,٢٢٠	١١,٣١٠	-	٤,١	٥٤	٠	٣	٤	٢٢٢	١	٣٨	٢٢
كاميرون	١,٢١٠	٢,٣٦٠	٣,٤	٠,٨	٤	١٠	٤	٤	٥٣٨	٢	٤٦	١٧
كرواتيا	١٣,٨٥٠	١٩,٣٢٠	-	٢,٨	٢٤	٠	٢	٤	١٤٩	٢	٤٢	٢٠
كمبوديا	٨٣٠	٢,٢٦٠	-	X٦,٥	X٤	٢٣	٢	٢	٧٣٧	١	٤٦	١٩
كندا	٤٥,٥٦٠	٣٩,٨٢٠	٢,٠	١,٨	٢	-	٧	٥	-	١	X٤٠	X٢٠
كوبا	X٥,٤٦٠	-	٣,٩	X٣,٠	X٤	-	١١	١٤	١٢٩	٣	-	-
كوريا الجنوبية (جمهورية كوريا)	٢٠,٨٧٠	٣٠,٢٩٠	٦,٢	٤,١	٤	-	٤	٥	-	٣	-	-
جمهورية كوريا الديمقراطية الشعبية	a	-	-	-	-	-	-	-	٧٩	-	-	-
كوستاريكا	٧,٦٦٠	٤١١,٩٥٠	٠,٧	٢,٦	١٢	٢	٧	٦	٩٦	-	٥٦	١٢
كولومبيا	٦,١١٠	٩,٦٤٠	١,٩	١,٦	١٣	٨	٥	٥	٩١٠	٤	٦٠	١٠
جزر القمر	٧٧٠	١,١٢٠	X٠,١-	-٠,٨-	٤	X٤٦	٢	٨	٦٨	-	X٦٨	X٨
جمهورية الكونغو الديمقراطية	١٩٠	٣٥٠	٢,٢-	٢,٦-	٢١١	٨٨	٣	٣	٣,٤١٣	١	٥١	١٥
الكويت	X٤٨,٩٠٠	X٥٣,٨٢٠	X٦,٧-	X١,٤	X٦	-	٣	-	-	٤	-	-
قيرغيزستان	٩٢٠	٢,٢٩٠	-	٠,٧	٣٥	٦	٣	٦	٣٧٣	٨	٤٣	١٨
كيريباتي	٢,١١٠	٤٣,٤٨٠	٥,٣-	١,١	٣	-	١٠	-	٢٣	-	-	-
كينيا	٨٢٠	١,٧٢٠	١,٢	٠,٤	٩	X٤٢	-	٧	١,٦٣١	٢	٥٢	١٤
لاتفيا	١٢,٣٥٠	١٧,٨٢٠	٣,٤	٤,٤	١٧	٠	٤	٦	-	١	٤٤	١٨
جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية	١,١٣٠	٢,٦٠٠	-	٤,٧	٢١	٣٤	١	٢	٤١٦	٠	٤٥	١٩
لبنان	٩,١١٠	١٤,٠٠٠	-	٢,٥	٧	-	٤	٢	٤٤٩	٤	-	-
لوكسمبورغ	٧٨,١٢٠	٦٣,٥٤٠	٢,٦	٢,٧	٣	-	٥	-	-	١	X٣٩	X٢١
ليبيريا	٢٤٠	X٤١٦,٧٥٠	-	-	٣٠	-	٢	-	٩	-	-	-
ليتوانيا	١٢,٢٨٠	١٩,٦٩٠	٥٢٠	٣,٦	٢٠	٠	٥	٦	-	٢	٤٤	١٨
ليسوتو	١,٢٢٠	٢,٠٧٠	٢,٤	٢,٣	٨	X٤٢	٥	١٣	٢٥٧	١٠	X٥٦	X١٠
ليختنشتاين	X١٢٧,٠٧٠	-	٢,٢	X٣,٠	X١	-	-	٢	-	-	-	-
ملادي	٣٤٠	٨٧٠	٠,٠	١,٣	٣٥	X٧٤	٤	-	١,٠٢٧	١	X٤٧	X١٨
المالديف	٦,٥٢٠	٨,٥٤٠	-	X٥,٨	X٥	-	٥	٩	١١١	-	X٤٤	X١٧
مالطا	X١٨,٦٢٠	X٢٤,١٧٠	٦,٠	٢,٤	٣	-	٦	٦	-	١	-	-
مالي	٦١٠	١,٠٥٠	٠,١	٢,١	٥	٥٠	٣	٤	١,٠٩٢	٢	٤١	٢٠
ماليزيا	٨,٤٢٠	١٥,١٩٠	٤,٠	٣,١	٤	٠	٢	٦	٢	٢	٥١	١٣

البلدان والأقاليم	حصة الفرد من الدخل القومي الإجمالي ٢٠١١		متوسط معدل النمو السنوي لحصة الفرد من الناتج المحلي الإجمالي (%)		خط الفقر الدولي: ١,٢٥ دولار أمريكي في اليوم (٢٠٠٦ - ٢٠١١)	اتفاق القطاع العام كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي (٢٠١٠ - ٢٠٠٧) المخصص لمجالات:			تدفق مساعدات التنمية الرسمية كنسبة مئوية من الدخل القومي الإجمالي للدولارات الأمريكية ٢٠١٠	تدفق مساعدات التنمية الرسمية كنسبة مئوية من صادرات السلع والخدمات للتمتتين الأمريكية ٢٠١٠	حصة دخل الأسرة المعيشية (٢٠٠٥ - ٢٠١١) (%)		
	دولار أمريكي	تعادل القوة الشرائية بالدولار الأمريكي	١٩٩٠-١٩٩٠	٢٠١١-٢٠١١		الصحة	التعليم	الجيش					
بنغلاديش	١٢,٧٣٠	٢٠,٢٨٠	٣,٠	٢,٥	١١	٥	٥	١	—	—	٢١	٤٠	
بنغلاديش	٤٣٠	٩٥٠	٢,٣-	٠,٣-	١٣	٣	٣	١	٥	٥	١٥	٥٠	
مصر	٢,٦٠٠	٦,١٦٠	٤,٣	٢,٨	٧	٤	٢	٢	٥٩٤	٠	٢٢	٤٠	
المغرب	٢,٩٧٠	٤,٩١٠	١,٩	٢,٥	٣	٥	٢	١	٩٩٤	١	١٧	٤٨	
جمهورية مقدونيا اليوغوسلافية السابقة	٤,٧٣٠	١١,٤٩٠	—	١,٢	٢٢	—	٥	٢	١٧٨	٢	١٢	٤٩	
المكسيك	٩,٢٤٠	١٥,١٢٠	١,٧	١,٢	١٢	٣	١	١	٤٧٣	٠	١٣	٥٤	
منغوليا	٢,٣٢٠	٤,٦٦٠	—	٣,٣	٢٤	٥	٤	١	٣٠٤	٥	١٨	٤٤	
موريتانيا	١,٠٠٠	٢,٤١٠	١,١-	١,٢	٨	٤	٢	٢	٣٧٣	١٠	١٦	٤٧	
موزمبيق	٨,٢٤٠	١٤,٧٦٠	X٢,٢	٣,٥	٦	٢	٢	٠	١٢٥	١	—	—	
موزامبيق	٤٧٠	٩٨٠	X١,٠-	٤,٣	١٧	٤	٦٠	—	١,٩٥٩	٢١	١٥	٥١	
جمهورية مولدوفا	١,٩٨٠	٣,٦٧٠	X١,٨	٠,١-	٣٨	٦	٠	١٠	٤٦٨	٧	٢٠	٤١	
موناكو	X١٨٣,١٥٠	١,٤	—	X٢,١	X١	٣	—	١	—	—	—	—	
الجزيل الأسود	٧,٠٦٠	١٣,٧٢٠	—	X٣,٤	X٧	٧	٠	—	٧٧	٢	٢٢	٣٩	
ميانمار	a	—	١,٦	X٧,٤	X٢٤	٠	—	—	٣٥٨	—	٨	—	
ولايات ميكرونيسيا المتحدة	٢,٩٠٠	e٢,٦١٠	—	٠,٤	٢	١٣	X٢١	—	١٢٥	٤١	X٧	X٦٤	
ناميبيا	٤,٧٠٠	٦,٦٠٠	X٢,١-	١,٩	٩	٤	X٣٢	٦	٣٥٩	٢	X٨	X٦٩	
ناورو	—	—	—	—	—	—	—	—	٢٨	—	—	—	
النرويج	٨٨,٨٩٠	٥٨,٠٩٠	٣,٢	٢,٠	٤	٨	٨	٧	—	—	X٢٤	X٢٧	
النمسا	٤٨,٣٠٠	٤١,٩٧٠	٢,٥	١,٨	١	٨	—	١	—	—	X٢٢	X٣٨	
نيبال	٥٤٠	١,٢٦٠	١,١	١,٩	٧	٢	٢٥	٢	٨٢١	٥	٢٠	٤١	
النيجر	٣٦٠	٧٣٠	٢,٠-	٠,٣-	٤	٣	٤٤	٤	٧٤٩	١٤	٢٠	٤٣	
نيجيريا	١,٢٠٠	٢,٣٠٠	١,٣-	٢,١	٢٠	٢	٦٨	١	٢,٠٦٩	١	١٣	٥٤	
نيكاراغوا	١,١٧٠	e٢,٨٤٠	٣,٧-	١,٩	١٧	٥	X١٢	١	٦٢٨	١٠	١٦	٤٧	
نيوزيلندا	X٢٩,٣٥٠	X٢٩,١٤٠	X١,١	X١,٨	X٢	٨	—	٦	—	—	—	—	
نيوي	—	—	—	—	—	—	—	—	١٥	—	—	—	
هايتي	٧٠٠	e١,١٩٠	—	X١,٠-	X١٥	١	X٦٢	١	٣,٠٧٦	٤٦	X٩	X٦٣	
الهند	١,٤١٠	٣,٦٢٠	٢,٠	٤,٩	٦	٣٣	١	٣	٢,٨٠٧	٣	٢١	٤٢	
هندوراس	١,٩٧٠	e٣,٨٤٠	٠,٨	١,٦	١٣	٢	١٨	٢	٥٧٦	٢	٨	٦٠	
هولندا	٤٣,٧٣٠	٤٣,٧٧٠	١,٦	١,٩	٢	٨	—	٦	—	—	—	—	
اليابان	٤٥,١٨٠	٣٥,٥١٠	٣,٤	٠,٧	١-	٧	—	٢	—	—	—	—	
اليمن	١,٠٧٠	٢,١٨٠	—	١,١	١٥	٢	X١٨	٥	٦٦٦	٤	١٨	٤٥	
اليونان	٢٥,٠٣٠	٣٦,٠٤٠	١,٣	٢,٢	٥	٧	—	٧	—	—	X١٩	X٤١	
مذكرة													
السودان وجنوب السودان δ	X١,٣٠٠	X٢,٠٢٠	٠,١	٣,٤	٢٦	٢٠	٢	٢	٢,٠٥٥	—	١٨	٤٢	
ملخص المؤشرات#													
أفريقيا جنوب الصحراء	١,٢٦٩	٢,٢٦٩	٠,٠	٢,٠	٢٩	٥٢	٢	٢	٤٠,٦٠٤	١	١٥	٥٠	
شرق وجنوب أفريقيا	١,٦٢١	٢,٨٦٨	٠,٣	١,٩	٣٤	٥١	٣	٢	١٩,٥٧٢	١	١٦	٥٠	
غرب ووسط أفريقيا	٩٢٧	١,٧٢١	٠,٥-	٢,٠	٢١	٥٩	—	—	١٨,٨٤٤	—	١٥	٥٠	
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	٦,٢٣٤	٩,٦٥٥	٠,١-	٠,٨	٧	—	٢	٤	١١,٥٣٥	٥	١٩	٤٣	
جنوب آسيا	١,٣١٩	٣,٣٦٦	٢,٠	٤,٥	٦	٢٢	—	—	١٥,٢٦٣	—	٢١	٤٢	
شرق آسيا ودول المحيط الهادي	٤,٨٥٣	٨,١٨٥	٥,٦	٧,٥	٥	١٤	xx٢	xx٤	٩,٢٨٩	xx٢	١٦	٤٧	
أمريكا اللاتينية ودول البحر الكاريبي	٨,٥٩٥	١١,٧٥٩	١,٤	١,٧	٢٨	٥	٤	٥	٩,٢٧٢	١	١٢	٥٦	
دول وسط وشرق أوروبا / رابطة الدول المستقلة	٧,٦٧٨	١٤,٢١٦	—	٢,٥	٥١	٠	٣	٤	٦,٥٨٢	٣	١٩	٤٣	
الدول الأقل نمواً	٦٩٥	١,٤٤٤	٠,١-	٣,١	٤٥	٥١	٢	٤	٤٤,٥٣٨	٢	١٩	٤٥	
العالم	٩,٥١٣	١١,٥٨٠	٢,٤	٢,٦	٨	٢٢	xx٦	xx٥	٩٠,٣٥٨	xx٣	١٧	٤٦	

المؤشرات الأساسية

δ بسبب انفصال جمهورية جنوب السودان عن جمهورية السودان في يوليو / تموز ٢٠١١، وانضمام جمهورية جنوب السودان بعد ذلك إلى الأمم المتحدة في ١٤ يوليو / تموز ٢٠١١، لا تتوافر بعدُ بيانات مصنّفة لجميع المؤشرات عن السودان وعن جنوب السودان كدولتين مستقلتين. أما البيانات المُجمّعة فهي معروضة للسودان قبل الانفصال (انظر بند المذكرة).

للاطلاع على قائمة كاملة بالبلدان والأقاليم داخل المناطق، والمناطق الفرعية وفئات البلدان، انظر الصفحة رقم ١٠٦.

تعريف المؤشرات

القطاع العام.

حصة الفرد من الدّخل القومي الإجمالي - الدّخل القومي الإجمالي هو مجموع القيمة المضافة من جميع المنتجين المقيمين، يُضاف إليه أي ضرائب مفروضة على المنتجات غير المشمولة في تخمين قيمة المخرجات (يُطرح منه الدعم الحكومي)، ويضاف إليه المقبوضات الصافية من الدخل الأساسي الواردة من الخارج (أجور الموظفين والدخل من الممتلكات). وحصة (نصيب) الفرد من الدخل القومي الإجمالي هي الدخل القومي الإجمالي مقسومٌ على عدد السّكان في منتصف العام. وتحوّل حصة الفرد من الدخل القومي الإجمالي بالدولار الأمريكي باستخدام أسلوب أطلس المتّبع لدى البنك الدولي.

حصة الفرد من الدخل القومي الإجمالي (تعاوّل القوة الشرائية بالدولار الأمريكي) - حصة الفرد من الدخل القومي الإجمالي مُحوّلة إلى دولارات دولية، مع الأخذ في الاعتبار الاختلافات في مستويات الأسعار (القوة الشرائية) بين البلدان. ويستند ذلك إلى البيانات المُستقاة من برنامج المقارنات الدولية.

حصة الفرد من الناتج المحلي الإجمالي - الناتج المحلي الإجمالي هو مجموع القيمة المضافة من جميع المنتجين المقيمين، يُضاف إليه أي ضرائب تُفرض على المنتجات غير المشمولة في تخمين قيمة المخرجات (يُطرح منها الدعم الحكومي). وحصة الفرد من الناتج المحلي الإجمالي هي الناتج المحلي الإجمالي مقسومٌ على عدد السكان في منتصف العام. ويُحسب النمو في هذه الحصة من بيانات الناتج المحلي الإجمالي للسعر الثابت بالعملة المحلية.

السكان الذين يقلّ دخلهم اليومي عن مستوى خط الفقر الدولي ومقداره دولار أمريكي واحد وخمسة وعشرون سنتاً - النسبة المئوية للسكان الذين يعيشون بأقل من (١,٢٥) دولار أمريكي يومياً بالأسعار السائدة عام ٢٠٠٥، والمعدّلة بمقدار يعادل القيمة في القوة الشرائية. ويُبيّن الحدّ الأدنى الجديد لخط الفقر التعديلات في أسعار تبادل العملات فيما يخصّ تعادل القيمة في القوة الشرائية، استناداً إلى نتائج برنامج المقارنات الدولي ٢٠٠٥. وتبيّن التعديلات أنّ كلفة المعيشة أعلى في بلدان العالم النامي مما تم تقديره سابقاً. ونتيجة لهذه التعديلات، فلا يُمكن مقارنة معدلات الفقر للبلدان منفردة مع معدلات الفقر التي وردت في الإصدارات السابقة من هذا التقرير. ويتوافر مزيد من المعلومات التفصيلية حول تعريف البيانات، ومنهجيتها ومصادرها، على الموقع الإلكتروني على الإنترنت: www.worldbank.org.

مساعادات التنمية الرسمية - صافي مساعادات التنمية الرسمية.

خدمة فوائد الديون - مجموع دفعات الفوائد وتسديدات أصول الديون، المترتبة على الديون العامة الخارجية، والديون المضمونة طويلة الأجل من

حصة دخل الأسرة: النسبة المئوية للدخل الذي تحصل عليه شريحة الأسر العشرين في المئة الأغنى وشريحة الأسر الأربعين في المئة الأفقر.

مصادر البيانات الأساسية

حصة الفرد من الدخل القومي الإجمالي - البنك الدولي.

حصة الفرد من الناتج المحلي الإجمالي - البنك الدولي.

معدل التضخم - البنك الدولي.

السكان الذين يقلّ دخلهم اليومي عن مستوى خط الفقر الدولي المُقدّر بحوالي (١,٢٥) دولار أمريكي وخمسة وعشرين سنتاً - البنك الدولي.

الإنفاق على الصحة، والتعليم والجيش - صندوق النقد الدولي.

حصة دخل الأسرة المعيشية - البنك الدولي.

ملاحظات

أ بلد ذو دخل منخفض (حصة الفرد من الدخل القومي الإجمالي «١,٠٢٥» دولاراً أمريكياً أو أقل).

ب بلد ذو دخل متوسط من الشريحة الدنيا (حصة الفرد من الدخل القومي الإجمالي «٠,٢٦» إلى «٤,٠٣٥» دولاراً أمريكياً).

ج بلد ذو دخل متوسط من الشريحة العليا (حصة الفرد من الدخل القومي الإجمالي «٠,٣٦» إلى «١٢,٤٧٥» دولاراً أمريكياً).

د بلد ذو دخل مرتفع (حصة الفرد من الدخل القومي الإجمالي «١٢,٤٧٦» دولاراً أمريكياً أو أكثر).

- البيانات غير متوافرة.

X البيانات تشير إلى سنوات أو فترات غير تلك المحددة في عنوان العمود. هذه البيانات لا تدخل في حساب متوسطات المناطق والمتوسطات العالمية.

e التقديرات تستند إلى الانكفاء. والأرقام الأخرى لتعادل القوة الشرائية مستخرجة من تقديرات القياس المرجعية لبرنامج المقارنات الدولية لعام ٢٠٠٥.

x البيانات تشير إلى أحدث سنة تتوافر عنها البيانات خلال المدة المحددة في عنوان العمود.

xx البيانات تستثني الصين.

الجدول ٨: النساء

البلدان والأقاليم	العمر المتوقع عند الولادة: الإناث كنسبة مئوية من الإناث ٢٠١١	معدل معرفة الكبار القراءة والكتابة: الإناث كنسبة مئوية من الذكور ٢٠١١-٢٠٠٧	نسب الالتحاق بالتعليم الإناث كنسبة مئوية من الذكور ٢٠٠٨-٢٠١١		معدل البقاء في التعليم الابتدائي حتى بلوغ الصف الأخير منه: الإناث كنسبة مئوية من الذكور ٢٠١٠-٢٠٠٨	النسبة المئوية للثوية للرعاية قبل الولادة ٢٠٠٧-٢٠١٢		النسبة المئوية للثوية للرعاية أثناء الولادة ٢٠٠٧-٢٠١٢			نسبة وفيات الأمهات †			
			النسبة الإجمالية للإلتحاق بالتعليم الإبتدائي	النسبة الإجمالية للإلتحاق بالتعليم الثانوي		زيارة واحدة على الأقل	أربع زيارات على الأقل	إشراف كادر مؤهّل على الولادة	الولادة في إحدى المؤسسات	الولادة القيصرية	المبلغ عنها	المعدّلة	٢٠١٠	
			٢٠١٠-٢٠١١	٢٠٠٧-٢٠١١		٢٠١٠-٢٠١١	٢٠٠٧-٢٠١٢	٢٠١٠-٢٠١١	٢٠٠٧-٢٠١٢	٢٠٠٧-٢٠١١	٢٠٠٧-٢٠١١	٢٠٠٧-٢٠١١	٢٠١٠	
إثيوبيا	١٠٦	٥٩	٩١	٨٢	١٠٠	٢٩	٤٣	١٩	١٠	١٠	٢	٦٨	٣٥٠	٦٧
الأرجنتين	١١٠	١٠٠	٩٩	١١٢	١٠١	٧٨	٩٩	٨٩	٩٥	٩٥	—	٤٤	٧٧	٥٦٠
الأردن	١٠٤	٩٣	١٠٠	١٠٦	—	٥٩	٩٩	٩٤	٩٩	٩٩	١٩	١٩	٦٣	٤٧٠
أرمينيا	١٠٩	١٠٠	١٠٠	١٠٢	—	٥٥	٩٩	٩٢	١٠٠	١٠٠	١٣	٩	٣٠	١,٧٠٠
إريتريا	١٠٨	٧٣	٨٤	٧٦	٩٤	٨	٧٠	٤١	٢٨	٢٦	٣٢	—	٢٥٠	٨٦
أذربيجان	١٠٩	١٠٠	٩٩	٩٨	١٠٢	٥١	٧٧	٤٥	٨٨	٧٨	٥	٢٤	٤٣	١,٠٠٠
إسبانيا	١٠٨	٩٨	٩٩	١٠٢	١٠١	٦٦	—	—	—	—	٢٦	—	٦	١٢,٠٠٠
أستراليا	١٠٦	—	٩٩	٩٥	—	٧١	٩٨	٩٢	—	—	٣١	٩٩	٧	٨٠,١٠٠
أستونيا	١١٥	١٠٠	٩٩	١٠٢	١٠٠	—	—	—	—	—	—	—	٢	٢٥,١٠٠
إسرائيل	١٠٦	—	١٠١	١٠٢	٩٨	—	—	—	—	—	—	—	٧	٥٠,١٠٠
أفغانستان	١٠١	—	٦٩	٥١	—	٢١	٤٨	١٥	٣٩	٣٣	٤	٣٣	٤٦٠	٣٢
إكوادور	١٠٨	٩٧	٩٧	١٠٣	—	٧٣	٨٤	٥٨	٩٨	٨٥	٣٦	٦١	١١٠	٣٥٠
ألبانيا	١٠٨	٩٧	٩٩	٩٨	١٠٠	٦٩	٩٧	٦٧	٩٩	٩٧	١٩	٢١	٢٧	٢,٢٠٠
ألمانيا	١٠٦	—	١٠٠	٩٥	١٠١	—	١٠٠	—	—	—	٢٩	—	٧	١٠,٦٠٠
الإمارات العربية المتحدة	١٠٣	١٠٢	—	—	—	—	—	١٠٠	١٠٠	١٠٠	—	٠	١٢	٤٠,٠٠٠
الولايات المتحدة الأمريكية	١٠٧	—	٩٩	١٠١	٨٩	٧٩	—	—	—	—	٣١	١٣	٢١	٢,٤٠٠
أنغولا وبربودا	—	١٠١	٩٢	١٠١	—	—	١٠٠	—	١٠٠	١٠٠	—	—	—	—
أنغولا	١٠٦	٧٠	٦٩	٧٣	٨١	٦	٨٠	—	٤٧	٤٦	—	—	٤٥٠	٣٩
أندورا	—	١٠١	—	١٠٥	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
إندونيسيا	١٠٥	٩٤	١٠٢	١٠٠	—	٦١	٩٣	٨٢	٧٩	٥٥	١٥	٢٣	٢٢٠	٢١٠
أوروغواي	١١٠	١٠١	٩٧	١٠٤	١٠٤	٧٨	٩٦	٩٠	١٠٠	١٠٠	٣٤	٣٤	٢٩	١,٦٠٠
أوزبكستان	١١٠	١٠٠	٩٧	١٠١	١٠١	٦٥	٩٩	—	١٠٠	٩٧	—	—	٢٨	١,٤٠٠
أوغندا	١٠٣	٧٨	١٠١	٨٥	١٠١	٣٠	٩٢	٤٨	٥٧	٥٧	٥	٤٤٠	٣١٠	٤٩
أوكرانيا	١١٨	١٠٠	١٠١	٩٨	١٠١	٦٧	٩٩	٧٥	٩٩	٩٩	١٠	١٦	٣٢	٢,٢٠٠
جمهورية إيران الإسلامية	١٠٥	٩٠	١٠١	٨٦	١٠٠	٧٩	٩٨	٩٤	٩٧	٩٦	٤٠	٣٥	٢١	٢,٤٠٠
إيرلندا	١٠٦	—	١٠٠	١٠٥	—	٦٥	—	١٠٠	—	١٠٠	٢٥	—	٦	٨٠,١٠٠
آيسلندا	١٠٤	١٠٠	—	١٠٣	—	—	—	—	—	—	١٧	—	٥	٨,٩٠٠
إيطاليا	١٠٧	٩٩	٩٩	٩٩	١٠٠	—	٩٩	—	—	—	٤٠	—	٤	٢٠,٣٠٠
بابوا غينيا الجديدة	١٠٧	٩٠	٨٩	—	—	٣٢	٧٩	٥٥	٥٢	٥٢	—	—	٣٢٠	١١٠
باراغواي	١٠٦	٩٨	٩٧	١٠٥	١٠٦	٧٩	٩٦	٩١	٨٢	—	٣٣	١٠٠	٩٩	٣١٠
باربادوس	١٠٩	—	١٠٢	١٠٩	—	—	١٠٠	—	١٠٠	—	—	—	٥١	١,٣٠٠
باكستان	١٠٣	٥٩	٨٢	٧٦	٩٢	٢٧	٦١	٢٨	٤٣	٤١	٧	٢٨٠	٣٦٠	١١٠
بالاو	—	—	—	—	—	٢٢	٩٠	٨١	١٠٠	١٠٠	—	—	—	—
جزر البهاما	١٠٩	—	١٠٢	١٠٥	٩٦	٤٥	٩٨	—	٩٩	—	—	—	٤٧	١,١٠٠
البحرين	١٠٢	٩٧	—	—	—	—	١٠٠	—	٩٧	—	—	—	٢٠	١,٨٠٠
البرازيل	١١٠	١٠٠	—	—	—	٨١	٩٨	٩١	٩٧	٩٨	٥٠	٧٥	٥٦	٩١٠
البرتغال	١٠٨	٩٧	٩٧	١٠٤	—	٦٧	٩٧	—	١٠٠	—	٣١	—	٨	٩,٢٠٠
بروناي دار السلام	١٠٦	١٠١	١٠٢	١٠٢	١٠٠	—	٩٩	—	١٠٠	—	١٠٠	—	٢٤	١,٩٠٠
المملكة المتحدة	١٠٥	—	١٠٠	١٠٢	—	٨٤	—	—	—	—	٢٦	—	١٢	٤,٦٠٠
بلجيكا	١٠٧	—	١٠٠	٩٧	١٠٣	٧٥	—	—	—	—	١٨	—	٨	٧,٥٠٠
بلغاريا	١١٠	٩٩	١٠٠	٩٥	٩٩	—	—	—	١٠٠	٩٢	٣١	٨	١١	٥,٩٠٠
بنغلاديش	١٠٢	٨٥	—	١١٣	١١٤	٦١	٥٥	٣٦	٣٢	٢٩	١٧	٢٣٠	٢٤٠	١٧٠
بنما	١٠٧	٩٩	٩٧	١٠٧	١٠٠	٥٢	٩٦	—	٨٨	٨٩	—	٦٠	٩٢	٤١٠
بوتان	١٠٦	١٠٢	١٠٢	١٠١	١٠٥	٦٦	٩٧	٧٧	٦٥	٦٣	١٢	٢٦٠	١٨٠	٢١٠
بوتسوانا	٩٦	١٠١	٩٦	١٠٦	١٠٤	٥٣	٩٤	٧٣	٩٥	٩٩	—	١٦٠	١٦٠	٣٢٠
بوركينافاسو	١٠٤	٥٩	٩١	٧٦	١٠٩	١٦	٩٤	٣٤	٦٦	٦٦	٢	٢٥٠	٣٠٠	٥٥
بوركينا فاسو	١٠٦	٨٥	٩٩	٧٣	١١٨	٢٢	٩٩	٣٣	٦٠	٦٠	٤	٥٠٠	٨٠٠	٣١
بوروندي	١٠٧	٩٧	١٠٢	١٠٢	٩٩	٣٦	٩٩	—	١٠٠	—	—	—	٨	١١,٤٠٠
البوسنة والهرسك	١٠٢	١٠٠	٩٩	٩٩	١٠٠	—	—	—	—	—	—	—	٥	١٤,٤٠٠
بولندا	١١٢	١٠٠	٩٩	٩٩	١٠٠	—	—	—	—	—	—	—	٢	١٤,٤٠٠
بوليفيا (دولة متعددة القوميات)	١٠٧	٩١	٩٩	٩٩	—	٦١	٨٦	٧٢	٧١	٦٨	١٩	٣١٠	١٩٠	١٤٠
بيرو	١٠٧	٨٩	١٠٠	٩٨	١٠١	٧٥	٩٥	٩٤	٨٥	٨٥	٢٣	٩٢	٦٧	٥٧٠
بيلاروس	١١٨	١٠٠	١٠٠	—	—	٧٣	٩٩	—	١٠٠	—	٢٢	١	٤	١٦,٣٠٠
بليز	١٠٤	—	٩١	—	١٠٣	٣٤	٩٤	—	٩٤	٩٤	—	٨٩	٥٣	٦١٠

البلدان والأقاليم	العمر المتوقع عند الولادة: الإناث ككسبة مئوية من الذكور ٢٠١١	معدل معرفة الإناث ككسبة مئوية من الذكور ٢٠٠٨ - ٢٠١١	نسب الالتحاق بالتعليم الإناث ككسبة مئوية من الذكور ٢٠٠٨ - ٢٠١١		معدل البقاء في التعليم الابتدائي حتى بلوغ الصف الأخير منه: الإناث ككسبة مئوية من الذكور ٢٠٠٨ - ٢٠١١	النسبة المئوية للإناث المنتشرة في مواقع الحمل ٢٠٠٧ - ٢٠١٢	النسبة المئوية للإناث المنتشرة في مواقع الحمل ٢٠٠٨ - ٢٠١١	النسبة المئوية للزيارات قبل الولادة ٢٠١٢ - ٢٠٠٧			النسبة المئوية للرعاية أثناء الولادة ٢٠١٢ - ٢٠٠٧			نسبة وفيات الأمهات † ٢٠١٠	
			النسبة الإجمالية للالتحاق بالتعليم الإجمالي	النسبة الإجمالية للالتحاق بالتعليم الإجمالي				النسبة الإجمالية للالتحاق بالتعليم الإجمالي	إشرف كادر ماهر على الولادة	الولادة القيصرية	الولادة في إحدى المؤسسات	الولادة القيصرية	المعدلة	نسبة وفيات خطر	
			النسبة الإجمالية للالتحاق بالتعليم الإجمالي	النسبة الإجمالية للالتحاق بالتعليم الإجمالي	النسبة الإجمالية للالتحاق بالتعليم الإجمالي	إشرف كادر ماهر على الولادة	الولادة القيصرية	الولادة في إحدى المؤسسات	الولادة القيصرية	المعدلة	نسبة وفيات خطر	مدي الحياة - من: ١			
بنن	١٠٧	٥٥	٨٧	—	—	١٣	٨٦	X ٦١	٨٦	١٣	٨٧	X ٤٠٠	٣٥٠	٥٣	
تايلندا	١٠٩	X ٩٦	٩٩	١٠٨	—	٨٠	٩٩	٨٠	٩٩	٨٠	٩٩	X ١٢	٤٨	١,٤٠٠	
تركمانستان	١١٤	١٠٠	—	—	—	X ٤٨	X ٩٩	X ٨٣	X ٩٨	X ١٠٠	X ٣	١٢	٦٧	٥٩٠	
تركيا	١٠٦	٨٩	٩٨	٩١	١٠٣	٧٣	٩٢	٧٤	٩١	٩٠	٣٧	X ٢٩	٢٠	٢,٢٠٠	
ترينيداد وتوباغو	١١٠	٩٩	٩٧	١٠٦	١٠٦	X ٤٣	X ٩٦	X ٩٨	X ٩٨	X ٩٨	—	—	٤٦	١,٣٠٠	
تشاد	١٠٦	٥٤	٧٣	٤٣	٩٦	٥	٥٣	٢٣	٢٣	١٦	٢	X ١,١٠٠	١,١٠٠	١٥	
الجمهورية التشيكية	١٠٨	—	٩٩	١٠١	١٠٠	—	—	—	—	١٠٠	—	٢	٥	١٢١٠٠	
تشيلي	١٠٨	١٠٠	٩٥	١٠٣	—	X ٥٨	—	—	—	١٠٠	—	٢٠	٢٥	٢,٢٠٠	
جمهورية تنزانيا الاتحادية	١٠٣	٨٥	١٠٢	—	١١٣	٣٤	٨٨	٤٣	٤٩	٥٠	٥	٤٥٠	٤٦٠	٣٨	
توغو	١٠٦	٦١	٩٠	—	١٢٣	١٥	٧٢	٥٥	٥٩	٦٧	٩	—	٣٠٠	٨٠	
توفالو	—	—	—	—	—	٣١	٩٧	٦٧	٩٨	٩٨	٧	X ٠	—	—	
تونغتا	١٠٨	X ١٠٠	—	—	—	٣٢	٩٨	—	٩٨	٩٨	—	٩٨	١١٠	٣٢٠	
تونس	١٠٦	٨٢	٩٦	١٠٦	١٠٢	X ٦٠	X ٩٦	X ٦٨	X ٩٥	X ٨٩	X ٢١	—	٥٦	٨٦٠	
تيمور الشرقية	١٠٣	٨٣	٩٦	١٠١	١١١	٢٣	٨٤	٥٥	٢٩	٢٢	٢	٥٦٠	٣٠٠	٥٥	
الغابون	١٠٣	٩٢	٩٧	—	—	X ٣٣	X ٩٤	X ٦٣	X ٨٥	X ٦	X ٦	X ٥٢٠	٣٣٠	١٣٠	
جامايكا	١٠٧	١١٢	٩٥	١٠٣	١٠٢	٧٢	٩٩	٨٧	٩٨	٩٧	١٥	X ٩٥	١١٠	٣٧٠	
غامبيا	١٠٤	٦٧	١٠٢	٩٥	٩٤	١٣	٩٨	٧٢	٥٧	٥٦	٢	X ٧٣٠	٣١٠	٥٦	
غرينادا	١٠٤	—	١٠٠	١٠٣	—	X ٥٤	—	—	٩٩	—	—	—	٢٤	١,٧٠٠	
الجزائر	١٠٤	X ٧٩	٩٤	١٠٢	١٠٤	X ٦١	X ٨٩	—	X ٩٥	X ٩٥	—	—	٩٧	٤٣٠	
جزر سليمان	١٠٤	—	—	—	—	٣٥	٧٤	٦٥	٨٥	٨٦	٦	١٥٠	٩٣	٢٤٠	
جزر الكوك	—	—	١٠٢	١١٠	—	٢٩	١٠٠	—	١٠٠	١٠٠	—	—	—	—	
جزر مارشال	—	—	٩٩	١٠٣	٩١	٤٥	٨١	٧٧	٩٩	٨٥	٩	١٤٠	—	—	
جمهورية أفريقيا الوسطى	١٠٧	٦٢	٧١	٥٨	٩٠	١٥	٦٨	٣٨	٥٤	٥٣	٥	X ٥٤٠	٨٩٠	٢٦	
الكونغو	١٠٥	—	٩٥	—	—	٤٥	٩٤	—	٩٢	٩٤	X ٣	X ٧٨٠	٥٦٠	٣٩	
جنوب أفريقيا	١٠٢	٩٦	٩٦	١٠٥	—	X ٦٠	٩٧	٨٧	X ٩١	X ٨٩	X ٢١	X ٤٠٠	٣٠٠	١٤٠	
جنوب السودان	—	—	—	—	—	٤	٤٠	١٧	١٩	١٢	١	X ٢,١٠٠	—	—	
غواتيمالا	١١١	٨٧	٩٦	٩٣	—	٥٤	٩٣	—	٥٢	٥١	١٦	١٤٠	١٢٠	١٩٠	
غوايانا	١٠٩	—	١٠٤	١١١	٩٦	٤٣	٩٢	٧٩	٩٢	٨٩	١٣	٨٦	٢٨٠	١٥٠	
جورجيا	١١٠	١٠٠	١٠٣	—	١٠٥	٥٣	٩٨	٩٠	٩٨	١٠٠	٢٤	١٩	٦٧	٩٦٠	
جيبوتي	١٠٥	—	٩٠	٨٠	١٠١	٢٣	X ٩٢	—	X ٩٢	X ٨٧	١٢	X ٥٥٠	٢٠٠	١٤٠	
الدنمارك	١٠٦	—	١٠٠	١٠٢	١٠٠	—	—	—	—	—	٢١	—	١٢	٤,٥٠٠	
دومينيكا	—	—	٩٨	١٠٩	١٠٥	—	١٠٠	—	١٠٠	—	—	—	—	—	
جمهورية الدومينيكان	١٠٨	١٠٠	٨٨	١١٣	—	٧٣	٩٩	٩٥	٩٨	٩٨	٤٢	١٦٠	١٥٠	٢٤٠	
الرأس الأخضر	١١١	٨٩	٩٢	١٢٠	—	X ٦١	X ٩٨	X ٧٢	X ٧٦	X ٧٦	X ١١	٥٤	٧٩	٤٨٠	
رواندا	١٠٥	٩٠	١٠٢	١٠٢	—	٥٢	٩٨	٢٥	٦٩	٦٩	٧	٤٨٠	٣٤٠	٥٤	
الاتحاد الروسي	١١٩	١٠٠	١٠٠	٩٨	—	٨٠	—	—	١٠٠	—	—	١٧	٣٤	٢,٠٠٠	
رومانيا	١١٠	٩٩	٩٩	٩٩	١٠٠	X ٧٠	X ٩٤	X ٧٦	٩٩	X ٩٨	X ١٩	X ٢٩	٢٧	٢,٦٠٠	
زامبيا	١٠٢	٧٧	١٠١	—	٩٥	٤١	٩٤	٦٠	٤٨	٤٧	٣	٥٩٠	٤٤٠	٣٧	
زيمبابوي	٩٧	—	—	—	—	٥٩	٩٠	٦٥	٦٦	٦٥	٥	٩٦٠	٥٧٠	٥٢	
ساحل العاج	١٠٤	٧٢	٨٣	—	٩٦	١٨	٩١	—	٥٩	٥٧	X ٦	X ٥٤٠	٤٠٠	٥٣	
ساموا	١٠٩	١٠٠	١٠٢	١١٤	—	٢٩	٩٣	٥٨	٨١	٨١	١٣	X ٢٩	١٠٠	٢٢٠	
سان مارينو	—	—	١١٣	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
سينت هينسنت وغرينادين	١٠٦	—	٩٣	١٠٢	—	X ٤٨	—	١٠٠	٩٩	٩٩	—	—	٤٨	٩٤٠	
سينت كيتس ونيفيس	—	—	١٠٠	٩٩	—	٥٤	١٠٠	—	١٠٠	—	—	—	—	—	
سينت لوشيا	١٠٨	—	٩٦	٩٩	٩٧	—	٩٩	—	١٠٠	—	—	—	٣٥	١,٤٠٠	
سلوفاكيا	١٠٥	٩٠	١٠٢	١٠٢	—	١٢١	١٢١	٣٨	٧٩	٨٢	٥	١٦٠	٧٠	٣٣٠	
سري لانكا	١٠٩	٩٧	١٠٠	—	—	٦٨	٩٩	٩٣	٩٩	٩٨	٢٤	X ٣٩	٣٥	١,٢٠٠	
المملكة العربية السعودية	١٠٣	٩٠	٩٩	٩٥	—	٢٤	٩٧	—	٩٧	—	—	—	٢٤	١,٤٠٠	
السلفادور	١١٤	٩٤	٩٥	١٠١	١٠١	٧٣	٩٤	٩٦	٨٥	٩٦	٢٥	٥٦	٨١	٤٩٠	
سلوفاكيا	١١١	—	٩٩	١٠١	١٠٠	—	X ٩٧	—	١٠٠	—	—	—	٦	١٢٢٠٠	
سلوفينيا	١٠٩	١٠٠	٩٩	١٠٠	١٠٠	—	X ١٠٠	—	١٠٠	—	—	—	١٢	٥,٩٠٠	
سنغافورة	١٠٦	٩٦	—	—	—	—	—	—	—	X ١٠٠	—	—	٣	٣٥٣٠٠	
السنغال	١٠٤	٦٣	١٠٦	٨٨	١٠٥	١٣	٩٣	٥٠	٦٥	٧٣	٦	٣٩٠	٣٧٠	٥٤	
سوازيلاند	٩٨	٩٩	٩٢	١٠٠	١٠٧	٦٥	٩٧	٧٧	٨٢	٨٠	١٢	X ٥٩٠	٣٣٠	٩٥	
السودان	—	—	—	—	—	٩	٥٦	٤٧	٢٣	٢١	٧	X ٩٤	—	—	
الجمهورية العربية السورية	١٠٤	٨٦	٩٨	١٠٠	١٠١	٥٤	٨٨	٦٤	٩٦	٧٨	٢٦	X ٦٥	٧٠	٤٦٠	

البلدان والأقاليم	العمر المتوقع عند الولادة: الإناث كنسبة مئوية من الذكور ٢٠١١	معدل معرفة الكبار القراءة والكتابة: الإناث كنسبة مئوية من الذكور ٢٠١١-٢٠٠٧	نسب الالتحاق بالتعليم الإناث: كنسبة مئوية من الذكور ٢٠٠٨ - ٢٠١١		معدل البقاء في التعليم الابتدائي حتى بلوغ الصف الأخير منه: الإناث كنسبة مئوية من الذكور الحمل ٢٠١٠-٢٠٠٨	النسبة الإجمالية للالتحاق بالتعليم الثانوي	النسبة الإجمالية للالتحاق بالتعليم الابتدائي	النسبة المئوية للإنتشار موانع الحمل ٢٠١٢-٢٠٠٧	النسبة المئوية للرعاية قبل الولادة ٢٠٠٧-٢٠١٢		النسبة المئوية للرعاية أثناء الولادة ٢٠٠٧-٢٠١٢			نسبة وفيات الأمهات † ٢٠١١	
			زيارة واحدة على الأقل	أربع زيارات على الأقل					إشراف كادر ماهر على الولادة	الولادة الموصىة	المعدلة	المبلغ عنها	خطر وفيات الأمهات على مدى الحياة - من: ١		
سورينام	١١٠	٩٩	٩٥	١٢٣	١٢٢	٤٦	٩٠	٩٠	٨٨	١٨٠	١٣٠	٣٢٠			
السويد	١٠٥	—	٩٩	٩٩	١٠٠	—	١٠٠	—	—	—	٤	١٤١٠٠			
سويسرا	١٠٦	—	١٠٠	٩٧	—	—	—	—	—	٣٠	٨	٩,٥٠٠			
سيراليون	١٠٣	٥٩	٩٣	—	—	١١	٩٣	٧٥	٦٣	٥٠	٨٩٠	٣٣			
سيشيل	—	١٠١	١٠٠	١٠٩	—	—	—	—	—	—	X٥٧	—			
سوريا	١٠٦	٩٧	٩٩	١٠٢	١٠٠	٦١	٩٩	٩٤	١٠٠	١٠٠	٢٥	٩	٤,٩٠٠		
الصومال	١٠٦	—	—	—	—	١٥	٣٦	٦	٣٣	٩	١,٠٠٠	١٦			
الصين	١٠٥	٩٤	١٠٣	١٠٤	—	٨٥	٩٤	—	١٠٠	٩٨	٣٧	١,٧٠٠			
طاجيكستان	١١٠	١٠٠	٩٦	٨٧	١٠١	٣٧	٨٩	٤٩	٨٨	٨٨	٦٥	٤٣٠			
العراق	١١٠	٨٢	—	—	—	٥٠	٨٤	—	٨٠	٦٥	X٨٤	٦٣	٣١٠		
عُمان	١٠٧	٩٠	٩٧	٩٩	—	٢٤	٩٩	٩٦	٩٩	٩٩	١٤	٣٢	١,٢٠٠		
غانا	١٠٣	٨٤	١٠٠	٩١	٩١	٢٤	٩٦	٨٧	٦٨	٦٧	١١	٣٥	٦٨		
غينيا	١٠٦	٥٨	٨٤	٥٩	٧٦	٩	٨٨	٥٠	٤٦	٣٩	٢	٦١٠	٣٠		
غينيا الاستوائية	١٠٥	٩٣	٩٧	—	١٠٨	١٠	٨٦	—	X٦٥	—	—	٢٤٠	٨٨		
غينيا بيساو	١٠٧	٦٠	٩٤	—	—	١٤	٩٣	٧٠	٤٤	٤٢	—	٧٩٠	٢٥		
الفايكان	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
فانواتو	١٠٦	٩٦	٩٥	١٠٢	٩٤	٣٨	٨٤	—	٧٤	٨٠	—	١١٠	٣٢٠		
فرنسا	١٠٨	—	٩٩	١٠١	—	٧١	١٠٠	—	—	—	٢١	٨	٦,٢٠٠		
الفلبين	١١٠	١٠١	٩٨	١٠٨	١١١	٥١	٩١	٧٨	٦٢	٤٤	١٠	٩٩	٣٠٠		
دولة فلسطين	١٠٥	٩٤	٩٨	١٠٨	—	٥٠	٩٩	—	X٩٩	X٩٧	X١٥	٦٤	٣٣٠		
جمهورية فنزويلا البوليفارية	١٠٨	١٠٠	٩٧	١١٠	١٠٥	—	X٩٤	—	X٩٥	X٩٥	—	٩٢	٤١٠		
فنلندا	١٠٨	—	٩٩	١٠٥	١٠٠	—	١٠٠	—	—	١٠٠	١٦	٥	١٢٢٠٠		
فيجي	١٠٨	—	٩٨	١٠٩	٩٥	٣٢	١٠٠	—	١٠٠	—	—	٢٦	١,٤٠٠		
فيتنام	١٠٥	٩٦	٩٤	١٠٩	—	٧٨	٩٤	٦٠	٩٣	٩٢	٣٠	٥٩	٨٧٠		
قبرص	١٠٦	٩٨	٩٩	١٠٠	—	—	٩٩	—	—	١٠٠	—	١٠	٦,٣٠٠		
قطر	٩٩	٩٩	١٠٠	١٢١	—	—	١٠٠	—	١٠٠	—	—	٧	٥,٤٠٠		
كازاخستان	١١٨	١٠٠	١٠٠	٩٧	١٠٠	٥١	١٠٠	—	X١٠٠	١٠٠	—	١٧	٧٧٠		
كاميرون	١٠٤	٨٠	٨٦	٨٣	٩٨	٢٣	٨٥	—	٦٤	٦١	X١٠٠	٩	٢١		
كرواتيا	١١٠	٩٩	١٠٠	١٠٧	١٠١	—	—	—	١٠٠	—	١٩	١٧	٤,١٠٠		
كمبوديا	١٠٥	٨٠	٩٥	٩٠	—	٥١	٨٩	٥٩	٧١	٥٤	٣	٢١٠	١٥٠		
كندا	١٠٦	—	١٠٠	٩٨	—	X٧٤	١٠٠	٩٩	١٠٠	٩٩	٢٦	—	٥,٢٠٠		
كوبا	١٠٥	١٠٠	٩٨	٩٩	١٠٢	٧٤	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	—	٤١	١,٠٠٠		
كوريا الجنوبية (جمهورية كوريا)	١٠٩	—	٩٩	٩٩	١٠٠	٨٠	—	—	—	—	٣٢	—	٤,٨٠٠		
جمهورية كوريا الديمقراطية الشعبية	١١٠	١٠٠	—	—	—	X٦٩	١٠٠	٩٤	١٠٠	٩٥	١٢	٧٧	٦٧٠		
كوستاريكا	١٠٦	١٠٠	٩٩	١٠٣	١٠٢	٨٢	٩٠	٨٦	٩٩	٩٩	y٣١	٢٣	٤٠		
كولومبيا	١١٠	١٠٠	٩٨	١١٠	١٠١	٧٩	٩٧	٨٩	٩٩	٩٩	٤٣	٦٣	٤٢		
جزر القمر	١٠٥	٨٧	٩٢	—	—	X٣٦	—	X٧٥	—	X٦٢	—	X٣٨٠	٦٧		
جمهورية الكونغو الديمقراطية	١٠٧	٧٤	٨٧	٥٨	٨٨	١٧	٨٩	٤٥	٨٠	٧٥	٧	٥٥٠	٣٠		
الكويت	١٠٢	٩٧	١٠٣	١٠٧	١٠٠	—	١٠٠	—	١٠٠	—	—	١٤	٢,٩٠٠		
قيرغيزستان	١١٣	٩٩	٩٩	٩٩	٩٩	X٤٨	X٩٧	—	٩٩	X٩٧	—	٦٤	٧١		
كيريباتي	—	—	١٠٤	١١١	—	٢٢	٨٨	٧١	٨٠	٦٦	١٠	—	—		
كينيا	١٠٤	٩٣	٩٨	٩٠	—	٤٦	٩٢	٤٧	٤٤	٤٣	٦	٤٩٠	٥٥		
لاتفيا	١١٥	١٠٠	٩٩	٩٨	١٠٠	—	X٩٢	—	X١٠٠	—	—	٣٤	٢,٠٠٠		
جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية	١٠٤	X٧٧	٩٣	٨٣	—	X٣٨	X٣٥	—	X١٧	X٢٠	٢	X٤١٠	٧٤		
لبنان	١٠٦	٩٢	٩٧	١١٢	١٠٣	٥٤	X٩٦	—	X٩٨	—	—	٢٥	٢,١٠٠		
لوكسمبورغ	١٠٧	—	١٠١	١٠٢	—	—	—	—	X١٠٠	X١٠٠	٢٩	—	٣,٢٠٠		
ليبيا	١٠٧	٨٦	—	—	—	—	٩٣	—	١٠٠	—	—	٥٨	٦٢٠		
ليبيريا	١٠٤	٨٨	٩١	—	—	١١	٧٩	٦٦	٤٦	٣٧	٤	٩٩٠	٢٤		
ليتوانيا	١١٧	١٠٠	٩٩	٩٨	١٠٠	—	X١٠٠	—	X١٠٠	—	—	٩	٩,٤٠٠		
ليسوتو	٩٧	١١٥	٩٨	١٣٨	١٢٤	٤٧	٩٢	٧٠	٦٢	٥٩	٧	١,٢٠٠	٥٣		
ليختنشتاين	—	—	٩٤	١٠٣	٩٦	—	—	—	—	—	—	—	—		
ملاوي	١٠٠	٨٤	١٠٤	٩١	١٠٣	٤٦	٩٥	٤٦	٧١	٧٣	٥	٦٨٠	٢٦		
المالديف	١٠٣	X١٠٠	٩٦	—	—	٣٥	٩٩	٨٥	٩٥	٩٥	٣٢	X١٤٠	٨٧٠		
مالطا	١٠٦	X١٠٣	١٠١	٨٩	—	٩١	—	—	X١٠٠	—	—	٨	٨,٩٠٠		
مالي	١٠٤	٤٧	٨٧	٧٠	٩٥	X٨	X٧٠	X٣٥	X٤٩	X٤٥	X٢	X٤٥	٢٨		
ماليزيا	١٠٦	٩٥	—	١٠٧	١٠٠	—	٩١	—	٩٩	٩٩	—	٣٠	١,٣٠٠		

نسبة وفيات الأمهات †	النسبة المئوية للرعاية أثناء الولادة ×٢٠١٢-٢٠٠٧					النسبة المئوية للرعاية قبل الولادة ×٢٠١٢-٢٠٠٧		معدل البقاء في التعليم الابتدائي حتى بلوغ الصف الأخير منه: النسبة المئوية للإناث كمنصة لانتشار موانع الحمل ×٢٠٠٧-٢٠١٢	معدل البقاء في التعليم الإجمالي كمنصة للتعليم الثانوي ×٢٠٠٨-٢٠١٠	نسب الالتحاق بالتعليم الإناث كمنصة مبنية من الذكور ٢٠٠٨ - ٢٠١١		معدل معرفة الكبار القراءة والكتابة: الإناث كمنصة مبنية من الذكور ×٢٠٠٧-٢٠١١	العمر المتوقع عند الولادة: الإناث كمنصة مبنية من الذكور ٢٠١١	البلدان والأقاليم
	٢٠١٠	٢٠٠٧-٢٠١١	المعدلة	المبلغ عنها	الولاية	الولاية في إحدى المؤسسات	إشراف كادر ماهر على الولادة			أربع زيارات على الأقل	زيارة واحدة على الأقل				النسبة الإجمالية للالتحاق بالتعليم الإجمالي	النسبة الإجمالية للالتحاق بالتعليم الإجمالي
٣,٣٠٠	٢١	١٩	٣١	—	١٠٠	—	—	١٠٠	٩٩	٩٩	١٠٠	١١١	هنغاريا	
٨١	٢٤٠	٥٠٠	٢	٣٥	٤٤	٤٩	٨٦	٤٠	١٠٥	٩٤	٩٨	٩١	١٠٥	مدغشقر
٤٩٠	٦٦	٥٥	٢٨	٧٢	٧٩	٦٦	٧٤	٦٠	—	٩٦	٩٦	٧٩	١٠٥	مصر
٤٠٠	١٠٠	١٣٠	١٦	٧٢	٧٤	—	٧٧	٦٧	١٠٠	—	٩٤	٦٤	١٠٧	المغرب
٦,٣٠٠	١٠	٤	٢٥	٩٨	٩٨	٩٤	٩٩	٤٠	—	٩٩	١٠١	٩٧	١٠٦	جمهورية مقدونيا اليوغسلافية السابقة
٧٨٠	٥٠	٥٢	٤٢	٨٠	٩٥	٨٦	٩٦	٧٢	١٠٢	١٠٧	٩٩	٩٧	١٠٦	المكسيك
٦٠٠	٦٣	٤٧	٢١	٩٩	٩٩	—	٩٩	٥٥	١٠٢	١٠٧	٩٨	١٠١	١١٢	منغوليا
٤٤	٥١٠	٦٩٠	X ٢	٤٨	٦١	X ١٦	٧٥	٩	٩٩	٨٥	١٠٥	٧٩	١٠٦	موريتانيا
١,٠٠٠	٦٠	X ٢٢	—	X ٩٨	X ٩٨	—	—	X ٧٦	٩٩	١٠٠	١٠١	٩٥	١٠٩	موزمبيق
٤٣	٤٩٠	٥٠٠	X ٢	٥٨	٥٥	—	٩٢	١٢	٩٤	٨٢	٩٠	٦١	١٠٤	موزامبيق
١,٥٠٠	٤١	١٥	X ٩	٩٩	١٠٠	X ٨٩	X ٩٨	X ٦٨	١٠٤	١٠٢	١٠٠	٩٩	١١١	جمهورية مولدوفا
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	موناكو
٧,٤٠٠	٨	١٣	—	١٠٠	١٠٠	—	X ٩٧	X ٣٩	—	١٠١	٩٨	٩٨	١٠٧	الجبل الأسود
٢٥٠	٢٠٠	X ٢٢٠	—	٣٦	٧١	—	٨٣	٤٦	١٠٧	١٠٦	١٠٠	٩٥	١٠٥	ميانمار
٢٩٠	١٠٠	٠	—	—	١٠٠	—	٨٠	٥٥	—	—	—	—	١٠٣	ولايات ميكرونيسيا المتحدة
١٦٠	٢٠٠	٤٥٠	١٢	٨١	٨١	٧٠	٩٥	٥٥	١٠٧	—	٩٩	٩٩	١٠٢	ناميبيا
—	—	X ٣٠٠	٨	٩٩	٩٧	٤٠	٩٥	٣٦	—	١٢٠	١٠٦	—	—	ناورو
٧,٩٠٠	٧	—	١٦	—	—	—	—	X ٨٨	١٠٠	٩٨	١٠٠	—	١٠٦	النرويج
١٨٢٠٠	٤	—	٢٤	—	—	—	—	—	١٠٣	٩٦	٩٩	—	١٠٧	النمسا
١٩٠	١٧٠	X ٢٨٠	٥	٣٥	٣٦	٥٠	٥٨	٥٠	—	—	—	٦٦	١٠٣	نيبال
٢٢	٥٩٠	X ٦٥٠	X ١	X ١٧	X ١٨	X ١٥	X ٤٦	١٨	٩٤	٦٦	٨٢	X ٢٥	١٠٢	النيجر
٢٩	٦٣٠	٥٥٠	٢	٣٥	٣٩	٤٥	٥٨	١٥	١٠٧	٨٨	٩١	٧٠	١٠٣	نيجيريا
٣٥٠	٩٥	٦٣	٢٠	٧٤	٧٤	٧٨	٩٠	٧٢	—	١١٠	٩٨	X ١٠٠	١٠٩	نيكاراغوا
٣,٣٠٠	١٥	—	٢٣	—	—	—	—	—	—	١٠٥	١٠٠	—	١٠٥	نيوزيلندا
—	—	X ٠	—	—	١٠٠	—	١٠٠	X ٢٢	—	—	—	—	—	نيوي
٨٣	٣٥٠	X ٦٣٠	X ٢	X ٢٥	X ٢٦	X ٥٤	X ٨٥	X ٢٢	—	—	—	X ٤٤	١٠٤	هايتي
١٧٠	٢٠٠	٢١٠	X ٩	٤٧	٥٢	X ٣٧	X ٧٤	٥٥	—	٩٢	١٠٠	X ٦٨	١٠٥	الهند
٣٧٠	١٠٠	—	X ١٢	X ٦٧	X ٦٧	X ٨١	X ٩٢	X ٦٥	—	١٢٣	١٠٠	١٠٠	١٠٧	هندوراس
١٠٥٠٠	٦	—	١٤	١٠٠	—	—	—	٦٩	—	٩٩	٩٩	—	١٠٥	هولندا
١٣١٠٠	٥	—	—	X ١٠٠	—	—	—	X ٥٤	١٠٠	١٠٠	١٠٠	—	١٠٩	اليابان
٩٠	٢٠٠	X ٢٧٠	X ٩	X ٢٤	X ٣٦	X ١٤	X ٤٧	X ٢٨	—	٦٢	٨٢	٥٨	١٠٥	اليمن
٢٥٥٠٠	٣	—	—	—	—	—	—	X ٧٦	—	—	—	٩٨	١٠٦	اليونان
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	مذكرة
٣١	٧٣٠	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	١٠٦	السودان وجنوب السودان δ
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	ملخص المؤشرات #
٣٩	٥٠٠	—	٤	٤٧	٤٩	٤٦	٧٧	٢٤	١٠١	٨٢	٩٣	٧٦	١٠٤	أفريقيا جنوب الصحراء
٥٢	٤١٠	—	٤	٤٢	٤٤	٤٤	٨١	٣٤	١٠٣	٨٩	٩٦	٨٢	١٠٤	شرق وجنوب أفريقيا
٣٢	٥٧٠	—	٤	٥٢	٥٥	٤٧	٧٤	١٧	١٠٠	٧٦	٨٩	٧٠	١٠٤	غرب ووسط أفريقيا
١٩٠	١٧٠	—	—	٦٢	٧٣	—	٧٧	٤٨	—	٩٢	٩٤	٨٢	١٠٥	الشرق الأوسط وشمال أفريقيا
١٥٠	٢٢٠	—	٩	٤٤	٤٩	٣٥	٧٠	٥٢	٩١	٩٨	٩٨	٦٩	١٠٤	جنوب آسيا
٦٨٠	٨٢	—	٢٣	٨٤	٩٢	×× ٧٧	٩٣	×× ٦٤	—	١٠٤	١٠٢	٩٤	١٠٥	شرق آسيا ودول المحيط الهادي
٥٢٠	٨١	—	٤٠	٨٩	٩٠	٨٩	٩٦	—	١٠٢	١٠٨	٩٧	٩٨	١٠٩	أمريكا اللاتينية ودول البحر الكاريبي
١,٧٠٠	٣٢	—	—	—	٩٧	—	—	٧٣	١٠١	٩٧	٩٩	٩٨	١١٣	دول وسط وشرق أوروبا / رابطة الدول المستقلة
٥٢	٤٢٠	—	٦	٤٤	٤٨	٣٨	٧٤	٣٥	١٠٢	٨٤	٩٤	٧٦	١٠٤	الدول الأقل نمواً
١٨٠	٢١٠	—	١٦	٦١	٦٦	×× ٥٠	٨١	×× ٥٥	×× ١٠٠	٩٧	٩٧	٩٠	١٠٦	العالم

المؤشرات الأساسية

δ بسبب انفصال جمهورية جنوب السودان عن جمهورية السودان في يوليو / تموز ٢٠١١، وانضمام جمهورية جنوب السودان بعد ذلك إلى الأمم المتحدة في ١٤ يوليو / تموز ٢٠١١، لا تتوافر بعد بيانات مصنفة لجميع المؤشرات عن السودان وعن جنوب السودان كدولتين مستقلتين. أما البيانات المجمعة فهي معروضة للسودان قبل الانفصال (انظر بند المذكرة).

للاطلاع على قائمة كاملة بالبلدان والأقاليم داخل المناطق، والمناطق الفرعية وفتات البلدان، انظر الصفحة رقم ١٠٦.

تعريف المؤشرات:

نسبة انتشار وسائل منع الحمل - المسوح السكانية والصحية، والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات، والمصادر التمثيلية الأخرى على المستوى الوطني، وشعبة السكان في الأمم المتحدة.

الرعاية قبل الولادة - المسوح السكانية والصحية، والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات، والمصادر التمثيلية الأخرى على المستوى الوطني.

إشراف كادر ماهر على الولادة - المسوح السكانية والصحية، والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات، والمصادر التمثيلية الأخرى على المستوى الوطني.

الولادة في إحدى المؤسسات - المسوح السكانية والصحية، والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات، والمصادر التمثيلية الأخرى على المستوى الوطني.

الولادة القيصرية - المسوح السكانية والصحية، والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات، والمصادر التمثيلية الأخرى على المستوى الوطني.

نسبة وفيات الأمهات (المبلغ عنها) - المصادر التمثيلية الأخرى على المستوى الوطني، وتشمل مسوح الأسرة والتسجيلات الحيوية.

نسبة وفيات الأمهات (المعدلة) - مجموعة الأمم المتحدة المشتركة بين الوكالات لتقدير عدد وفيات الأمهات (منظمة الصحة العالمية، واليونيسف، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، والبنك الدولي).

خطر وفيات الأمهات على مدى الحياة - مجموعة الأمم المتحدة المشتركة بين الوكالات لتقدير عدد وفيات الأمهات (منظمة الصحة العالمية، واليونيسف، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، والبنك الدولي).

عند الولادة عدد السنوات التي يمكن أن يعيشها حديثو الولادة إذا ما تعرضوا وقت ولادتهم لمخاطر الوفيات السائدة بالنسبة إلى عينة إحصائية ممثلة للسكان. لكبار لعدد الأشخاص في سن الخامسة عشرة فأكثر الذين يستطيعون قراءة وكتابة جملة قصيرة وبسيطة عن الحياة اليومية وفهمها، معبر عنه كنسبة مئوية من مجموع عدد السكان في تلك الفئة العمرية.

ملاحظات

- البيانات غير متوافرة.

X البيانات التي تشير إلى سنوات أو فترات غير تلك المحددة في عنوان العمود. هذه البيانات لا تدخل في حساب متوسطات المناطق والمتوسطات العالمية. باستثناء البيانات الواردة من الهند عن الفترة ٢٠٠٥ - ٢٠٠٦. أما التقديرات المأخوذة من السنوات التي تتوافر عنها البيانات قبل عام ٢٠٠٠، فهي غير معروضة في هذا الجدول.

xx البيانات تشير إلى أحدث سنة تتوافر عنها البيانات خلال المدة المحددة في عنوان العمود.

xx البيانات تستثني الصين.

† البيانات الخاصة بوفيات الأمهات في العمود المعنون بتعبير «المبلغ عنها» تشير إلى البيانات التي أوردتها السلطات الوطنية للبلدان. أما البيانات المعروضة في العمود المعنون بكلمة «معدلة» فتشير إلى التقديرات المشتركة بين وكالات الأمم المتحدة لوفيات الأمهات لعام ٢٠١٠، التي صدرت في مايو / أيار ٢٠١٢. وتقوم المجموعة المشتركة من وكالات الأمم المتحدة لتقدير عدد وفيات الأمهات، (وهي: منظمة الصحة العالمية، ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة «يونيسف» وصندوق الأمم المتحدة للسكان والبنك الدولي)، بصورة دورية، بإعداد مجموعات من البيانات وفيات الأمهات قابلة للمقارنة على المستوى الدولي لوفيات الأمهات، تملل المشكلات الموثقة جيداً، وتشمل القصور في الإبلاغ عن وفيات الأمهات وفي سوء تصنيف هذه الوفيات، وتشمل أيضاً تقديرات للدول التي لا تتوافر عنها بيانات. يرجى ملاحظة أن هذه القيم غير قابلة للمقارنة مع القيم «المعدلة» لنسب وفيات الأمهات المبلغ عنها مسبقاً؛ وذلك راجع بصفة أساسية إلى حدوث زيادة في عدد البلدان وفي مصادر البيانات المشمولة في أحدث جولة لإجراء التقديرات. وتتوافر السلاسل الزمنية المقارنة لنسب وفيات الأمهات للسنوات ١٩٩٠، ١٩٩٥، ٢٠٠٠، ٢٠٠٥، ٢٠١٠ على الموقع الإلكتروني على الإنترنت: www.childinfo.org.

العمر المتوقع عند الولادة - عدد السنوات التي يمكن أن يعيشها حديثو الولادة إذا ما تعرضوا وقت ولادتهم لمخاطر الوفيات السائدة بالنسبة إلى عينة إحصائية ممثلة للسكان.

معدل معرفة الكبار القراءة والكتابة - عدد الأشخاص في سن الخامسة عشرة فأكثر الذين يستطيعون قراءة وكتابة جملة قصيرة وبسيطة عن الحياة اليومية وفهمها، معبر عنه كنسبة مئوية من مجموع عدد السكان في تلك الفئة العمرية.

النسبة الإجمالية للالتحاق بالتعليم الابتدائي - مجموع عدد المتحقين بالتعليم الابتدائي، بصرف النظر عن أعمارهم، معبر عنه كنسبة مئوية ممن هم في السن المحددة رسمياً للالتحاق بالتعليم لابتدائي.

النسبة الإجمالية للالتحاق بالتعليم الثانوي - مجموع عدد المتحقين بالتعليم الثانوي، بصرف النظر عن أعمارهم، معبر عنه كنسبة مئوية ممن هم في السن المحددة رسمياً للالتحاق بالتعليم الثانوي.

معدل البقاء في التعليم الابتدائي حتى بلوغ الصف الأخير منه - النسبة المئوية للأطفال الذين يدخلون إلى الصف الأول من التعليم الابتدائي، والذين يصلون في نهاية المطاف إلى الصف الأخير منه (بيانات إدارية).

انتشار وسائل منع الحمل - النسبة المئوية للنساء في الفئة العمرية (١٥ - ٤٩ عاماً) المتزوجات/اللاتي لديهن اتصال جنسي (أو «متعايشات كزوجات مع رجال»)، ويستخدمن وسائل منع الحمل في الوقت الحاضر.

الرعاية قبل الولادة - النسبة المئوية للنساء في الفئة العمرية (١٥ - ٤٩ عاماً) اللاتي يتلقين رعاية طبية مرة واحدة على الأقل خلال فترة الحمل من كواد ماهرة تعمل في مجال الصحة (أطباء أو ممرضات أو قابلات)، والنسبة المئوية لتلك النساء اللواتي يتلقين الرعاية من أي مقدم رعاية ما لا يقل عن أربع مرات.

إشراف كادر ماهر على الولادة - النسبة المئوية لحالات الولادة التي تتم تحت إشراف كواد ماهرة (أطباء أو ممرضات أو قابلات).

الولادة في إحدى المؤسسات - النسبة المئوية للنساء في الفئة العمرية (١٥ - ٤٩ عاماً) اللواتي وضعن أحماهن في مؤسسة صحية.

الولادة القيصرية - النسبة المئوية للولادات التي تمت كولادة قيصرية (يُتوقع أن تتراوح معدلات الولادات القيصرية بين ٥ في المئة و ١٥ في المئة، أخذين بعين الاعتبار المستويات اللاتقة من الرعاية الولادية في الحالات الطارئة).

نسبة وفيات الأمهات - عدد وفيات النساء نتيجة لأسباب تتعلق بالحمل في كل ١٠٠,٠٠٠ حالة ولادة حية أثناء الفترة الزمنية ذاتها. ويبيّن العمود الذي عنوانه «المبلغ عنها» الأرقام التي بلغ عنها البلد، والتي لم تعدل بسبب النقص في الإبلاغ أو سوء التصنيف. وبالنسبة إلى العمود المعنون: «المعدلة»، انظر إلى الملاحظة أدناه (†). وقد جرى تدوير نسب وفيات الأمهات وفقاً للمنهج التالي: الأرقام التي تقل عن ١٠٠ (لم يتم تدويرها)، والأرقام من ١٠٠ - ٩٩٩ (جرى تدويرها إلى أقرب ١٠)، والأرقام الأكثر من ١٠٠٠ (جرى تدويرها إلى أقرب ١٠٠).

خطر وفيات الأمهات على مدى الحياة - الخطر المتمثل في احتمال وفاة الأم على مدى الحياة يأخذ في الحسبان كلاً من احتمالية أن تصبح المرأة حاملاً واحتمالية أن تتوفى نتيجة لذلك الحمل، مع تراكم تلك الاحتمالات على مدى سنوات الإنجاب لديها.

مصادر البيانات الأساسية

العمر المتوقع عند الولادة - شعبة السكان في الأمم المتحدة.

معرفة الكبار القراءة والكتابة - معهد اليونسكو للإحصاء.

الالتحاق بالتعليم الابتدائي والتعليم الثانوي - معهد اليونسكو للإحصاء. المتوسطات على مستوى الأقاليم والمستوى العالمي حسبها منظمة الأمم المتحدة للطفولة «يونيسف».

معدل البقاء في التعليم الابتدائي حتى الصف الأخير منه - معهد اليونسكو للإحصاء.

الجدول ٩: حماية الطفل

تأديب الأطفال (%) ×٢٠١١-٢٠٠٥			المواقف تجاه العنف الأسري (%) ×٢٠١١-٢٠٠٢		بتر أو تشويه / الأعضاء التناسلية الأنثوية الظاهرة (ختان الإناث) (%) ×٢٠٠٢-٢٠١١				زواج الأطفال (%) ×٢٠١١-٢٠٠٢		عمل الأطفال (%) ×٢٠١١-٢٠٠٢			البلدان والأقاليم
					التوجهات	معدل الانتشار		تسجيل المواليد (%) ×٢٠٠٥-٢٠١١	تزوجوا قبل ١٨ عاماً	تزوجوا قبل ١٥ أو في سن ١٥ عاماً	إناث	ذكور	المجموع	
إناث	ذكور	المجموع	إناث	ذكور	الممارسة ^٢	البنات ^ب	النساء ^أ	المجموع			إناث	ذكور	المجموع	
-	-	-	٦٨	٤٥	-	٢٨	٧٤	٧	٤١	١٦	٢٢٤	٢٣١	٢٢٧	إثيوبيا
-	-	-	-	-	-	-	-	٩١	-	-	٧٥	٧٨	٧٧	الأرجنتين
-	-	-	٧٩٠	-	-	-	-	-	١٠	١	٧٠	٧٢	٧٢	الأردن
٦٧	٧٢	٧٠	٩	٢٠	-	-	-	١٠٠	٧	٠	٢٣	٢٥	٢٤	أرمينيا
-	-	-	٧١	-	٤٩	٦٣	٨٩	-	٤٧	٢٠	-	-	-	إريتريا
٧١	٧٩	٧٥	٤٩	٥٨	-	-	-	٩٤	١٢	١	٧٥	٧٨	٧٧	أذربيجان
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	إسبانيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	أستراليا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	أستونيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	إسرائيل
٧٤	٧٥	٧٤	٩٠	-	-	-	-	٣٧	٤٠	١٥	١٠	١١	١٠	أفغانستان
-	-	-	-	-	-	-	-	٩٠	٢٢	٤	٨	٧	٨	إكوادور
٧١	٧٨	٧٥	٣٠	٣٦	-	-	-	٩٩	١٠	٠	٩	١٤	١٢	ألمانيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	ألمانيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	الإمارات العربية المتحدة
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	الولايات المتحدة الأمريكية
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	أنغوا وبربودا
-	-	-	-	-	-	-	-	٢٩	-	-	٢٥	٢٢	٢٤	أنغولا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	أندورا
-	-	-	٢١	١٦	-	-	-	٥٣	٢٢	٤	٦	٨	٧	إندونيسيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	٨	٨	٨	أوروغواي
-	-	-	٧٠	٥٩	-	-	-	١٠٠	٧	٠	-	-	-	أوزبكستان
-	-	-	٥٨	٤٤	٩	١	١	٣٠	٤٠	١٠	٢٤	٢٧	٢٥	أوغندا
٦٥	٧٦	٧٠	٤	١١	-	-	-	١٠٠	١٠	٠	٧	٨	٧	أوكرانيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	جمهورية إيران الإسلامية
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	إيرلندا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	آيسلندا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	إيطاليا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	٢١	٢	-	-	-	بابوا غينيا الجديدة
-	-	-	-	-	-	-	-	-	١٨	-	١٢	١٧	١٥	باراغواي
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	باربادوس
-	-	-	-	-	-	-	-	٢٧	٢٤	٧	-	-	-	باكستان
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	بالاو
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	جزر البهاما
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	٢	٦	٥	البحرين
-	-	-	-	-	-	-	-	٩٣	٣٦	١١	٢	٤	٣	البرازيل
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	٢	٤	٣	البرتغال
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	٢	٤	٣	بروناي دار السلام
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	المملكة المتحدة
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	بلجيكا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	بلغاريا
-	-	-	٣٦	٣٦	-	-	-	١٠	٦٦	٢٢	٨	١٨	١٣	بنغلاديش
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	٤	١٠	٧	بنما
-	-	-	٦٨	-	-	-	-	١٠٠	٢٦	٦	٣	٣	٣	بوتان
-	-	-	-	-	-	-	-	٧٢	-	-	٧	١١	٩	بوتسوانا
٨٢	٨٤	٨٣	٤٤	٣٤	٩	١٣	٧٦	٧٧	٥٢	١٠	٣٦	٤٢	٣٩	بوركينا فاسو
-	-	-	٧٢	٤٤	-	-	-	٧٥	٢٠	٢	٢٧	٢٦	٢٦	بوروندي
٣٦	٤٠	٣٨	٥	-	-	-	-	١٠٠	٦	٠	٤	٧	٥	البوسنة والهرسك
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	بولندا
-	-	-	١٦	-	-	-	-	٧٦	٢٢	٣	٢٤	٢٨	٢٦	بوليفيا (دولة متعددة القوميات)

البلدان والأقاليم	عمل الأطفال (%) x2011-2002			زواج الأطفال (%) x2011-2002			بتر أو تشويه / الأعضاء التامسة الأنتوية الظاهرة (ختان الإناث) (%) x2002-2011			المواقف تجاه العنف الأسري (%) x2011-2002			تأديب الأطفال (%) x2011-2005			
	المجموع	ذكور	إناث	المجموع	تزوجوا قبل 15 عاما	تزوجوا قبل 18 عاما	تسجيل المواليد (%) x2005-2011	معدل الانتشار			المواقف تجاه العنف الأسري (%) x2011-2002			تأديب الأطفال (%) x2011-2005		
								التوجهات	التوجهات	التوجهات	المجموع	النساء ^a	البنات ^b	دعم الممارسة ^c	المجموع	ذكور	إناث	المجموع	ذكور	إناث
بيرو	y34	y31	y36	3	19	93										
بيلاروس	5	6	4	0	7											
بليرز	6	7	5	3	26	95										
بنن	46	47	45	8	34	60										
تايلندا	8	8	8	3	20	99										
تركمانيستان				1	7	96										
تركيا	y2	y2	y2	3	14	94										
ترينيداد وتوباغو	1	1	1	2	8	96										
تشاد	26	25	28	29	68	16										
الجمهورية التشيكية																
تشيلي	2	2	2			100										
جمهورية تنزانيا الاتحادية	y21	y22	y19	7	27	16										
توغو	28	28	29	6	78	4										
توفالو				0	10	50										
تونغا																
تونس																
تيمور الشرقية	4	4	4	3	19	55										
الغابون				X 11	X 24	89										
جامايكا	6	7	5	1	9	98										
غامبيا	19	21	18	7	36	52										
غرينادا																
الجزائر	y5	y6	y4	0	2	99										
جزر سليمان				3	22											
جزر الكوك																
جزر مارشال				6	26	96										
جمهورية أفريقيا الوسطى	29	27	30	29	68	61										
الكونغو	25	24	25	7	32	81										
جنوب أفريقيا				1	6	92										
جنوب السودان δ				9	52	25										
غواتيمالا	y21			7	30	97										
غوايانا	16	17	16	6	22	88										
جورجيا	18	20	17	1	14	99										
جيبوتي	8	8	8	2	5	89										
الدنمارك																
دومينيكا																
جمهورية الدومينيكان	12	18	8	12	41	79										
الراس الأخضر	x.y2	x.y4	x.y3	3	18	91										
رواندا	29	27	30	1	8	62										
الاتحاد الروسي																
رومانيا	x 1	x 1	x 1													
زامبيا	y41	y42	y40	9	42	14										
زيمبابوي				4	21	49										
ساحل العاج	25	26	24	8	35	55										
ساموا																
سان مارينو																
سينت هتسنت وغرينادين																
سينت كيتس ونيفيس																
سينت لوشيا																
ساو تومي وبرينسيبي	8	8	7	5	34	75										
سري لانكا				2	12	97										
المملكة العربية السعودية																
السلفادور	y5	y7	y2	5	25	99										
سلوفاكيا																
سلوفينيا																
سنغافورة																

تأديب الأطفال (%) × 2011-2005			المواقف تجاه العنف الأسري (%) × 2011-2002		بنو أو تشويه / الأعضاء التماسلية الأثوية الظاهرة (حتان الإناث) (%) × 2002-2011				زواج الأطفال (%) × 2002-2011		عمل الأطفال (%) × 2011-2002			البلدان والأقاليم
					التوجهات	معدل الانتشار		تسجيل المواليد (%) × 2005-2011						
إناث	ذكور	المجموع	إناث	ذكور	دعم الممارسة ^c	البنات ^b	النساء ^a	المجموع	تزوجوا قبل 18 عاماً	تزوجوا قبل 15 عاماً	إناث	ذكور	المجموع	
-	-	-	60	25	17	y 12	26	75	32	12	y 16	y 18	y 17	السفغال
88	90	89	28	y 22	-	-	-	50	7	1	7	8	7	سوازيلاند
-	-	-	47	-	42	y 27	88	59	32	7	-	-	-	السودان δ
88	90	89	-	-	-	-	-	95	12	2	2	5	4	الجمهورية العربية السورية
85	87	86	12	-	-	-	-	97	19	2	5	7	6	سورينام
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	السويد
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	سويسرا
82	81	82	72	-	72	y 10	88	78	44	18	25	27	26	سيراليون
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	سيشيل
64	70	67	2	y 7	-	-	-	99	5	1	4	5	4	صربيا
-	-	-	y 76	-	75	46	98	2	45	8	54	45	49	الصومال
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	الصين
75	80	78	y 74	-	-	-	-	88	12	1	11	9	10	طاجيكستان
84	87	86	59	-	-	-	-	95	17	2	9	12	11	العراق
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	عمان
94	94	94	44	y 26	2	y 0	4	62	21	5	34	24	24	غانا
-	-	-	86	-	79	57	96	42	62	20	24	26	25	غينيا
-	-	-	-	-	-	-	-	22	-	-	X 28	X 28	X 28	غينيا الاستوائية
81	82	82	y 40	-	24	29	50	24	22	7	36	40	28	غينيا بيساو
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	الفاتيكان
-	-	y 78	-	-	-	-	-	26	27	9	-	-	-	فانواتو
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	فرنسا
-	-	-	14	-	-	-	-	82	14	2	-	-	-	الفلبين
-	-	95	-	-	-	-	-	y 96	19	7	-	-	-	دولة فلسطين
-	-	-	-	-	-	-	-	92	-	-	X 6	X 9	X 8	جمهورية فنزويلا البوليفارية
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	فنلندا
-	-	y 72	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	فيجي
71	76	74	36	-	-	-	-	95	9	1	7	7	7	فيتنام
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	قبرص
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	قطر
45	54	49	12	17	-	-	-	100	6	0	2	2	2	كازاخستان
92	92	92	56	-	7	1	1	70	36	11	30	21	21	كاميرون
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	كرواتيا
-	-	-	y 46	y 22	-	-	-	62	18	2	-	-	y 27	كمبوديا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	كندا
-	-	-	-	-	-	-	-	100	40	9	-	-	-	كوريا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	كوريا الجنوبية (جمهورية كوريا)
-	-	-	-	-	-	-	-	100	-	-	-	-	-	جمهورية كوريا الديمقراطية الشعبية
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	6	5	كوستاريكا
-	-	-	-	-	-	-	-	97	22	6	y 6	y 12	y 9	كولومبيا
-	-	-	-	-	-	-	-	82	-	-	X 28	X 26	X 27	جزر القمر
91	92	92	76	-	-	-	-	28	29	9	17	12	15	جمهورية الكونغو الديمقراطية
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	الكويت
y 49	58	y 54	28	-	-	-	-	94	10	1	2	4	4	قيرغيزستان
-	-	y 81	76	70	-	-	-	94	20	2	-	-	-	كيريباتي
-	-	-	52	44	9	-	27	60	26	6	X 25	X 27	X 26	كينيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	لائتيا
72	75	74	81	-	-	-	-	72	-	-	12	10	11	جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية
82	82	82	y 10	-	-	-	-	100	6	1	1	2	2	لبنان
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	لوكسمبورغ
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	ليبيريا
94	94	94	59	20	-	-	58	4	28	11	21	21	21	ليبيريا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	ليتوانيا
-	-	-	27	48	-	-	-	45	19	2	X 21	X 25	X 22	ليسوتو
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	ليختنشتاين

تأديب الأطفال (%) x2011-2005			المواقف تجاه العنف الأسري (%) x2011-2002		بتر أو تشويه / الأضواء التماسلية الأنثوية الظاهرة (ختان الإناث) (%) x2002-2011				زواج الأطفال (%) x2011-2002		عمل الأطفال (%) x2011-2002			البلدان والأقاليم
					التوجهات	معدل الانتشار		تسجيل المواليد (%) x2005-2011						
إناث	ذكور	المجموع	إناث	ذكور	دعم الممارسة ^c	البنات ^b	النساء ^a	المجموع	تزوجوا قبل 18 عاماً	تزوجوا قبل 15 عاماً	إناث	ذكور	المجموع	
-	-	-	١٢	١٢	-	-	-	-	٥٠	١٢	٢٦	٢٥	٢٦	ملاوي
-	-	-	y٣١	y١٤	-	-	-	٩٣	٤	٠	-	-	-	المالديف
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	مالطا
-	-	-	٨٧	-	٧٣	٧٥	٨٩	٨١	٥٥	١٥	٢١	٢٢	٢١	مالي
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	ماليزيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	هونغ كونغ
-	-	-	٣٢	٣٠	-	-	-	٨٠	٤٨	١٤	y٢٧	y٢٩	y٢٨	مدغشقر
-	-	y٩٢	y٣٩	-	٥٤	y٢٤	٩١	٩٩	١٧	٢	٥	٨	٧	مصر
٩٠	٩٢	٩١	٦٤	-	-	-	-	٨٥	١٦	٣	٨	٩	٨	المغرب
٦٧	٧١	٦٩	١٥	-	-	-	-	١٠٠	٧	١	١٣	١٢	١٣	جمهورية مقدونيا اليوغوسلافية السابقة
-	-	-	-	-	-	-	-	-	٢٣	٥	٥	٦	٥	المكسيك
٤٣	٤٨	٤٦	١٠	y٨	-	-	-	٩٩	٥	٠	١١	١٠	١٠	منغوليا
-	-	-	-	-	٥٢	٦٦	٧٢	٥٦	٣٥	١٥	١٥	١٨	١٦	موريتانيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	موريشيوس
-	-	-	٣٦	-	-	-	-	٣١	٥٦	٢١	٢٤	٢١	٢٢	موزامبيق
-	-	-	٢١	y٢٢	-	-	-	٩٨	١٩	١	١٢	٢٠	١٦	جمهورية مولدوفا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	موناكو
٦١	٦٤	٦٣	١١	-	-	-	-	٩٨	٥	٠	٨	١٢	١٠	الجزيل الأسود
-	-	-	-	-	-	-	-	٧٣	-	-	-	-	-	ميانمار
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	ولايات ميكرونيسيا المتحدة
-	-	-	٣٥	٤١	-	-	-	٦٧	٩	٢	-	-	-	ناميبيا
-	-	-	-	-	-	-	-	٨٣	٢٧	٢	-	-	-	ناورو
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	النرويج
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	النمسا
-	-	-	٢٣	٢٢	-	-	-	٤٢	٤١	١٠	y٣٨	y٣٠	y٣٤	نيبال
-	-	-	٧٠	-	٣	١	٢	٣٢	٧٥	٣٦	٤٣	٤٣	٤٣	النيجر
-	-	-	٤٣	٣٠	٢٢	y٣٠	y٣٠	٣٠	٣٩	١٦	٢٩	٢٩	٢٩	نيجيريا
-	-	-	١٤	-	-	-	-	٨١	٤١	١٠	X١١	X١٨	X١٥	نيكاراغوا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	نيوزيلندا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	نيوي
-	-	-	٢٩	-	-	-	-	٨١	٣٠	٦	١٩	٢٢	٢١	هايتي
-	-	-	٥٤	٥١	-	-	-	٤١	٤٧	١٨	١٢	١٢	١٢	الهند
-	-	-	١٦	-	-	-	-	٩٤	٣٩	١١	١٥	١٦	١٦	هندوراس
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	هولندا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	اليابان
٩٥	٩٥	٩٥	-	-	x.y٤١	x.y٢٠	x.y٣٣	٢٢	٢٢	١١	٢٤	٢١	٢٢	اليمن
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	اليونان
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X١٢	X١٤	X١٢	السودان وجنوب السودان δ
ملخص المؤشرات #														
-	-	-	٥٥	٣٥	٢١	٢٤	٤٠	٤١	٣٧	١٢	٢٦	٢٨	٢٧	أفريقيا جنوب الصحراء
-	-	-	٥٥	٤٠	-	-	٤٢	٣٧	٢٤	٩	٢٥	٢٨	٢٧	شرق وجنوب أفريقيا
-	-	-	٥٦	٣٠	٢٢	٢٣	٣٤	٤٢	٤١	١٤	٢٧	٢٨	٢٧	غرب ووسط أفريقيا
-	-	٩٠	٥٢	-	-	-	-	٨١	١٧	٣	٨	١٠	٩	الشرق الأوسط وشمال أفريقيا
-	-	-	٥٢	٤٩	-	-	-	٣٧	٤٦	١٨	١٢	١٣	١٢	جنوب آسيا
-	-	-	xx٣٠	-	-	-	-	٧٠	xx١٨	xx٣	xx٧	xx٨	xx٨	شرق آسيا ودول المحيط الهادي
-	-	-	-	-	-	-	-	٩٣	٢٩	٧	٧	٩	٩	أمريكا اللاتينية ودول البحر الكاريبي
-	-	-	٢٧	-	-	-	-	٩٦	١٠	١	٤	٦	٥	دول وسط وشرق أوروبا / رابطة الدول المستقلة
-	-	-	٥٤	٣٦	-	-	-	٣٥	٤٦	١٦	٢٢	٢٤	٢٣	الدول الأقل نمواً
-	-	-	xx٤٧	-	-	-	-	٥١	xx٣٤	xx١١	xx١٤	xx١٥	xx١٥	العالم

المؤشرات الأساسية

δ بسبب انفصال جمهورية جنوب السودان عن جمهورية السودان في يوليو / تموز ٢٠١١، وانضمام جمهورية جنوب السودان بعد ذلك إلى الأمم المتحدة في ١٤ يوليو / تموز ٢٠١١، لا تتوافر بعدُ بيانات مصنّفة لجميع المؤشرات عن السودان وعن جنوب السودان كدولتين مستقلتين. أما البيانات المجمعّة فهي معروضة للسودان قبل الانفصال (انظر بند المذكرة).

للإطلاع على قائمة كاملة بالبلدان والأقاليم داخل المناطق، والمناطق الفرعية وفئات البلدان، انظر الصفحة رقم ١٠٦.

تعريفات المؤشرات

تشويه أو بتر / الأعضاء التناسلية الأنثوية الظاهرة - المسوح العنقودية متعددة المؤشرات، والمسوح السكانية والصحية، والمسوح الوطنية الأخرى.

المواقف تجاه العنف الأسري - المسوح العنقودية متعددة المؤشرات، والمسوح السكانية والصحية، والمسوح الوطنية الأخرى.

تأديب الأطفال - المسوح العنقودية متعددة المؤشرات، والمسوح السكانية والصحية، والمسوح الوطنية الأخرى.

ملاحظات

- البيانات غير متوافرة.

X البيانات التي تشير إلى سنوات أو فترات غير تلك المحددة في عنوان العمود. هذه البيانات لا تدخل في حساب متوسطات المناطق والمتوسطات العالمية.

Y البيانات التي تختلف عن التعريف القياسي، الموحد أو تشير إلى جزء واحد فقط من البلد. إذا اندرجت هذه البيانات ضمن الفترة المرجعية المذكورة البيانات، فإنها تدخل في حساب متوسطات المناطق والمتوسطات العالمية.

+ يوجد شرح أكثر تفصيلاً عن منهجية حساب هذه التقديرات، وعن التغييرات في ذلك الحساب تحت الملاحظة العامة على البيانات، صفحة ١٠٢.

x البيانات تشير إلى أحدث سنة تتوافر عنها البيانات خلال المدة المحددة في عنوان العمود.

xx البيانات تستثني الصين.

عمل الأطفال - النسبة المئوية للأطفال في الفئة العمرية (٥ أعوام - ١٤ عاماً) الذين كانوا منخرطين في عمل يقوم به الأطفال وقت إجراء المسح. ويعتبر الطفل منخرطاً في هذا العمل وفقاً للظروف التالية: الأطفال في الفئة العمرية (٥ أعوام - ١١ عاماً) الذين عملوا أثناء الأسبوع المرجعي، لمدة ساعة واحدة على الأقل في نشاط اقتصادي، أو لمدة ٢٨ ساعة على الأقل في عمل منزلي، أو الأطفال في الفئة العمرية (١٢ - ١٤ عاماً) الذين عملوا أثناء الأسبوع المرجعي، لمدة ١٤ ساعة على الأقل في نشاط اقتصادي، أو لمدة ٢٨ ساعة على الأقل في عمل منزلي.

زواج الأطفال - النسبة المئوية للنساء في الفئة العمرية (٢٠ - ٢٤ عاماً) اللواتي كنّ متزوجات أو كنّ متعايشات كزوجات/كان لهنّ اتصال جنسي مع ذكور، لأول مرة، قبل أن يبلغن سنّ ١٥ عاماً، والنسبة المئوية للنساء في الفئة العمرية (٢٠ - ٢٤ عاماً) اللواتي كنّ متزوجات أو كنّ متعايشات كزوجات مع ذكور/كان لهنّ اتصال جنسي، لأول مرة، قبل أن يبلغن سنّ ١٨ عاماً.

تسجيل المواليد - النسبة المئوية للأطفال دون سنّ الخامسة الذين كانوا مسجلين وقت إجراء المسح. يشمل رقم البسط لهذا المؤشر الأطفال الذين شاهد مجري المقابلة معهم شهادات ميلادهم بنفسه، أو من قالت أمهاتهم أو القائمون على رعايتهم بأن واقعات ولادة أولئك الأطفال قد سُجّلت.

بتر أو تشويه / الأعضاء التناسلية الأنثوية الظاهرة (ختان الإناث) - (أ) النساء: النسبة المئوية للنساء في الفئة العمرية (١٥ - ٤٩ عاماً) اللواتي جرى ختانهنّ. (ب) البنات: النسبة المئوية للنساء في الفئة العمرية (١٥ - ٤٩ عاماً) اللواتي جرى ختان إحدى بناتهنّ على الأقل. (ج) دعم ممارسة الختان: النسبة المئوية للنساء في الفئة العمرية (١٥ - ٤٩ عاماً)، اللواتي يعتقدن أنّ ممارسة ختان الإناث يجب أن تستمر.

المواقف تجاه العنف الأسري - النسبة المئوية للنساء والرجال في الفئة العمرية (١٥ - ٤٩ عاماً)، الذين يعتبرون أنّ ضرب الزوج زوجته ضربة واحدة أو متكررة أمرٌ مبرّرٌ لسبب واحد على الأقل من الأسباب المحددة؛ أي إذا كانت زوجته تحرق الطعام عند طهيها، أو تتجادل معه، أو تخرج دون إخباره بذلك، أو تهمل رعاية الأطفال، أو ترفض إقامة علاقات جنسية معه.

تأديب الأطفال - النسبة المئوية للأطفال في الفئة العمرية من (٢ عامين - ١٤ عاماً) ممن تعرّضوا لأساليب تأديبية عنفية (اعتداء نفسي و / أو عقوبة بدنية).

مصادر البيانات الأساسية

عمل الأطفال - المسوح العنقودية متعددة المؤشرات، والمسوح السكانية والصحية، والمسوح الوطنية الأخرى.

زواج الأطفال - المسوح العنقودية متعددة المؤشرات، والمسوح السكانية والصحية، والمسوح الوطنية الأخرى.

تسجيل المواليد - المسوح العنقودية متعددة المؤشرات، والمسوح السكانية والصحية، والمسوح الوطنية الأخرى، وأنظمة تسجيل الواقعات الحيوية.

جدول ١٠: معدل التقدم

النسبة المئوية لمعدل الخفض السنوي معدل الخصوبة الإجمالي	معدل الخصوبة الإجمالي					النسبة المئوية لمعدل النمو السنوي لحصة الفرد من الناتج المحلي الإجمالي		النسبة المئوية للخفض منذ ١٩٩٠ منذ ٢٠٠٠	النسبة المئوية للخفض منذ ١٩٩٠ منذ ٢٠٠٠	النسبة المئوية لمعدل الخفض السنوي في معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة				معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة				ترتيب البلدان وفقاً لوفيات الأطفال دون سن الخامسة	البلدان والأقاليم		
	-١٩٩٠	-١٩٧٠	٢٠١١	١٩٩٠	١٩٧٠	-١٩٩٠	-١٩٧٠			-١٩٩٠	-١٩٧٠	٢٠١١	٢٠٠٠	١٩٩٠	١٩٧٠	٢٠١١	٢٠٠٠			١٩٩٠	١٩٧٠
	٢٠١١	١٩٩٠	٢٠١١	١٩٩٠	١٩٧٠	٢٠١١	١٩٩٠			٢٠١١	٢٠١١	٢٠١١	٢٠١١	٢٠٠٠	١٩٩٠	١٩٩٠	٢٠١١			٢٠٠٠	١٩٩٠	١٩٧٠
٢,٧	-٠,٢	٤,٠	٧,١	٦,٨	٣,٢	-	٤٤	٦١	٤,٥	٥,٢	٣,٦	-٠,٧	٧٧	١٣٩	١٩٨	٢٣٠	٣٦	إثيوبيا			
١,٥	-٠,١	٢,٢	٣,٠	٣,١	٢,٢	-٠,٨	٣١	٤٩	٣,٢	٣,٣	٣,١	٣,٧	١٤	٢٠	٢٨	٥٨	١٢٢	الأرجنتين			
٣,١	١,٦	٣,٠	٥,٨	٧,٩	٢,٦	X٢,٥	٣٦	٤٤	٢,٧	٢,٧	٢,٧	٤,٨	٢١	٢٨	٣٧	٩٧	٩١	الأردن			
١,٨	١,٢	١,٧	٢,٥	٣,٢	٦,١	-	٣١	٦٣	٤,٧	٤,٨	٤,٦	-	١٨	٣٠	٤٧	-	١٠٢	أرمينيا			
١,٧	-٠,٢	٤,٤	٦,٢	٦,٦	X٠,٨-	-	٣١	٥١	٣,٤	٣,٤	٣,٤	٢,٩	٦٨	٩٨	١٣٨	٢٤٧	٤١	إريتريا			
١,٥	٢,٢	٢,٢	٣,٠	٤,٦	٥,٩	-	٣٥	٥٣	٣,٦	٣,٩	٣,٢	-	٤٥	٦٩	٩٥	-	٦١	أذربيجان			
-٠,٥-	٣,٨	١,٥	١,٢	٢,٩	١,٩	١,٩	٣٦	٦١	٤,٥	٤,١	٥,٠	٤,٩	٤	٧	١١	٢٩	١٦٩	إسبانيا			
-٠,٢-	١,٩	٢,٠	١,٩	٢,٧	٢,٢	١,٦	٢٧	٥١	٣,٤	٢,٩	٣,٨	٤,٢	٥	٦	٩	٢١	١٦٥	أستراليا			
-٠,٦	-٠,٤	١,٧	١,٩	٢,١	X٥,٥	-	٦٦	٨٢	٨,١	٩,٧	٦,٢	-	٤	١١	٢٠	-	١٦٩	أستونيا			
-٠,١	١,٢	٢,٩	٣,٠	٣,٨	١,٨	١,٩	٣٨	٦٣	٤,٧	٤,٣	٥,١	-	٤	٧	١٢	-	١٦٩	إسرائيل			
١,٢	-٠,٢-	٦,٢	٨,٠	٧,٧	-	-	٣٦	٤٧	٣,١	٢,٧	٣,٤	٢,٤	١٠١	١٣٦	١٩٢	٣٠٩	٢٣	أفغانستان			
١,٩	٢,٧	٢,٤	٣,٧	٦,٣	١,٥	١,٣	٣٣	٥٦	٤,٠	٣,٧	٤,٣	٤,٨	٢٣	٣٤	٥٢	١٢٨	٨٦	إكوادور			
٣,٦	٢,١	١,٥	٣,٢	٤,٩	٥,٣	X٠,٧-	٤٦	٦٥	٥,٠	٥,٥	٤,٥	-	١٤	٣٦	٤١	-	١٢٢	اليابان			
-٠,٢-	١,٩	١,٤	١,٤	٢,٠	١,٣	٢,٣	٢٦	٥٣	٣,٦	٢,٧	٤,٥	٥,٦	٤	٥	٩	٣٦	١٦٩	ألمانيا			
٤,٥	٢,٠	١,٧	٤,٤	٦,٦	١,٩-	X٤,٣-	٤٦	٧٠	٥,٨	٥,٧	٥,٩	٧,١	٧	١٢	٢٢	٩٢	١٥١	الإمارات العربية المتحدة			
-٠,٣-	-٠,٧	٢,١	١,٩	٢,٢	١,٧	٢,١	١٢	٣٤	٢,٠	١,١	٢,٨	٢,٦	٨	٩	١١	٢٣	١٤٥	الولايات المتحدة الأمريكية			
-	-	-	-	-	-٠,٦	X٧,٨	٤٩	٧٢	٦,٠	٦,١	٥,٩	-	٨	١٥	٢٧	-	١٤٥	أنغيوا وبربودا			
١,٤	-٠,١	٥,٣	٧,٢	٧,٣	٤,١	-	٢١	٣٥	٢,١	٢,١	٢,٠	-	١٥٨	١٩٩	٢٤٣	-	٨	أنغولا			
-	-	-	-	-	X٢,٥	١,٤-	٣٤	٦٠	٤,٤	٣,٨	٥,١	-	٣	٥	٨	-	١٨٤	أندورا			
١,٩	٢,٨	٢,١	٣,١	٥,٥	٢,٧	٤,٦	٣٩	٦١	٤,٥	٤,٦	٤,٤	٣,٥	٢٢	٥٢	٨٢	١٦٤	٧١	إندونيسيا			
-٠,٩	-٠,٧	٢,١	٢,٥	٢,٩	٢,١	-٠,٩	٤٠	٥٥	٣,٨	٤,٦	٣,٠	٤,٢	١٠	١٧	٢٣	٥٥	١٣٥	أوروغواي			
٢,٨	٢,٢	٢,٢	٤,٢	٦,٥	٢,٥	-	٢٠	٣٥	٢,١	٢,١	٢,١	-	٤٩	٦١	٧٥	-	٥٦	أوزبكستان			
-٠,٨	-٠,٠	٦,١	٧,١	٧,١	٣,٧	-	٣٦	٤٩	٣,٣	٤,١	٢,٤	-٠,٣	٩٠	١٤١	١٧٨	١٩٠	٢٦	أوغندا			
١,٢	-٠,٦	١,٥	١,٩	٢,١	-٠,٦	-	٤٦	٤٨	٣,١	٥,٦	-٠,٤	٢,٨	١٠	١٩	١٩	٣٤	١٣٥	أوكرانيا			
٥,١	١,٥	١,٦	٤,٨	٦,٥	X٢,٧	٢,٣-	٤٢	٥٩	٤,٣	٥,١	٣,٣	٦,٠	٢٥	٤٤	٦١	٢٠٣	٨٣	جمهورية إيران الإسلامية			
-٠,٣-	٣,٢	٢,١	٢,٠	٣,٨	X٠,٦	-	٤٢	٥٦	٣,٩	٥,١	٢,٥	٤,٦	٤	٧	٩	٢٣	١٦٩	إيرلندا			
-٠,١	١,٦	٢,١	٢,٢	٣,٠	٢,١	٣,٢	٣٦	٦٠	٤,٤	٤,٠	٤,٨	٤,٦	٣	٤	٦	١٦	١٨٤	آيسلندا			
-٠,٥-	٣,٢	١,٤	١,٢	٢,٥	-٠,٨	٢,٨	٣٤	٦٢	٤,٦	٣,٨	٥,٥	٦,١	٤	٦	١٠	٣٣	١٦٩	إيطاليا			
١,٠	١,٢	٣,٩	٤,٨	٦,٢	-٠,١	١,٠-	١٩	٣٤	٢,٠	٢,٠	٢,٠	٢,٧	٥٨	٧٢	٨٨	١٥١	٥٠	بابوا غينيا الجديدة			
٢,١	١,٢	٢,٩	٤,٥	٥,٧	-٠,٣	٣,١	٣٧	٥٧	٤,١	٤,١	٤,٠	١,٧	٢٢	٣٥	٥٢	٧٥	٨٧	باراغواي			
-٠,٥	٢,٩	١,٦	١,٧	٣,١	X١,١	١,٧	١٥-	١٠-	-٠,٥-	١,٢-	-٠,٤	٤,٨	٢٠	١٧	١٨	٤٧	٩٨	باربادوس			
٢,٨	-٠,٥	٣,٢	٦,٠	٦,٦	١,٩	٢,٦	٢٤	٤١	٢,٥	٢,٥	٢,٥	٢,٠	٧٢	٩٥	١٢٢	١٨٢	٣٩	باكستان			
-	-	-	-	-	X٠,١-	-	٢٥	٤٢	٢,٦	٢,٦	٢,٦	-	١٩	٣٥	٣٢	-	١٠٠	بالاو			
١,٦	١,٥	١,٩	٣,٦	٣,٥	-٠,٧	١,٩	٤٩	٣٦	١,٤	-٠,٤	٢,٦	١,٨	١٦	١٧	٢٢	٣١	١٠٧	جزر البهاما			
١,٩	٢,٨	٢,٥	٣,٧	٦,٥	X١,٣-	١,٩	٤١	٥١	٣,٤	٢,٠	٥,٠	٦,٩	١٠	١٢	٢١	٨١	١٣٥	البحرين			
٢,١	٢,٩	١,٨	٢,٨	٥,٠	١,٦	٢,٢	٥٦	٧٣	٦,٣	٧,٥	٤,٩	٤,٠	١٦	٣٦	٥٨	١٩٩	١٠٧	البرازيل			
-٠,٧	٣,٣	١,٢	١,٥	٣,٠	١,٥	٢,٥	٥٣	٧٧	٦,٩	٦,٨	٧,١	٧,٥	٣	٧	١٥	٦٦	١٨٤	البرتغال			
٢,٧	٣,٤	٢,٠	٣,٥	٥,٨	X٠,٤-	X٢,٢-	٢٥	٤١	٢,٦	٢,٦	٢,٥	-	٧	١٠	١٢	-	١٥١	بروناي دار السلام			
-٠,١-	١,٢	١,٩	١,٨	٢,٣	٢,٤	٢,١	٢٣	٤٥	٢,٨	٢,٣	٣,٣	٤,١	٥	٧	٩	٣١	١٦٥	المملكة المتحدة			
-٠,٧-	١,٧	١,٨	١,٦	٢,٢	١,٦	٢,٢	٢٦	٥٧	٤,٠	٣,٧	٥,٤	٤,٣	٤	٦	١٠	٢٤	١٦٩	بلجيكا			
-٠,٦	١,١	١,٥	١,٧	٢,٢	٣,٣	X٣,٤	٤٢	٤٥	٢,٩	٤,٩	-٠,٧	٢,٩	١٢	٢١	٢٢	٣٩	١٢٨	بلغاريا			
٣,٤	٢,١	٢,٢	٤,٥	٦,٩	٢,٦	-٠,٦	٤٥	٦٧	٥,٣	٥,٥	٥,٠	٢,٤	٤٦	٨٤	١٢٩	٢٢٦	٦٠	بنغلادش			
١,٠	٢,٨	٢,٥	٣,٠	٥,٣	٣,٤	-٠,٣	٢٤	٤١	٢,٥	٢,٥	٢,٦	٣,١	٢٠	٢٦	٣٣	٦٢	٩٨	بنما			
٤,٣	-٠,٧	٢,٢	٥,٨	٦,٧	٥,٣	-	٤٠	٦١	٤,٥	٤,٦	٤,٤	٣,٦	٥٤	٨٩	١٢٨	٢٨٦	٥١	بوتان			
٢,٦	١,٧	٢,٧	٤,٧	٦,٦	٣,٤	٨,١	٦٨	٥١	٣,٤	١٠,٤	٤,٣-	٤,٥	٢٦	٨١	٥٢	١٣١	٥١	بوتسوانا			
-٠,٨	-٠,٢-	٥,٨	٦,٨	٦,٦	٢,٨	١,٣	٦٩	٣٠	١,٧	٢,٠	١,٤	١,٧	١٤٦	١٨٢	٢٠٨	٢٩١	٩	بوركينافاسو			
٢,١	-٠,٢	٤,٢	٦,٥	٦,٨	١,٤-	١,٢	١٥	٢٤	١,٣	١,٥	١,٠	١,١	١٣٩	١٦٥	١٨٣	٢٢٩	١٠	بوروندي			
١,٩	٢,٦	١,١	١,٧	٢,٩	X٨,٣	-	٢٠	٥٩	٤,٣	٢,٠	٦,٧	-	٨	١٠	١٩	-	١٤٥	البوسنة والهرسك			
١,٨	-٠,٤	١,٤	٣,٠	٢,٢	٤,٤	-	٤٠	٦٦	٥,٢	٤,٦	٥,٩	٣,٦	٦	١٠	١٧	٣٦	١٥٧	بولندا			
١,٩	١,٥	٣,٢	٤,٩	٦,٦	١,٦	١,١-	٣٧	٥٨	٤,١	٤,٣	٣,٩	٣,٢	٥١	٨١	١٢٠	٢٢٦	٥٥	بوليفيا (دولة متعددة القوميات)			
٢,١	٢,٥	٢,٥	٣,٨	٦,٣	٣,٢	-٠,٦-	٥٣	٧٦	٦,٨	٧,٠	٦,٦	٣,٧	١٨	٣٩	٧٥	١٥٨	١٠٢	بيرو			
١,٢	١,٠	١,٥	١,٩	٢,٣	٤,٧	-	٥٩	٦٧	٥,٣	٨,١	٢,٣	-	٦	١٤	١٧	-	١٥٧	نيبال			
٢,٤	١,٧	٢,٧	٤,٥	٦,٣	١,٨	٢,٩	٣٦	٦٢	٤,٥	٤,٠	٥,١	-	١٧	٢٦	٤٤	-	١٠٦	بليز			
١,٢	-٠,٠	٥,٢	٦,٧	٦,٧	١,٣	-٠,٥	٢٤	٤٠	٢,٤	٢,٥	٢,٤	١,٩	١٠٦	١٤٠	١٧٧	٢٦١	٢٠	بنن			
١,٤	٤,٩	١,٦	٢,١	٥,٦	٢,٨	٤,٧	٣٤	٦٥	٥,٠	٣,٧	٦,٤	٥,٣	١٢	١٩	٣٥	١٠٢	١٢٨	تايلندا			

البلدان والأقاليم	ترتيب البلدان وفقاً لوفيات الأطفال دون سن الخامسة	معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة				النسبة المئوية لمعدل الخفض السنوي في معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة				النسبة المئوية للخفض 1990-2011	النسبة المئوية للخفض 2000-معدل	النسبة المئوية للتوسع المتوسط		النسبة المئوية للخفض الإجمالي		معدل الخصوبة الإجمالي				معدل الخفض السنوي للنسبة المئوية الإجمالي	
		1990	2000	2011	1990	2011	1990	2011	1990			2011	1990	2011	1990	2011	1990	2011	1990		2011
تركمانستان	54	—	94	71	53	—	2,8	2,8	2,8	—	44	36	—	5,8	6,3	6,3	4,3	2,4	1,9	2,9	
تركيا	115	194	77	35	15	5,0	7,1	7,7	7,4	79	57	2,0	2,4	5,0	3,0	2,1	3,0	2,1	3,0	1,9	
ترينيداد وتوباغو	78	52	37	22	28	1,7	1,4	1,3	1,4	35	14	0,5	4,8	3,5	2,4	1,6	1,8	1,8	1,9	1,9	
تشاد	4	257	208	189	169	1,1	1,0	1,0	1,0	19	10	0,9	3,1	6,5	6,7	5,9	0,1	0,1	0,1	0,6	
الجمهورية التشيكية	169	—	14	7	4	—	7,6	4,9	6,2	73	42	—	2,7	2,0	1,8	1,5	0,6	0,6	0,6	1,0	
تشيلي	141	82	19	11	9	7,4	5,5	2,0	3,6	52	19	1,5	3,4	4,0	2,6	1,8	2,1	2,1	1,7	1,7	
جمهورية تنزانيا الاتحادية	41	208	158	126	68	1,4	2,2	0,7	4,0	57	47	—	2,5	6,8	6,8	6,2	5,5	0,4	0,6	0,6	
توغو	19	220	147	128	110	2,0	1,4	1,4	1,4	35	14	0,3	0,3	7,1	6,3	4,0	0,1	0,1	0,2	2,2	
توفالو	74	—	58	43	30	—	2,9	2,3	3,1	48	30	—	2,1	—	—	—	—	—	—	—	
تونغا	115	42	25	20	15	2,9	2,2	2,2	2,2	37	21	—	1,5	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	
تونس	107	181	51	30	16	6,2	5,5	5,5	5,5	68	45	2,5	3,2	3,2	6,6	6,6	3,6	2,0	2,0	2,0	
تيمور الشرقية	51	—	180	109	54	—	6,4	5,0	5,7	70	51	—	0,2	X 1,9	5,2	5,2	6,1	6,1	0,5	0,5	
التايوان	44	—	94	82	66	—	1,4	2,1	1,7	21	20	0,2	0,7	4,7	3,2	3,2	0,5	0,5	0,5	0,5	
جامايكا	102	62	35	26	18	3,0	3,0	3,0	3,0	47	28	1,3	0,5	5,0	2,9	2,2	2,2	2,1	1,2	1,2	
غامبيا	22	286	165	120	101	2,8	2,2	2,4	2,2	39	22	0,6	0,9	6,1	6,1	4,8	0,0	0,0	0,0	1,1	
غرينادا	125	—	21	16	13	—	2,9	1,9	2,4	39	18	X 4,2	2,9	4,6	3,8	2,2	2,0	2,0	2,0	2,0	
الجزائر	74	199	66	46	30	5,5	2,6	2,9	3,8	55	35	1,6	1,5	7,4	4,7	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2	
جزر سليمان	87	102	42	31	22	4,5	3,2	3,1	3,1	48	29	—	0,9	6,9	5,9	4,2	0,8	0,8	0,8	1,6	
جزر الكوك	125	61	19	17	10	5,8	5,2	3,2	3,2	50	44	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
جزر مارشال	80	98	52	38	26	2,2	2,2	2,2	2,2	50	30	—	0,5	—	—	—	—	—	—	—	
جمهورية أفريقيا الوسطى	6	226	169	172	164	1,5	0,2	0,5	0,2	3	5	1,3	0,5	6,0	5,8	4,5	0,1	0,1	0,1	1,1	
الكونغو	25	152	119	109	99	1,2	0,9	0,9	0,9	17	9	2,2	2,2	6,2	5,4	4,0	0,8	0,8	0,8	0,8	
جنوب أفريقيا	58	—	74	62	47	—	1,7	4,2	4,2	27	25	0,1	0,1	1,2	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	
جنوب السودان	15	302	217	165	121	1,6	2,8	2,8	2,8	45	27	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
غواتيمالا	74	172	78	48	30	4,0	4,8	4,2	4,8	61	37	0,2	0,2	6,2	5,6	3,9	0,6	0,6	0,6	1,7	
غوايانا	68	78	62	49	36	1,0	2,5	2,8	2,7	42	27	1,3	1,3	X 2,8	5,6	2,6	2,2	2,2	2,2	0,7	
جورجيا	91	—	47	32	21	—	2,6	4,2	3,9	56	37	2,1	2,1	2,6	2,2	1,5	0,9	0,9	0,9	1,6	
جيبوتي	26	—	122	106	90	—	1,4	1,5	1,5	26	15	—	—	X 1,4	7,4	6,2	3,7	0,9	0,9	2,5	
الدنمارك	169	16	9	6	4	3,2	4,4	3,8	4,1	57	34	2,0	2,0	1,4	2,1	1,7	1,9	1,2	1,2	0,6	
دومينيكا	128	54	17	15	12	5,7	1,6	2,1	1,6	22	21	X 5,2	2,2	—	—	—	—	—	—	—	
جمهورية الدومينيكان	82	122	58	39	25	2,7	4,1	4,0	4,1	58	36	2,1	2,1	3,9	6,2	3,5	2,0	2,0	2,0	1,5	
الرأس الأخضر	91	160	58	39	21	5,1	5,5	4,0	4,8	62	45	—	—	5,0	6,9	5,2	0,2	0,2	0,2	2,9	
رواندا	51	222	156	182	54	1,8	1,6	11,1	5,1	75	70	1,2	1,2	8,1	7,0	5,2	0,7	0,7	0,7	1,2	
الاتحاد الروسي	128	40	27	21	12	2,0	2,5	5,2	5,0	56	44	—	—	2,2	2,0	1,9	1,5	0,2	0,2	1,0	
رومانيا	125	64	37	27	12	2,7	2,2	6,9	5,2	67	52	X 0,9	2,8	2,9	1,9	1,4	2,1	2,1	2,1	1,5	
زامبيا	21	179	192	154	82	0,4	2,2	5,6	4,0	57	46	2,3	2,3	7,4	6,5	6,2	0,7	0,7	0,7	0,1	
زيمبابوي	42	119	79	106	67	2,0	2,9	4,1	0,8	15	27	0,4	0,4	3	7,4	5,2	3,2	1,8	1,8	2,2	
ساحل العاج	17	222	151	129	115	2,2	0,9	1,7	1,2	24	17	1,7	1,7	7,9	6,2	4,2	1,2	1,2	1,2	1,7	
ساموا	100	—	30	22	19	—	2,6	1,8	2,2	27	18	—	—	—	—	—	—	—	—	1,1	
سان مارينو	195	—	12	5	2	—	8,1	9,8	9,0	85	66	1,7	1,7	X 2,2	—	—	—	—	—	—	
سينت هينسنت وغرينادين	91	96	27	22	21	6,5	1,9	0,4	1,1	21	5	0	0	3,2	3,0	2,0	2,0	2,0	2,0	1,8	
سينت كيتس ونيفيس	151	71	28	16	7	4,6	5,5	7,2	6,4	55	35	X 6,2	2,2	—	—	—	—	—	—	—	
سينت لوشيا	107	62	22	18	16	5,2	2,2	1,4	1,7	21	14	X 5,2	0,7	6,1	3,4	2,0	2,0	2,0	2,0	2,6	
ساو تومي وبرينسيبي	28	96	96	92	89	0,0	0,4	0,4	0,4	8	4	—	—	6,5	5,4	3,6	0,9	0,9	0,9	1,9	
سري لانكا	128	76	29	19	12	4,8	4,1	4,1	4,1	58	36	3,0	3,0	4,1	4,2	2,5	2,2	2,2	2,2	0,4	
المملكة العربية السعودية	141	—	42	21	9	—	7,2	7,2	7,2	78	55	1,4	1,4	7,2	7,2	5,8	2,7	2,7	2,7	3,6	
السلفادور	115	158	60	34	15	4,8	5,7	7,2	6,6	75	55	1,9	1,9	6,2	4,0	2,2	2,2	2,2	2,2	2,8	
سلوفاكيا	145	—	18	12	8	—	4,2	2,7	3,9	56	34	—	—	2,5	2,0	1,2	1,0	1,0	1,0	2,0	
سلوفينيا	184	—	10	5	3	—	6,6	6,0	6,2	72	48	—	—	2,2	2,2	1,5	1,5	2,0	2,0	0,1	
سنغافورة	184	27	8	4	2	6,4	6,5	2,7	2,7	65	32	5,9	5,9	3,2	1,8	1,2	1,2	1,2	1,2	1,5	
السنغال	45	295	126	120	65	3,9	0,4	6,4	3,5	52	50	0,5	0,5	7,4	6,6	4,7	0,5	0,5	0,5	1,7	
سوازيلاند	21	181	82	114	104	3,9	3,2	0,9	1,7	20	9	—	—	1,8	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	2,7	
السودان	29	148	122	104	86	0,9	1,7	1,7	1,7	17	17	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
الجمهورية العربية السورية	115	112	36	22	15	5,7	4,6	1,7	1,7	58	32	2,2	2,2	X 1,8	7,6	5,2	2,9	2,9	2,9	3,0	
سورينام	74	—	52	40	30	—	2,6	2,7	2,7	42	26	X 2,2	2,2	X 1,7	5,7	2,7	2,2	2,2	2,2	0,8	
السويد	184	12	7	4	3	3,4	4,9	3,5	4,2	58	22	1,8	1,8	2,2	2,0	2,0	1,9	1,9	1,9	0,2	
سويسرا	169	18	8	6	4	4,1	3,5	2,4	2,9	46	22	1,7	1,7	X 1,7	2,1	1,5	1,5	1,5	1,5	0,1	

البلدان والأقاليم	ترتيب البلدان وفقاً لوفيات الأطفال دون سن الخامسة	معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة				النسبة المئوية لمعدل الخفض السنوي لمعدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة				النسبة المئوية للخفض للخفض منذ 1990 منذ 2000	النسبة المئوية للخفض للخفض منذ 2000	معدل الخصوبة الإجمالي				النسبة المئوية لتوسط معدل النمو السنوي لحصة الفرد من الناتج المحلي الإجمالي	معدل الخفض السنوي الإجمالي		
		1990	2000	2011	1970	1990	2000	2011	1970			1990	2000	2011	1970			1990	2011
		1990	1970	1990	1970	1990	1970	1990	1970			1990	1970	1990	1970			1990	1970
سيراليون	1	242	237	241	180	1.2	1.0	2.4	1.7	31	23	0.5	1.1	0.9	0.7	0.1	0.7		
سيشيل	121	66	17	14	14	6.9	1.8	0.0	-0.9	17	0	2.0	—	—	—	—	—		
صوماليا	—	—	29	13	7	—	8.1	0.3	6.6	44	—	—	—	—	—	—	—		
الصومال	2	—	180	180	180	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
الصين	110	117	49	30	10	4.3	3.3	7.9	0.8	70	58	6.6	9.3	0.0	2.2	1.6	1.9		
طاجيكستان	46	—	114	90	63	—	1.9	3.7	2.8	40	33	0.2	6.9	0.2	0.2	1.4	2.2		
العراق	67	110	46	43	38	4.6	0.7	1.1	-0.9	18	11	—	1.4	—	—	—	1.2		
عُمان	141	190	48	22	9	7.1	7.8	8.3	8.1	82	60	3.1	2.7	3.1	2.2	0.1	0.0		
غانا	34	183	121	99	78	2.1	2.0	2.2	2.1	36	21	2.0	2.0	2.0	1.1	1.1	1.0		
غينيا	12	316	228	170	126	1.6	2.7	3.0	2.8	40	28	—	2.9	—	0.2	0.1	1.2		
غينيا الاستوائية	16	—	190	102	118	—	2.2	2.3	2.3	38	22	—	18.2	—	0.2	0.2	0.7		
غينيا بيساو	7	242	210	186	171	0.7	1.2	1.3	1.3	24	14	—	1.2	—	0.0	0.0	1.4		
الغاتيكان	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
فانواتو	120	102	29	23	12	4.9	0.2	0.0	0.1	66	42	0.6	6.3	0.6	1.2	1.2	1.2		
فرنسا	169	18	9	0	4	3.6	4.9	2.0	3.6	02	24	2.1	2.0	1.2	1.8	1.8	0.6		
الفلبين	83	88	07	39	20	2.2	3.8	3.9	3.8	00	30	0.0	1.9	0.0	1.9	1.9	1.6		
دولة فلسطين	87	—	43	30	22	—	3.6	2.8	3.2	49	27	—	2.4	—	—	—	1.9		
جمهورية فنزويلا البوليفارية	110	61	31	22	10	3.4	3.3	3.6	3.4	01	32	1.7	0.4	0.4	2.2	2.2	1.7		
فنزويلا	184	16	7	4	3	4.4	4.4	3.6	4.0	07	32	2.9	1.9	2.0	1.9	1.9	0.3		
فيجي	107	02	30	22	16	2.9	2.8	2.8	2.8	40	26	0.6	4.0	0.6	1.0	1.0	1.2		
فيتنام	87	—	00	34	22	—	3.9	4.1	4.0	07	36	—	6.0	—	—	—	3.2		
قبرص	184	—	11	7	2	—	0.3	6.7	6.0	72	02	0.9	2.6	0.9	1.0	1.0	2.4		
قطر	140	07	20	13	8	0.2	4.7	4.0	4.6	74	39	—	2.8	—	0.0	0.0	0.0		
كازاخستان	78	79	07	42	28	1.7	3.0	3.7	3.3	00	22	—	4.1	—	1.1	1.1	0.0		
كامبودون	11	206	140	140	127	1.8	0.4	0.8	0.6	12	9	3.4	6.2	0.8	0.2	0.2	1.4		
كرواتيا	160	—	13	8	0	—	4.3	4.0	4.4	60	29	—	2.8	—	0.9	0.9	0.6		
كمبوديا	62	—	117	102	42	—	1.4	7.9	4.8	64	08	—	6.0	—	0.2	0.2	3.9		
كندا	107	22	8	6	6	4.9	2.9	0.9	1.9	33	10	2.0	2.2	1.8	1.0	1.0	0.1		
كوبا	107	41	13	9	6	0.6	4.0	3.0	4.0	06	22	3.9	2.0	3.9	1.8	1.0	0.9		
كوريا الجنوبية (جمهورية كوريا)	160	49	8	6	0	9.4	2.7	1.6	2.1	36	16	6.2	4.1	4.1	1.4	1.4	0.8		
جمهورية كوريا الديمقراطية الشعبية	69	—	40	08	32	—	2.0	0.0	1.4	26	42	—	—	—	—	—	0.9		
كوستاريكا	130	71	17	13	10	7.1	2.9	2.2	2.0	41	22	0.7	2.6	0.7	1.8	1.8	2.6		
كولومبيا	102	100	24	20	18	0.6	3.2	3.1	3.2	48	29	1.9	0.6	0.6	1.2	1.2	1.3		
جزر القمر	32	219	122	100	79	1.0	2.9	2.1	2.0	30	20	0.6	0.6	0.6	0.9	0.9	0.7		
جمهورية الكونغو الديمقراطية	0	244	181	181	168	1.0	1.0	0.7	0.4	8	8	—	2.2	—	0.7	0.7	1.1		
الكويت	122	60	17	13	11	6.4	2.9	1.4	2.1	36	14	—	1.4	—	0.1	0.1	0.6		
قيرغيزستان	72	142	70	47	21	3.6	3.9	4.0	4.0	06	20	—	0.7	—	1.2	1.2	1.8		
كيريباتي	08	104	88	60	47	2.8	2.9	2.9	2.9	46	27	0.3	1.1	0.3	—	—	—		
كينيا	38	102	98	112	72	2.2	1.0	1.0	1.4	26	26	1.2	0.4	1.2	1.0	1.0	1.2		
لاوس	140	—	21	17	8	—	1.7	6.7	4.3	60	02	3.4	1.9	3.4	0.0	0.0	1.2		
جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية	62	—	148	81	42	—	6.0	6.0	6.0	72	48	—	4.7	—	0.1	0.1	4.0		
لبنان	141	07	22	19	9	2.7	0.6	6.0	6.0	72	01	2.0	0.1	2.0	1.8	1.8	2.7		
لوكسمبورغ	184	22	8	0	3	0.4	4.7	3.9	4.6	62	01	—	2.7	—	1.1	1.1	0.3		
ليبيا	107	129	44	27	16	0.7	4.9	4.7	4.8	63	40	—	7.6	—	2.2	2.2	3.1		
ليبيريا	34	280	241	164	78	0.7	3.9	6.7	0.4	68	02	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1	1.1		
ليتوانيا	107	26	17	12	6	2.0	3.9	6.6	0.3	77	02	—	2.3	—	0.7	0.7	1.4		
ليسوتو	29	177	88	117	86	3.0	2.9	2.8	0.1	2	27	2.4	2.2	2.4	0.8	0.8	2.1		
ليختنشتاين	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
ملاوي	31	224	227	164	82	1.9	3.2	6.2	4.8	64	00	0.0	1.2	0.0	0.4	0.4	0.6		
المالديف	122	266	100	02	11	4.6	6.9	14.0	10.9	90	80	—	0.8	—	0.8	0.8	6.1		
مالطا	107	27	11	8	6	4.4	3.7	2.0	3.1	48	24	6.0	2.4	6.0	0.2	0.2	2.2		
مالي	2	272	207	214	176	1.9	1.8	1.8	1.8	22	18	0.1	6.9	0.1	0.6	0.6	0.6		
ماليزيا	101	04	17	11	7	0.8	4.8	4.4	4.6	62	22	3.0	4.9	3.1	1.8	1.8	1.4		
منغوليا	107	42	19	11	6	4.2	0.3	0.1	0.2	66	42	0.0	2.0	0.0	0.6	0.6	1.2		
مدغشقر	47	176	161	104	62	0.4	4.4	4.8	4.6	62	41	—	7.2	—	0.8	0.8	1.0		
مصر	91	227	86	44	21	0.1	6.6	6.8	6.7	70	02	4.2	0.9	4.2	1.6	1.6	2.2		
المغرب	69	177	81	02	22	3.9	4.3	4.3	4.3	60	28	1.9	2.0	1.9	2.8	2.8	2.8		

النسبة المئوية لتوسط معدل الخفض السنوي معدل الخصوبة الإجمالي	معدل الخصوبة الإجمالي					النسبة المئوية لتوسط معدل النمو السنوي المحلى الإجمالي		النسبة المئوية للخفض 1990-2000	النسبة المئوية للخفض 1990-2000	النسبة المئوية لمعدل الخفض السنوي في معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة				معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة				ترتيب البلدان وفقاً لوفيات الأطفال دون سن الخامسة	البلدان والأقاليم
	-1990-2011	-1970-1990	2011	1990	1970	-1990-2011	-1970-1990			-1990-2011	-2000-2011	-1990-2000	-1970-1990	2011	2000	1990	1970		
1,9	1,9	1,4	2,1	3,1	1,2	-	41	74	6,5	4,8	8,4	-	10	16	38	-	135	جمهورية مقدونيا اليوسلافية السابقة	
1,9	3,4	2,2	3,4	6,7	1,3	1,7	46	68	5,4	5,6	5,2	4,0	16	29	49	10,8	10,7	المكسيك	
2,4	3,1	2,5	4,1	7,6	3,2	-	52	71	5,9	6,6	5,2	-	31	63	10,7	-	72	منغوليا	
1,4	0,7	4,5	5,9	6,8	1,3	1,1	5	10	0,5	0,5	0,6	2,2	112	118	125	197	18	موريتانيا	
1,7	2,7	1,6	2,3	4,0	3,5	X2,2	19	37	2,2	1,9	2,5	6,2	15	19	24	85	115	موزمبيق	
1,2	0,2	4,8	6,2	6,6	4,2	X1,0	40	54	3,7	4,7	2,7	1,0	10,2	172	226	275	22	موزامبيق	
2,4	0,2	1,5	2,4	2,6	0,1	X1,8	33	54	3,7	3,6	2,8	2,5	16	24	35	70	10,7	جمهورية مولدوفا	
-	-	-	-	-	X2,1	1,4	24	50	3,2	2,4	4,2	-	4	5	8	-	169	موناكو	
0,6	1,2	1,6	1,9	2,4	X3,4	-	42	59	4,2	5,1	2,2	-	7	12	18	-	151	الجيل الأسود	
2,6	2,8	2,0	3,4	6,1	X7,4	1,6	25	42	2,6	2,6	2,5	2,4	62	84	10,7	172	47	ميانمار	
1,8	1,7	3,4	5,0	6,9	0,4	-	15	26	1,5	1,4	1,5	-	42	49	56	-	62	ولايات ميكرونيسيا المتحدة	
2,4	1,1	3,2	5,2	6,5	1,9	X2,1	44	42	2,7	5,2	0,1	2,2	42	74	72	112	62	ناميبيا	
-	-	-	-	-	-	-	0	0	0,0	0,0	-	-	40	40	40	-	66	ناورو	
0,2	1,5	1,9	1,9	2,5	2,0	2,2	37	62	4,7	4,2	5,4	2,2	3	5	8	16	184	النرويج	
0,2	2,4	1,4	1,5	2,2	1,8	2,5	25	55	3,8	2,6	5,2	5,6	4	6	9	29	169	النمسا	
3,2	0,8	2,7	5,2	6,1	1,9	1,1	42	64	4,9	5,0	4,8	3,1	48	82	125	249	57	نيبال	
0,5	0,3	7,0	7,8	7,4	0,2	2,0	42	60	4,4	5,0	2,8	0,2	125	216	214	224	12	النيجر	
0,7	0,1	5,5	6,4	6,5	2,1	1,3	24	42	2,6	2,8	1,2	1,0	124	188	214	259	14	نيجيريا	
2,9	1,9	2,6	4,8	6,9	1,9	3,7	29	61	4,5	4,6	4,5	4,5	26	42	66	161	80	نيكاراغوا	
0,2	2,0	2,2	2,1	3,1	X1,8	X1,1	20	47	3,0	2,1	4,1	3,1	6	7	11	21	157	نيوزيلندا	
-	-	-	-	-	-	-	28	49	1,9	3,0	7,3	-	21	29	14	-	91	نيوي	
2,4	0,2	3,2	5,4	5,8	X1,0	-	21	51	3,4	3,4	2,4	2,2	70	102	142	229	40	هايتي	
2,0	1,7	2,6	3,9	5,5	4,9	2,0	20	46	3,0	2,2	2,6	2,5	61	88	114	189	49	الهند	
2,4	1,7	3,1	5,1	7,2	1,6	0,8	29	61	4,5	4,5	5,5	5,2	21	35	55	156	91	هندوراس	
0,6	2,2	1,8	1,6	2,4	1,9	1,6	25	52	3,5	4,0	2,9	2,2	4	6	8	16	169	هولندا	
0,6	1,5	1,4	1,6	2,1	0,7	2,4	24	47	3,0	2,5	3,5	5,1	3	5	6	18	184	اليابان	
2,5	0,7	5,1	8,7	7,5	1,1	-	22	29	2,4	2,4	2,4	4,2	77	99	126	292	36	اليمن	
0,3	2,5	1,5	1,4	2,4	2,2	1,2	42	65	5,0	5,1	5,0	5,5	4	8	12	28	169	اليونان	
																			مذكرة
1,5	0,5	4,2	6,0	6,6	3,4	0,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	السودان وجنوب السودان δ
																			ملخص المؤشرات #
1,2	0,2	4,9	6,2	6,7	2,0	0,0	29	29	2,2	2,1	1,5	1,4	10,9	154	178	226			أفريقيا جنوب الصحراء
1,4	0,6	4,5	6,0	6,8	1,9	0,2	28	48	3,1	4,2	1,8	1,4	84	125	162	214			شرق وجنوب أفريقيا
1,0	0,1	5,2	6,5	6,6	2,0	0,5	24	22	1,9	2,6	1,2	1,4	122	175	197	259			غرب ووسط أفريقيا
2,8	1,5	2,8	5,0	6,7	0,8	0,1	20	50	3,2	2,2	2,4	4,8	26	52	72	190			الشرق الأوسط وشمال أفريقيا
2,1	1,6	2,7	4,2	5,7	4,5	2,0	20	48	3,1	2,2	2,9	2,5	62	89	119	195			جنوب آسيا
1,8	3,8	1,8	2,6	5,6	7,5	5,6	48	62	4,7	5,9	2,4	2,9	20	29	55	120			شرق آسيا ودول المحيط الهادي
1,8	2,5	2,2	3,2	5,2	1,7	1,4	44	64	4,8	5,2	4,4	4,0	19	24	52	117			أمريكا اللاتينية ودول البحر الكاريبي
1,2	0,9	1,8	2,2	2,8	2,5	-	40	56	3,9	4,6	2,2	3,1	21	25	48	88			دول وسط وشرق أوروبا / رابطة الدول المستقلة
1,7	0,6	4,2	5,9	6,7	3,1	0,1	28	42	2,7	2,0	2,2	1,7	98	126	171	228			الدول الأقل نمواً
1,2	1,9	2,4	3,2	4,7	2,6	2,4	29	41	2,5	2,2	1,8	2,4	51	72	87	141			العالم

الجدول ١٠: مُعدَّل التَّقدُّم

تعريف المؤشرات

معدل وفيات الأطفال دون سنّ الخامسة - احتمال وفاة الطفل في الفترة بين لحظة ولادته وبلوغه سنّ الخامسة تماماً، معبّرٌ عنه بعدد الوفيات لكل ١,٠٠٠ ولادة حية.

الخفض منذ ١٩٩٠ - النسبة المئوية لخفض معدل وفيات الأطفال دون سنّ الخامسة من عام ١٩٩٠ إلى عام ٢٠١١. وكان إعلان الألفية الصادر عن الأمم المتحدة في عام ٢٠٠٠ قد حدّد هدفاً لخفض معدل وفيات الأطفال دون سنّ الخامسة بمقدار الثلثين (٦٧٪) خلال المدة من ١٩٩٠ إلى ٢٠١٥. ويقدم هذا المؤشر يقدّم تقييماً للتقدم المحرز في الوقت الراهن نحو تحقيق هذا الهدف.

حصة الفرد من الناتج المحلي الإجمالي - الناتج المحلي الإجمالي هو مجموع القيمة المضافة من جميع المنتجين المقيمين، يُضاف إليه أي ضرائب مفروضة على المنتجات (يُطرح منه الدعم الحكومي) غير المشمولة في تخمين قيمة المخرجات (يُطرح منه الدعم الحكومي). وحصة الفرد من الناتج المحلي الإجمالي هي الناتج المحلي الإجمالي مقسوماً على عدد السكان في منتصف العام. ويُحسب النمو في هذه الحصة من بيانات الناتج المحلي الإجمالي بالأسعار الثابتة بالعملة المحلية.

معدل الخصوبة الإجمالي - عدد الأطفال الذين يمكن أن تلدهم كل امرأة لو قدّر لها أن تعيش حتى انتهاء سنوات الخصوبة، وأن تحمل وتُنجب أطفالاً في كل مرحلة عمرية وذلك وفقاً لمعدلات الخصوبة السائدة والمحددة لكل مرحلة عمرية.

مصادر البيانات الأساسية

معدل وفيات الأطفال دون سنّ الخامسة - فريق العمل المشترك بين الوكالات لتقدير وفيات الأطفال (منظمة الأمم المتحدة للطفولة «يونيسف»، ومنظمة الصحة العالمية، وشعبة السكان لدى الأمم المتحدة، والبنك الدولي).

حصة الفرد من الناتج المحلي الإجمالي - البنك الدولي.

الخصوبة - شعبة السكان لدى الأمم المتحدة.

الجدول ١١: اليافعون واليافات

المعرفة الشاملة بفيروس نقص المناعة البشرية بين اليافعين واليافات (%) ٢٠٠٧-٢٠١١	النسبة الإجمالية للألتحاق بالتعليم الثانوي الأعلى ٢٠٠٨-٢٠١١		النسبة الإجمالية للألتحاق بالتعليم الثانوي ٢٠٠٨-٢٠١١		استخدام وسائل الإعلام الجماهيري بين اليافعين واليافات (%) ٢٠٠٢-٢٠١١		المواقف تجاه العنف الأسري بين اليافعين واليافات (%) ٢٠٠٢-٢٠١١		عدد حالات الولادة قبل بلوغ سن ١٨ عاماً ٢٠٠٧-٢٠١١	عدد اليافعين واليافات المتزوجين/الذين يعيشون كأزواج في الوقت الحاضر (%) ٢٠٠٢-٢٠١١		عدد اليافعين واليافات في الفئة العمرية (١٠-١٩ عاماً) ٢٠١١		البلدان والأقاليم
	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور		إناث	ذكور	المجموع (بالآلاف) ٢٠١١	مجموع عدد اليافعين واليافات كسبة مئوية من مجموع عدد السكان ٢٠١١	
٢٤	٣٢	١٦	٤٥	٣٨	٤٢	٦٤	٥١	٧٩	٢٢	١٩	٢	٢٥	٢٠,٩٤٨	إثيوبيا
—	—	٦٨	١٠٩	—	—	—	—	٦٨	—	—	—	١٧	٦,٧٦٩	الأرجنتين
١٢	—	٧٢	٩٤	y٩٧	—	y٩١	—	٣٢	٤	٧	—	٢٢	١,٤١٨	الأردن
١٠	٤	٨٥	٩٦	٩٢	٩٤	٨	٢١	٢٨	٢	٨	١	١٤	٤٢٥	أرمينيا
—	—	٢٢	٤٤	٨٥	—	٧٠	—	—	X٢٥	٢٩	—	٢٢	١,١٧١	إريتريا
X٢	X٢	٧٥	٩٢	٩٥	٩٧	٣٩	٦٣	٤١	X٤	١٠	٠	١٥	١,٣٧٨	أذربيجان
—	—	١٢٣	١٢٠	—	—	—	—	١٣	—	—	—	٩	٤,٢٩٩	إسبانيا
—	—	١٦٧	١١٣	—	—	—	—	١٦	—	—	—	١٣	٢,٩١٧	أستراليا
—	—	١٠٢	١٠٥	—	—	—	—	٢١	—	—	—	١٠	١٣٣	أستونيا
—	—	١١٠	٩٤	—	—	—	—	١٤	—	—	—	١٦	١,٢٠٦	إسرائيل
—	—	٢٧	٦٢	—	—	٨٤	—	٩٠	٢٦	٢٠	—	٢٥	٨,٠١٥	أفغانستان
—	—	٦٥	٨٥	—	—	—	—	X١٠٠	—	١٦	—	١٩	٢,٨٤٣	الإكوادور
٣٦	٢١	٨١	٩٥	٩٩	٩٧	٢٤	٣٧	١١	٣	٨	١	١٧	٥٥١	ألمانيا
—	—	١٠٧	١٠١	—	—	—	—	٩	—	—	—	١٠	٨,٠٥٩	ألمانيا
—	—	—	—	—	—	—	—	٣٤	—	—	—	١٢	٨٩٨	الإمارات العربية المتحدة
—	—	٩٠	١٠٣	—	—	—	—	٢٩	—	—	—	١٣	٤١,٤٧٨	الولايات المتحدة الأمريكية
٤٠	٥٥	٨٠	١٢٢	—	—	—	—	X٦٧	—	—	—	—	—	أنغيوا وبربودا
—	—	٢٢	٣٩	—	—	—	—	X١٦٥	—	—	—	٢٤	٤,٧٢٠	أنغولا
—	—	٨٤	٨٨	—	—	—	—	٥	—	—	—	—	—	أندورا
٦	y٢	٦٣	٩٢	y٧٩	—	y٤١	—	X٥٢	١٠	١٤	—	١٨	٤٢,٧٧١	إندونيسيا
—	—	٦٨	١١٣	—	—	—	—	٦٠	—	—	—	١٥	٥٢٤	أوروغواي
X٢٧	—	١٢٤	٩٦	—	—	٦٣	٦٣	٢٦	X٢	٥	—	٢١	٥,٧٩٨	أوزبكستان
٣٦	٣٦	١٢	٣٥	٨٢	٨٨	٦٢	٥٢	X١٥٩	٢٣	٢٠	٢	٢٤	٨,٣٦٦	أوغندا
٣٩	٣٢	٧٨	١٠٤	٩٩	٩٩	٣	٨	٣٠	٣	٦	٣	١٠	٤,٦٣٨	أوكرانيا
—	—	٨٧	٩٨	—	—	—	—	٣١	—	١٦	—	١٦	١٢,٠١٥	جمهورية إيران الإسلامية
—	—	١٢٨	١١٠	—	—	—	—	١٦	—	—	—	١٣	٥٦٧	إيرلندا
—	—	١١٥	٩٧	—	—	—	—	١٥	—	—	—	١٤	٤٥	آيسلندا
—	—	٩٧	١٠٧	—	—	—	—	٧	—	—	—	٩	٥,٧٤٢	إيطاليا
—	—	—	—	—	—	—	—	X٧٠	X١٤	١٥	٣	٢٢	١,٥٦١	بايوا غينيا الجديدة
—	—	٥٦	٧٨	—	—	—	—	٦٣	—	١١	—	٢١	١,٣٨٥	باراغواي
—	—	١٠٣	٩٩	—	—	—	—	٥٠	—	—	—	١٤	٣٨	باربادوس
٢	—	٢٦	٤٤	—	—	—	—	١٦	١٠	١٦	—	٢٤	٣٩,٨٩٤	باكستان
—	—	—	—	—	—	—	—	X٢٧	—	—	—	—	—	بالاو
—	—	٩٠	١٠١	—	—	—	—	٤١	—	—	—	١٧	٥٨	جزر البهاما
—	—	—	—	—	—	—	—	١٢	—	—	—	١١	١٥٣	البحرين
—	—	—	—	—	—	—	—	٧١	—	٢٥	—	١٧	٣٣,٩٠٦	البرازيل
—	—	٩٨	١١٦	—	—	—	—	١٦	—	—	—	١٠	١,١٠٠	البرتغال
—	—	—	—	—	—	—	—	١٨	—	—	—	١٦	٦٥	بروناي دار السلام
—	—	٩٦	١٠٩	—	—	—	—	٣٥	—	—	—	١٢	٧,٤٤٢	المملكة المتحدة
—	—	١٠٩	١١٤	—	—	—	—	١١	—	—	—	١١	١,٢٠٧	بلجيكا
—	—	٩٤	٨٣	—	—	—	—	٤٨	—	—	—	٩	٦٩٦	بلغاريا
٧	—	٤٠	٦٦	y٦٣	—	٤١	—	X١٣٣	٤٠	٤٦	—	٢١	٣١,٦٠١	بنغلادش
—	—	٥٤	٩٢	—	—	—	—	٨٨	—	—	—	١٨	٦٤٦	بنما
٢٢	—	٤٢	٧٨	—	—	٧٠	—	٥٩	١٥	١٥	—	٢٠	١٤٨	بوتان
—	—	٦٨	٩١	—	—	—	—	٥١	—	—	—	٢١	٤٣٤	بوتسوانا
٢٩	٣١	٩	٢٨	٥٥	٦١	٣٩	٤٠	١٣٠	٢٨	٣٢	٢	٢٣	٣,٩٧٨	بوركينافاسو
٤٣	٤٥	١٣	٣٤	٦٩	٨٣	٧٤	٥٦	٦٥	١١	٩	١	٢٣	١,٩٤٦	بوروندي
X٤٥	—	٨٤	٩٩	—	—	٤	—	١٧	—	٧	—	١٢	٤٤	البوسنة والهرسك
—	—	٩٧	٩٧	—	—	—	—	١٦	—	—	—	١١	٤,٣٠٠	بولندا
٢٢	٢٤	٧٣	٩٤	٩٧	١٠٠	١٧	—	X٨٩	٢٠	١٣	٤	٢٢	٢,٣٣٢	بوليفيا (دولة متعددة القوميات)
١٧	—	٧٧	١٠١	٩١	—	—	—	٧٢	١٣	١١	—	٢٠	٥,٧٦٩	بيرو
—	—	—	—	—	—	—	—	٢١	X٣	٤	—	١١	١,٠٢٥	بيلاروس

المعرفة الشاملة بفيروس نقص المناعة البشرية بين اليافعين والياقات (%) ٢٠٠٧ - ٢٠١١	النسبة المئوية للإلتحاق بالتعليم الثانوي الأعلى ٢٠٠٨ - ٢٠١١	النسبة المئوية للإلتحاق بالتعليم الثانوي الأدنى ٢٠٠٨ - ٢٠١١	استخدام وسائل الإعلام الجماهيري بين اليافعين والياقات (%) ٢٠٠٢ - ٢٠١١		المواقف تجاه العنف الأسوي بين اليافعين والياقات (%) ٢٠٠٢ - ٢٠١١		معدل الولادة عند اليافعات ٢٠٠٦ - ٢٠١٠	عدد حالات الولادة قبل بلوغ سن ١٨ عاماً ٢٠٠٧ - ٢٠١١	عدد اليافعين والياقات المتزوجين الذين يعيشون كأزواج في الوقت الحاضر (%) ٢٠٠٢ - ٢٠١١		عدد اليافعين والياقات في الفئة العمرية (١٠ - ١٩ عاماً) ٢٠١١		البلدان والأقاليم	
			إناث	ذكور	إناث	ذكور			إناث	ذكور	إناث	ذكور		مجموع عدد اليافعين والياقات كسبة مئوية من مجموع عدد السكان ٢٠١١
X ٢٩	-	-	-	-	١١	-	X ٩٠	X ١٩	١٥	-	٢٣	٧٣	بليز	
X ١٧	X ٣١	-	٦٤	٨٣	٤١	١٢	X ١١٤	X ٢٣	٢٢	٢	٢٣	٢٠,٠٩٤	بن	
X ٤٦	-	٦٤	٩١	-	-	-	٤٧	X ٨	١٥	-	١٥	١٠,١٩٢	تايلندا	
X ٤	-	-	X ٩٦	-	y ٣٧	-	٢١	X ٢	٥	-	٢٠	١٠,٠١٣	تركمانيستان	
-	-	٦٤	٩٦	-	-	٣٠	-	X ٨	١٠	-	١٨	١٣,٠٠٤	تركيا	
X ٤٩	-	٨٧	٩٢	-	-	١٠	-	٣٣	-	٦	-	١٤	١٨٩	ترينيداد وتوباغو
١٠	-	١٨	٢٩	٢٤	٥٥	٥٩	X ١٩٢	٤٧	٤٨	-	٢٣	٢,٦٩٠	تشاد	
-	-	٨٨	٩٢	-	-	-	-	١١	-	-	١٠	١٠,٠٦٩	الجمهورية التشيكية	
-	-	٨٢	١٠٠	-	-	-	-	٥٤	-	-	١٦	٢,٧٦٩	تشيلي	
٤٦	٤١	-	-	٧٠	٧٩	٥٢	٣٩	١٢٨	٢٨	١٨	٤	٢٣	١٠,٤٧٥	جمهورية تنزانيا الاتحادية
٣٣	-	-	-	-	-	٤١	-	-	١٧	١٢	٠	٢٣	١,٤١٦	توغو
٢١	٥٧	-	-	٩٥	٨٩	٦٩	٨٣	X ٢٨	٢	٨	٢	-	توفالو	
-	-	-	-	-	-	-	-	١٦	-	-	-	٢٢	٢٣	تونغا
-	-	٧٣	١١٦	-	-	-	-	٦	-	-	-	١٦	١,٧٠٩	تونس
١١	١٥	٤٩	٦٣	٦٢	٦١	٨١	٧٢	٥٤	٩	٨	٠	٢٦	٣٠١	تيمور الشرقية
-	-	-	-	X ٨٣	X ٨٩	-	-	-	X ٣٥	X ١٨	X ٢	٢٣	٣٤٦	الغابون
y ٦١	y ٥٢	٩٥	٩١	-	-	y ٤	y ٢٨	٧٢	١٦	٥	-	٢١	٥٢٦	جامايكا
٢٣	-	٤٥	٦٢	-	-	٧٤	-	X ١٠٤	٢٣	٢٤	-	٢٤	٤٢١	غامبيا
-	-	٨٩	١٢١	-	-	-	-	X ٥٢	-	-	-	٢٠	٢٠	غرينادا
X ١٢	-	٥٠	١٣٣	-	-	٦٦	-	٤	-	٢	-	١٨	٦,٤٢٥	الجزائر
٢٩	٢٦	-	-	٥٤	٧١	٧٢	٧٣	X ٧٠	١٥	١٣	٠	٢٢	١٢١	جزر سليمان
-	-	٦٧	٩٧	-	-	-	-	X ٤٧	-	-	-	-	-	جزر الكوك
٢٧	٣٥	٩٢	١١٠	٨٥	٨٦	٤٧	٧١	١٠٥	٢١	٢١	٥	-	-	جزر مارشال
X ١٦	X ٢٦	-	-	-	-	٧٩	y ٨٧	X ١٣٣	٤٥	٥٥	١١	٢٣	١,٠٢٠	جمهورية أفريقيا الوسطى
٨	١٨	-	-	٦٣	٧٥	٧٦	-	X ١٣٣	X ٢٩	١٩	٢	٢٢	٩٠٩	الكونغو
-	-	٩٢	٩٦	-	-	-	-	٥٤	X ١٥	٤	٢	٢٠	٩,٩٤٠	جنوب أفريقيا
٨	-	-	-	-	-	٧٢	-	-	٢٨	٤٠	-	-	-	جنوب السودان
٢٠	٢٤	٤٨	٦٥	-	-	-	-	٩٢	٢٢	٢٠	-	٢٣	٣,٤٦٧	غواتيمالا
٥٣	٤٥	٧٨	٩٩	٩٤	٩٤	١٨	٢٥	٩٧	١٦	١٦	١	٢٤	١٨١	غوايانا
-	-	٨١	٩٣	-	-	٥	-	٤٤	٦	١١	-	١٣	٥٤١	جورجيا
X ١٦	-	٢٥	٤٤	-	-	-	-	X ٢٧	-	٤	-	٢٢	٢٠٢	جيبوتي
-	-	١١٩	١١٦	-	-	-	-	٦	-	-	-	١٣	٧٠١	الدنمارك
-	-	٨٤	١٠٨	-	-	-	-	٤٨	-	-	-	-	-	دومينيكا
٢٩	٢٣	٧٠	٩٠	٩٨	٩٨	٧	-	X ٩٨	٢٥	١٧	-	٢٠	١,٩٦٧	جمهورية الدومينيكان
-	-	٦٧	١٠٩	٨٨	٨٨	٢٣	٢٤	X ٩٢	X ٢٢	٨	٢	٢٣	١١٣	الراس الأخضر
٤٩	٤٤	٢٠	٤٣	٧٣	٨٨	٥٦	٣٥	٤١	٥	٣	٠	٢٢	٢,٣٥٦	رواندا
-	-	٨٦	٩٠	-	-	-	-	٣٠	-	-	-	١٠	١٤,٠٣٣	الاتحاد الروسي
-	-	٩٨	٩٦	-	-	-	-	٤١	-	-	-	١١	٢,٢٥٢	رومانيا
٣٦	٣٨	-	-	٧١	٨٠	٦١	٥٥	X ١٥١	٢٤	١٨	١	٢٤	٣,١٧٦	زامبيا
٤٦	٤٢	-	-	٥٣	٥٩	٤٨	٤٨	١١٥	٢١	٢٣	١	٢٥	٣,١٩٦	زيمبابوي
-	-	-	-	٧٥	٨٦	٦٣	-	١١١	X ٢٩	٢٠	٢	٢٣	٤,٦٥٣	ساحل العاج
٢	٥	٧٦	١٠٥	٩٧	٩٧	٥٨	٥٠	٢٩	٥	٧	١	٢٤	٤٤	ساموا
-	-	٩٦	٩٩	-	-	-	-	X ١	-	-	-	-	-	سان مارينو
-	-	٩١	١١٩	-	-	-	-	٧٠	-	-	-	١٩	٢١	سينت فنسنت وغرينادين
-	-	٩٣	١٠٠	-	-	-	-	X ٦٧	-	-	-	-	-	سينت كيتس ونيفيس
-	-	٩٣	٩٨	-	-	-	-	X ٤٩	-	-	-	١٨	٣٢	سينت لوشيا
٢٩	٣٩	١٩	٧١	٩٥	٩٦	٢٣	٢٥	١١٠	٢٥	٢٠	١	٢٤	٤٠	ساو تومي وبرينسيبي
-	-	-	-	y ٨٨	-	y ٥٤	-	٢٤	٤	٩	-	١٥	٣,١٦٥	سري لانكا
-	-	٩٥	١٠٦	-	-	-	-	٧	-	-	-	١٨	٤,٩٢٦	المملكة العربية السعودية
-	-	٤٤	٨٦	-	-	-	-	٦٥	-	٢١	-	٢٣	١,٤٤٠	السلفادور
-	-	٨٨	٩١	-	-	-	-	٢١	-	-	-	١٢	٦٣٥	سلوفاكيا
-	-	٩٨	٩٦	-	-	-	-	٥	-	-	-	٩	١٩٣	سلوفينيا
-	-	-	-	-	-	-	-	٦	-	-	-	١٤	٧٤٧	سنغافورة
٢٦	٢٨	-	-	٨١	٨٦	٦١	٣١	٩٣	٢٢	٢٤	١	٢٤	٣,٠٠٤	السنتغال
٥٦	٥٢	٤٥	٦٧	٨٩	٩٤	٤٢	٣٤	X ١١١	٢٢	٤	٠	٢٥	٣٠١	سوازيلاند

المعرفة الشاملة بفيروس نقص المناعة البشرية بين اليافعين والياضعات (%) ٢٠٠٧-٢٠١١		النسبة الإجمالية للاتحاق بالتعليم الثانوي الأعلى ٢٠٠٨-٢٠١١		النسبة الإجمالية للاتحاق بالتعليم الثانوي الأدنى ٢٠٠٨-٢٠١١		استخدام وسائل الإعلام الجماهيري بين اليافعين والياضعات (%) ٢٠٠٢-٢٠١١		المواقف تجاه العنف الأسري بين اليافعين والياضعات (%) ٢٠٠٢-٢٠١١		معدل الولادة عند اليافعات ٢٠٠٦-٢٠١٠	عدد اليافعين والياضعات المتزوجين/الذين يعيشون كأزواج في الوقت الحاضر (%) ٢٠١١-٢٠٠٢		عدد اليافعين والياضعات في الفئة العمرية (١٠-١٩ عاماً) ٢٠١١		البلدان والأقاليم
إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	المجموع (بالآلاف) ٢٠١١	
٤	-	-	-	-	-	-	-	٥٢	-	-	١٤	٢٤	-	-	السودان δ
X٦	-	٣٧	٩٢	-	-	-	-	-	X٧٥	X٩	١٠	-	٢٢	٤,٧٨٦	الجمهورية العربية السورية
X٤١	-	٥٦	٨٩	-	-	١٩	-	٦٦	-	٦٦	-	١١	١٨	٩٦	سورينام
-	-	١٠١	٩٧	-	-	-	-	-	٦	-	-	-	١٢	١,٠٩٧	السويد
-	-	٨٦	١٠٨	-	-	-	-	-	٤	-	-	-	١١	٨٦٧	سويسرا
١٦	٢٦	-	-	٥١	٦٦	٦٢	-	-	X٩٨	٢٨	٢٢	-	٢٢	١,٣٦٦	سيراليون
-	-	١٠٤	١٣١	-	-	-	-	-	٦٢	-	-	-	-	-	سيسيل
٥٢	٤٢	٨٥	٩٩	١٠٠	٩٩	٢	٦	٢٢	٢٢	٢	٥	١	١٢	١,٢٠٧	صربيا
X٢	-	-	-	-	-	y٧٥	-	-	X١٢٢	-	٢٥	-	٢٢	٢,١٤٠	الصومال
-	-	٧١	٩٢	-	-	-	-	-	٦	-	-	-	١٥	١٩٥,٤٢٢	الصين
١١	٩	٦١	٩٨	-	-	y٨٥	-	-	X٢٧	X٤	٦	-	٢٤	١,٦٧٠	طاكستان
X٢	-	-	-	-	-	٥٧	-	-	٦٨	-	١٩	-	٢٢	٧,٤٩٠	العراق
-	-	٩٢	١٠٨	-	-	-	-	-	١٢	-	-	-	١٦	٤٦٢	عمان
٢٨	٣٠	٢٩	٨٢	٨٥	٩٠	٥٢	٣٧	٧٠	١٦	١٦	٧	١	٢٢	٥,٤١٢	غانا
-	-	٢٦	٤٦	٥٥	٦٦	٧٩	-	-	X١٥٢	X٤٤	٢٦	٢	٢٢	٢,٣٣٤	غينيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	X١٢٨	-	-	-	٢١	١٥٤	غينيا الاستوائية
١٢	-	-	-	-	-	y٣٩	-	-	١٣٧	X٢١	١٩	-	٢٢	٣٤٩	غينيا بيساو
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	الفاتيكان
١٤	-	٤١	٦٥	-	-	-	-	-	-	-	١٢	-	٢٢	٥٤	فانواتو
-	-	١١٧	١١٠	-	-	-	-	-	١٢	-	-	-	١٢	٧,٤٨٢	فرنسا
١٩	-	٧٦	٨٨	٩٤	-	١٥	-	-	٥٢	٧	١٠	-	٢٢	٢٠,٥٠٨	الغالين
-	-	٧٨	٨٨	-	-	-	-	-	٦٠	-	١٣	١	٢٥	١,٠٤٠	دولة فلسطين
-	-	٧١	٩٠	-	-	-	-	-	١٠١	-	X١٦	-	١٩	٥,٤٩٩	جمهورية فنزويلا البوليفارية
-	-	١١٥	٩٩	-	-	-	-	-	٨	-	-	-	١٢	٦٢٧	فلندا
-	-	٦٩	١٠٠	-	-	-	-	-	X٢١	-	-	-	١٨	١٥٩	فيجي
٥١	-	٦٥	٨٨	٩٤	٩٧	٣٥	-	-	٣٥	٣	٨	-	١٧	١٥,٢٥١	فيتنام
-	-	٩٦	١٠٢	-	-	-	-	-	٤	-	-	-	١٤	١٥٢	قبرص
-	-	٨٦	١٠١	-	-	-	-	-	١٥	-	-	-	٨	١٥١	قطر
X٢٢	-	٨٠	١٠٥	٩٩	٩٩	٩	١٤	٣١	X٢	٥	١	١٥	١٥	٢,٤٠٢	كازاخستان
X٢٢	-	-	-	٦١	٧٧	٥٨	-	-	١٢٧	X٢٢	٢٢	-	٢٢	٤,٤٨١	كاميرون
-	-	٨٧	١٠٥	-	-	-	-	-	١٣	-	-	-	١١	٤٩٠	كرواتيا
٤٢	٤١	-	٦٠	٧٦	٧٢	y٤٢	y٢٥	٤٨	٧	١٠	٢	٢	٢٢	٣,٢٢٢	كمبوديا
-	-	١٠٢	٩٩	-	-	-	-	-	١٤	-	-	-	١٢	٤,١٣٧	كندا
٥٤	-	٨٥	٩٤	-	-	-	-	-	٥١	٩	٢٠	-	١٢	١,٤٥٤	كوريا
-	-	٩٤	١٠٠	-	-	-	-	-	٢	-	-	-	١٢	٦,٤٥٨	كوريا الجنوبية (جمهورية كوريا)
٧	-	-	-	-	-	-	-	-	١	-	-	-	١٧	٤,١٠٢	جمهورية كوريا الديمقراطية الشعبية
-	-	٧٥	١١٦	-	-	-	-	-	٦٧	٩	١١	٣	١٨	٨٢٢	كوستاريكا
٢١	-	٨٠	١٠٥	-	-	-	-	-	٨٥	٢٠	١٤	-	١٩	٨,٧٥٩	كولومبيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	X٩٥	-	-	-	٢١	١٦١	جزر القمر
١٢	-	٣٢	٤٨	٤٢	٥٥	٧٢	-	-	١٣٥	٢٥	٢٥	-	٢٤	١٦,٣٢٢	جمهورية الكونغو الديمقراطية
-	-	٨٩	١١٠	-	-	-	-	-	١٤	-	-	-	١٤	٣٩٤	الكويت
X١٩	-	٦٢	٩٤	-	-	٢٨	-	-	٣١	X٢	٨	-	٢٠	١,٠٨٢	قيرغيزستان
٤١	٤٦	٧٢	٩٩	٥٧	٥٨	٧٧	٦٥	X٢٩	٩	١٦	٥	-	-	-	كيريباتي
٤٢	٥٢	٤٤	٩١	٨١	٩١	٥٧	٥٤	١٠٦	٢٦	١٢	٠	٢٢	٩,٣٢٢	كينيا	
-	-	٩٦	٩٥	-	-	-	-	-	١٥	-	-	-	١٠	٢١٦	لاتفيا
-	-	٣٢	٥٥	-	-	٧٩	-	-	X١١٠	X٥٥	-	-	٢٤	١,٥٠٩	جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية
-	-	٧٢	٩٠	-	-	y٢٢	-	-	X١٨	-	٣	-	١٨	٧٧٢	لبنان
-	-	٨٨	١١٠	-	-	-	-	-	٧	-	-	-	١٢	٦٢	لوكسمبورغ
-	-	-	-	-	-	-	-	-	X٤	-	-	-	١٧	١,١١٧	ليبيا
١٨	٢١	-	-	٦٢	٧٢	٤٨	٣٧	١٧٧	٢٨	١٩	٣	٢٢	٩٢١	ليبيريا	
-	-	١٠٥	٩٦	-	-	-	-	-	١٧	-	-	-	١٢	٣٩١	ليتوانيا
٣٥	٢٨	٢٩	٥٨	٦٩	٦٤	٤٨	٥٤	٩٢	١٣	١٦	١	٢٤	٥٢١	ليسوتو	
-	-	٢٢	١٠٢	-	-	-	-	-	٤	-	-	-	-	-	ليختنشتاين
٤٠	٤٥	١٥	٤٠	٦٥	٨٢	١٦	٢١	١٥٧	٣٥	٢٢	٢	٢٤	٣,٦٧٢	ملديف	
٢٢ y	-	-	-	١٠٠	-	y٤١	-	-	١٩	١	٥	-	٢١	٦٦	المالديف

البلدان والأقاليم	عدد اليافعين والياضعات في الفئة العمرية (١٠ - ١٩ عاماً)		عدد اليافعين والياضعات كزوجين الذين يعيشون كأزواج في الوقت الحاضر (%) ٢٠١١-٢٠١٢		عدد حالات الولادة قبل بلوغ سن ١٨ عاماً ٢٠٠٧-٢٠١١	المواقف تجاه العنف الأسوي بين اليافعين والياضعات (%) ٢٠٠٢-٢٠١١		استخدام وسائل الإعلام الجماهيري بين اليافعين والياضعات (%) ٢٠٠٢-٢٠١١		النسبة الإجمالية للإلتحاق بالتعليم الثانوي الأعلى ٢٠٠٨-٢٠١١	النسبة الإجمالية للإلتحاق بالتعليم الثانوي الأعلى ٢٠٠٨-٢٠١١	المعرفة الشاملة بفيروس نقص المناعة البشري بين اليافعين والياضعات (%) ٢٠٠٧-٢٠١١	
	المجموع (بالآلاف) ٢٠١١	مجموع عدد اليافعين والياضعات كسببة مئوية من مجموع عدد السكان ٢٠١١	ذكور	إناث		معدل الولادة عند اليافعات ٢٠٠٦-٢٠١٠	ذكور	إناث	ذكور			إناث	ذكور	إناث
مالطا	٥٠	١٢	-	-	٢٠	-	-	-	-	٩٧	١٠٢	-	-
مالي	٣,٧٢٣	٢٤	-	٤٠	X ١٩٠	X ٤٦	-	١٤	-	٢٦	٤٨	٧٩	٨١
ماليزيا	٥,٥٣٧	١٩	٥	٦	١٤	-	-	-	-	٥٠	٩١	-	-
منغاريا	١,٠٧٢	١١	-	-	١٩	-	-	-	-	٩٨	٩٩	-	-
مدنشقنر	٥,٠٦٠	٢٤	١١	٣٤	١٤٧	٣٦	٣٤	٢٣	٢٣	١٥	٤٢	٦٠	٦١
مصر	١٥,٩٦٤	١٩	-	١٣	X ٥٠	٧	١٣	-	-	٥١	٩٤	y ٩٧	-
المغرب	٦,٠٩٤	١٩	-	١١	X ١٨	X ٨	١١	-	-	-	٩٠	-	-
جمهورية مقدونيا اليوغسلافية السابقة	٢٨٠	١٤	-	٤	٢٠	٢	٤	-	-	٧٨	٩٠	-	-
المكسيك	٢١,٦٥٨	١٩	-	١٥	٨٧	٣٩	١٥	-	-	٦١	١١٧	-	-
منغوليا	٥٠٠	١٨	١	١	٢٠	٢	٥	-	-	٩٠	٨٩	-	-
موريتانيا	٧٩١	٢٢	-	-	X ٨٨	١٩	٢٥	-	-	X ٤٤	X ٥٥	-	-
موريشوس	٢١١	١٦	-	-	٣١	-	-	-	-	٨٥	٩٦	-	-
موزامبيق	٥,٥٧٧	٢٣	٥	٥	١٩٣	X ٤٢	٤٣	-	-	١١	٣٤	٨٨	٩٥
جمهورية مولدوفا	٤٥٩	١٣	١	١	٢٦	X ٥	١٠	-	-	٨٦	٨٩	٩٨	٩٩
موناكو	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
الجزيل الأسود	٨٣	١٣	-	٢	٢٤	-	-	-	-	٩٤	١١٤	-	-
ميانمار	٨,٦٦٥	١٨	-	٧	X ١٧	-	-	-	-	٣٨	٦٢	-	-
ولايات ميكرونيسيا المتحدة	٢٧	٢٤	-	-	X ٥٢	-	-	-	-	-	-	-	-
ناميبيا	٥٣٠	٢٣	٠	٠	X ٧٤	١٧	٥	-	-	٨٨	٨٦	٣٨	٤٤
ناورو	-	-	-	٩	X ٨٤	٢٢	١٨	-	-	٨٦	٨٩	-	-
التروبيج	٦٤٦	١٣	-	-	١٠	-	-	-	-	١٢٤	٩٨	-	-
النمسا	٩٢٩	١١	-	-	١٠	-	-	-	-	٩٦	١٠٢	-	-
نيبال	٧,٠٤٣	٢٣	٧	٢٩	٨١	١٩	٢٩	-	-	٢٣	-	٧٦	٨٦
النيجر	٣,٧٧٦	٢٤	٣	٢	X ١٩٩	X ٥١	٥٩	-	-	٤	١٩	٤٨	٦٦
نيجيريا	٣٦,٢٠٥	٢٢	١	٢٩	١٢٣	٢٨	٢٩	-	-	٤١	٤٧	٦٤	٨٢
نيكاراغوا	١,٣١٩	٢٢	-	-	X ١٠٩	X ٢٨	٢٤	-	-	٥٤	٨٠	X ٩٥	-
نيوزيلندا	٦١٢	١٤	-	-	٢٩	-	-	-	-	١٣٧	١٠٤	-	-
نيوي	-	-	-	-	١٦	-	-	-	-	-	-	-	-
هايتي	٢,٣٧٠	٢٢	٢	١٧	X ٦٩	X ١٥	١٧	-	-	X ٢٤	-	٨٣	٨٨
الهند	٢٤٣,٤٩٢	٢٠	٥	٣٠	٣٩	X ٢٢	٣٠	-	-	X ١٩	X ٢٥	٥٠	٨١
هندوراس	١,٧٧٧	٢٣	-	-	X ١٠٨	X ٢٦	٢٠	-	-	٧١	٧٥	٩٨	-
هولندا	٢,٠١٩	١٢	-	-	٥	-	-	-	-	١١٦	١٣٧	-	-
اليابان	١١,٧٩٩	٩	-	-	٥	-	-	-	-	١٠٢	١٠٣	-	-
اليمن	٦,٠٧٣	٢٥	-	١٩	X ٨٠	-	-	-	-	-	٣٤	٥٤	-
اليونان	١,٠٨٧	١٠	-	-	١٢	-	-	-	-	-	-	-	-
مذكرة													
السودان وجنوب السودان δ	١٠,٠٤٤	٢٣	-	-	٧٠	-	-	-	-	-	-	-	-
ملخص المؤشرات#													
أفريقيا جنوب الصحراء	٢٠٠,٩٧١	٢٣	٢	٢٣	١٠٩	٢٦	٢٣	-	-	٣٤	٣٠	٤٧	٧٣
شرق وجنوب أفريقيا	٩٤,١٩٥	٢٢	٣	١٩	١٠٢	٢٦	١٩	-	-	٢٨	٣٠	٤٩	٧١
غرب ووسط أفريقيا	٩٦,٥٣٠	٢٣	١	٢٨	١٢١	٢٧	٢٨	-	-	٢٨	٤٦	٦٠	٧٥
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	٨٢,١٣٤	٢٠	-	١٤	٣٧	-	١٤	-	-	٥٧	٨٩	-	٥٧
جنوب آسيا	٣٢٣,٤٢٥	٢٠	٥	٢٩	٣٨	٢٢	٢٩	-	-	٣٤	٤٥	٧٥	٨٨
شرق آسيا ودول المحيط الهادي	٣١٧,٢٥٠	١٦	-	١١	X ٨	X ١١	-	-	-	-	٦٨	X ٨٥	-
أمريكا اللاتينية ودول البحر الكاريبي	١٠٨,٥٥٢	١٨	-	١٨	٧٧	-	١٨	-	-	٧٥	١٠٢	-	-
دول وسط وشرق أوروبا / رابطة الدول المستقلة	٥٣,٤٢٢	١٣	-	٧	٣١	-	٧	-	-	٨٠	٩٥	-	٣١
الدول الأقل نمواً	١٩٣,٩٨٤	٢٣	-	٢٧	١٠٦	٢٨	٢٧	-	-	٢٦	٥٠	٦١	٦٨
العالم	١,١٩٩,٨٩٠	١٧	-	٢٢	X ٢٠	X ٢٢	-	-	-	٥٩	٨٢	X ٧٣	-

الجدول ١١: اليافعون

تعريفات المؤشرات

اليافعون واليافعات المتزوجون / المتعايشون كأزواج في الوقت الحاضر - النسبة المئوية للفتيان واطلياليعين واليافعات في الفئة العمرية ١٥ - ١٩ عاماً، المتزوجين أو الذين يعيشون كأزواج (أو «الذين لديهم اتصال جنسي») في الوقت الحاضر. ويُقصد بهذا المؤشر إعطاء لمحة موجزة عن الحالة الاجتماعية الراهنة للزواج بين اليافعين واليافعات في هذه الفئة العمرية. غير أنهولكن تجدر الملاحظة، بأنَّ الفتيات والفتياناليافعين واليافعات غير المتزوجين، وقت إجراء المسح، ما يزالون معرضين لخطر الزواج قبل خروجهم من مرحلة المراهقة.

عدد حالات الولادة قبل بلوغ سنَّ الثامنة عشر - النسبة المئوية للنساء في الفئة العمرية ٢٠ - ٢٤ عاماً اللواتي أنجبن قبل بلوغهن سنَّ ١٨ عاماً. يرصد هذا المؤشر الموحد، والمُستخلص من المسوح السكانية، مستويات الخصوبة بين اليافعات حتى سنَّ ١٨ عاماً. لاحظ أن البيانات تستند إلى إجابات النساء في الفئة العمرية ٢٠ - ٢٤ عاماً، اللواتي تجاوزن خطر الولادة قبل بلوغهن سنَّ ١٨ عاماً.

معدل الولادة عند اليافعات - عدد الولادات لكل ١,٠٠٠ يافعة في الفئة العمرية ١٥ - ١٩ عاماً.

المواقف تجاه العنف الأسري بين اليافعين واليافعات - النسبة المئوية لليافعين واليافعات في الفئة العمرية (١٥ - ١٩ عاماً) الذين يعتبرون أنَّ ضرب الزوج زوجته مرةً واحدةً أو مرَّات متكررة أمرٌ مبرَّر لسبب واحد على الأقل من الأسباب المحددة التالية: إذا كانت زوجته تحرق الطعام عندما تطهوه، أو تتجادل معه، أو تخرج من بيت الزوجية دون إخباره، أو تهمل الأطفال، أو ترفض إقامة علاقات جنسية معه.

استخدام وسائل الإعلام الجماهيري بين اليافعين واليافعات - النسبة المئوية لليافعين واليافعات في الفئة العمرية (١٥ - ١٩) عاماً الذين يستخدمون وسيلةً واحدةً على الأقل من أنواع وسائل الإعلام التالية، مرة واحدةً في الأسبوع على أقل تقدير: الصحف، والمجلات، والتلفاز، والمذياع.

النسبة الإجمالية للالتحاق بالتعليم الثانوي الأدنى - عدد الأطفال الملتحقين بالتعليم الثانوي الأدنى (المدارس المتوسطة أو الإعدادية)، بصرف النظر عن العمر - معبَّر عنه كنسبة مئوية من مجموع عدد الأطفال في السنَّ المحددة رسمياً للالتحاق بالتعليم الثانوي الأدنى.

النسبة الإجمالية للالتحاق بالتعليم الثانوي الأعلى - عدد الأطفال الملتحقين بالتعليم الثانوي الأعلى، بصرف النظر عن العمر - معبَّر عنه كنسبة مئوية من مجموع عدد الأطفال في السنَّ المحددة رسمياً للالتحاق بالتعليم الثانوي الأعلى.

المعرفة الشاملة بين اليافعين واليافعات بفيروس نقص المناعة البشري بين اليافعين واليافعات - النسبة المئوية للرجال والنساء للذكور والإناث اليافعين واليافعات في الفئة العمرية (١٥ - ١٩ عاماً) الذين يُحدِّدون، بطريقة صحيحة، الطريقتين الرئيسيتين للوقاية من انتقال فيروس نقص المناعة البشري من خلال الاتصال الجنسي (استخدام الواقي، واقتصار ممارسة الاتصال الجنسي على شريك واحد مخلص غير مصاب بهذا الفيروس)،

والذين يرفضون الفكرتين الخاطئتين الأكثر شيوعاً على الصعيد المحلي عن انتقال فيروس نقص المناعة البشري، والذين يعرفون أنَّ الشخص الذي يبدو سليماً معافىً ظاهرياً قد يكون حاملاً لفيروس نقص المناعة البشري.

مصادر البيانات الأساسية

عدد اليافعين واليافعات - شعبة السكان لدى الأمم المتحدة.

اليافعون واليافعات المتزوجون / المتعايشون كأزواج في الوقت الحاضر - المسوح السكانية والصحية، والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات، والمسوح الوطنية الأخرى.

عدد حالات الولادة قبل بلوغ سنَّ الثامنة عشرة - المسوح السكانية والصحية، والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات.

معدل الولادة عند اليافعات - شعبة السكان لدى الأمم المتحدة.

المواقف تجاه العنف الأسري بين اليافعين واليافعات - المسوح السكانية والصحية، والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات، والمسوح الوطنية الأخرى.

استخدام وسائل الإعلام الجماهيري بين اليافعين واليافعات - مسوح المؤشرات المعنية بمرض الإيدز، والمسوح السكانية والصحية، والمسوح الوطنية الأخرى.

نسبة الالتحاق الإجمالية بالتعليم - معهد منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلوم والثقافة (اليونسكو) للإحصاء.

المعرفة الشاملة بين اليافعين واليافعات بفيروس نقص المناعة البشرية - مسوح المؤشرات المعنية بمرض الإيدز، والمسوح السكانية والصحية، والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات، ومسوح الصحة الإنجابية، ومسوح الأسرة المعيشية الوطنية الأخرى، قاعدة بيانات مسوح المؤشرات المعنية بفيروس نقص المناعة البشري / الإيدز، www.measuredhs.com/hivdata.

الجدول ١٢: التفاوتات حسب محل الإقامة

البلدان والأقاليم	تسجيل المواليد (%) ×٢٠١١-٢٠١٥			إشراف كادر ماهر على الولادة (%) ×٢٠١٢-٢٠١٧			انتشار الوزن الناقص بين الأطفال دون سن الخامسة (%) ×٢٠١١-٢٠١٧			علاج الإسهال باستخدام أملاح الإملاح الفموية (%) ×٢٠٠٧-٢٠١٢			النسبة الصافية للانتظام في التعليم الابتدائي ×٢٠١١-٢٠١٧			المعرفة الشاملة بفيروس تقصص المناعة البشري (%) لدى الإناث (١٥ - ٢٤ عاماً) ×٢٠١١-٢٠١٧			استخدام مرافق صرف صحي محسنة (%) ٢٠١٠		
	النطاق الحضرية	النطاق الريفية	النطاق الحضرية إلى الريفية	النطاق الحضرية	النطاق الريفية	النطاق الحضرية إلى الريفية	النطاق الحضرية	النطاق الريفية	النطاق الحضرية إلى الريفية	النطاق الحضرية	النطاق الريفية	النطاق الحضرية إلى الريفية	النطاق الحضرية	النطاق الريفية	النطاق الحضرية إلى الريفية	النطاق الحضرية	النطاق الريفية	النطاق الحضرية إلى الريفية	النطاق الحضرية	النطاق الريفية	النطاق الحضرية إلى الريفية
إثيوبيا	٢٩	٥	٥٠٩	٥١	٤	١٢,٧	١٦	٣٠	١,٩	٤٥	٢٤	١,٩	٨٦	٦١	١,٤	٢٨	١٩	٢,٠	٢٩	١٩	١,٥
الأرجنتين	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
الأردن	-	-	-	٩٩	٩٩	١,٠	٢	٢	١,٢	٢٠	٢٠	١,٠	-	-	-	-	-	-	٩٨	٩٨	١,٠
أرمينيا	٩٩	١٠٠	١,٠	١٠٠	٩٩	١,٠	٣	٧	٢,٦	٢٢	٢٨	٠,٨	-	-	-	١٦	١٦	١,٠	٩٥	٨٠	١,٢
إريتريا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
أذربيجان	٩٦	٩٢	١,٠	٩٧	٦٥	١,٠	٢٣	٤٠	١,٧	٥٩	٢٩	١,٥	-	-	-	٧	٧	٢,٢	٨٦	٧٨	١,١
إسبانيا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
أستراليا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
أستونيا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
إسرائيل	٦٠	٣٣	١,٨	٧٤	٣١	٢,٤	-	-	-	٤٨	٥٤	٠,٩	-	-	-	-	-	-	-	-	-
أفغانستان	٨٩	٩٢	١,٠	٩٨	٩٨	١,٠	-	-	-	-	-	-	-	-	-	١,٦	٤٧	٧٣	٦٠	٣٠	٢,٠
إكوادور	٩٩	٩٨	١,٠	٩٩	٩٨	١,٠	٥	٦	١,٢	٣٣	٣٦	٠,٩	٩٠	٩١	١,٠	٥١	٢٦	٢,٠	٩٥	٩٣	١,٠
ألبانيا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ألمانيا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
الإمارات العربية المتحدة	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
الولايات المتحدة الأمريكية	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
أنغولا وبوبوا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
أنغولا	٢٤	١٩	١,٧	١٩	٢٦	٢,٨	-	-	-	-	-	-	٨٥	٦٧	١,٢	-	-	-	-	-	-
أندورا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
إندونيسيا	٧١	٤١	١,٧	٨٤	٧٦	١,١	١٥	٢١	١,٤	٣٣	٣٥	٠,٩	٩٩	٩٧	١,٠	١٦	١٦	٢,٥	٧٣	٣٩	١,٩
أوروغواي	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
أوزبكستان	١٠٠	١٠٠	١,٠	١٠٠	١٠٠	١,٠	١٠٠	١٠٠	١,٠	٠,٩	٤	٤	٣٤	٣١	١,١	٩٧	٩٥	١,٠	١٠٠	١٠٠	١,٠
أوغندا	٣٨	٢٩	١,٣	٢٩	٥٢	١,٧	٧	١٥	٢,٢	٤٦	٤٣	١,١	٨٥	٨١	١,١	٤٨	٣٥	١,٤	٣٤	٣٤	١,٠
أوكرانيا	١٠٠	١٠٠	١,٠	٩٩	٩٨	١,٠	-	-	-	-	-	-	٧١	٧٦	٠,٩	٤٨	٣٧	١,٣	٩٦	٨٩	١,١
جمهورية إيران الإسلامية	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
إيرلندا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
آيسلندا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
إيطاليا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
بابوا غينيا الجديدة	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
باراغواي	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
باربادوس	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
باكستان	٣٢	٢٤	١,٣	٦٦	٣٣	٢,٠	٢٧	٣٣	١,٢	٤٤	٤٠	١,١	٧٨	٦٢	١,٣	-	-	-	-	-	-
بالاو	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
جزر البهاما	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
البحرين	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
البرازيل	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
البرتغال	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
بروناي دار السلام	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
المملكة المتحدة	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
بلجيكا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
بلغاريا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
بنغلادش	١٣	٩	١,٥	٥٤	٢٥	٢,١	٢٥	٢٨	١,٤	٣٩	٣٩	١,٤	٨٤	٧٦	١,١	٨٦	٨٦	١,٠	٥٧	٥٥	١,٠
بنما	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
بوتان	١٠٠	١٠٠	١,٠	٩٠	٥٤	١,٦	١١	١٤	١,٣	٦٤	٦٠	١,١	٩٦	٩٠	١,١	٣٢	١٥	٢,١	٧٣	٢٩	٢,٥
بوتسوانا	٧٨	٦٧	١,٢	٩٩	٩٠	١,١	-	-	-	-	-	-	٨٩	٨٥	١,٠	-	-	-	-	-	-
بوركينافاسو	٩٣	٧٤	١,٣	٩٣	٦١	١,٥	-	-	-	-	-	-	١,٦	١٩	١,١	٢٨	٢٤	١,٩	٥٠	٦	٨,٣
بوروندي	٨٧	٧٤	١,٣	٨٨	٥٨	١,٥	١٨	٣٠	١,٧	٣٣	٣٨	٠,٩	٨٧	٧٣	١,٢	٥٩	٤٣	١,٤	٤٩	٤٦	١,١
البوسنة والهرسك	٩٩	١٠٠	١,٠	١٠٠	١٠٠	١,٠	١٠٠	١٠٠	١,٠	٠,٧	٣٤	١,٠	٩٨	٩٨	١,٠	٩٨	٤٤	١,١	٩٩	٩٢	١,١
بولندا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
بوليفيا (دولة متعددة القوميات)	٧٩	٧٧	١,١	٨٨	٥١	١,٧	٣	٦	٢,٣	٣٨	٣٢	١,٢	٩٨	٩٦	١,٠	٣٢	٩	٣,٥	٣٥	١٠	٣,٥
بيرو	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
بيلاروس	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

استخدام مرافق صرف صحي محسنة (%) ٢٠١٠			المعرفة الشاملة بفيروس نقص المناعة البشرية (%) لدى الإناث (١٥ - ٢٤ عاماً) ٢٠١١-٢٠٠٧			النسبة المئوية الصافية للانتظام في التعليم الابتدائي ٢٠١١-٢٠٠٧			علاج الإسهال باستخدام أملاح الإماهة الفموية (%) ٢٠٠٧-٢٠١٢			انتشار الوزن الناقص بين الأطفال دون سن الخامسة (%) ٢٠١١-٢٠٠٧			إشراف كادر ماهر على الولادة (%) ٢٠١٢-٢٠٠٧			تسجيل المواليد (%) ٢٠١١-٢٠٠٥		
نسبة المناطق الحضرية إلى المناطق الريفية	المناطق الحضرية	المناطق الريفية	نسبة المناطق الحضرية إلى المناطق الريفية	المناطق الحضرية	المناطق الريفية	نسبة المناطق الحضرية إلى المناطق الريفية	المناطق الحضرية	المناطق الريفية	نسبة المناطق الحضرية إلى المناطق الريفية	المناطق الحضرية	المناطق الريفية	نسبة المناطق الحضرية إلى المناطق الريفية	المناطق الحضرية	المناطق الريفية	نسبة المناطق الحضرية إلى المناطق الريفية	المناطق الحضرية	المناطق الريفية	نسبة المناطق الحضرية إلى المناطق الريفية		
١,١	٨٧	٩٣	X١,٧	X٢٩	X٤٩	X١,٠	X٩٤	X٩٧	-	-	-	X٢,٩	X٦	X٢	X١,١	X٩٢	X٩٩	١,٠	٩٦	٩٥
٥,٠	٥	٢٥	X١,٩	X١١	X٢٢	X١,٣	X٥٥	X٧٤	١,٢	٤٧	٥٨	X١,٤	X٢١	X١٥	١,٢	٧٩	٩٢	١,٢	٥٦	٦٨
١,٠	٩٦	٩٥	X٠,٩	X٤٧	X٤٢	X١,٠	X٩٨	X٩٨	X٠,٩	X٥٩	X٥٠	X١,٧	X٨	X٥	١,٠	١٠٠	١٠٠	١,٠	٩٩	١٠٠
١,٠	٩٧	٩٩	X٢,٠	X٤	X٧	-	-	-	X٠,٧	X٤٥	X٢٢	X١,٢	X٩	X٧	X١,٠	X٩٩	X١٠٠	١,٠	٩٥	٩٦
١,٣	٧٥	٩٧	-	-	-	y١,٠	y٩١	y٩٤	-	-	-	٢,١	٢	١	١,٢	٨٠	٩٦	١,٠	٩٢	٩٥
١,٠	٩٢	٩٢	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
٥,٠	٦	٣٠	٢,٦	٧	١٨	-	-	-	٢,٨	١٠	٢٧	١,٥	٣٢	٢٢	٥,١	١٢	٦٠	٤,٩	٩	٤٢
١,٠	٩٧	٩٩	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
١,٢	٨٢	٩٨	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X١,٠	X٩٩	X١٠٠	-	-	-
٢,٩	٧	٢٠	١,٢	٤٥	٥٥	١,٢	٧٧	٩١	١,٠	٤٤	٤٤	١,٥	١٧	١١	٢,٠	٤٠	٨٢	٤,٦	١٠	٤٤
٨,٧	٢	٢٦	١,٤	٢٧	٢٩	١,١	٨٦	٩٤	١,٥	١٠	١٥	١,٩	٢٠	١٠	٢,١	٤٣	٩١	١,٣	٧١	٩٣
١,١	٨١	٨٨	٠,٩	٤١	٣٨	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	١,٦	٣٨	٦٠
١,٠	٩٦	٩٨	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	٩٦	-	-	-	-	-	-	X١,١	X٥٠	X٥٨	-	-	-	X١,١	X٨٩	X٩٨	-	-	-
٢,٠	٣٧	٧٢	١,٢	١٢	١٤	١,١	٧٠	٧٩	٠,٩	٧٤	٦٥	١,٤	٤٧	٣٥	٢,٩	٢٠	٥٩	٠,٩	٥٧	٥٠
١,١	٣٠	٣٣	-	-	-	-	-	-	X٠,٨	X٢٩	X٢٣	-	-	-	X١,٤	X٦٧	X٩٢	X١,٠	X٨٧	X٩٠
١,٠	٨٢	٧٨	١,١	٦٠	٦٦	X١,٠	X٩٨	X٩٧	-	-	-	-	-	-	١,٠	٩٨	٩٩	-	-	-
١,١	٦٥	٧٠	١,٧	٢٤	٤١	١,٥	٣٥	٥٢	١,٠	٣٩	٣٩	١,٩	٢٢	١٢	١,٩	٤١	٧٧	١,٠	٥٢	٥٤
١,٠	٩٧	٩٦	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
١,١	٨٨	٩٨	X١,٧	X١٠	X١٦	X١,٠	X٩٥	X٩٨	X١,٠	X١٩	X١٨	X١,٤	X٤	X٢	X١,١	X٩٢	X٩٨	١,٠	٩٩	٩٩
-	-	٩٨	١,٢	٢٨	٢٤	y١,١	y٦٥	y٧٢	-	-	-	١,٥	١٢	٨	١,١	٨٤	٩٥	-	-	-
١,٠	١٠٠	١٠٠	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
١,٦	٥٢	٨٢	٢,٧	١٢	٢٣	-	-	-	-	-	-	-	-	-	١,٤	٦٨	٩٧	١,٠	٩٦	٩٦
١,٥	٢٨	٤٢	X١,٦	X١٢	X٢١	X١,٦	X٤٢	X٦٦	٢,٠	١٢	٢٣	١,٠	٢٤	٢٣	٢,٢	٢٨	٨٢	١,٥	٥٢	٧٨
١,٣	١٥	٢٠	١,٥	٦	٩	-	-	-	١,٤	٢٧	٣٨	X٢,٠	X١٥	X٨	١,١	٨٦	٩٨	y١,٢	y٧٥	y٨٨
١,٣	٦٧	٨٦	-	-	-	-	-	-	X١,٣	X٢٣	X٤١	X٠,٩	X٩	X١٠	X١,١	X٨٥	X٩٤	-	-	-
-	-	-	٢,٣	٧	١٦	٢,٠	٢٣	٤٧	١,٢	٢٧	٤٤	١,٢	٢٩	٢٣	٢,٠	٣١	٣١	١,٤	٢٢	٤٥
١,٢	٧٠	٨٧	٢,٢	١٤	٢٢	-	-	-	١,٠	٣٧	٣٨	y١,٩	y١٦	y٨	٢,١	٣٧	٧٧	١,٠	٩٧	٩٦
١,١	٨٢	٨٧	١,٥	٤٧	٧٢	١,٠	٩٤	٩٦	X١,١	X٢٨	X٤٢	١,٧	١٢	٧	١,١	٩٠	٩٨	١,٠	٨٧	٩١
١,٠	٩٢	٩٦	-	-	-	١,٠	٩٥	٩٧	X١,٢	X٢٦	X٤٤	١,٦	١	١	X١,٠	X٩٨	X٩٩	١,٠	٩٨	٩٩
٦,٣	١٠	٦٣	X٢,٠	X٩	X١٨	X١,٤	X٤٩	X٦٧	-	-	-	y١,٥	y٢٧	y١٨	X٢,٢	X٤٠	X٩٥	١,١	٨٢	٩٠
١,٠	١٠٠	١٠٠	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
١,٢	٧٥	٨٧	١,٢	٢٧	٤٢	١,٠	٩٥	٩٥	١,١	٣٩	٤٢	١,٢	٤	٢	١,٠	٩٧	٩٨	١,١	٧٢	٨٢
١,٧	٤٢	٧٢	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X١,٤	X٦٤	X٩١	-	-	-
٠,٩	٥٦	٥٢	١,٣	٥٠	٦٦	١,١	٨٧	٩٢	٠,٩	٣٠	٢٦	١,٩	١٢	٦	١,٢	٦٧	٨٢	٠,٩	٦٤	٦٠
١,٣	٥٩	٧٤	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X١,٢	X٤	X٢	X١,٠	X٩٨	X١٠٠	-	-	-
١,٣	٤٢	٥٧	١,٦	٢٧	٤٢	١,٢	٧٧	٩١	١,٠	٦٠	٥٩	١,٢	١٥	١٢	٢,٧	٢١	٨٢	٣,٢	٩	٢٨
١,٦	٢٢	٥٢	١,٣	٤٧	٥٩	١,٠	٨٨	٨٩	١,٤	١٨	٢٦	١,٢	١٠	٨	١,٥	٥٨	٨٦	١,٥	٤٣	٦٥
٣,٣	١١	٣٦	-	-	-	X١,٤	X٤٨	X٦٧	١,٥	١٤	٢٢	٢,٢	Xy٢٠	Xy٩	١,٩	٤٥	٨٤	٢,٠	٤١	٧٩
١,٠	٩٨	٩٨	٢,٤	٢	٥	y١,٠	y٨٨	y٨٩	-	-	-	-	-	-	١,٢	٧٨	٩٤	١,٤	٤٤	٦٢
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	٩٦	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
١,٠	٩٦	٩٦	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
١,١	٦٣	٧١	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
١,٦	١٩	٣٠	١,٣	٣٨	٤٧	١,٠	٨٥	٨٦	٠,٩	٥٢	٤٥	١,١	١٤	١٢	١,٢	٧٥	٨٩	١,٠	٧٤	٧٦
٠,٩	٩٢	٨٨	-	-	-	-	-	-	١,١	٥٠	٥٧	-	-	-	١,٠	٩٩	٩٩	١,٠	٩٨	٩٧
-	-	١٠٠	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
١,١	٨٢	٨٩	-	-	-	-	-	-	١,١	٥٦	٦٠	y٢,٠	y٧	y٤	١,٠	٩٤	٩٧	١,٠	٩٩	٩٩
١,٠	٩٩	١٠٠	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
١,٠	١٠٠	١٠٠	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	١٠٠	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
١,٨	٣٩	٧٠	٢,٢	١٨	٤١	١,٦	٥٠	٨١	١,٢	٢١	٢٤	١,٨	٢١	١٢	١,٨	٤٩	٩١	١,٤	٦٦	٨٩

البلدان والأقاليم

البلدان والأقاليم	تسجيل المواليد (%) ×2011-2000			إشراف كادر ماهر على الولادة (%) ×2012-2007			انتشار الوزن الناقص بين الأطفال دون سن الخامسة (%) ×2011-2007			علاج الإسهال باستخدام أملاح الإمهاء الفموية (%) ×2007-2012			النسبة الصافية للانضمام في التعليم الابتدائي ×2011-2007			المعرفة الشاملة بغيروى نقص النماة البشري (%) لدى الإناث (15 - 25 عاماً) ×2011-2007			استخدام مرافق صرف صحي محسنة (%) ×2010		
	المنطقة الحضرية	المنطقة الريفية	المنطقة الحضرية	المنطقة الحضرية	المنطقة الريفية	المنطقة الحضرية	المنطقة الحضرية	المنطقة الريفية	المنطقة الحضرية	المنطقة الريفية	المنطقة الحضرية	المنطقة الريفية	المنطقة الحضرية	المنطقة الريفية	المنطقة الحضرية	المنطقة الريفية	المنطقة الحضرية	المنطقة الريفية	المنطقة الحضرية		
سوازيلاند	62	47	1,2	89	80	1,1	4	6	1,5	65	55	1,2	97	96	1,0	70	55	64	55	1,2	
السودان δ	85	50	1,7	41	16	2,5	24	35	1,5	23	22	1,1	89	69	1,2	10	3	3,4	—	—	
الجمهورية العربية السورية	96	95	1,0	99	93	1,1	X9	X9	X1,0	X56	X44	X1,3	X88	X85	X1,0	X7	X1,0	X1,0	93	1,0	
سورينام	98	95	1,0	X95	X82	X1,2	X7	X8	X1,1	X24	X60	X0,4	X96	X91	X1,1	X45	X22	X1,4	66	1,4	
السويد	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	100	1,0	
سويسرا	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	100	1,0	
سيراليون	78	78	1,0	72	59	1,2	20	22	1,1	66	75	0,9	80	72	1,1	30	19	1,6	6	3,8	
سيشيل	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	98	—	
صربيا	99	99	1,0	100	100	1,0	2	1	0,7	50	22	2,3	99	98	1,0	62	41	1,5	88	1,1	
الصومال	6	2	3,7	X15	X15	X4,5	X20	X28	X1,9	X25	X9	X2,9	X30	X9	X7,3	X7	X2	X4,1	6	8,7	
الصين	—	—	—	100	99	1,0	1	4	3,3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	56	1,2	
طاجيكستان	85	90	0,9	95	86	1,1	12	16	1,3	70	78	0,9	97	97	1,0	—	—	—	94	1,0	
العراق	95	96	1,0	86	71	1,2	X6	X7	X1,1	X30	X22	X0,9	X92	X78	X1,2	X4	X1	X4,4	67	1,1	
عمان	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	95	1,1	
غانا	72	55	1,2	88	54	1,6	11	16	1,5	37	24	1,1	80	68	1,2	34	22	1,5	8	2,4	
غينيا	78	33	2,4	84	31	2,7	15	22	1,5	X52	X28	X1,9	—	—	—	—	—	—	11	2,9	
غينيا الاستوائية	X42	X24	X1,8	X87	X49	X1,8	—	—	—	—	X19	X42	—	—	—	—	—	—	—	—	
غينيا بيساو	30	21	1,4	X69	X27	X2,6	X13	X21	1,6	28	13	2,1	84	57	1,5	22	8	2,8	44	4,9	
الفاتيكان	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
فانواتو	39	23	1,7	87	72	1,2	11	11	1,0	—	—	—	85	80	1,1	22	13	1,8	54	1,2	
فرنسا	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	100	1,0	
الفلبين	X87	X78	X1,1	78	48	1,6	—	—	—	58	36	1,6	—	—	—	—	—	1,4	69	1,1	
دولة فلسطين	y97	y96	y1,0	X99	X98	X1,0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	92	1,0	
جمهورية فنزويلا البوليفارية	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
فنلندا	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	100	1,0	
فيجي	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	94	1,2	
فيتنام	97	94	1,0	99	91	1,1	6	14	2,3	47	26	1,0	98	98	1,0	58	48	1,2	68	1,4	
قبرص	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	100	1,0	
قطر	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	100	1,0	
كازاخستان	100	100	1,0	100	X100	X1,0	X3	X5	X1,7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	98	1,0	
كاميرون	86	58	1,5	87	47	1,9	7	20	2,8	27	12	2,2	X90	X71	X1,3	X42	X18	X2,4	36	1,6	
كرواتيا	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	98	1,0	
كمبوديا	74	60	1,2	95	67	1,4	19	30	1,6	33	24	1,0	95	85	1,0	55	41	1,3	20	2,7	
كندا	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	99	1,0	
كوبا	y100	y100	y1,0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	94	1,2	
كوريا الجنوبية	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	100	1,0	
جمهورية كوريا الديمقراطية الشعبية	100	100	1,0	100	100	1,0	13	27	2,0	75	73	1,0	100	99	1,0	11	4	2,8	86	1,2	
كوستاريكا	—	—	—	100	99	1,0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	95	1,0	
كولومبيا	97	95	1,0	98	86	1,1	3	5	1,6	57	49	1,2	91	91	1,0	30	21	1,4	63	1,2	
جزر القمر	X87	X82	X1,1	X79	X57	X1,4	—	—	—	X25	X17	X1,5	X41	X29	X1,4	—	—	—	30	1,7	
جمهورية الكونغو الديمقراطية	24	29	0,8	96	75	1,3	17	27	1,6	26	27	1,0	86	70	1,2	21	12	1,7	24	1,0	
الكويت	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	100	1,0	
قيرغيزستان	96	92	1,0	100	X96	X1,0	X2	X2	X0,9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	92	1,0	
كيريباتي	95	92	1,0	84	77	1,1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
كينيا	76	57	1,2	75	37	2,0	10	17	1,7	40	29	1,0	81	72	1,1	57	45	1,3	32	1,0	
لاتفيا	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية	84	68	1,2	X68	X11	X1,2	X11	X12	X1,7	X79	X43	X1,9	X93	X75	X1,2	—	—	—	89	1,8	
لبنان	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	100	—	
لوكسمبورغ	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	100	1,0	
ليبيا	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	96	1,0	
ليبيريا	y5	y2	y1,9	79	32	2,4	y17	y20	y1,2	57	52	1,1	46	21	2,2	26	15	1,8	7	4,1	
ليتوانيا	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	95	—	
ليسوتو	42	46	1,0	88	54	1,6	12	12	1,1	57	50	1,1	92	88	1,0	44	36	1,2	24	1,2	
ليختنشتاين	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
ملايو	—	—	—	84	69	1,2	10	13	1,2	72	69	1,0	88	X88	X1,0	56	38	1,5	51	1,0	

استخدام مرافق صرف صحي محسنة (%) ٢٠١٠			المعرفة الشاملة بفيروس نقص المناعة البشرية (%) لدى الإناث (١٥ - ٢٤ عاماً) ٢٠١١-٢٠١٧			النسبة العكسفة للانتظام في التعليم الابتدائي ٢٠١١-٢٠١٧			علاج الإسهال باستخدام أملاح الإماهة الفموية (%) ٢٠٠٧-٢٠١٢			انتشار الوزن الناقص بين الأطفال دون سن الخامسة (%) ٢٠١١-٢٠١٧			إشراف كادر ماهر على الولادة (%) ٢٠١٢-٢٠١٧			تسجيل المواليد (%) ٢٠١١-٢٠١٥			البلدان والأقاليم
نسبة المناطق الحضرية إلى المناطق الريفية	المناطق الحضرية	نسبة المناطق الحضرية إلى المناطق الريفية	المناطق الحضرية	المناطق الريفية	نسبة المناطق الحضرية إلى المناطق الريفية	المناطق الحضرية	المناطق الريفية	نسبة المناطق الحضرية إلى المناطق الريفية	المناطق الحضرية	المناطق الريفية	نسبة المناطق الحضرية إلى المناطق الريفية	المناطق الحضرية	المناطق الريفية	نسبة المناطق الحضرية إلى المناطق الريفية	المناطق الحضرية	المناطق الريفية	نسبة المناطق الحضرية إلى المناطق الريفية	المناطق الحضرية	المناطق الريفية		
١٠٠	٩٧	٩٨	١٠٤	٣٢	٤٣	١٠٠	٨٣	٨٣	—	—	—	١٠٨	٢٠	١١	١٠١	٩٢	٩٩	١٠٠	٩٢	٩٢	المالديف
١٠٠	١٠٠	١٠٠	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	مالطا
٢٠٥	١٤	٣٥	١٠٥	١٢	١٩	١٠٥	٥٢	٧٩	X٢٠٢	X١١	X٢٦	X١٥	X٢٩	X٢٠	X٢١	X٢٨	X٨٠	١٠٢	٧٧	٩٢	مالي
١٠٠	٩٥	٩٦	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	ماليزيا
١٠٠	١٠٠	١٠٠	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	هنغاريا
١٠٨	١٢	٢١	٢٠١	١٩	٤٠	١٠٢	٧٧	٩٢	٢٠٢	١٤	٣٢	X١٠٢	X٣٧	X٢١	٢٠١	٣٩	٨٢	١٠٢	٧٨	٩٢	مدغشقر
١٠٠	٩٢	٩٧	٢٠٣	٣	٧	١٠٠	٨٧	٩١	١٠٠	٢٩	٢٨	١٠٠	٦	٦	١٠٢	٧٢	٩٠	١٠٠	٩٩	٩٩	مصر
١٠٦	٥٢	٨٣	—	—	—	X١٠٢	X٨٣	X٩٦	X١٥	X١٨	X٢٨	٢٠٥	٤	٢	١٠٧	٥٥	٩٢	X١٠٢	X٧٨٠	X٠٧٩٢	المغرب
١٠١	٨٢	٩٢	X١٠٨	X١٨	X٢٣	١٠٠	٩٨	٩٩	X٠٠٦	X٢٠	X١٩	٢٠٢	٢	١	١٠٠	٩٨	٩٨	١٠٠	١٠٠	١٠٠	جمهورية مقدونيا اليوغوسلافية السابقة
١٠١	٧٩	٨٧	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	١٠١	٨٧	٩٨	—	—	—	المكسيك
٢٠٢	٢٩	٦٤	١٠٧	٢١	٣٦	١٠٠	٩٤	٩٧	X١٠١	X٣٦	X٤١	١٠٢	٥	٤	١٠٠	٩٨	٩٩	١٠٠	٩٩	٩٩	منغوليا
٥٠٧	٩	٥١	٤٠٧	٢	٨	١٠٥	٤٩	٧٢	٧١٥	٧١١	٧١٦	—	—	—	٢٠٢	٣٩	٩٠	١٠٨	٤٢	٧٥	موريتانيا
١٠٠	٨٨	٩١	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	موريشيوس
٧٠٦	٥	٣٨	١٠٤	٣٢	٤٢	١٠١	٧٨	٨٩	١٠٢	٥٠	٦٥	١٠٧	١٧	١٠	١٠٧	٤٦	٧٨	١٠٤	٢٨	٣٩	موزامبيق
١٠١	٨٢	٨٩	—	—	—	—	—	—	X١٠٥	X٦	X٩	X٢٠	X٤	X٢	X١٠	X٩٩	X١٠٠	X١٠٠	X٩٨	X٩٨	جمهورية مولدوفا
—	—	١٠٠	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	موناكو
١٠١	٨٧	٩٢	—	—	—	X١٠٠	X٩٨	X٩٧	—	—	—	X٠٠٧	X١	X٢	X١٠٠	X٩٨	X١٠٠	١٠٠	٩٩	٩٨	الجبل الأسود
١٠١	٧٣	٨٣	—	—	—	١٠٠	٨٩	٩٢	١٠٣	٥٦	٧٢	١٠٢	٢٤	١٩	١٠٤	٦٣	٩٠	١٠٥	٦٤	٩٤	ميانمار
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	ولايات ميكرونيسيا المتحدة
٣٠٤	١٧	٥٧	١٠٠	٦٥	٦٥	١٠٠	٩١	٩٤	١٠١	٦٠	٦٧	١٠٧	١٩	١٢	١٠٢	٧٣	٩٤	١٠٤	٥٩	٨٣	ناميبيا
—	—	٦٥	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	ناورو
١٠٠	١٠٠	١٠٠	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	الترويج
١٠٠	١٠٠	١٠٠	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	النمسا
١٠٨	٣٧	٤٨	١٠٧	٢٤	٤٠	٧١٠٠	٧٩٦	٧٧٠	١٠١	٣٩	٤٤	١٠٨	٣٠	١٧	٢٠٢	٣٢	٧٣	١٠٠	٤٢	٤٤	نيبال
٨٠٥	٤	٣٤	X٣٠٨	X٨	X٣١	X٢٠٢	X٢٢	X٧١	X٢٠٠	X١٦	X٣١	٧٠٠٩	٧٣٩	٧٤٤	X٨٠٥	X٨	X٧١	٧٢٠٩	٧٢٥	٧٧١	النيجر
١٠٣	٣٧	٣٥	١٠٧	١٨	٣٠	١٠٤	٥٦	٧٨	١٠٩	٢١	٤١	١٠٧	٣٧	١٦	٢٠٤	٢٨	٦٥	٢٠٢	٢٢	٤٩	نيجيريا
١٠٧	٣٧	٦٣	—	—	—	٧١٠٢	٧٦٤	٧٧٦	١٠٢	٥٥	٦٤	١٠٧	٧	٤	١٠٧	٥٦	٩٢	٧١٠١	٧٧٧	٧٨٧	نيكاراغوا
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	نيوزيلندا
١٠٠	١٠٠	١٠٠	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	نيوي
٢٠٤	١٠	٢٤	X١٠٤	X٢٦	X٣٨	—	—	—	X١٠٤	X٢٥	X٥١	X١٠٧	X٢٠	X١٢	X٢٠	X١٥	X٤٧	١٠١	٧٨	٨٧	هايتي
٢٠٥	٢٣	٥٨	X٢٠٤	X١٤	X٣٣	—	—	—	X١٠٤	X٢٤	X٢٣	X١٠٤	X٤٦	X٢٣	١٠٧	٤٣	٧٦	١٠٧	٣٥	٥٩	الهند
١٠٢	٦٩	٨٥	X١٠٨	X٢١	X٣٧	X١٠١	X٨٦	X٩٢	X١٠٠	X٥٦	X٥٥	X٢٠٤	X١١	X٤	X١٠٨	X٥٠	X٩٠	١٠٠	٩٢	٩٥	هندوراس
١٠٠	١٠٠	١٠٠	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	هولندا
١٠٠	١٠٠	١٠٠	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	اليابان
٢٠٧	٢٤	٩٢	X٦٠٧	X١	X٤	X١٠٢	X٦٤	X٨٣	X٠٠٩	X٢٤	X٢٠	—	—	—	X٢٠٢	X٢٦	X٦٢	٢٠٢	١٦	٣٨	اليمن
١٠٠	٩٧	٩٩	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	اليونان
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	مذكرة
٢٣٠١	٢١٤	٢٤٤	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	السودان وجنوب السودان
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	ملخص المؤشرات#
١٠٩	٢٣	٤٣	١٠٤	٢٥	٣٤	١٠٢	٦٧	٨٣	١٠٢	٣١	٣٨	١٠٦	٢٤	١٥	١٠٩	٤٠	٧٦	١٠٧	٢٣	٥٦	أفريقيا جنوب الصحراء
٢٠٠	٢٧	٥٤	١٠٥	٢٢	٤٨	١٠٢	٧٣	٨٧	١٠٢	٣٨	٤٦	١٠٧	٢٠	١٢	٢٠١	٣٦	٧٥	١٠٧	٢٨	٤٩	شرق وجنوب أفريقيا
١٠٨	٢٠	٣٥	١٠٨	١٦	٢٩	١٠٢	٦١	٨٠	١٠٥	٢٣	٣٥	١٠٧	٢٦	١٦	١٠٧	٤٦	٧٨	١٠٦	٣٦	٥٧	غرب ووسط أفريقيا
١٠٣	٧٠	٩١	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	١٠٥	٥٧	٨٤	١٠٢	٧٢	٩١	الشرق الأوسط وشمال أفريقيا
٢٠١	٧٨	٦٠	٢٠٢	١٤	٢٣	—	—	—	١٠٢	٢٢	٣٩	١٠٤	٤٣	٣١	١٠٨	٤٠	٧٣	١٠٦	٢٢	٥٢	جنوب آسيا
١٠٣	٥٨	٧٧	X١٠١	X٢١	X٢٤	X١٠٠	X٥٥	X٩٨	X١٠١	X٤١	X٤٦	٢٠٠	١٠	٥	١٠١	٨٨	٩٥	X١٠٢	X٦٥	X٨٠	شرق آسيا ودول المحيط الهادي
١٠٤	٦٠	٨٤	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	أمريكا اللاتينية ودول البحر الكاريبي
١٠١	٨٠	٨٧	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	١٠٠	٩٦	٩٧	دول وسط وشرق أوروبا / رابطة الدول المستقلة
١٠٦	٣٠	٤٨	١٠٤	٢٤	٣٥	١٠٢	٧٣	٨٦	١٠١	٤١	٤٧	١٠٥	٢٧	١٨	١٠٩	٤٠	٧٦	١٠٦	٣١	٥٠	الدول الأقل نمواً
١٠٧	٤٧	٧٩	—	X١٨	—	—	—	—	X١٠٢	X٢٣	X٤٠	١٠٩	٢٨	١٥	١٠٦	٥٢	٨٤	X١٠٦	X٤١	X٦٥	العالم

تعريفات المؤشرات

تسجيل المواليد - المسوح السكانية والصحية، والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات، والمسوح الوطنية الأخرى، ونظم تسجيل الوقائع الحيوية.

إشراف كادر ماهر على الولادة - المسوح السكانية والصحية، والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات، والمصادر الأخرى الممثلة وطنياً.

انتشار الوزن الناقص بين الأطفال دون سن الخامسة - المسوح السكانية والصحية، والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات، والمسوح الوطنية الأخرى للأسرة المعيشية، ومنظمة الصحة العالمية، ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة «يونيسف».

علاج الإسهال باستخدام أملاح الإمهاء الفموية - المسوح السكانية والصحية، والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات، والمسوح الوطنية الأخرى للأسرة المعيشية.

النسبة الصافية للانتظام في التعليم الابتدائي - المسوح السكانية والصحية، والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات، والمسوح الوطنية الأخرى للأسرة المعيشية.

المعرفة الشاملة بفيروس نقص المناعة البشري - مسوح المؤشرات المعنية بمرض الإيدز، والمسوح السكانية والصحية، والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات، والمسوح الوطنية الأخرى للمؤشرات المعنية بفيروس نقص المناعة البشري/ الإيدز. www.measuredhs.com/hivdata

استخدام مرافق صرف صحي محسنة - برنامج المراقبة المشترك لتزويد المياه والصرف الصحي بين منظمة الأمم المتحدة للطفولة (يونيسف) ومنظمة الصحة العالمية.

البيانات المطبوعة بخط مائل مستقاة من مصادر مختلفة عن مصادر البيانات المعروضة للمؤشرات ذاتها في الجداول الأخرى من التقرير: الجدول ٢ (التغذية - انتشار الوزن الناقص)، الجدول ٣ (الصحة - علاج الإسهال)، الجدول ٤ (فيروس نقص المناعة البشري / الإيدز - المعرفة الشاملة بفيروس نقص المناعة البشري)، والجدول ٨ (النساء - إشراف كادر ماهر على الولادة).

تسجيل المواليد - النسبة المئوية للأطفال دون سن الخامسة الذين كانوا مسجلين وقت إجراء المسح. وهذه النسبة تشمل الأطفال الذين قام مُجري المقابلة معهم بالإطلاع على شهادات ميلادهم بنفسه، أو مَنْ قالت أمهاتهم أو القائمون على رعايتهم بأنهم قد سُجّلوا.

إشراف كادر ماهر على الولادة - النسبة المئوية لحالات الولادة التي تتم تحت إشراف كوادر صحية ماهرة (أطباء أو ممرضات أو قابلات).

انتشار الوزن الناقص بين الأطفال دون سن الخامسة - النسبة المئوية للأطفال دون سن الخامسة الذين يكون وزن أحدهم أدنى من ناقص انحرافين معياريين عن الوزن المتوسط للطفل قياساً بعمره وفقاً لمعايير نمو الطفل لدى منظمة الصحة العالمية.

علاج الإسهال باستخدام أملاح الإمهاء الفموية «ORS» - النسبة المئوية للأطفال دون سن الخامسة، الذين أصيبوا بالإسهال في الأسبوعين الذين سبقوا إجراء المسح، والذين تلقوا أملاح إمهاء فموية (أكياس تحتوي على أملاح إمهاء فموية أو سوائل تحتوي على أملاح إمهاء فموية معبأة مسبقاً).

النسبة الصافية للانتظام في التعليم الابتدائي - عدد الأطفال الملتحقين بالتعليم الابتدائي أو الثانوي الذين هم في السن المحددة رسمياً للانتحاق بالتعليم الابتدائي، مُعبّر عنه كنسبة مئوية من مجموع عدد الأطفال في السن المحددة رسمياً للانتحاق بالتعليم الابتدائي. ونظراً لشمول الأطفال في سن الانتحاق بالتعليم الابتدائي الملتحقين بالتعليم الثانوي، فإن هذا المؤشر يمكن إشار إليه أيضاً على أنه النسبة المعدلة لصافي الانتحاق بالتعليم الابتدائي.

المعرفة الشاملة بفيروس نقص المناعة البشري - النسبة المئوية للبالغين والشباب والياتفاعات والشابات، في الفئة العمرية (١٥ - ٢٤ عاماً) الذين يُحدّدون، بطريقة صحيحة، الطريقتين الرئيسيتين للوقاية من انتقال فيروس نقص المناعة البشري من خلال الاتصال الجنسي (استخدام الواقيات، واقتصار ممارسة الاتصال الجنسي على شريك واحد مخلص وغير مصاب بهذا الفيروس)، والذين يرفضون الفكرتين الخاطئتين الأكثر شيوعاً على الصعيد المحلي عن انتقال فيروس نقص المناعة البشري، والذين يعرفون أن الشخص الذي يبدو سليماً معافى ظاهرياً قد يكون حاملاً لفيروس نقص المناعة البشري.

استخدام مرافق صحية محسنة - النسبة المئوية للسكان الذين يستخدمون أي من المرافق الصحية التالية، والتي تكون غير مشتركة مع أسر معيشية أخرى: مرحاض يعمل بالدق أو الانصباب المائي (الرحض) ويكون مربوطاً بشبكة للمجاري، أو حفرة امتصاصية أو مرحاض مزوّد بحفرة، أو مرحاض مزوّد بحفرة مهوى ومُحسّن، أو مرحاض مزوّد بحفرة مع بلاطة، أو حفرة مغطاة، أو حمام تُستخدم مخرجاته كسماد.

الجدول ١٣: التفاوتات حسب ثروة الأسرة المعيشية

المعرفة الشاملة بفيروس نقص المناعة البشري (%) الذكور ٢٤ - ١٥ عاماً ٢٠٠٧-٢٠١١	المعرفة الشاملة بفيروس نقص المناعة البشري (%) لدى الإناث ١٥ - ٢٤ عاماً ٢٠٠٧-٢٠١١			النسبة المئوية للصاحبة للانتظام في التعليم الابتدائي ٢٠٠٧-٢٠١١			علاج الإسهال باستخدام أملاح الإماعة الفموية (%) ٢٠٠٧-٢٠١٢			انتشار الوزن الناقص (بين الأطفال دون سن الخامسة (%)) ٢٠٠٧-٢٠١١			إشراف كادر ماهر على الولادة (%) ٢٠٠٧-٢٠١٢			تسجيل المواليد (%) ٢٠٠٥-٢٠١١			البلدان والأقاليم		
	نسبة الشريحة الأغنى إلى الأقر	شريحة الـ ٢٠٪ الأغنى	شريحة الـ ٢٠٪ الأقر	نسبة الشريحة الأغنى إلى الأقر	شريحة الـ ٢٠٪ الأغنى	شريحة الـ ٢٠٪ الأقر	نسبة الشريحة الأغنى إلى الأقر	شريحة الـ ٢٠٪ الأغنى	شريحة الـ ٢٠٪ الأقر	نسبة الشريحة الأغنى إلى الأقر	شريحة الـ ٢٠٪ الأغنى	شريحة الـ ٢٠٪ الأقر	نسبة الشريحة الأغنى إلى الأقر	شريحة الـ ٢٠٪ الأغنى	شريحة الـ ٢٠٪ الأقر	نسبة الشريحة الأغنى إلى الأقر	شريحة الـ ٢٠٪ الأغنى	شريحة الـ ٢٠٪ الأقر			
-	-	-	-	١,٧	٨٦	٥٢	٢,٥	٤٥	١٨	٢,٤	١٥	٣٦	٢٦,٨	٤٦	٢	٧,٠	١٨	٣	إثيوبيا		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	الأرجنتين		
-	-	-	-	-	-	-	١,٦	٣٠	١٨	٢٦,٠	٠	٣	١,٠	١٠٠	٩٨	-	-	-	الأردن		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	٥,٣	٢	٨	١,٠	١٠٠	٩٩	١,٠	١٠٠	١٠٠	أرمينيا		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X ١٢,١	X ٨١	X ٧	-	-	-	إريتريا		
X ٦,٢	X ١٤	X ٢	X ١٠,٢	١٢	X ١	X ١,١	X ٧٨	X ٧٢	X ١٣,٣	X ٣٦	٣ X	X ٧,٠	X ٢	١٥	١,٣	X ١٠٠	X ٧٦	١,١	أذربيجان		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	إسبانيا		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	أستراليا		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	أستونيا		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	إسرائيل		
-	-	-	-	-	-	-	-	٠,٩	٥٢	٥٦	-	-	٤,٩	٧٦	١٦	١,٩	٥٨	٣١	أفغانستان		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	١,٠	٩٨	٩٩	-	-	-	إكوادور		
٣,٨	٢٨	١٠	٢,٠	٦٠	٢٠	١,٠	٩١	٨٩	-	٢,٢	٤	٨	١,٠	١٠٠	٩٨	١,٠	٩٩	٩٨	ألمانيا		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	ألمانيا		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	الإمارات العربية المتحدة		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	الولايات المتحدة الأمريكية		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	أنغيوا وبربودا		
-	-	-	-	-	-	١,٢	٧٨	٦٣	-	-	-	-	-	-	-	X ٢,٨	X ٤٨	X ١٧	أنغولا		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	أندورا		
١٢,٢	٢٧	٢	٧,٥	٢٣	٢	-	-	-	٠,٩	٢٧	٣٢	٢,٢	١٠	٢٣	١,٣	٨٦	٦٥	٣,٧	٨٤	٢٣	إندونيسيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	أوروغواي	
-	-	-	X ١,٢	X ٢٣	X ٢٥	X ١,٠	٩٦	٩٤	-	-	X ١,٥	X ٢	X ٥	X ١,٠	X ١٠٠	X ١٠٠	١,٠	١٠٠	١٠٠	أوزبكستان	
X ١,٦	X ٤٧	X ٢٨	X ٢,٢	X ٤٧	X ٢٠	-	-	١,١	٤٥	٤٣	-	-	٢,٠	٨٨	٤٣	١,٦	٤٤	٣٧	أوغندا		
١,٥	٤٢	٢٨	١,٤	٤٥	٣٣	١,٠	٧٥	٧٨	-	-	-	-	١,٠	٩٩	٩٧	١,٠	١٠٠	١٠٠	أوكرانيا		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	جمهورية إيران الإسلامية	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	إيرلندا	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	آيسلندا	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	إيطاليا	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	بايوا غينيا الجديدة	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	باراغواي	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	باربادوس	
-	-	-	-	-	-	١,٨	٧٤	٤٢	١,١	٤٤	٤١	-	-	٤,٨	٧٧	١٦	٢,١	٢٨	١٨	باكستان	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	بالاو	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	جزر البهاما	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	البحرين	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	البرازيل	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	البرتغال	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	بروناي دار السلام	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	المملكة المتحدة	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	بلجيكا	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	بلغاريا	
-	-	-	-	-	-	-	-	١,٠	٨٢	٨١	٢,٤	٢١	٥٠	٥,٥	٦٤	١٢	٣,٠	١٩	٦	بنغلادش	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	بنما	
-	-	-	٤,٤	٣٢	٧	١,١	٩٤	٨٥	٠,٩	٥٦	٦٠	٢,٢	٧	١٦	٢,٨	٩٥	٣٤	١,٠	١٠٠	١٠٠	بوتان
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	٤,٠	٤	١٦	X ١,٢	X ١٠٠	X ٨٤	-	-	بوتسوانا
-	-	-	X ٤,٤	X ٢٧	٨	X ١,٢	X ٣٩	X ٢٣	٢,٥	٣١	١٣	X ٢,١	X ١٨	X ٢٨	٢,٠	٩٢	٤٦	١,٥	٩٥	٦٢	بوركينا فاسو
-	-	-	-	-	-	١,٤	٨٧	٦٤	١,٢	٤٢	٣٥	٢,٤	١٧	٤١	١,٦	٨١	٥١	١,٤	٨٧	٦٤	بوروندي
-	-	-	X ١,١	X ٤٩	X ٤٦	X ١,٠	X ٩٨	X ٩٩	-	-	-	X ٠,٥	X ٢	X ٢	X ١,٠	X ١٠٠	X ٩٩	١,٠	١٠٠	٩٩	اليوسنة والهرسك
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	بولندا
٤,٣	٤٥	١١	٨,٤	٤٠	٥	١,٠	٩٧	٩٥	١,١	٣٥	٣١	٣,٨	٢	٨	٢,٦	٩٩	٢٨	y ١,٣	y ٩٠	y ٦٨	بوليفيا (دولة متعددة القوميات)
-	-	-	-	-	-	١,١	٩٧	٩٢	١,٦	٤٢	٣٧	١٥,٧	١	٩	١,٨	١٠٠	٥٦	-	-	-	بيرو
-	-	-	-	-	-	X ١,٠	X ٩٤	X ٩٦	-	-	-	X ٦,٧	X ٠	X ٢	X ١,٠	X ١٠٠	-	-	-	-	بيلاروس
-	-	-	X ٢,٠	٥٥	٢٨	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	١,٠	٩٧	٩٥	بليز	

البلدان والأقاليم	تسجيل المواليد (%) ٢٠١١-٢٠١٥			إشراف كادر ماهر على الولادة (%) ٢٠١٢-٢٠١٧			انتشار الوزن للناقص (بين) الأطفال دون سن الخامسة (%) ٢٠١١-٢٠١٧			علاج الإسهال باستخدام أملاح الإمهاء الفموية (%) ٢٠٠٧- ٢٠١٢			النسبة المصنفة للاهتمام في التعليم الابتدائي ٢٠٠٧-٢٠١١			المعرفة الشاملة بفيروس نقص المناعة البشري (%) لدى الإناث ١٥-٢٤ عاماً ٢٠١١-٢٠١٧			المعرفة الشاملة بفيروس نقص المناعة البشري (%) المذكور ٢٠١١-٢٠١٧		
	شريحة الذكور ٢٠٪ الأقصر	شريحة الذكور ٢٠٪ الأقصر	شريحة الذكور ٢٠٪ الأقصر	شريحة الذكور ٢٠٪ الأقصر	شريحة الذكور ٢٠٪ الأقصر	شريحة الذكور ٢٠٪ الأقصر	شريحة الذكور ٢٠٪ الأقصر	شريحة الذكور ٢٠٪ الأقصر	شريحة الذكور ٢٠٪ الأقصر	شريحة الذكور ٢٠٪ الأقصر	شريحة الذكور ٢٠٪ الأقصر	شريحة الذكور ٢٠٪ الأقصر	شريحة الذكور ٢٠٪ الأقصر	شريحة الذكور ٢٠٪ الأقصر	شريحة الذكور ٢٠٪ الأقصر	شريحة الذكور ٢٠٪ الأقصر	شريحة الذكور ٢٠٪ الأقصر	شريحة الذكور ٢٠٪ الأقصر			
																			نسبة الشرحية الأقصر	نسبة الشرحية الأقصر	نسبة الشرحية الأقصر
بنين	٤٦	٧٥	١٠٦	X٥٢	X٩٦	X١١٩	X٢٥	X١٠	X٢٤	X١٥	X٢٢	X٢١	X٢٩	X٦٣	X١٠٦	X٩	X٢٦	X٣١	X٥٢	X٢٠	
تايلندا	٩٩	١٠٠	١٠٠	X٩٣	X١٠٠	X١١٠	X١١	X٢	X٢٣	X٥٦	X٥٤	X١٠	X٩٧	X٩٨	X١٠٠	X٤٧	X٤٣	X٠٩	-	-	
تركمناستان	٩٤	٩٧	٩٧	X٩٩	X١٠٠	X١٠٠	X٨	X٢	X٢٢	X٤٥	X٢٠	X٠٧	-	-	-	-	X٨	X٢٨	-	-	
تركيا	٨٩	٩٩	٩٩	X٧٣	X١٠٠	X١٠٠	X٤	X١	X٨٤	-	-	-	X٨٤	X٩٧	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	-	-	
ترينيداد وتوباغو	٩٤	٩٨	٩٨	X٩٨	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	
تشاد	٥	٤٦	٤٦	X٨	X٩٢	X١٠٠	X٨	X٢	X٢٣	X١٦	X٢٩	X٥	X٥٣	X٢٩	X٥٣	X٢٩	X٢٩	X٢٩	X٢٩	X٢٩	
الجمهورية التشيكية	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
تشيلي	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
جمهورية تنزانيا الاتحادية	٤	٥٦	٥٦	X١٢٧	X٢١	X٢٩	X٢٢	X٩	X٢٣	X٤١	X٢٨	X٠٩	X٦٨	X٩٣	X١٠٤	X٢٩	X١٤	X٣٤	X٥٦	X١٧	
توغو	٥٩	٩٧	٩٧	X٢٨	X٩٤	X٢٤	X٢١	X٩	X٢٥	X٨	X٢٥	X١٩	X٢٥	X٨٠	X٢٥	X١٨	X٢٣	X٢٣	X٥٥	X٢٧	
توفالو	٣٩	٧١	٧١	X١٨	X٩٩	X٩٨	X١	X٠	-	-	-	-	-	-	-	-	X١٢	X٢٩	X١٧	-	
تونغا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
تونس	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
تيمور الشرقية	٥٠	٥٦	٥٦	X١٠٠	X٦٩	X٦٩	X٤٩	X٣٥	X١٤	X٧٠	X٧١	X١٠	X٦٠	X٨٣	X١٤	X٩	X١٦	X١٨	X٣٥	X٢٠	
الغابون	٨٨	٩٢	٩٢	X١٠٠	X٩٧	X٩٨	X١٠٠	X٩٧	X٩٧	X٩٧	X٩٧	X٩٧	X٩٧	X٩٧	X٩٧	X٩٧	X٩٧	X٩٧	X٩٧	X٩٧	
جامايكا	٩٦	٩٩	٩٩	X٩٧	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	
غامبيا	٤٦	٦١	٦١	X١٣	X٢٤	X٥٨	X٢٤	X١٧	X٢٤	X٢٦	X٢٢	X٠٧	X٢٨	X٤٢	X٤٢	X٤٢	X٤٨	X٤٨	X٤٨	X٤٨	
غرينادا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
الجزائر	-	-	-	X٨٨	X٩٨	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	
جزر سليمان	-	-	-	X٧٤	X٩٥	X١٢	X١٤	X١٠	X١٤	X١٤	X١٠	X١٤	X١٠	X١٠	X١٠	X١٠	X١٠	X١٠	X١٠	X١٠	
جزر الكوك	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
جزر مارشال	٩٢	٩٨	٩٨	X٦٨	X٩٩	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	
جمهورية أفريقيا الوسطى	٤٦	٨٥	٨٥	X١٨	X٣٣	X٨٧	X٢٦	X٢٦	X١٩	X١٤	X١١	X٢٨	X٢٨	X٢١	X٢١	X١٤	X١٤	X١٦	X٢٣	X١٧	
الكونغو	٧٦٩	٧٩١	٧٩١	X٤٠	X٩٥	X٤٠	X١٦	X٢٤	X٣١	X١٣	X١٨	X١٤	X١٣	X١٣	X١٣	X١٣	X١٣	X١٣	X١٣	X١٣	
جنوب أفريقيا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
جنوب السودان δ	٢١	٥٧	٥٧	X٢٠	X٨	X٤١	X٥١	X٤١	X٤١	X٤١	X٤١	X٤١	X٤١	X٤١	X٤١	X٤١	X٤١	X٤١	X٤١	X٤١	
غواتيمالا	-	-	-	X٢٠	X٩٥	X٤٧	X٢١	X٢١	X٢١	X٢١	X٢١	X٢١	X٢١	X٢١	X٢١	X٢١	X٢١	X٢١	X٢١	X٢١	
غوايانا	٨٤	٩٢	٩٢	X٨١	X٩٦	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	
جورجيا	٩٩	٩٨	٩٨	X٩٥	X٩٩	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	
جيبوتي	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
الدنمارك	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
دومينيكا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
جمهورية الدومينيكان	٦١	٩٣	٩٣	X٩٥	X٩٩	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	
الرأس الأخضر	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
رواندا	٥٨	٦٤	٦٤	X٦١	X٨٦	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	
الاتحاد الروسي	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
رومانيا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
زامبيا	٥	٣١	٣١	X٥٨	X٣٧	X٩١	X٢٧	X٣٤	X١٦	X١٠	X١٠	X١٠	X١٠	X١٠	X١٠	X١٠	X١٠	X١٠	X١٠	X١٠	
زيمبابوي	٣٥	٧٥	٧٥	X٤٨	X٩١	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	
ساحل العاج	٢٨	٨٩	٨٩	X٣٢	X٢٩	X٩٥	X٢٢	X٢٢	X٢٣	X٢٣	X٢٣	X٢٣	X٢٣	X٢٣	X٢٣	X٢٣	X٢٣	X٢٣	X٢٣	X٢٣	
ساموا	٣١	٦٣	٦٣	X٢١	X٦٦	X٩٥	X١٤	X١٤	X١٤	X١٤	X١٤	X١٤	X١٤	X١٤	X١٤	X١٤	X١٤	X١٤	X١٤	X١٤	
سان مارينو	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
سينت فنسنت وغرينادين	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
سينت كيتس ونيفيس	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
سينت لوشيا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
ساو تومي وبرينسيبي	٧٤	٨٦	٨٦	X٧٤	X٩٣	X١٠٠	X١٨	X١٢	X٢٦	X٧	X١٨	X١٠	X١٠	X١٠	X١٠	X١٠	X١٠	X١٠	X١٠	X١٠	
سري لانكا	٩٧	٩٨	٩٨	X٩٧	X٩٩	X١٠٠	X٢٩	X١١	X٢٦	X١١	X٢٩	X١١	X٢٩	X١١	X٢٩	X١١	X٢٩	X١١	X٢٩	X١١	
المملكة العربية السعودية	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
السلفادور	٩٨	٩٩	٩٩	X١٠٠	X٩١	X٩٨	X١٠٠	X٩٨	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	
سلوفاكيا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
سلوفينيا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
سنغافورة	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
السنگال	٥٠	٩٤	٩٤	X٣٠	X٩٦	X٣٢	X٢٤	X١٠	X٢٤	X٢١	X٢١	X١٠	X١٠	X١٠	X١٠	X١٠	X١٠	X١٠	X١٠	X١٠	
سوازيلاند	٣٩	٧٣	٧٣	X٦٥	X٩٤	X١٠٠	X١٤	X٨	X٢٣	X٥٨	X٢٣	X١٠	X١٠	X١٠	X١٠	X١٠	X١٠	X١٠	X١٠	X١٠	
السودان δ	٢٦	٩٨	٩٨	X٣٨	X٦	X١٠٠	X٥٩	X٦	X٢٤	X٢١	X١٦	X٢٤	X٢١	X١٦	X١٦	X١٦	X١٦	X١٦	X١٦	X١٦	
الجمهورية العربية السورية	٩٢	٩٩	٩٩	X٧٨	X٩٩	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	X١٠٠	

المعرفة الشاملة بفيروس نقص المناعة البشرية (%) الذكور ٢٠١١-٢٠٠٧	المعرفة الشاملة بفيروس نقص المناعة البشرية (%) لدى الإناث ١٥-٢٤ عاماً ٢٠١١-٢٠٠٧			النسبة المئوية الصافية للانتظام في التعليم الابتدائي ٢٠٠٧-٢٠١١			علاج الإسهال باستخدام أملاح الإماهة الفموية (%) ٢٠٠٧-٢٠١٢			انتشار الوزن الناقص بين الأطفال دون سن الخامسة (%) ٢٠٠٧-٢٠١١			إشراف كادر ماهر على الولادة (%) ٢٠٠٧-٢٠١٢			تسجيل المواليد (%) ٢٠٠٥-٢٠١١			البلدان والأقاليم		
	نسبة الشريعة الأيمن الأفقر	شريعة الذكور: ٢٠٪ الأفقر	شريعة الذكور: ٢٠٪ الأفقر	نسبة الشريعة الأيمن الأفقر	شريعة الذكور: ٢٠٪ الأفقر	شريعة الذكور: ٢٠٪ الأفقر	نسبة الشريعة الأيمن الأفقر	شريعة الذكور: ٢٠٪ الأفقر	شريعة الذكور: ٢٠٪ الأفقر	نسبة الشريعة الأيمن الأفقر	شريعة الذكور: ٢٠٪ الأفقر	شريعة الذكور: ٢٠٪ الأفقر	نسبة الشريعة الأيمن الأفقر	شريعة الذكور: ٢٠٪ الأفقر	شريعة الذكور: ٢٠٪ الأفقر	نسبة الشريعة الأيمن الأفقر	شريعة الذكور: ٢٠٪ الأفقر	شريعة الذكور: ٢٠٪ الأفقر			
																				نسبة الشريعة الأيمن الأفقر	شريعة الذكور: ٢٠٪ الأفقر
-	-	-	X ٢٤,٤	X ٥٤	X ٢٣	X ١١,١	٩٧	٨٨	-	-	X ١,٨	X ٥	X ٩	X ١,٢	X ٩٦	X ٨١	١٠,٠	٩٨	٩٤	سورينام	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	السويد	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	سويسرا	
-	-	-	٢,٦	٣٦	١٤	١,٥	٨٨	٥٩	٠,٩	٧٠	٧٥	١,٤	١٥	٢٢	١,٩	٨٥	٤٤	١,٢	٨٨	٧٤	سيراليون
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	سيشيل	
٢,٤	٦٦	٢٨	٢,٤	٦٩	٢٨	١,٠	٩٨	٩٦	-	-	١,٤	٢	٣	١,٠	١٠٠	٩٩	١,٠	١٠٠	٩٧	صربيا	
-	-	-	X ١٣,٥	X ٨	X ١	X ١٢,٥	٤٠	٢	٤,٨	X ٣١	X ٧	X ٣,٠	X ١٤	X ٤٢	X ٧,٢	X ٧٧	X ١١	٦,٦	٧	١	الصومال
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	الصين
-	-	-	-	-	-	y ١,٠	٩٦	٩٦	١,٠	X ٥٠	X ٥٢	١,٣	١٣	١٧	١,٠	٩٠	٩٠	١,٠	٨٦	٨٩	طاجيكستان
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	العراق
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	عمان
٢,١	٥٠	٢٣	٢,١	٢٤	١٧	١,٤	٨٦	٦١	٠,٧	٣٤	٤٥	٢,٢	٩	١٩	٢,٥	٩٨	٣٩	١,٧	٨٢	٤٧	غانا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	٣,٣	X ٥٩	X ١٨	١,٣	١٩	٢٤	٢,٢	٥٧	٢٦	٤,٠	٨٣	٢١	غينيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	١,٥	X ٢٧	X ٢٤	-	-	X ١,٨	X ٨٥	X ٤٧	-	-	-	-	غينيا الاستوائية
-	-	-	٤,٣	٢٥	٦	١,٧	٨٧	٥٢	٢,٣	٣٧	١٦	٢,١	١١	٢٢	X ٤,٠	X ٧٩	X ١٩	٢,٠	٣٥	١٧	غينيا بيساو
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	الفايتكان
-	-	-	٢,٧	٢٣	٩	١,٠	٧٦	٧٤	-	-	-	١,٢	١٠	١٢	١,٦	٩٠	٥٥	٣,١	٤١	١٣	فانواتو
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	فرنسا
-	-	-	١,٨	٢٦	١٤	-	-	-	١,٥	٥٥	٣٧	-	-	-	٣,٧	٩٤	٢٦	-	-	-	الفلبين
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X ١,٠	X ١٠٠	X ٩٨	-	-	-	دولة فلسطين
-	-	-	-	-	-	١,٢	٩٩	٨٦	١,٤	X ٥٥	X ٣٩	-	-	-	X ١,٠	X ٩٢	X ٩٥	X ١,١	X ٩٥	X ٨٧	جمهورية فنزويلا البوليفارية
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	فانواتو
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	فيجي
-	-	-	١,٨	٦٨	٣٨	١,٠	٩٩	٩٥	-	-	-	٦,٦	٣	٢١	١,٤	٩٩	٧٢	١,١	٩٨	٨٧	فيتنام
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	قبرص
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	قطر
-	-	-	X ١,٦	X ٢٨	X ١٨	X ١,٠	٩٨	٩٩	-	-	-	X ٢,٨	X ٢	X ٥	X ١,٠	X ١٠٠	X ١٠٠	١,٠	١٠٠	١٠٠	كازاخستان
-	-	-	X ٤,٠	X ٥٠	X ١٢	X ١,٧	X ٨٧	X ٥٠	X ٦,٨	٣٤	٥	-	-	-	X ٤,٤	X ٩٨	X ٢٣	١,٨	٩١	٥١	كاميرون
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	كرواتيا
٢,١	٦٤	٣٠	٢,١	٥٨	٢٨	y ١,١	y ٨٦	y ٧٩	١,١	٣٤	٣٢	٢,٢	١٦	٣٥	٢,٠	٩٧	٤٩	١,٦	٧٨	٤٨	كمبوديا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	كندا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	كوبا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	كوريا الجنوبية (جمهورية كوريا)
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	جمهورية كوريا الديمقراطية الشعبية
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	كوستاريكا
-	-	-	٢,٢	٢٢	١٥	١,٠	٩٣	٩٠	١,٣	٦١	٤٧	٣,٠	٢	٦	١,٢	٩٩	٨٤	-	-	-	كولومبيا
-	-	-	-	-	-	X ١,٦	X ٣٩	X ٢٥	X ١,٥	٢٤	١٦	-	-	-	X ١,٦	X ٧٧	X ٤٩	X ١,٣	X ٩٣	X ٧٢	جزر القمر
٢,٢	٣٠	١٤	٢,٨	٢٤	٨	١,١	٧٣	٦٥	٠,٩	٢٦	٢٨	٢,٣	١٢	٢٩	١,٤	٩٩	٦٩	١,١	٢٧	٢٥	جمهورية الكونغو الديمقراطية
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	الكويت
-	-	-	X ١,٧	٢٩	X ١٧	X ١,٠	٩١	٩٤	-	-	-	X ٠,٨	X ٢	X ٢	١,١	X ١٠٠	X ٩٣	١,٠	٩٥	٩٤	قيرغيزستان
١,٤	٥٢	٣٨	١,٢	٤٩	٤٢	-	-	-	-	-	-	-	-	-	١,٢	٩٣	٧٦	١,٠	٩٤	٩٣	كيريباتي
١,٦	٦٨	٤٢	٢,١	٦١	٢٩	١,٣	٧٨	٥٨	٠,٩	٣٧	٤٠	٢,٨	٩	٣٥	٤,٠	٨١	٢٠	١,٧	٨٠	٤٨	كينيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	لاتفيا
-	-	-	-	-	-	X ١,٤	٨٤	٥٩	١,٩	X ٨٠	X ٤٢	X ٢,٧	١٤	X ٢٨	٢٧,١	X ٨١	X ٢	١,٤	٨٥	٦٢	جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	لبنان
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	لوكسمبورغ
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	ليبيريا
٢,٢	٣٧	١٧	٢,١	٢٩	١٤	٣,٧	٥٦	١٥	١,٦	٦٤	٤١	y ١,٦	y ١٣	y ٢١	٣,٢	٨١	٢٦	y ١,١	y ٧	y ١	ليبيريا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	ليتوانيا
٣,٣	٤٥	١٤	١,٨	٤٨	٢٦	١,١	٩٤	٨٣	-	-	-	١,٩	٩	١٨	٢,٦	٩٠	٣٥	١,٢	٤٩	٤٢	ليسوتو
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	ليختنشتاين
١,٥	٥٤	٣٥	١,٦	٥٥	٣٤	X ١,٣	٩٠	٧١	١,١	٧٣	٦٧	١,٣	١٣	١٧	١,٤	٨٩	٦٣	-	-	-	ملاوي
-	-	-	٢,٠	١٩	٩	١,٠	٨٢	٨٢	-	-	-	٢,٣	١١	٢٤	١,١	٩٩	٨٩	١,٠	٩٤	٩٢	المالديف
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	مالطا

المعرفة الشاملة بفيديوس نخص المقاعة البشري (%) عاماً ٢٠١٥ - ٢٠١١ ×٢٠١١-٢٠٠٧	المعرفة الشاملة بفيديوس نخص النقاعة البشري (%) لدى الإناث ١٥ - ٢٤ عاماً ×٢٠١١-٢٠٠٧			النسبة المضافة للانتظام في التعليم الابتدائي ٢٠٠٧-٢٠١١			علاج الإسهال باستخدام أملاح الإماعة الفموية (%) ٢٠٠٧ ×٢٠١٢ -			انتشار الوزن الناقص بين الأطفال دون سن الخامسة (%) ٢٠١١-٢٠٠٧			إشراف كادر ماهر على الولادة (%) ٢٠١٢-٢٠٠٧			تسجيل المواليد (%) ٢٠١١-٢٠٠٥			البلدان والأقاليم
	نسبة الشريعة الأغنى إلى الأفقر	شريعة الد: ٢٠٪ الأغنى	شريعة الد: ٢٠٪ الأفقر	نسبة الشريعة الأغنى إلى الأفقر	شريعة الد: ٢٠٪ الأغنى	شريعة الد: ٢٠٪ الأفقر	نسبة الشريعة الأغنى إلى الأفقر	شريعة الد: ٢٠٪ الأغنى	شريعة الد: ٢٠٪ الأفقر	نسبة الشريعة الأغنى إلى الأفقر	شريعة الد: ٢٠٪ الأغنى	شريعة الد: ٢٠٪ الأفقر	نسبة الشريعة الأغنى إلى الأفقر	شريعة الد: ٢٠٪ الأغنى	شريعة الد: ٢٠٪ الأفقر	نسبة الشريعة الأغنى إلى الأفقر	شريعة الد: ٢٠٪ الأغنى	شريعة الد: ٢٠٪ الأفقر	
																			مالي
																			ماليزيا
																			هنغاريا
																			مدغشقر
																			مصر
																			المغرب
																			جمهورية مقدونيا اليوغوسلافية السابقة
																			المكسيك
																			منغوليا
																			موريتانيا
																			موريشيوس
																			موزامبيق
																			جمهورية مولدوفا
																			موناكو
																			الجبل الأسود
																			ميانمار
																			ولايات ميكرونيسيا المتحد
																			ناميبيا
																			ناورو
																			النرويج
																			النمسا
																			نيبال
																			النيجر
																			نيجيريا
																			نيكاراغوا
																			نيوزيلندا
																			نيوي
																			هايتي
																			الهند
																			هندوراس
																			هولندا
																			اليابان
																			اليمن
																			اليونان
																			مذكرة
																			السودان وجنوب السودان ٥
																			ملخص المؤشرات#
																			أفريقيا جنوب الصحراء
																			شرق وجنوب أفريقيا
																			غرب ووسط أفريقيا
																			الشرق الأوسط وشمال أفريقيا
																			جنوب آسيا
																			شرق آسيا ودول المحيط الهادي
																			أمريكا اللاتينية ودول البحر الكارايبى
																			دول وسط وشرق أوروبا / رابطة الدول المستقلة
																			الدول الأقل نمواً
																			العالم

تعريفات المؤشرات

تسجيل المواليد - النسبة المئوية للأطفال دون سن الخامسة الذين كانوا مسجلين وقت إجراء المسح. وهذه النسبة تشمل الأطفال الذين قام مُجري المقابلة معهم بالإطلاع على شهادات ميلادهم بنفسه، أو مَنْ قالت أمهاتهم أو القائمون على رعايتهم بأنهم قد سُجّلوا.

إشراف كادر ماهر على الولادة - النسبة المئوية لحالات الولادة التي تتم تحت إشراف كوادِر صحية ماهرة (أطباء أو ممرضات أو قابلات).

انتشار الوزن الناقص بين الأطفال دون سن الخامسة - النسبة المئوية للأطفال دون سن الخامسة الذين يكون وزن أحدهم أدنى من ناقص انحرافين معياريين عن الوزن المتوسط للطفل قياساً بعمره وفقاً لمعايير نمو الطفل لدى منظمة الصحة العالمية.

علاج الإسهال باستخدام أملاح الإمهاء الفموية «ORS» - النسبة المئوية للأطفال دون سن الخامسة، الذين أصيبوا بالإسهال في الأسبوعين الذين سبقوا إجراء المسح، والذين تلقوا أملاح إمهاء فموية (أكياس تحتوي على أملاح إمهاء فموية أو سوائل تحتوي على أملاح إمهاء فموية معبأة مسبقاً).

النسبة الصافية للانتظام في التعليم الابتدائي - عدد الأطفال المنتظمين في المدارس والتعليم الابتدائية أو التعليم الثانوية الذين هم في السن المحددة رسمياً للالتحاق بالتعليم الابتدائي، معبر عنه كنسبة مئوية من مجموع عدد الأطفال في السن المحددة للالتحاق بالتعليم الابتدائي المنتظمين في التعليم الثانوي في هذا المؤشر، فقد يشار إلى هذا المؤشر أيضاً بعبارة «النسبة المعدلة لصافي الانتظام في التعليم الابتدائي».

المعرفة الشاملة بفيروس نقص المناعة البشري - النسبة المئوية للبالغين والشباب واليافعات والشابات في سن (١٥ - ٢٤ عاماً) اللواتي يُحدّدن، بطريقة صحيحة، الطريقتين الرئيسيتين للوقاية من انتقال فيروس نقص المناعة البشري من خلال الاتصال الجنسي (استخدام الواقي، واقتصار ممارسة الاتصال الجنسي على شريك واحد مخلص وغير مصاب بهذا الفيروس)، واللواتي يرفضن الفكرتين الخاطئتين الأكثر شيوعاً على الصعيد المحلي عن انتقال فيروس نقص المناعة البشري، واللواتي يعرفن أن الشخص الذي يبدو سليماً معافئاً ظاهرياً قد يكون حاملاً لفيروس نقص المناعة البشري.

تسجيل المواليد - المسوح السكانية والصحية، والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات، والمسوح الوطنية الأخرى، ونظم تسجيل الواجهات الحيوية.

إشراف كادر ماهر على الولادة - المسوح السكانية والصحية، والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات، والمسوح الوطنية الأخرى.

انتشار الوزن الناقص بين الأطفال دون سن الخامسة - المسوح السكانية والصحية، والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات، والمسوح الوطنية الأخرى للأسرة المعيشية، ومنظمة الصحة العالمية، ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة «يونيسف».

علاج الإسهال باستخدام أملاح الإمهاء الفموية - المسوح السكانية والصحية، والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات، والمسوح الوطنية الأخرى للأسرة المعيشية.

النسبة الصافية للانتظام في التعليم الابتدائي - المسوح السكانية والصحية، والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات، والمسوح الوطنية الأخرى للأسرة المعيشية.

المعرفة الشاملة بفيروس نقص المناعة البشري - مسوح المؤشرات المعنية بمرض الإيدز، والمسوح السكانية والصحية، والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات، والمسوح الوطنية الأخرى للأسرة المعيشية، وقاعدة بيانات مسوح المؤشرات المعنية بفيروس نقص المناعة البشري / الإيدز.

www.measuredhs.com/hivdata

استخدام مرافق صرف صحي محسنة - برنامج المراقبة المشترك لتزويد المياه والصرف الصحي بين منظمة الأمم المتحدة للطفولة (يونيسف) ومنظمة الصحة العالمية.

البيانات المطبوعة بخط مائل مستقاة من مصادر مختلفة عن مصادر البيانات المعروضة للمؤشرات ذاتها في الجداول الأخرى من التقرير: الجدول ٢ (التغذية - انتشار الوزن الناقص)، الجدول ٣ (الصحة - علاج الإسهال)، الجدول ٤ (فيروس نقص المناعة البشري / الإيدز - المعرفة الشاملة بفيروس نقص المناعة البشري)، والجدول ٨ (المرأة والنساء - إشراف كادر ماهر على الولادة).

الجدول ١٤: تنمية الطفولة المبكرة

البلدان والأقاليم	الانتظام في تعليم الأطفال بمرحلة الطفولة المبكرة ٢٠٠٥ - ٢٠١١						دعم التعلّم من جانب الكبار الراشدين ٢٠٠٥ - ٢٠١١						مواد التعلّم المتوافرة داخل البيت ٢٠٠٥ - ٢٠١١						الأطفال المتروكون تحت رعاية غير كافية ٢٠٠٥ - ٢٠١١					
	المجموع	ذكور	إناث	شريحة الـ ٢٠٪ الأقتر	شريحة الـ ٢٠٪ الأقتر	شريحة الـ ٢٠٪ الأقتر	المجموع	شريحة الـ ٢٠٪ الأقتر	شريحة الـ ٢٠٪ الأقتر	شريحة الـ ٢٠٪ الأقتر	المجموع	شريحة الـ ٢٠٪ الأقتر	شريحة الـ ٢٠٪ الأقتر	شريحة الـ ٢٠٪ الأقتر	المجموع	ذكور	إناث	شريحة الـ ٢٠٪ الأقتر	شريحة الـ ٢٠٪ الأقتر	شريحة الـ ٢٠٪ الأقتر				
																					دعم التعلّم من جانب الآباء ٢٠٠٥ - ٢٠١١	دعم التعلّم من جانب الآباء ٢٠٠٥ - ٢٠١١	دعم التعلّم من جانب الآباء ٢٠٠٥ - ٢٠١١	دعم التعلّم من جانب الآباء ٢٠٠٥ - ٢٠١١
أفغانستان	١	١	١	٠	٤	٧٢	٧٢	٧٤	٧٤	٧٢	٦٢	٦٢	٦٢	٦٢	٦٢	٦٢	٦٢	٦٢	٦٢	٦٢	٦٢			
ألبانيا	٤٠	٣٩	٤٢	٢٦	٦٠	٥٢	٩٦	٨٦	٨٦	٩٦	٥٢	٩٦	٩٦	٩٦	٩٦	٩٦	٩٦	٩٦	٩٦	٩٦	٩٦			
أوزبكستان	٢٠	٢٠	١٩	٥	٤٦	٤٣	٩٥	٨٣	٩٠	٩١	٤٣	٩٥	٩٥	٩٥	٩٥	٩٥	٩٥	٩٥	٩٥	٩٥	٩٥			
أوكرانيا	٦٣	٦٣	٦٣	٣٠	٧٤	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
بنغلادش	١٥	١٤	١٥	١١	١٦	٥٢	٨٥	٤٢	٦٠	٦١	٧٢	٨٥	٤٢	٦٠	٦١	٦١	٦١	٦١	٦١	٦١	٦١			
بيلاروس	٨٦	٨٧	٨٥	—	—	—	٩٨	٩٥	٩٦	٩٧	٧٢	٩٨	٩٥	٩٦	٩٧	٩٧	٩٧	٩٧	٩٧	٩٧	٩٧			
بليز	٣٢	٣٠	٣٤	١٦	٥٩	٤٠	٩٤	٧٣	٨٣	٨٨	٥٠	٩٤	٧٣	٨٣	٨٨	٨٨	٨٨	٨٨	٨٨	٨٨	٨٨			
بوتان	١٠	١٠	١٠	٣	٢٧	٦	٥١	٧٣	٤٠	٥٧	٦	٥١	٧٣	٤٠	٥٧	٥٧	٥٧	٥٧	٥٧	٥٧	٥٧			
البوسنة والهرسك	٦	٥	٨	١	١٥	٨٣	٩٠	٧٤	٨٣	٨٣	٧٠	٩٠	٧٤	٨٣	٨٣	٨٣	٨٣	٨٣	٨٣	٨٣	٨٣			
بوتسوانا	١٨	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
بوركينافاسو	٢	٣	١	٠	٩	٢٤	٢٦	١٢	١٤	١٤	٢٤	٢٦	١٢	١٤	١٤	١٤	١٤	١٤	١٤	١٤	١٤			
بوروندي	٥	٥	٥	٤	١٠	٢٠	٢٨	٢٢	٣٤	٣٥	٢٠	٢٨	٢٢	٣٤	٣٥	٣٥	٣٥	٣٥	٣٥	٣٥	٣٥			
تايلند	٦١	٦٠	٦١	٥٥	٧٨	٥٧	٩٨	٨٦	٨٩	٩٠	٥٧	٩٨	٨٦	٨٩	٩٠	٩٠	٩٠	٩٠	٩٠	٩٠	٩٠			
توغو	٢٩	٢٧	٢١	١٠	٥٢	٢	٣٨	٦٨	٥٥	٦٣	٢	٣٨	٦٨	٥٥	٦٣	٦٣	٦٣	٦٣	٦٣	٦٣	٦٣			
ترينيداد وتوباغو	٧٥	٧٤	٧٦	٦٥	٨٧	١٠٠	٩٦	٩٨	٩٨	٩٨	٦٣	١٠٠	٩٦	٩٨	٩٨	٩٨	٩٨	٩٨	٩٨	٩٨	٩٨			
تشاد	٥	٥	٤	١	١٦	٢٩	٧١	٦٤	٧٠	٦٩	١	٢٩	٧١	٦٤	٧٠	٧٠	٧٠	٧٠	٧٠	٧٠	٧٠			
جمهورية أفريقيا الوسطى	٥	٥	٦	٢	١٧	٤٢	٧٨	٧٠	٧٤	٧٤	٤٢	٧٨	٧٠	٧٤	٧٤	٧٤	٧٤	٧٤	٧٤	٧٤	٧٤			
جمهورية كوريا الديمقراطية	٩٨	٩٨	٩٧	—	—	٧٩	٧٥	—	٩٣	٨٨	٧٩	٧٥	—	٩٣	٨٨	٨٨	٨٨	٨٨	٨٨	٨٨	٨٨			
جمهورية الكونغو الديمقراطية	٥	٥	٥	٢	١٨	٣٦	٧٦	٦٢	٦٢	٦١	٣٦	٧٦	٦٢	٦٢	٦١	٦١	٦١	٦١	٦١	٦١	٦١			
جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية	٧	٨	٧	١	٤٤	٢٤	٥٩	٢٠	٢٤	٣٣	٢٤	٥٩	٢٠	٢٤	٣٣	٣٣	٣٣	٣٣	٣٣	٣٣	٣٣			
جيبوتي	١٤	١٢	١٦	—	—	١٥	٢٣	—	٣٥	٣٦	١٥	٢٣	—	٣٥	٣٦	٣٦	٣٦	٣٦	٣٦	٣٦	٣٦			
جورجيا	٤٣	٤٤	٤٢	١٧	٧٠	٦١	٩٩	٨٥	٩٣	٩٣	٦١	٩٩	٨٥	٩٣	٩٣	٩٣	٩٣	٩٣	٩٣	٩٣	٩٣			
جامايكا	٨٦	٨٤	٨٨	—	—	٥٧	٤١	—	٩٣	٩٥	٥٧	٤١	—	٩٣	٩٥	٩٥	٩٥	٩٥	٩٥	٩٥	٩٥			
الجبل الأسود	٢٩	٢٨	٣٠	٦	٦٢	٧٧	٧٩	٨٨	٩٨	٩٦	٢٩	٧٧	٧٩	٨٨	٩٨	٩٦	٩٦	٩٦	٩٦	٩٦	٩٦			
ساحل العاج	٦٧	٥٦	٦٠	١	٢٤	٥	٤٠	٥٧	٥٥	٥١	٥	٤٠	٥٧	٥٥	٥١	٥١	٥١	٥١	٥١	٥١	٥١			
ساو تومي وبرينسيبي	٢٧	٢٩	٢٦	٢٩	١٨	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
السفال	y ٢٢	y ٢١	y ٢١	y ٢١	y ٢٢	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
سيراليون	١٤	١٣	١٥	٥	٤٢	٢	٤٢	٧٩	٤٥	٥٥	٢	٤٢	٧٩	٤٥	٥٥	٥٥	٥٥	٥٥	٥٥	٥٥	٥٥			
جنوب السودان	٦	٦	٦	٢	١٣	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
السودان	٢٠	٢٠	٢١	١٠	٤٨	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
سورينام	٢٩	٣٧	٤٠	١٧	٦٣	٤٥	٩٢	٦١	٧٦	٧٥	٢٩	٩٢	٦١	٧٦	٧٥	٧٥	٧٥	٧٥	٧٥	٧٥	٧٥			
سوازيلاند	٣٣	٣٢	٣٤	٣٦	٥٠	٤	١٠	٧١	٣٥	٥٠	٣٣	١٠	٧١	٣٥	٥٠	٥٠	٥٠	٥٠	٥٠	٥٠	٥٠			
الجمهورية العربية السورية	٨	٨	٧	٤	١٨	٣٠	٦٢	٨٤	٥٢	٦٩	٨	٣٠	٦٢	٨٤	٥٢	٦٩	٦٩	٦٩	٦٩	٦٩	٦٩			
صربيا	٤٤	٤١	٤٧	٢٢	٧٥	٧٦	٧٨	٩٨	٨٤	٩٥	٢٧	٧٨	٩٨	٨٤	٩٥	٩٦	٩٥	٩٥	٩٥	٩٥	٩٥			
الصومال	٢	٢	٢	١	٦	٤٨	٨٥	٧٦	٧٩	٨٠	٢	٤٨	٨٥	٧٦	٧٩	٧٩	٧٩	٧٩	٧٩	٧٩	٧٩			
طاجيكستان	١٠	١١	١١	١٠	٢٩	٤	١٧	٢٣	٨٦	٥٦	١١	١٧	٢٣	٨٦	٥٦	٥٦	٥٦	٥٦	٥٦	٥٦	٥٦			
العراق	٣	٣	٣	—	—	٦٠	—	—	—	—	٦٠	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
غامبيا	١٨	١٧	١٩	١٣	٤٨	٢١	٢١	٥	٠	١	٢١	٥٦	٥٠	٤٧	٤٩	٤٨	٤٨	٤٨	٤٨	٤٨	٤٨			
غانا	٦٨	٦٥	٧٢	٤٢	٩٧	٦	٣٠	٧٨	٢٣	٤٢	٦٨	٣٠	٧٨	٢٣	٤٢	٤٢	٤٢	٤٢	٤٢	٤٢	٤٢			
غينيا بيساو	١٠	١٠	١٠	٤	٣٦	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
غوايانا	٤٩	٤٨	٤٨	٥٠	٧٨	٥٤	٩٩	٧٧	٨٩	٨٨	٤٩	٩٩	٧٧	٨٩	٨٨	٨٨	٨٨	٨٨	٨٨	٨٨	٨٨			
فيتنام	٧٢	٧١	٧٣	٥٩	٩١	٢٠	٦١	٩٤	٦٣	٨٠	٤	٦١	٩٤	٦٣	٨٠	٨٠	٨٠	٨٠	٨٠	٨٠	٨٠			
قيرغيزستان	١٩	٢١	١٧	٧	٤٧	٧٦	٧٦	٨٥	٧٦	٧٦	١٩	٧٦	٧٦	٨٥	٧٦	٧٦	٧٦	٧٦	٧٦	٧٦	٧٦			
كاميرون	٢٢	٢٢	٢٢	٢	٥٨	٨	٣٩	٦٩	٥٧	٥٩	٢٢	٣٩	٦٩	٥٧	٥٩	٥٩	٥٩	٥٩	٥٩	٥٩	٥٩			
كازاخستان	٣٧	٣٦	٣٨	١٩	٦١	٤٨	٩٦	٨٤	٩١	٩٢	٤	٩٦	٨٤	٩١	٩٢	٩٢	٩٢	٩٢	٩٢	٩٢	٩٢			
لبنان	٦٢	٦٣	٦٠	—	—	y ٧٤	—	—	y ٥٤	y ٥٦	—	y ٧٤	—	—	y ٥٤	y ٥٦	y ٥٦	y ٥٦	y ٥٦	y ٥٦	y ٥٦			
مالي	١٠	١٠	١٠	١	٤٠	٢	١٤	٤٤	٣٨	٣٧	١٠	١٤	٤٤	٣٨	٣٧	٣٧	٣٧	٣٧	٣٧	٣٧	٣٧			
موريتانيا	٥	٥	٥	٢	١١	٣٠	٦٤	٣٩	٤٧	٤٨	٥	٣٠	٦٤	٣٩	٤٧	٤٨	٤٨	٤٨	٤٨	٤٨	٤٨			
منغوليا	٦٠	٥٨	٦١	٢٦	٨٣	٢٣	٧٣	٤٤	٦٢	٥٦	٦٠	٧٣	٤٤	٦٢	٥٦	٥٦	٥٦	٥٦	٥٦	٥٦	٥٦			
المغرب	٣٩	٣٦	٤١	٦	٧٨	y ١٤	y ٥٦	y ١٨	y ٣٥	y ٤٧	y ١٤	y ٥٦	y ١٨	y ٣٥	y ٤٧	y ٤٧	y ٤٧	y ٤٧	y ٤٧	y ٤٧	y ٤٧			
موزامبيق	—	—	—	—	—	١٠	٢	٢٠	٥٠	٤٨	—	٢٠	٥٠	٤٨	٤٨	٤٨	٤٨	٤٨	٤٨	٤٨	٤٨			

البلدان والأقاليم	الانتظام في تعليم الأطفال بمرحلة الطفولة المبكرة ×٢٠١١ - ٢٠٠٥					دعم التعلّم من جانب الكبار الراشدين++ ×٢٠١١ - ٢٠٠٥					مواد التعلّم المتوافرة داخل البيت ٢٠٠٥ - ٢٠١١					الأطفال المتروكون تحت رعاية غير كافية ×٢٠١١ - ٢٠٠٥				
	المجموع	ذكور	إناث	شريحة الـ ٢٠٪ الأقر	شريحة الـ ٢٠٪ الأغنى	المجموع	ذكور	إناث	شريحة الـ ٢٠٪ الأقر	شريحة الـ ٢٠٪ الأغنى	المجموع	شريحة الـ ٢٠٪ الأقر	شريحة الـ ٢٠٪ الأغنى	المجموع	ذكور	إناث	شريحة الـ ٢٠٪ الأقر	شريحة الـ ٢٠٪ الأغنى		
																			جانب الأبناء++ ٢٠٠٥ - ٢٠١١	
ميانمار	٢٣	٢٣	٢٣	٨	٤٦	٥٨	٥٨	٥٨	٥٨	٥٨	٥٨	٥٨	٥٨	٥٨	٥٨	٥٨	٥٨	٥٨		
جمهورية مقدونيا اليوغسلافية السابقة	٢٢	٢٥	١٩	٠	٥٩	٩٢	٩٢	٩٢	٩٢	٩٢	٩٢	٩٢	٩٢	٩٢	٩٢	٩٢	٩٢	٩٢		
نيبال	٢٣٠	٢٢٩	٢٣١	١٤	٦١	٦١	٦١	٦١	٦١	٦١	٦١	٦١	٦١	٦١	٦١	٦١	٦١	٦١		
نيجيريا	٢٢	٢٢	٢٢	٥	٧٠	٧٨	٧٨	٧٨	٧٨	٧٨	٧٨	٧٨	٧٨	٧٨	٧٨	٧٨	٧٨	٧٨		
اليمن	٣	٣	٣	٠	٨	٣٣	٣٣	٣٣	٣٣	٣٣	٣٣	٣٣	٣٣	٣٣	٣٣	٣٣	٣٣	٣٣		
ملخص المؤشرات#																				
أفريقيا جنوب الصحراء	٢١	٢١	٢١	٦	٤٧	٦٢	٦٢	٦٢	٦٢	٦٢	٦٢	٦٢	٦٢	٦٢	٦٢	٦٢	٦٢	٦٢		
شرق وجنوب أفريقيا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
غرب ووسط أفريقيا	٢٢	٢٢	٢٢	٦	٤٩	٦٢	٦٢	٦٢	٦٢	٦٢	٦٢	٦٢	٦٢	٦٢	٦٢	٦٢	٦٢	٦٢		
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
جنوب آسيا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
شرق آسيا ودول المحيط الهادي	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
أمريكا اللاتينية ودول البحر الكاريبي	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
دول وسط وشرق أوروبا / رابطة الدول المستقلة	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
الدول الأقل نمواً	١١	١١	١٢	٦	٢٤	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١		
العالم	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		

أسفل الجدول ١٤: تنمية الطفولة المبكرة

المؤشرات الأساسية

للاطلاع على قائمة كاملة بالبلدان والأقاليم داخل المناطق، والمناطق الفرعية وفتات البلدان، انظر الصفحة رقم ١٠٦.

تعريف المؤشرات

الانتظام في تعليم الأطفال بمرحلة الطفولة المبكرة - النسبة المئوية للأطفال في سن ٣٦ - ٥٩ شهراً الذين ينظمون في برنامج تعليمي للأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة.

دعم التعلّم من جانب الكبار الراشدين - النسبة المئوية للأطفال في سن ٣٦ - ٥٩ شهراً الذين شاركهم شخص كبير راشد في أربعة أو أكثر من النشاطات التالية بهدف تعزيز التعلّم والاستعداد للالتحاق بالمدسة خلال الأيام الثلاثة الماضية: أ) قراءة الكتب على مسامع الطفل. ب) رواية القصص للطفل. ج) تلاوة الأناشيد والأغاني للطفل. د) اصطحاب الطفل إلى خارج البيت. هـ) اللعب مع الطفل. و) تسمية الأشياء، أو عدّها أو رسمها بمشاركة الطفل.

دعم التعلّم من جانب الآباء - النسبة المئوية للأطفال في سن ٣٦ - ٥٩ شهراً الذين شارك آباؤهم في واحد أو أكثر من النشاطات التالية بهدف تعزيز التعلّم والاستعداد للالتحاق بالمدسة خلال الأيام الثلاثة الماضية: أ) قراءة الكتب على مسامع الطفل. ب) رواية القصص للطفل. ج) تلاوة الأناشيد والأغاني للطفل. د) اصطحاب الطفل إلى خارج البيت. هـ) اللعب مع الطفل. و) تسمية الأشياء، أو عدّها أو رسمها بمشاركة الطفل.

موارد التعلّم المتوافرة داخل البيت - كُتّب الأطفال - النسبة المئوية للأطفال في الفئة العمرية (منذ الولادة وحتى ٥٩ شهراً) الذين تتوافر لهم في البيت ثلاثة كُتّب أطفال أو أكثر.

موارد التعلّم داخل البيت - أشياء يلعب بها الطفل - النسبة المئوية للأطفال في الفئة العمرية (منذ الولادة وحتى ٥٩ شهراً) الذين يتوافر لهم في البيت اثنتان أو أكثر من الأشياء / الأجسام التي يلهو بها الطفل داخل البيت: الأدوات المنزلية أو الأشياء / الأجسام التي تُوجد خارج البيت (العصي / القصب، الحجارة، أشكال الحيوانات، الصّدفات، أوراق الشجر وغيرها)، والألعاب المصنوعة في المنزل أو التي جرى شراؤها من محلّ ألعاب.

الأطفال المتركون تحت رعاية غير لائقة - النسبة المئوية للأطفال في الفئة العمرية (منذ الولادة وحتى ٥٩ شهراً) الذين تُركوا وحدهم أو تحت رعاية طفل آخر أصغر من ١٠ سنوات، لأكثر من ساعة واحدة، مرةً واحدةً على الأقل

في الأسبوع الماضي.

مصادر البيانات الأساسية

الانتظام في تعليم الأطفال بمرحلة الطفولة المبكرة - المسوح العنقودية متعددة المؤشرات، ومسوح الصحة والسكان، والمسوح الوطنية الأخرى.

دعم التعلّم من جانب الكبار الراشدين - المسوح العنقودية متعددة المؤشرات، والمسوح الوطنية الأخرى.

دعم التعلّم من جانب الآباء - المسوح العنقودية متعددة المؤشرات، والمسوح الوطنية الأخرى.

مواد التعلّم المتوافرة داخل البيت: كُتّب الأطفال - المسوح العنقودية متعددة المؤشرات، والمسوح الوطنية الأخرى.

مواد التعلّم المتوافرة داخل البيت: أشياء يلعب بها الأطفال - المسوح العنقودية متعددة المؤشرات، والمسوح الوطنية الأخرى.

الأطفال المتركون تحت رعاية غير لائقة - المسوح العنقودية متعددة المؤشرات، والمسوح الوطنية الأخرى.

ملاحظات

- البيانات غير متوافرة.

Y البيانات تختلف عن التعريف الموحد أو تشير إلى جزء جغرافي فقط من البلد. إذا اندرجت هذه البيانات ضمن الفترة المرجعية المذكورة، فإنّها تدخل في حساب متوسطات المناطق والمتوسطات العالمية.

X البيانات تشير إلى أحدث سنة تتوافر عنها البيانات خلال المدة المحددة في عنوان العمود.

++ أدخلت تعديلات على تعريفات العديد من مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة بين الجولتين الثالثة والرابعة من المسوح العنقودية متعددة المؤشرات (مسح الجولة الثالثة MICS3 ومسح الجولة الرابعة MICS4). ولكي يفتح المجال لمقارنة بيانات المسح في الجولة الرابعة، فقد أعيد حساب البيانات المستقاة من مسح الجولة الثالثة، فيما يختص بالمؤشرات التالية: دعم التعلّم من جانب الكبار الراشدين، ودعم التعلّم من جانب الآباء، ومواد التعلّم المتوافرة داخل البيت، بما يتفق وتعريفات المؤشرات في مسح الجولة الرابعة. وبناءً على ذلك، فإنّ البيانات المعاد حسابها والمعروضة هنا سوف تختلف عن التقديرات المبلّغ عنها في التقارير الوطنية عن مسح الجولة الثالثة: المسح العنقودي متعدد المؤشرات - ٣.

الاتفاقيات، البروتوكولات الاختيارية، التوقيعات والمصادقات عليها

ملاحظة حول المصطلحات المستخدمة في هذا التقرير

الاتفاقية هي اتفاقٌ رسميٌّ بين الدول الأطراف. ويُستخدم مصطلح «اتفاقية» (بدلاً عن استخدام مرادفها: «معاهدة») للإشارة إلى صكٍّ متعدّد الأطراف مكوّن من عدد كبير من الدول الأطراف فيه، بما في ذلك صك مفتوح للمشاركة من جانب المجتمع الدولي برمته، ويتمّ التفاوض عليه تحت إشراف إحدى المنظمات الدولية.

البروتوكول الاختياري لإحدى الاتفاقيات هو صكٌّ قانونيٌّ يقصدُ منه استكمال الاتفاق الأصلي، عن طريق وضع حقوق أو التزامات إضافية. وربما يُستخدم هذا البروتوكول لتناول مسألة بقدر من التفصيل أكبر، ورد ذكرها في الاتفاق الأصلي، أو لمناقشة مبعث قلق جديد ذي صلة بأيٍّ من موضوعاته، أو لإضافة إجراءات خاصة بإعمال الصكّ أو بإنفاذه جبرياً. ويكون هذا البروتوكول اختيارياً من حيث أنّ الدول الأطراف في الاتفاقية لا تكون ملزمةً بصورة تلقائية بأحكامه، ولكن يتعيّن عليها المصادقة عليه بصفة مستقلة. وتبعاً لذلك، فقد تكون الدولة طرفاً في الاتفاقية، ولكنها ليست طرفاً في البروتوكولات الاختيارية لتلك الاتفاقية.

تتألّف العملية التي تُصبح الدولة بموجبها طرفاً في اتفاقية ما، في معظم الأحوال، من خطوتين: التوقيع والمصادقة (على الاتفاقية).

بالتوقيع على اتفاقية، تُبين الدولة نيّتها في اتّخاذ الخطوات اللازمة لفحص الاتفاقية ومعرفة مدى توافقها مع قانونها الداخلي. ولا يُنشئ التوقيع على الاتفاقية التزاماً قانونياً تقتضي أحكام الاتفاقية الالتزام به. ومع ذلك، فالتوقيع يُشير إلى أنّ الدولة سوف تتصرّف بحسن نية، وأنها لن تقوم بأعمال من شأنها أن تقوّض الغرض من الاتفاقية.

المصادقة هي العمل الملموس الذي توافق الدولة بموجبه على أن تكون ملزمةً قانونياً بأحكام الاتفاقية. ويختلف الإجراء المعني بالمصادقة باختلاف الهيكلية التشريعية الخاصة بكل دولة. وتتخذ الجهة الوطنية الملائمة (كالبرلمان مثلاً) قراراً رسمياً بالمصادقة على الاتفاقية بعدما تُقرّر الدولة أنّ الاتفاقية متّسقة مع قوانينها الداخلية، وأنه يجوز لها اتّخاذ خطوات للامتثال بأحكامها. وتصبح الدولة طرفاً في الاتفاقية حالما يُودع صكّ المصادقة عليها لدى الأمين العام للأمم المتحدة. والصكّ هو خطاب رسمي مختوم موقّع عليه من السلطة المسؤولة في تلك الدولة (كرئيس الدولة مثلاً).

وفي بعض الحالات، تنضمّ الدولة إلى اتفاقية أو بروتوكول اختياري ما. ويشبه الانضمام إلى الاتفاقية، بصفة جوهرية، المصادقة عليها، من دون أن تضطرّ الدولة إلى التوقيع عليها أولاً.

لمزيد من المعلومات، والتعريفات الأكثر تفصيلاً لهذه الأحكام وغيرها، انظر إلى الموقع الإلكتروني:

http://treaties.un.org/Pages/Overview.aspx?path=overview/definition/page1_en.xml

اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة متوافرة على الموقع الإلكتروني:

http://treaties.un.org/doc/Publication/CTC/Ch_IV_15.pdf

البروتوكول الاختياري متوافر على الموقع الإلكتروني:

<http://treaties.un.org/doc/Publication/CTC/Ch-15-a.pdf>

منظمة الأمم المتحدة للطفولة (يونيسف)
٣ بلازا الأمم المتحدة
مدينة نيويورك، ولاية نيويورك ١٠٠١٧، الولايات
المتحدة الأمريكية
البريد الإلكتروني: pubdoc@unicef.org
الموقع الإلكتروني على الإنترنت: www.unicef.org



FSC
Mixed Sources
Product group from well-managed
forests, controlled sources and
recycled wood or fiber
Cert no. XXX-XXX-XXX
www.fsc.org
© 1996 Forest Stewardship Council



لقراءة هذا التقرير على شبكة الإنترنت، امسح ضوئياً
هذا الرمز QR، أو اذهب إلى الموقع الإلكتروني:
www.unicef.org/sowc2013

٢٥ دولاراً أمريكياً.
الأرقام الدولية المعيارية للكتاب (ردمك):
ISBN: 978-92-806-4656-6
eISBN: 978-92-806-4662-7

مبيعات مطبوعات الأمم المتحدة رقم: E.13.XX.1

ISBN-13: 978-9280646962



9 789280 646962

© منظمة الأمم المتحدة للطفولة (يونيسف)
مايو / أيار ٢٠١٣.