تقرير وضع الأطفال فى السودان ٢٠١١

يونيسف
معاً من أجل الأطفال

المجلس القومي لرعاية الطفولة - الأمانة العامة
The National Council for Child Welfare - Secretariat General

تقرير وضع الأطفال فى السودان ٢٠١١

يونيسف
معاً من أجل الأطفال

المجلس القومي لرعاية الطفولة - الأمانة العامة
The National Council for Child Welfare - Secretariat General

بسم الله الرحمن الرحيم

خريطة السودان

المصدر: مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية (OCHA)

المحتويات

تقديم	٣
موجز تنفيذى	٥
المقدمة	٧
الوضع الحالى للأطفال فى السودان	٩
بقاء الطفل	٩
الصحة	٩
التغذية	١٠
التعليم	١١
المياه والصرف الصحى والنظافة	١٢
فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز	١٤
حماية الطفل	١٥
ختان الإناث/قطع وتشويه الاعضاء التناسلية	١٦
الوضع الحالي للمرأة السودانية والفتيات	١٦
نهجُ عادل للتقدم	١٩
تصنيف البيانات	٢١
الطريق إلى الأمام	٢١
الفصل الأول: الولاية الشمالية	٢٢
الفصل الثانى: ولاية نهر النيل	٢٨
الفصل الثالث: ولاية البحر الأحمر	٣٢
الفصل الرابع: ولاية كسلا	٣٨
الفصل الخامس: ولاية القضارف	٤٤
الفصل السادس: ولاية الخرطوم	٥٠
الفصل السابع: ولاية الجزيرة	٥٦
الفصل الثامن: ولاية النيل الأبيض	٦٢
الفصل التاسع: ولاية سنار	٦٨
الفصل العاشر:ولاية النيل الأزرق	٧٤
الفصل الحادي عشر: ولاية شمال كردفان	٨٠
الفصل الثانى عشر: ولاية جنوب كردفان	٨٦
الفصل الثالث عشر: ولاية شمال دارفور	٩٢
الفصل الرابع عشر: ولاية غرب دارفور	٩٨

الفصل الخامس عشر: ولاية جنوب دارفور ١٠٤
الخاتمه ١١٠
متحدون من أجل أطفال السودان ١١٠
مزيد من الإلتزام ١١٠
الإستثمار في الأطفال ١١٠
إنشاء الأُطُر القانونية الوقائية ١١٣
التصدى للتباين وعدم المساواة ١١٣
ضمان الإنتقال من الصراع إلى التنمية ١١٤
الشراكات ١١٥
جمع البيانات ١١٥
معاً من أجل النساء والأطفال ١١٥

تقديم

تكتسب تقارير أوضاع الأطفال بشكل عام أهمية خاصة، فعندما تتناول بالوصف والتحليل مختلف مؤشرات الطفولة وفقا للمُعطيات المُتاحة فهى تُضيف قيمة مُستجدة توفر لنا قدراً كبيراً من المعرفه والقدرة على تقييم الخدمات التى تقدم للأطفال من رعاية صحية وإجتماعية وتعليم وحماية والتى تم الإتفاق مسبقاً على أهدافها النوعية والكمية من قبل قطاعات الدولة التى تعمل فى مجال الطفولة، الأمر الذى يُمكن معه أن ندقق النظر فى السنوات الماضية لإستخلاص الدروس التى تصلح أن تكون أدوات لقياس المستقبل بإعتبارنا نتحدث عن الأطفال الذين يمثلون ضمانة أساسية لإستدامة الحياة ذات المستوى المُتقدم لكافة الخدمات.

إن تقرير وضع الأطفال فى السودان ٢٠١١، تقرير مشترك بين المجلس القومى لرعاية الطفولة واليونيسف والذى تم إعداده بالتنسيق والشراكة مع الوزارات والمؤسسات، حيث هدفنا من ورائه أن يقوم بدور رئيسى للمساعدة فى تأطير وتطوير السياسات فى مجال الطفولة وذلك من خلال منهجية تختلف شكلاً ومضموناً عن التقارير السابقة التى يُعدها المجلس القومى لرعاية الطفولة، فقد تناول التقرير وضع الأطفال فى كل ولاية على حده مستندين فى ذلك على المنظومة المتكاملة لحقوق الطفل، كما يختلف فى تنوع مصادر المعلومات والبيانات حيث إعتمد بصورة رئيسية على بيانات التعداد السكانى الخامس ٢٠٠٨ والمسح القاعدى القومى المعيشى للأسر ٢٠٠٩ والمسح السودانى لصحة الأسرة ٢٠١٠ بالإضافة إلى المعلومات والبيانات التى توفرت لدى الوزارات المختصة والتى شاركت فى إجتماعات إعداد هذا التقرير.

ويُلقى التقرير الضوء على مدى توفر الفرص للإرتقاء بوضع الأطفال لأجيالنا الحالية والقادمة فى كافة المجالات لتحقيق المزيد من المكاسب لأطفالنا على المدى الطويل وذلك إستناداً على هذه الثروة البشرية والتى تشكل حوالى نصف عدد سكان السودان حيث تبلغ نسبة الأطفال (٤٨,٥ دون سن ١٨ سنة) (١٤,٧٪ دون سن الخامسة)، وهم بذلك يمثلون نسبة عالية من الهرم السكانى مما يعكس مدى التحدى الإنمائى الكبير والذى يتمثل فى حماية حقوق الأطفال وضمانها للأجيال القادمة.

وُيظهر التقرير تحسناً فى معظم مؤشرات وضع الأطفال فى العام ٢٠١٠ مقارنة بالعام ٢٠٠٦ كما يعكس كذلك الكثير مما ينبغى عمله للتوسع فى تقديم الخدمات لتجد طريقها إلى جميع الأطفال، فنجد أن بيانات التعداد السكانى الخامس ٢٠٠٨ والمسح السودانى لصحة الأسرة ٢٠١٠ والمعلومات الصادرة من المؤسسات الحكومية تشير إلى أن السودان يفقد كل عام نسبة عالية من الأطفال دون ١٨ عاماً أضف إلى ذلك ووفقاً للمعدلات السائدة لوفيات الأطفال دون خمس سنوات فإنه من المتوقع أن يصل إلى عمر خمس سنوات بحلول ٢٠١٥ (٩٢٪) من جملة الولادات التى حدثت فى العام ٢٠١٠.

ويُعزى ذلك الى إرتفاع تكلفة الخدمات الصحية وما يرتبط بها من حقوق وسياسات مؤثرة على صحة الطفل ومنها سياسات الإصحاح البيئى وتوفير مياه الشرب النقية والتغذية السليمة والإسكان والتعليم وذلك فى عدد من الولايات[١].

وتُشير مؤشرات التعليم إلى أن هناك الكثير من التفاوت بين الولايات وبين الريف والحضر فيما يتعلق بالإلتحاق بالتعليم قبل المدرسى والتعليم الأساسى والتسرب المدرسى مما يتطلب صياغة جديدة لسياسات التعليم لمقابلة الصعوبات والعوائق التى تقف أمام تسريع وتيرة الإلتحاق بالمدراس ورفع نسبة الإستمرار فى التعليم ، وتُعتبر تكلفة التعليم من أهم هذه الصعوبات التى تواجه الأسر فى كثير من الولايات مما يتطلب ضرورة إنفاذ القرارات الخاصة بمجانية التعليم وتفعيل قدرة الدولة على الوفاء بهذا الحق.

ونجد أن تسجيل المواليد قد إرتفعت معدلاته فى العام ٢٠١٠ عن العام ٢٠٠٦ ولكننا نلاحظ أن النسبة مازالت دون الطموح بكثير والأمل معقودُ على الجهود المبذولة من قبل الدولة فى إطار مشروع السجل المدنى وعلى الجهود المبذولة من قبل المجلس القومى لرعاية الطفولة والشركاء الوطنيين والدوليين فى الإرتقاء بنسب تسجيل المواليد خاصة فى الولايات ذات النسب المنخفضة.

ويواجه الأطفال فى مناطق النزاعات المسلحة بيئة مؤاتية لإنتهاك حقوقهم فى بعض الولايات الحدودية الأمر الذى يدعو إلى المزيد من التدخلات والبرامج لحماية الأطفال فى مناطق النزاعات المسلحة وتُسجل نسبة ممارسة ختان الإناث إنخفاضاً نسبياً عن العام ٢٠٠٦، إلا أن الجهود مازالت مستمرة بالشراكة والتنسيق مع اليونيسف ومع صندوق الأمم المتحدة للسكان والجهات الحكومية ومنظمات المجتمع المدنى للتخلى عن هذه الممارسة.

[١] عند كتابة هذا التقريركان عدد ولايات السودان ١٥ ولاية وليس ١٧ (تمت اضافة ولايتين الى دافور)

كما يُمثل قانون الطفل ٢٠١٠ إطاراً تشريعياً متكاملاً وغير مسبوق لقضايا الطفولة حيث تضمن المعايير والأحكام الواردة فى الاتفاقيات والمواثيق الدولية الخاصة بالطفولة التى صادق عليها السودان وعلى رأسها إتفاقية حقوق الطفل وبروتوكوليها الإختياريين والميثاق الإفريقى لحقوق الطفل ورفاهيته.

إن الطفولة المبكرة تظل تحدياً ماثلاً خلال المرحلة المقبلة والذى يتمثل فى توفير خدمات الرعاية الصحية الاولية، والغذاء والرعاية الإجتماعية وتطوير سياسات الحماية الإجتماعية للأسر والمجتمعات والتى ستنعكس بالضرورة إيجابياً على حياة أطفالنا.

هذا التقرير دعوة للعمل على مختلف المستويات لتحقيق أهدافنا فى رعاية وتنمية وحماية الطفولة يساندنا فى ذلك وعىُ متنامى لقطاعات المجتمع المختلفة بحقوق الأطفال فى مختلف المجالات، والذى لابد أن يقابله دعمُ بتعزيز الهياكل المؤسسية على المستوى القومى والولائى كضرورة لعمل وطنى مشترك من أجل أطفالنا فى إطار من التنسيق والتعاون مع الشركاء الوطنيين والدوليين لضمان حقوق أطفالنا على مختلف المستويات.

المجلس القومى لرعاية الطفولة
بالتعاون مع
منظمة اليونيسف بالسودان

موجز تنفيذى

يهدف تقرير أوضاع الأطفال ٢٠١١، الذى تم إعداده بجهد مشترك وتعاون بين المجلس القومى لرعاية الطفولة ومنظمة اليونيسف، إلى إلقاء الضوء على الحالة الراهنة للأطفال من خلال تقديم لمحة عامة عن أوضاع الأطفال فى ولايات السودان، حيث أظهر التقدم الذى تم إحرازه فى قضايا الطفولة المختلفة فى ولايات السودان الخمسة عشر كذلك إبراز أهم التحديات التى يواجهها الأطفال فى السودان.

إعتمد التقرير على البيانات المستقاة من المصادر الوطنية مثل التعداد السكانى الأخير (٢٠٠٨) والمسوحات الوطنية (مسح صحة الأسرة ٢٠٠٦-٢٠١٠، المسح القاعدى القومى المعيشى للأسر ٢٠٠٩) التى نُفذت فى السنوات القليلة الماضية بالإضافة للتقارير الرسمية للدولة وتقارير الوزارات ذات الصلة.

أظهرت البيانات أن الأطفال فى السودان يشكلون شريحة عريضة فى الهرم السكانى مما يُشير إلى أن مستقبل البلاد يعتمد كلياً عليهم، بلغة الأرقام هنالك ٤٨,٥ بالمائه من السكان دون سن ١٨ عاماً و١٤,٧ بالمائه من السكان دون سن الخامسة وتُمثل هذه النسب تحدياً كبيراً يواجه السودان، حيث تُشكل فرصاً وتهديداً فى ذات الوقت، لذلك فإن الإهتمام بهم ورعايتهم فى الوقت الراهن سيُحدث فرقاً فى مستويات الصحة والتعليم والتنمية والسلام والرخاء فى السودان فى العقود القادمة.

أظهرالتقرير أن القضايا الخاصة بالطفولة غالباً ما تكون مُتشابكة ومُرتبطة بشكل كبير بمستويات الفقر وتقديم الخدمات حيث تُمثل قاسماً مشتركاً بين الولايات وتندرج تحت الموضوعات التالية، وإن كانت لا تقتصر عليها:

١. الصحة وتشمل التحصين، التغذية، خدمات صحة الأمومة والطفولة
٢. مرض فقدان المناعة المكتسبة / الإيدز
٣. التعليم
٤. خدمات المياه والصرف الصحى
٥. العادات الضارة
٦. حماية الطفل (الأطفال فى تماس مع القانون، الأطفال المشردون، الأطفال مجهولى الوالدين)

وتطرق التقرير أيضاً للعوامل الأخرى التى تؤثر فى رفاه الطفل بصورة مباشرة أوغيرمباشرة مثل البيئة والنزاعات المسلحة وما يترتب عليها من هجرات ونزوح وتشرد للأطفال وتدنى فى الأحوال المعيشية التى تؤثر سلباً على حياة الأطفال بإنعكاساتها المختلفة من عمل الأطفال وتجنيدهم وفقدان فرص التعليم وسوء التغذية والمأوى.

الصحة

تُرجم الإلتزام بتحسين صحة الأم والطفل من خلال الكثير من البرامج القومية إلى إنخفاض كبير فى معدل وفيات الأمهات والأطفال، وفى إرتفاع نسبة الولادات التى تتم تحت إشراف كادر طبى، ومع هذا يحتاج الأمر إلى تأكيد دقة التقديرات الخاصة بهذه المؤشرات نظراً للإنخفاض الكبير والسريع فى معدل وفيات الأمهات من ناحية ووجود فجوة بين البيانات الدورية والبيانات التى يتم الحصول عليها من التعداد والمسح الصحى.

وقد أظهرت البيانات أن فرص بقاء الأطفال على قيد الحياة خلال السنوات الأولى من العمر أفضل مما كانت عليه فى عام ٢٠٠٦. حين إنخفضت وفيات الأطفال دون سن الخامسة بين عامي ٢٠٠٦ و٢٠١٠ من ١٠٢ إلى ٧٨ حالة وفاة لكل ١٠٠٠ ولادة حية. إنخفض كذلك معدل وفيات الرضع من ٧١ إلى ٥٧ حالة وفاة لكل ١٠٠٠ ولادة حية، أما معدل وفيات حديثى الولادة فقد إنخفضت من ٣٦ إلى ٣٣ لكل ١٠٠٠. بالرغم من ذلك، تظل هذه المُعدلات مُرتفعة مما يُحتم إستمرارية الجهود نحو تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية، حيث أن الأمراض الأكثر تسبباً فى وفاة الأطفال دون سن الخامسة تشمل: الولادة قبل الأوان، العدوى، الملاريا، الإسهال، الإلتهاب الرئوى بالإضافة إلى سوء التغذية. كما أن هنالك نسباً متزايدة فى الإصابة بالأمراض الخطيرة مثل (السكرى، السرطان، الفشل الكلوى، إلتهاب الكبد ..) والتى تُمثل تهديداً صحياً خطيراً يُضيف تحدياً آخر فى ظل العبء الذى تتحمله وزارة الصحة لمعالجة من يحتاجون للرعاية الصحية، ومع ذلك توجد فجوة فى البيانات الخاصة بإصابة الأطفال بهذه الأمراض.

وفى مجال التغذية وعلى الرغم من إحراز بعض التقدم فى الحد من آثار الفقر والجوع (الهدف الأول للألفية)، لا يزال ما يقرب من نصف السكان (٤٦,٥ بالمائة) يعيشون تحت خط الفقر وثلث أطفال السودان دون الخامسة من العمر يعانون من نقص الوزن أو التقزم، وإن أكثر من طفل واحد من بين كل عشرين طفل يعانى من سوء التغذية الحاد. قدرت مُنظمة الصحة العالمية فى عام ٢٠٠٨ أن ٥٨ بالمائة من النساء الحوامل و٤٣ بالمائة من النساء غير الحوامل يعانين من الأنيميا كأثر مُباشر للفقر. إن تغذية الأم والطفل لا تزال من بين المجالات الهامة التى تستلزم التدخل والمُعالجة. وقد سجلت ولاية البحر الأحمر أعلى معدلات سوء التغذية تليها ولايات النيل الأبيض وسنار. أما ولايات الشمالية وشمال كردفان وشمال وغرب دارفور فتحتل وضعاً وسطاً.

التعليم

على الرغم من أن السودان خطا خطوات كبيرة فى مجال التعليم، إلا أن الهيكل العمرى الذى يقترن بتضخم فئة الأطفال يفرض ضغوطاً هائلة على نظام التعليم وجودته، كذلك يواجه النظام التعليمى تحديين آخرين هما الإلتحاق المتأخر والتسرب المدرسى حيث أظهرت البيانات أن ٥٧ بالمائة فقط من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٦-١٦ سنة ملتحقون بالمدارس، وتبلغ نسب الإلتحاق ذروتها فى عمر ١١ – ١٣

(فترة المراهقة المبكرة) ثم تبدأ فى الإنخفاض تدريجياً كما بينت ذلك بيانات تعداد عام ٢٠٠٨. وذلك يعنى أن حوالي ٣,٣ مليون طفل، فى سن التعليم، هم خارج النظام التعليمى إما منخرطون فى أعمال، أو فتيات يساعدن فى الواجبات المنزلية أو متزوجات. ويُعتبر الوضع الإجتماعى والإقتصادى للأسر مؤشرُ هامُ للتنبؤ بالمستوى التعليمى للأطفال، فالأطفال فى الأسر التى تنتمى إلى كل من شريحة الثروة المتوسطة والعليا يُحتمل أن يكون إلتحاقهم وإستمرارهم فى التعليم بدرجة أكبر من الشرائح الاخرى. كما أن الإقامة فى الريف والحضر قد تكون مؤشراً أساسياً آخر.

وقد رصُدت أقل معدلات إلتحاق للأطفال بالمدارس فى الولايات الحدودية (البحر الأحمر، القضارف، كسلا، النيل الأزرق، جنوب كردفان، جنوب دارفور وغرب دارفور) حيث بلغت نسبة الإلتحاق بين ٥٥-٦٠٪ للأطفال فى سن التعليم. وسجلت ولاية الخرطوم وولاية الجزيرة أعلى نسبة التحاق إذ تجاوزت ٩٠٪.

خدمات المياه والصرف الصحى

إن إستخدام المياهِ غير المُحسنة وإنعدام مرافق الصرف الصحى بجانب تدنى مستوى النظافة، تُعد من الأسباب الرئيسية التى تُساهم فى ٨٨ بالمائة تقريباً من الوفيات بين الأطفال دون سن الخامسة على مستوى العالم. وفى السودان، ٥,٨ مليون نسمه يشربون من مصادر مياه غير مُحسنة. ولا يزال إستخدام خدمات الصرف الصحى المُحسنة دون المستوى المنشود ويشهد على ذلك وجود ٢٢,٣ مليون شخص يتبرزون فى العراء أو يستخدمون مرافق الصرف الصحى غير المُحسن.

وتحتل ولاية الخرطوم المرتبة الأولى (٩٧,٦٪) فى توفير المياه المُحسنة، تليها ولاية الجزيرة (٩٦,٣٪)، بينما تتذيل ولايات غرب دارفور(٥٤,٥٪) والنيل الأزرق (٥٤٪) القائمة علماً بأن المتوسط القومى فى التغطية بالمياه المُحسنة يبلغ (٨١٪).

العادات الضارة

فيما يختص بعملية ختان الإناث فى السودان فهى عادةٍ مُتجذرة فى التقاليد الإجتماعية، وقد أسهمت الجهود المبذولة لمحاربة هذه الظاهرة فى إحداث تأثير إيجابي خصوصاً على من هن أصغر سناً، وقد أوضح التقرير أن ممارسة ختان الإناث مستمر كممارسة إجتماعية مع إنخفاض فى نسب الممارسة فى ولايات السودان مع إختلافات طفيفة من ولاية لأخرى وقد بلغ المتوسط القومى لنسبة الممارسة ٦٥,٥٪.

فى سياق آخر ينتشر الزواج المُبكر بصورة واضحة فى المناطق الريفية من البلاد، والنتيجة الرئيسية والسلبية للزواج المُبكر هى الحمل فى سن مبكرة وفى سن المراهقة، حيث لا تكون الفتيات ناضجات عقلياً وعاطفياً وجسدياً بما فيه الكفاية للبدء فى إنجاب الأطفال. على الصعيد العالمى نجد أن الفتيات فى الفئة العمرية ١٥ إلى ١٩ سنة أكثر إحتمالاً بضعفين للوفاة، نتيجة لأسباب تتعلق بالحمل، من النساء فى عمر العشرينات. أما فى السودان فأكثر من واحدة من كل ثلاث نساء تتزوج قبل سن ١٨ عاما وواحدة من كل عشرة قبل سن ١٥ عاما.

حماية الطفل

التشرُد كظاهرة أصبحت مؤرقة خاصة بالنسبة للأطفال(دون ١٨ سنة) لما يترتب عليها من ضياع لحقوق الطفل العامة والإنفلات والتنشئة الصحيحة فى أسرة سليمة، وقد أكدت معظم الدراسات عدم وجود إحصاءات دقيقة لحجم المشكلة ويُعزى ذلك لطبيعة المشكلة نفسها بإعتبارها ظاهرة مُعقدة ومتداخلة تظهر فى المناطق الحضرية والمناطق النشطة إقتصادياً، وعلى الرغم من إجراء عدة مسوحات فى عدد من الولايات لتحديد حجم المشكلة إلا أن الحراك السريع لهذه الفئة جعل البيانات غير دقيقة بصورة كافية، وقد أسهمت بعض المشاريع مثل مشروع مُعالجة مشكلة التشرد فى ولاية الخرطوم فى الحد من هذه الظاهرة بلم شمل الأطفال بأسرهم وإعادة إدماجهم، والجدير بالذكر مُلاحظة إنها آخذه فى الإنحسار فى الآونه الأخيرة.

فى سياق آخر من المُهم مُلاحظة الزيادة فى نسب الأطفال فى تماس مع القانون حيث تُشكل هذه الظاهرة جانباً عظيماً من الأهمية، نظراً لكون هذه المشكلة من أعقد المُشكلات الإجتماعية التى من شأنها - فى حال لم يتم مُعالجتها – التأثير على مستقبل الأطفال، وضرورة التعامل مع الأطفال الذين هم فى تماس مع القانون كضحايا وليس كمجرمين، وأيضاً أظهرت البيانات إرتفاعاً فى نسبة الجرائم ضد الأطفال بنسبة ١٨٪ فى ٢٠١٠ عن العام ٢٠٠٩.

شكلت ظاهرة الأطفال فاقدى الرعاية الوالدية مُشكلة لبعض الولايات، وقد أشار التقرير إلى تجربة ولاية الخرطوم فى حل هذه المشكلة حيث وفر مشروع الأسر البديلة فرصاً لكثير من الأطفال لعيش حياة أسرية، ولكن لابد من إتباع نهج يُركز على إستقصاء الأسباب والعمل على إيجاد سبل لحلها.

وضع وإجازة قوانين حماية الطفل ضرورة إقتضتها الظروف الإقتصادية والإجتماعية الراهنة. وفى هذا الإطار عكس التقرير تقدماً ملحوظاً فى هذا المجال يشهد عليه وضع تشريعات فى بعض الولايات لصالح حقوق الطفل وإنزالها إلى حيز التنفيذ، حيث تم سن قوانين الطفل فى القضارف وجنوب كردفان والبحر الأحمر وغرب دارفور. وفى جنوب دارفور تم التوقيع على قانون الطفل فى١٢ أكتوبر ٢٠١١. والعديد من الولايات الأخرى فى مرحلة صياغة قانون الطفل الخاص بها.

فى الختام يتضمن التقرير توصيات لتعزيز وتسريع وتيرة التقدم من أجل تحسين أوضاع الأطفال من خلال إنفاذ تدخلات شاملة وفعالة وذات كفاءة عالية لمواجهة التحديات المحددة فيما يتعلق بكل المؤشرات الواردة فى هذا التقرير.

يُعتبر التقرير فى مجمله دعوة إلى العمل يعتمد على عكس واقع الأطفال من خلال بيانات واقعية ومسوحات تم إجراؤها حديثاً بهدف تسليط الضوء على أولويات الإستثمار فى مجال رعاية الأطفال ووضعها فى رأس قائمة إهتماماتنا. مع مراعاة أن التقرير تطرق لمجمل قضايا الطفولة وليس كلها، وذلك لعدم توفر بيانات تُمكن من قياس مؤشرات تسهم فى رسم خطط لتحسين أوضاع الأطفال.

المقدمة

"فهم أوضاع أطفال السودان"

يُمثل الأطفال نصف سكان السودان، ما يقارب ١٥ مليون نسمة تقل أعمارهم عن ١٨ عاما[٢]. بالرغم من ذلك يتوفى طفل من كل ٣٠ طفل خلال ال ٢٨ يوما الأولى من ميلاده. هناك أكثر من طفل واحد من كل ١٣ طفل يموت قبل سن الخامسة. والأطفال الذين على قيد الحياة لا يعيش جميعهم حياة طبيعية سليمة، ومن المُحتمل أن تكون أغلب معاناة أطفال الولايات بسبب: نقص فى المواد الغذائية، إلى جانب النزاعات المسلحة والجفاف، محدودية الحصول على فرص الخدمات الأساسية مثل المدارس، فى حين تُشكل العوامل الخارجة عن إرادتهم مستقبلهم مثل إرتفاع أسعار المواد الغذائية، التوسع العمرانى المتزايد، تغير المناخ والصدمات الجسدية والنفسية الناجمة عن النزاع وسوء التغذية.

بالرغم من تنوع خلفياتهم القبلية والدينية والمناخية والإقتصادية وأماكن إستقرارهم ريفاً وحضراً فإن الأطفال فى جميع أنحاء السودان يشتركون فى أسباب كفاحهم اليومى من أجل البقاء والتنمية الناتجة عن الإنسان والطبيعة.

لقد أثرت النزاعات المسلحة على الأمن فى بعض الولايات الحدودية كجنوب كردفان والنيل الأزرق. وعلى الرغم من الصراع، فقد تواصلت العلاقات الإجتماعية والمعاملات الإقتصادية بين القبائل فى الولايتين إستناداً على العلاقات التاريخية عميقة الجذور.

ومن المتوقع أن تكون إنعكاسات ذلك الصراع كبيرة على الجميع، بدءاً من الأطفال الذين انفصلوا عن آبائهم والعائلات التى أصبحت بدون مأوى والإنقطاع عن التعليم بسبب المدارس التى دُمرت، ومع التدافع لإيصال الإمدادات الإنسانية للمتأثرين قبل بداية موسم الأمطار، تبقى إمكانية الحصول على هذه الإمدادات فى تراجع لأسباب تتعلق بالأمن.

على الرغم من إتفاقيات السلام التى تم توقيعها، إلا أن بعض مناطق دارفور ما زالت تُعانى من إنعدام الأمن، وولايات دارفور الثلاث حالياً فى بداية مرحلة الإنتقال البطىء من حالة الطوارئ للإستقرار. وبالرغم من وجود الآليات التى تدعم العودة الطوعية للسكان النازحين، لا يزال ١,٩ مليون[٣] شخص من النازحين داخلياً فى دارفور فى ظل ظروف صعبة.

يوجد فى شرق السودان أكبر عدد للاجئين فى البلاد، ومُعظمهم من اريتريا، علماً بأن الأعداد المتزايدة من اللاجئين تهدد أحياناً إستقرار المنطقة[٤].

أما الولايات فى الجزء الشمالى من البلاد مثل ولايات الشمالية وشمال دارفور والتى تُشكل الصحراء جزءاً كبيراً من مساحة الولاية فقد ظلت تُعانى من موجات الجفاف المُتكررة مما أدى إلى نزوح السكان وتزايد الصراع على الموارد الشحيحة. فى ذات الوقت، كانت أفضل المؤشرات الإحصائية فى الخرطوم مقارنة بالولايات المجاورة حيث إن الفقر وعدم المساواة منتشران فى المدن فضلاً عن المناطق الريفية النائية.

إستخدام البيانات لفهم حياة الطفل السوداني

يُسلط هذا التقرير الضوء على المجالات الرئيسية المتعلقة بالوضع الراهن لمعظم المؤشرات الإجتماعية والإقتصادية والديموغرافية، وقد إعتمدت مُعظم البيانات والإحصاءات الواردة فى هذا التقرير على المسح السودانى لصحة الأسرة الثانى الذى أجرته وزارة الصحة الاتحادية فى السودان فى عام ٢٠١٠. وأرتكز مسح صحة الأسرة فى السودان على المسوحات العنقودية متعددة المؤشرات، والجدير بالذكر أن برنامج المسح الأسرى هو برنامج دولى وضعته اليونيسف وتم تنفيذه فى أكثر من ١٠٠ دولة.

وكانت بيانات تعداد السكان والمساكن الخامس (٢٠٠٨) والمسح القومى الأساسى للأُسر المعيشية (٢٠٠٩) من المصادر الرئيسية التى إعتُمدت لإعداد هذا التقرير، وكلا المصدرين صاغهما وأعدهما الجهاز المركزى للإحصاء بالسودان. وقد إستُخدمت أيضاً بعض المعلومات المُكملة للمصادر الرئيسية فى قطاعات محددة مثل بيانات البرنامج القومى الموسع للتطعيم وتقرير أوضاع قطاع التعليم المُعد من قبل وزارة التعليم العام والبنك الدولى. لذلك، فمن المهم أن نلاحظ أن هذا التقرير لم يُنفذ مسوحات لإيجاد بيانات جديدة، بل إعتمد تماماً على البيانات الإحصائية والمعلومات الحكومية الموجودة أصلاً لتوضيح وضع الأطفال فى السودان.

التحليل الإجتماعى والإقتصادى

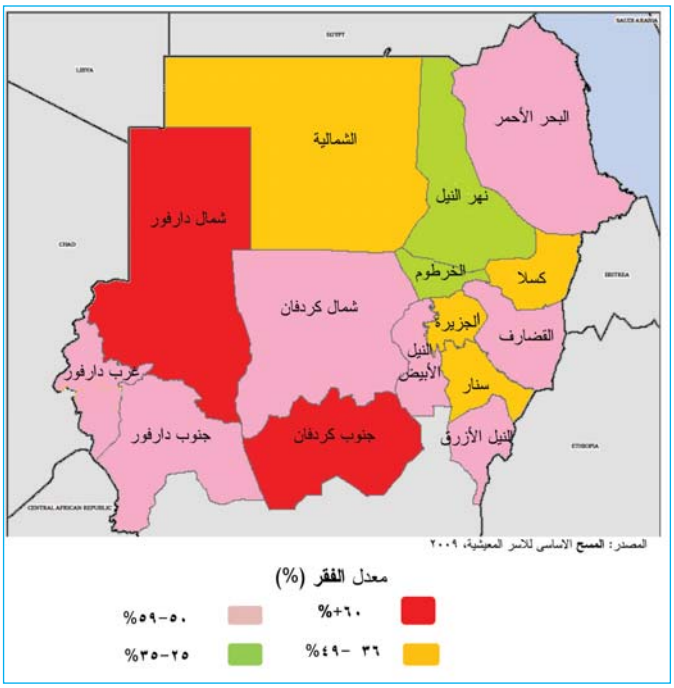
تحول الإقتصاد السودانى من إقتصاد قائم فى الغالب على الزراعة، إلى الإعتماد على النفط والذى يُشكل ٨٦ بالمائة من عائدات الصادر. وبالرغم من الإنخفاض الملحوظ فى النمو الإقتصادى من ١٠ إلى٥ بالمائة بين عامي ٢٠٠٨ و٢٠١٠، إلا أنه بالمقابل، إرتفع نصيب الفرد من الدخل السنوى من ١,٢٢٧ دولار أمريكى إلى١,٥٠٠ دولار أمريكي خلال نفس الفترة[٥].
يواجه السودان تحديات إقتصادية بعد إنفصال جنوب السودان فى يوليو٢٠١١ بسبب فقدان عائدات النفط إلى جانب إرتفاع أسعار المواد الغذائية والواردات. ويمكن أن تساعد زيادة إنتاج النفط من حقول السودان فى تخفيف العبء الإقتصادى. ومن المتوقع أن تُساهم عائدات الذهب المُستخرج فى سد فجوة نقص الإيرادات النفطية.

٢ طبقاً لبيانات تعداد السكان ٢٠٠٨
٣ طبقاً لمكتب تنسيق الشؤون الإنسانية، وذلك اعتباراً من نهاية عام ٢٠١٠
٤ مفوض الأمم المتحدة السامي لشؤون اللاجئين، والنداء العالمى تحديث ٢٠١١ : استعادة الأمل، إعادة بناء حياة الناس، جنيف، ٢٠١١ ص ٥٢ و ٥٣
٥ الجهازالمركزى للاحصاء،ادارة الدراسات الاقتصادية، ٢٠١٠

إن تذبذب الإنتاج الزراعى وعدم إستقرار الوضع الإقتصادى ترتبط بشكل وثيق مع إرتفاع معدلات الفقر، ويتضح ذلك من معدلات الفقر المتزايدة فى مناطق دارفور وكردفان، إذ يعيش ٦٣ بالمائة و٥٩ بالمائة من السكان (ما يقارب من ٥ مليون و٢,٦ مليون على التوالى) تحت خط الفقر، أى ما يعادل ١١٤ جنيه سودانى[٦] كمعدل للإستهلاك الشهرى للفرد. فى كل الولايات، يؤثر الفقر بإضطراد على المستوى المعيشى للسكان فى المناطق الريفية، ويزداد عمقاً فى المناطق المُتضررة من الجفاف ونقص الغذاء والنزاعات.

على الرغم من تعدد القيود والعوائق المفروضة على السودان، فقد أحرز السودان تقدماً ملموساً نحو تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية. الصورة الكاملة للتقدم توضح أن التقدم الذى تم تحقيقه غيرُ متجانس وغيرُ متكافئ. ويوضح تقرير السودان الأخير أن النزاعات تُعتبر واحدة من من أكبر العقبات التى تحول دون تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية بإعتبارها السبب الرئيسى المسئول عن عرقلة تنفيذ مشاريع التنمية وإزدياد الحاجة إلى المساعدة فى توفير الخدمات الأساسية للنساء والأطفال[٧].

الشكل ١: السكان تحت خط الفقر



المصدر: المسح الاساسى للاسر المعيشية، ٢٠٠٩

جدول رقم (١): السودان فى لمحة : التركيبة السكانية فى السودان

الولاية	العدد الكلى للسكان	نسبة الاناث (٪)	نسبية الريف والرحل (٪)	نسبة السكان تحت سن ١٨ (٪)	نسبة الاطفال تحت سن الخامسة (٪)
الشمالية	٦٩٩,٠٦٥	٤٩,٤	٨٣,١	٤١,٤	١١,٥
نهر النيل	١,١٢٠,٤٤١	٤٩,٠	٧٠,٤	٤٢,٤	١٣,٠
البحرالأحمر	١,٣٩٦,١١٠	٤٢,٩	٦٠,٥	٤٣,٩	١١,١
كسلا	١,٧٨٩,٨٠٦	٤٤,٨	٧٣,٧	٤٧,٦	١٢,٣
القضارف	١,٣٤٨,٣٧٨	٥٠,٤	٧١,٥	٥٢,٩	١٧,١
الخرطوم	٥,٢٧٤,٣٢١	٤٧,٠	١٩,٠	٤٠,٢	١٢,٤
الجزيرة	٣,٥٧٥,٢٨٠	٥١,٨	٨٠,٩	٤٧,١	١٤,٣
النيل اللأبيض	١,٧٣٠,٥٨٨	٥١,٠	٦٦,٤	٤٩,٢	١٥,٥
سنار	١,٢٨٥,٠٥٨	٥١,٣	٧٨,٣	٥٠,١	١٥,٨
النيل الازرق	٨٣٢,١١٢	٤٩,٤	٧٥,٧	٥٣,٢	١٨,٨
شمال كردفان	٢,٩٢٠,٩٩٢	٥١,٩	٨٠,١	٥١,٩	١٦,٩
جنوب كردفان	١,٤٠٦,٤٠٤	٥٠,٧	٧٦,٥	٥٤,٣	١٨,٥
شمال دارفور	٢,١١٣,٦٢٦	٤٩,٠	٨٢,٧	٥١,٨	١٤,٩
غرب دارفور	١,٣٠٨,٢٢٥	٥١,٤	٨٢,٧	٥٤,٦	١٦,٩
جنوب دارفور	٤,٠٩٣,٥٩٤	٤٧,٨	٧٨,٤	٥٤,٠	١٥,٣
مجموع السكان الكلى	٣٠,٨٩٤,٠٠٠	٤٩,٠	٦٦,٨	٤٨,٥	١٤,٧

اعلي اقل

المصدر : بيانات التعداد السكاني الخامس،٢٠٠٨

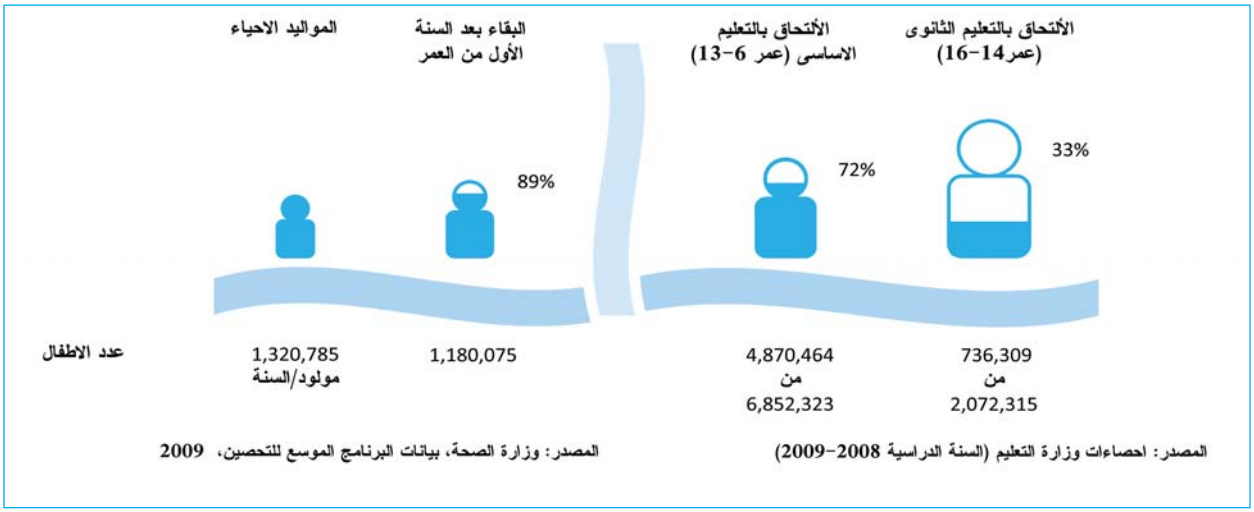
٦ الجهاز المركزى للاحصاء، مسح البيانات الاساسية للاسر المعيشية، شمال السودان، ٢٠٠٩، جداول التبويب، ٢٠١٠
٧ جمهورية السودان، وزارة الرعاية والضمان الاجتماعى، المجلس القومى للسكان، تقرير التقدم المحرز لتحقيق أهداف الألفية، ٢٠١٠، ص ٤

الوضع الحالى للأطفال فى السودان

بقاء الطفل

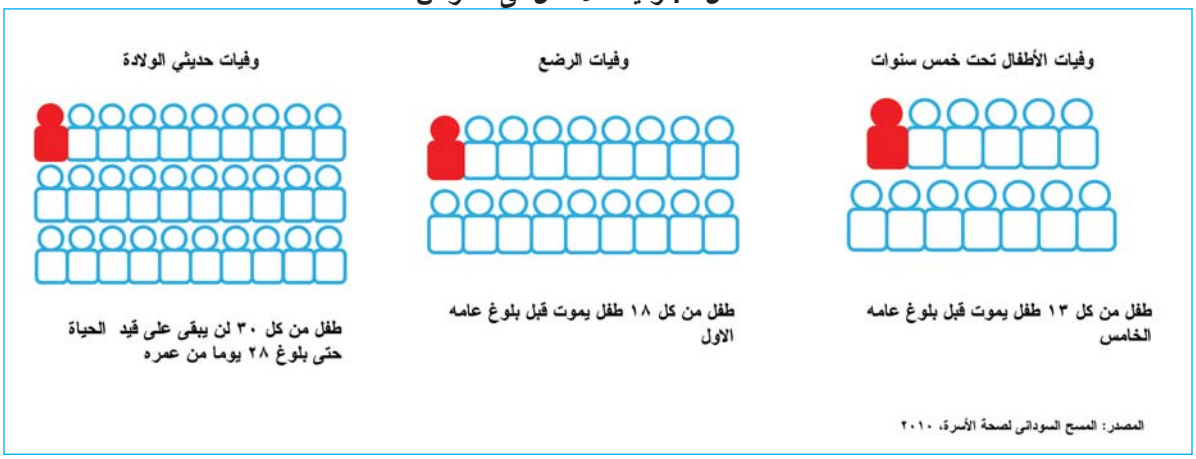
يبلغ عدد السكان فى السودان ٣٠,٥ مليون نسمة، من بين هؤلاء هنالك ١٥ مليون (٤٩ بالمائة) دون سن ١٨ و ٤,٥ مليون دون سن الخامسة. ويولد سنوياً ١,٣٣ مليون طفل، والعدد الكلى للمواليد فى إزدياد كل عام[٨]. من هؤلاء الأطفال، يموت ٧٦,٠٠٠ فى السنة الاولى من ميلادهم بينما يموت١٠٤,٠٠٠ قبل بلوغ سن الخامسة[٩]. ومن بين الأطفال الذين هم فى سن مرحلة الأساس (٦-١٣)، هنالك ما يقارب المليونى طفل خارج المدرسة[١٠] وهم بذلك يفقدون إمكانية تحقيق طموحاتهم الكاملة فى الحياة. ويزداد عدد الأطفال خارج المدرسة إلى أكثر من ٣,٣ مليون إذا أضفنا الأطفال فى سن المدرسة الثانوية (١٤-١٦) (الشكل ٢). هذا الرقم يبعث على التفاؤل إذ أن عدد التلاميذ المسجلين يشمل جميع الأطفال فى جميع الأعمار فى حين يقتصر المقام على السكان فى الفئات العمرية المحددة[١١].

الشكل: ٢ بقاء الرضع والالتحاق بالمدرسة فى السودان



وحالياً نجد أن فرص بقاء الأطفال على قيد الحياة خلال السنوات الأولى من العمر أفضل مما كان عليه الوضع فى عام ٢٠٠٦. وأنخفضت وفيات الأطفال دون سن الخامسة بين عامى ٢٠٠٦ و٢٠١٠ من ١٠٢ إلى ٧٨ حالة وفاة لكل ١٠٠٠ ولادة حية. أيضا إنخفض معدل وفيات الرُضع من ٧١ الى ٥٧ حالة وفاة لكل ١٠٠٠ ولادة حية، أما معدل وفيات حديثى الولادة فقد إنخفضت من ٣٦ إلى ٣٣ لكل١٠٠٠ ولادة حية .بالرغم من ذلك، تظل هذه المُعدلات مُرتفعة مما يحتم إستمرارية الجهود نحو تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية.

شكل ٣: وفيات الأطفال فى السودان



٨ الرقم فى المقام محسوب من بيانات البرنامج القومى للتطعيم. طبقا لتعداد ٢٠٠٨ عدد المواليد اقل بكثير، ٩٠٤,٠٠٠

٩ تقديرات وفيات الأطفال محسوبة من المسح الصحى للاسرة السودانية، ٢٠١٠

١٠ إحصاءات وزارة التعليم ٢٠٠٨/٢٠٠٩، ١,٩٨١,٨٣٩ طفل فى عمر ٦-١٣ خارج مرحلة الأساس و ١,٣٣٦,٠٠٦ طفل فى الفئة العمرية ١٤-١٦ خارج المدرسة الثانوية.

١١ على سبيل المثال، يتم حساب معدل الإلتحاق بمرحلة الأساس ٧٢ بالمائة عن طريق قسمة عدد التلاميذ المسجلين (الذين يمكن ان تتعدى أعمارهم ٦-١٣ بسبب الاعادة) على السكان فى هذه الفئة العمرية . ولذلك، فهو أفضل تقدير ولكنه على جانب كبير من التفاؤل.

الصحة

رغم ما أُحرز من تقدم فى خفض معدل وفيات الأطفال (الهدف الرابع للألفية)، إلا أن أمراض الأطفال حديثى الولادة والتى يُمكن الوقاية منها وعلاجها مازالت هى الأسباب الأكثر شيوعاً لوفاة الأطفال دون سن الخامسة فى السودان، وتشمل العوامل المشتركة الأخرى[١٢]: الولادة قبل الأوان بشكل خاص، العدوى، الملاريا، الإسهال، الإلتهاب الرئوى بالإضافة إلى سوء التغذية.

ايضاً لأسباب التوزيع غير المتكافئ للمتخصصين فى الرعاية الصحية والقدرة المحدودة لتقديم الخدمات وإنخفاض الإستثمارات الحكومية هى من بين العوامل التى ساعدت فى عدم إحراز تقدم فى خفض معدل وفيات الأطفال. من حيث التحصين، تُقدم مصادر البيانات المختلفة صوراً متباينة، وفقاً للجولة الثانية للمسح السودانى لصحة الأسرة، فقط نصف أطفال السودان فى سن ١٢-٢٣ شهر تم تحصينهم تحصيناً كاملاً ضد السُل (لقاح بى سى جى)، والجرعات الثلاث من لقاح شلل الأطفال والحصبة والجرعات الثلاث من اللقاح الخُماسى (الدفتيريا والسُعال الديكى والتتانوس، إلتهاب الكبد الوبائى ب وأنفلونزا هيموفليس B نوع (HIB)) . من ناحية أخرى، تُظهر بيانات البرنامج القومى للتحصين الموسع صورة أفضل وتقدماً أكبر، حيث زادت تغطية التحصين بلقاح شلل الأطفال الفموى (لقاح شلل الأطفال عن طريق الفم)، لقاح السُل (بي سي جي) والحصبة إلى ٩٥ و٩١ و٨٦ بالمائة على التوالى فى عام ٢٠١٠ من ٨٥ و٧٨ و٧٦ فى المائة فى عام ٢٠٠٦. ووصلت التغطية بالجرعات الثلاثة للقاح الخُماسى إلى ٩٥ بالمائة، قد يكون هذا إنجازاً، إلا أنه ينبغى بذل المزيد من الجهد وصولاً للتحصين الشامل للأطفال [١٣]. أدى تنفيذ إستراتيجية القضاء على الحصبة بشكل ملحوظ لتخفيض وفيات الأطفال بسبب الحصبة، إلا أنه رغم ذلك فإن معدل الوفيات بالحصبة بلغ ١,١٪ فى٢٠١٠ (نسبة الوفيات الناجمة عن الحصبة على عدد الحالات التى تم تشخيصها) مما يشير إلى الحاجة للمزيد من التحصين ضد الحصبة.

التغذية

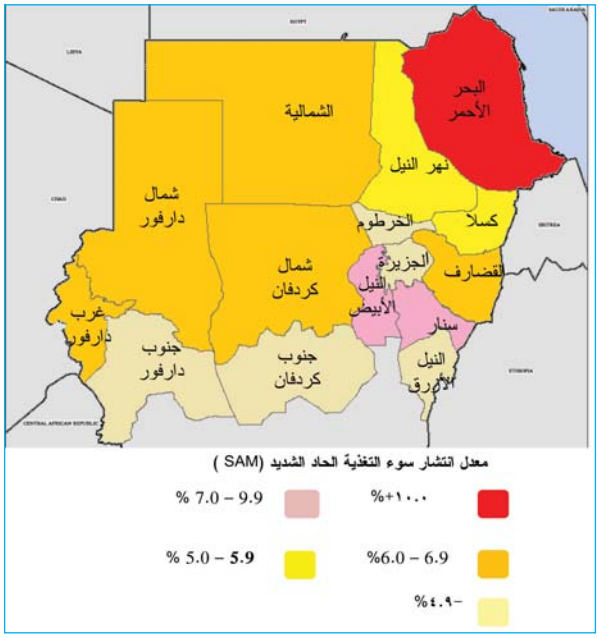
على الرغم من إحراز بعض التقدم فى الحد من الفقر والجوع (الهدف الأول للألفية)، لا يزال ما يقرب من نصف السكان (٤٦,٥ بالمائة) يعيشون تحت خط الفقر القومى[١٤]. ثلث أطفال السودان دون الخامسة من العمر (أى أكثر من ١,٥ مليون طفل) يعانون من نقص الوزن أو التقزم. إن أكثر من طفل واحد من كل عشرين يُعانى من سوء التغذية الحاد والشديد (الهُزال)[١٥]، وضعٌ يُهدد الحياة ويتطلب المُعالجة العاجلة. إن الأسباب المُباشرة للهُزال وجد[١٦] أنها فى أغلب الأحيان مُرتبطة بالإسهال أو الحمى، والتى يُمكن أن يكون الإقتصار على الرضاعة الطبيعية تدبيراً وقائياً وفعالاً. إرتفاع معدلات الفقر، إرتفاع أسعار الغذاء، النزاعات المسلحة، نقص الوعى هى العوامل الكامنة والمسؤولة وراء بطء التقدم فى تحسين الحالة التغذوية.
هنالك القليل من البيانات عن نقص المُغذيات الدقيقة، وقد قدرت مُنظمة الصحة العالمية فى عام ٢٠٠٨ أن ٥٨ بالمائة من النساء الحوامل و٤٣ بالمائة من النساء غير الحوامل يعانين من الأنيميا[١٧]. يبلغ مستوى مُعالج الملح باليود على مستوى الأسرة ٩,٥ بالمائة (المسح الثانى لصحة الاسرة، ٢٠١٠). و ليس هناك أى تقدم يُذكر على الصعيد الغذائى بالموافقة على القانون الإتحادى للغذاء أو قوانين إضافة اليود إلى الملح على الرغم من أن هناك التزام حكومى كبير بهذه القوانين. حالياً هنالك ست ولايات (البحر الأحمر وكسلا والقضارف وسنار وجنوب دارفور وغرب دارفور) لديها الآن قوانين ولائية تُلزم إضافة اليود إلى الملح، فى حين أن الولايات التسعة المتبقية لم تصدر قانوناً بعد. إن التأخير فى اقرار القوانين له فى نهاية المطاف آثاره السلبية على صحة الأطفال.

تُظهر بيانات المسح الثانى لصحة الأسرة السودانية ٢٠١٠، الأطفال الذين يرضعون رضاعة طبيعية مُطلقة٤١ بالمائة، بينما ٤٠,١ بالمائة فقط يستمرون في الرضاعة الطبيعية لمدة عامين. إن تحسين تغذية الرُضع والصغار وتحسين ممارسات تغذية الطفل هو المفتاح لمنع سوء التغذية. أيضا لا تزال مهارات ومعارف مقدمى الرعاية الصحية مُنخفضة بشأن الرُضع وتغذية الطفل مما يعنى أن المشورة الصحيحة والدعم غيرمتوفره وغير متيسره للأمهات. إن القانون المتعلق ببدائل حليب الأم لا يزال فى شكل مشروع، على الرغم من تشكيل لجنة للمُضى بهذا القانون إلى الأمام.

١٢ منظمة الصحة العالمية وصندوق الأمم المتحدة للأطفال (اليونسيف) العد التنازلي حتى العام ٢٠١٥ تقرير العشر سنوات (٢٠٠٠-٢٠١٠): حصر وتقييم الأمهات والمواليد الجدد والأطفال الذين تبقوا على قيد الحياة (جنيف ٢٠١٠) .
١٣ يستخدم برنامج التحصين الموسع الرضع على قيد الحياة (جميع الولادات ناقص الوفيات في السنة الأولى من العمر) كمقام، باستثناء البى سى جى، والذي يستخدم مجموع عدد الولادات الحية المسح السودانى لصحة الأسرة يستخدم الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ١٢-٢٣ شهرا باعتباره مقام.
١٤ المسح الاساسى للاسر المعيشية، ٢٠٠٩.
١٥ سوء الغذية الحاد SAM هو الهزال الشديد، يعرف بانه الوزن المنخفض جدا للطول (اقل من ثلاث انحرافات معيارية عن القيمية الوسيطية لمعيار منظمة الصحة العالمية) .
١٦ طبقا لمسودة تحليل التغذية السببى، اليونيسف، ٢٠١١
١٧ تتبع التقدم فى تغذية الامهات والاطفال، اليونيسف، ٢٠٠٩

شكل ٤: ولاية البحر الأحمر بها أعلى معدلات سوء التغذية الحاد الشديد (الهُزال) فى السودان

على الرغم من إرتفاع معدلات سوء التغذية المُزمن والحاد، إلا أن برامج التغذية ليست من بين المجالات ذات الأولوية مثل الملاريا وبرنامج التحصين الموسع وغيرها من الأمراض المتوطنة بسبب المُخصصات المحدودة على المستوى الإتحادى ومستوى الولاية. إن تغذية الأم والطفل لا تزال من بين المجالات الهامة للدعوة وإستقطاب الدعم والتأييد للسياسة والشاهد على ذلك القوانين التى تفرض إضافة اليود إلى الملح. إن معالجة سوء التغذية الحاد يُمكن أن يُساهم فى خفض ما يعادل ٢٠٠,٠٠٠ حالة وفاة سنوياً.



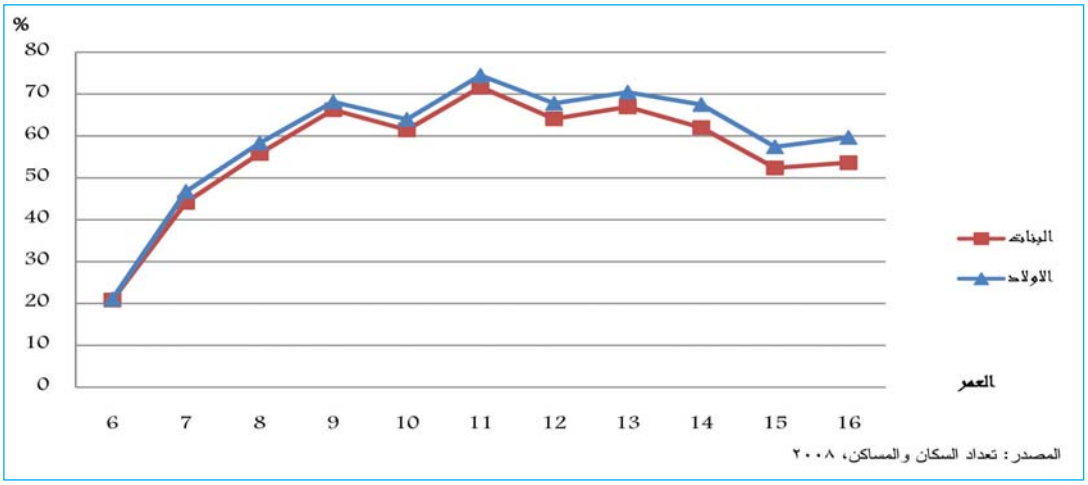
المصدر: المسح السودانى لصحة الأسرة، ٢٠١٠

التعليم

إن توفير فرص التعليم لمرحلة الأساس هو حق مكفول لجميع الأطفال بموجب إتفاقية حقوق الطفل وقانون الطفل ٢٠١٠ (الأهداف الإنمائية للألفية ٢ و٣). ومع ذلك، هنالك فقط ٥٧ بالمائة من ألاطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٦-١٦ سنة ملتحقون بالمدارس، وتنخفض معدلات الإلتحاق بالمدارس تدريجياً، بعدما تبلغ ذروتها خلال فترة المراهقة المُبكرة وذلك وفقاً لبيانات تعداد عام ٢٠٠٨ (الشكل ٥)[١٨]. مما يعنى أن حوالى ٣,٣ مليون طفل، ممن ينبغى أن يكونوا فى المدرسة، مُنخرطون فى أعمال لدعم أسرهم، أو فتيات يساعدن فى الواجبات المنزلية أو تزوجن.

شكل ٥: الحضور للمدارس أعلى خلال المراهقة المبكرة.

معدل الحضور للمدرسة (الأطفال من عمر ٦-١٦ سنة)



كذلك نجد أن ثلاثة فقط من بين كل أربعة أطفال فى سن مرحلة الأساس يتلقون التعليم النظامى (مع ما يقرب من مليوني طفل خارج المدارس الابتدائية). معدلات الحضور للمدرسة فى شرق السودان هى الأدنى، وتتراوح بين ٥٥ و ٦٩ بالمائة لمرحلة الأساس. وعلى الرغم من أن القوانين تكفل حصول الجميع على التعليم المجانى، إلا أن التكاليف المُرتبطة بالزى الرسمى واللوازم المدرسية والدروس الإضافية للمنهج والمساهمة المالية غير الرسمية للمعلمين وصيانة المدارس تمنع العديد من الأطفال من الذهاب إلى المدرسة. بجانب ذلك نجد أن عدم كفاية المرافق المدرسية كالمراحيض ونقص المياه النظيفة وقلة المدرسين المدربين وإكتظاظ الفصول وعدم وجود مقاعد كافية، هى من بين العوامل التى تقف فى طريق التعليم.

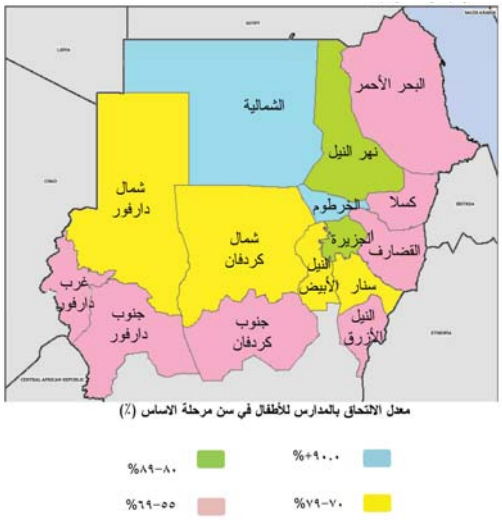
١٨ معدل الحضور للتعليم قبل المدرسى (٣٠,٢ بالمائة)، الالتحاق بالتعليم الاساسى (٦٦,١ بالمائة) و الالتحاق بالتعليم الثانوى (٢٩,٧ بالمائة) حسب احصائيات التعليم، ٢٠٠٨/٢٠٠٩ ص.٣١.

إن إستمرار الأطفال فى الدراسة يُشكل تحدياً كبيراً. فالمسح الثانى لصحة الأسرة السودانية (٢٠١٠)، أظهر أن الطفل حين يلتحق بالصف الأول، لديه فرصة تبلغ ٨٢ بالمائة للبقاء حتى الصف الثامن[١٩]، مع وجود إختلافات تتراوح بين ٦٥ بالمائة للأطفال فى أفقر خُمس من السكان إلى ٩٤ بالمائة فى أغنى خُمس من السكان. وبالمثل، بيانات التعداد وجدت أن مُعدل الإلتحاق بالمدارس يصل قمته فى سن ال ١١ ثم ينخفض خلال سنوات المراهقة لا سيما بين الفتيات، حيث تكون هناك حاجة للأطفال لمعاونة أسرهم.

يُعتبر تأخر الإلتحاق بالمدرسة والإعادة من مشاكل التعليم فى السودان. فما يقرب من طفل واحد من كل أربعة أشخاص (٢٤ بالمائة) فى سن الذهاب إلى المدرسة الثانوية، فى الواقع، ملتحق بمرحلة الأساس. فقط ٣٢ بالمائة من الأطفال فى سن المدرسة الثانوية هم فى الحقيقة منتظمون بالمدارس الثانوية.

تُنفق الدولة أقل من ثلاثة بالمائة من الناتج المحلى الإجمالى على التعليم، إلا أن جودة التعليم هى القضية[٢٠]، فإن معظم الولايات ليس بها ما يكفى من المعلمين المدربين والفصول الدراسية والمواد التعليمية والمرافق الصحية الكافية لجعل المدارس صديقة للطفل. إن نقص الموارد يُحد من الجهود التى تُبذل لتقديم تعليم جيد النوعية.

شكل ٦: معدلات الإلتحاق للأطفال فى سن مرحلة الأساس أقل فى الولايات الشرقية والحدودية.



المصدر: المسح السودانى لصحة الأسرة، ٢٠١٠.

المياه والصرف الصحى والنظافة

إستخدام المياه غير المُحسنة وإنعدام مرافق الصرف الصحى وتدنى مستوى النظافة (الأهداف الإنمائية للألفية ٤ و٧) تُساهم مُجتمعة فى ٨٨ بالمائة تقريباً من الوفيات الناجمة عن أمراض الإسهال بين الأطفال دون سن الخامسة[٢١] عالمياً. وفى السودان، ٥,٨ مليون نسمة يشربون من مصادر مياه غير مُحسنة (١٩ بالمائة)، كذلك من أصل ٢٥,١ مليون شخص يشربون من مصادر مياه مُحسنة الرُبع (٦,٤ مليون نسمة) يستخدمون مياه الشُرب المنقولة بواسطة عربات تجرها الدواب (الكارو) أوالناقلات (التناكر). إستخدام خدمات الصرف الصحى المُحسنة لا تزال دون المستوى المنشود ويشهد على ذلك وجود ٢٢,٣ مليون شخص يتبرز فى العراء أو يستخدم مرافق الصرف الصحى غير المُحسنة (٧٣ بالمائة).

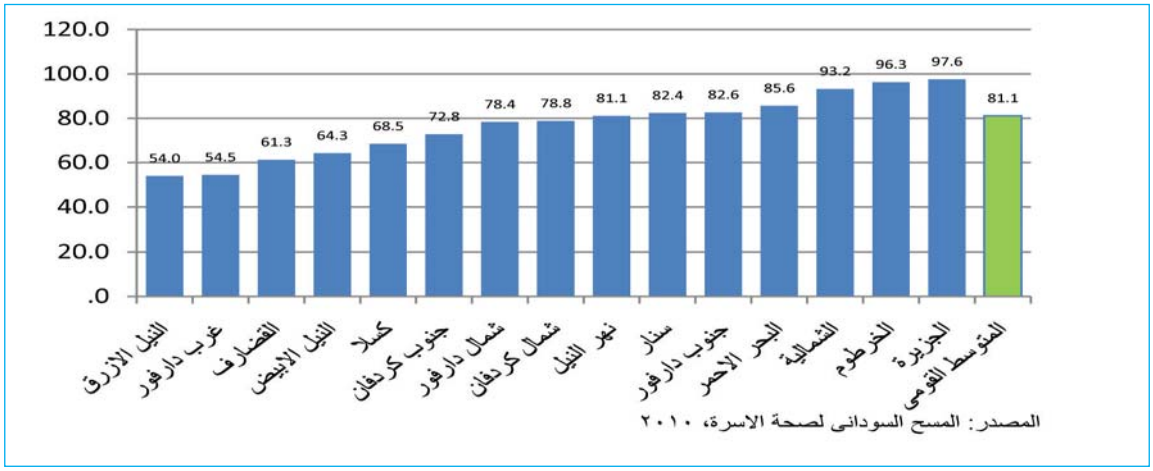
توجد فوارق إقليمية كبيرة بين المناطق الحضرية والريفية وبين الولايات المختلفة فى نسب الحصول على المياه المُحسنة والصرف الصحى (الشكل ٧). فالحصول على المياه المُحسنة يتفاوت بين ٩٤ بالمائة لسكان الحضر (٩,٦٤١,٤٠٠) و٧٥ بالمائة (١٥,٤٧٧,٨٩٤) لسكان الريف، وبين ٥٤ بالمائة فى ولاية النيل الأزرق إلى ٩٨ بالمائة فى ولاية الجزيرة. أما إستخدام مرافق الصرف الصحى المُحسنة فيتفاوت بين ٤٧ بالمائة (٤,٨٢٠,٧٠٠) لسكان الحضر مقارنة مع ١٨ بالمائة (٣,٧١٤,٦٩٥) لسكان الريف، وبين ٥ بالمائة فقط من سكان جنوب دارفور يستخدمون مرافق الصرف الصحى المُحسنة، مقارنة مع ٧٤ بالمائة فى الولاية الشمالية. وتتراوح نسبة السكان الذين يستخدمون كلاً من مياه الشُرب المُحسنة ومرافق الصرف الصحى المُحسنة بين ٣,٢ فى ولاية النيل الأزرق (٢٦٦,٢٧٦) إلى ٦٨,٤ بالمائة (٤٥٧,٦٤١) فى الولاية الشمالية.

١٩ معدل الاكمال اقل طبقا لمصادر اخرى، فقط ٥٠ بالمائة من الاطفال الملتحقين بالصف الاول اكملوا بنجاح وفى الوقت المقرر الصف الثامن، طبقا لوزارة التعليم والبنك الدولى: تقرير اوضاع قطاع التعليم، ٢٠١١ "

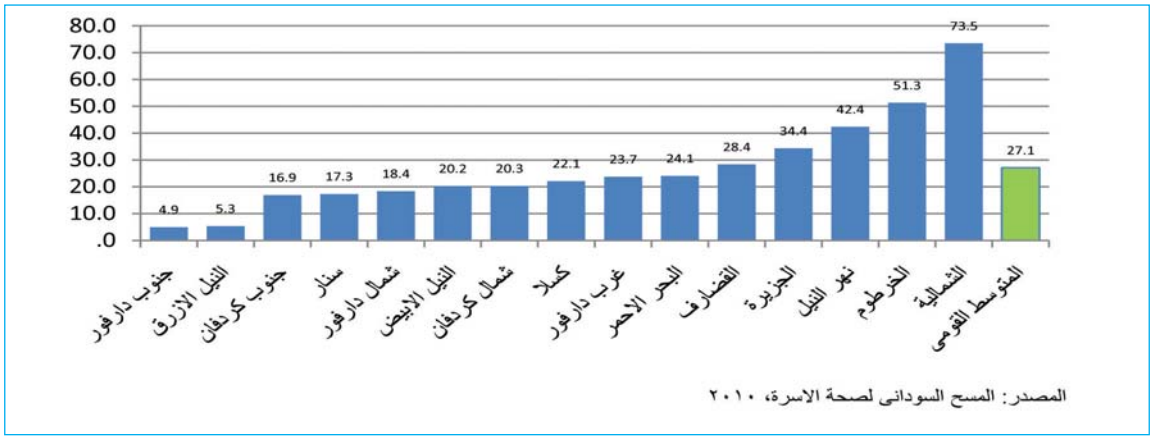
٢٠ نفس المصدر السابق.

٢١ اليونيسف، التقدم للاطفال: بطاقة تقرير عن المياه، الصرف الصحى والنظافة، رقم ٥٠، اليونيسف، ٢٠٠٩، ص ٣

شكل ٧: الحصول على مياه محسنة فى الولايات



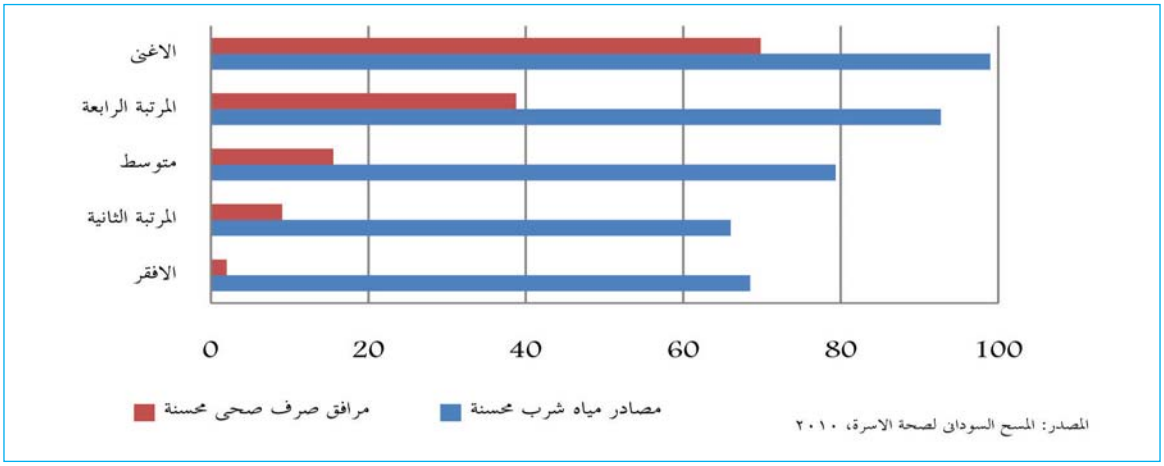
شكل ٨: الحصول على مرافق صرف صحى محسنة فى الولايات



تُعتبر الثروة هى العامل الرئيسى الذي يحدد إمكانية الحصول على مياه الشُرب المُحسنة ومرافق الصرف الصحى المُحسنة. فالعائلات فى أغنى خُمس من السكان أكثر حظاً بمره ونصف فى الحصول على المياه المُحسنة من تلك الموجودة فى أشد خُمس من السكان فقراً، وأكثر بما يعادل ٣٥ الى ٣٧ مرة فى الحصول على مرافق الصرف الصحى المُحسنة. إعتماداً على ما إذا تم أخذ مرافق الصرف الصحى المُشتركة فى الإعتبار، بالإضافة إلى المرافق الخاصة والموقع الجغرافى مستوى التعليم يؤثر أيضاً على معدل الحصول على المياه والصرف الصحى.

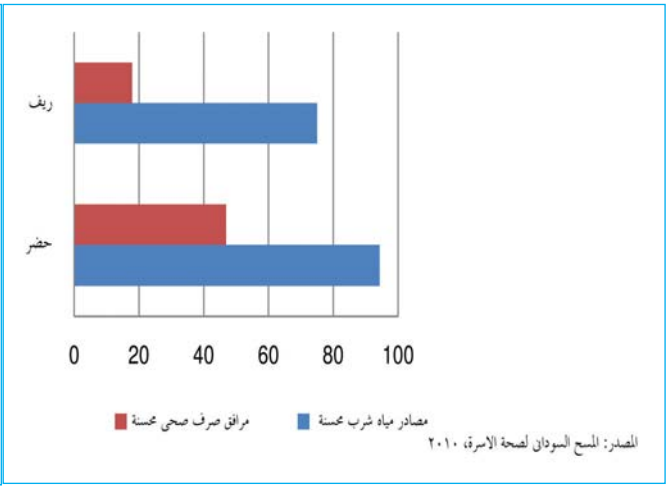
شكل ٩: السكان الاغنى اكثر حصولا على مصادر مياه وصرف صحى محسنة

النسبة المئوية للسكان فى الخمس الاغنى والذين يحصلون على مرافق صحى ومياه محسنة



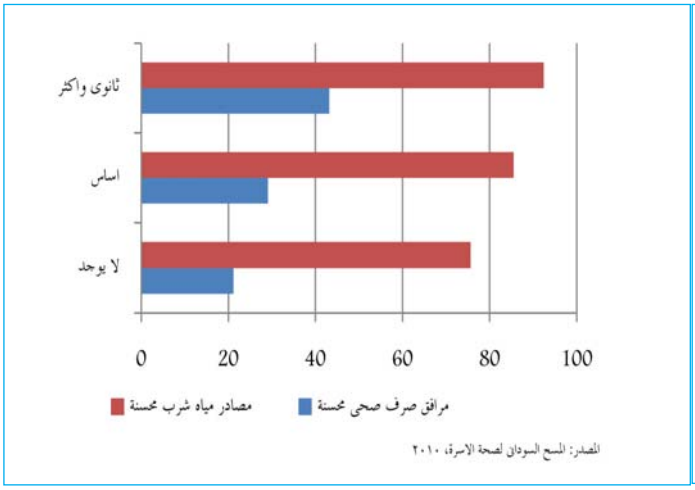
شكل ١٠: سكان الحضر: أكثر حصولا على مياه ومرافق صرف صحى محسنة

الحصول على مصادر مياه شرب المحسنة ومرافق صرف صحى المحسنة.



شكل ١١: السكان الأكثر تعليما: أكثر حصولا على مياه ومرافق صرف صحى محسنة

الحصول على مصادر مياه شرب المحسنة ومرافق صرف صحى المحسنة.



ووفقاً لمسح برنامج الصحة المدرسية٢٠٠٩ [٢٢]، وجد أن ٧٩,٤ بالمائة من الأطفال، بمدارس تتوفر بها مصادر للمياه. وجاءت ولاية الخرطوم فى أعلى القائمة حيث تُغطى خدمات المياه ٨٣ بالمائة من المدارس، فى حين أن جنوب كردفان أقل تغطية ٥٠ بالمائة من المدارس. من ناحية أخرى ، فإن نفس المسح وجد أن ٨٢,٤ بالمائة من المدارس تتوفر بها مراحيض. وجاءت ولاية الخرطوم فى قمة التغطية بنسبة ١٠٠ بالمائة، فى حين جاءت ولاية سنار بأقل تغطية ٤٣ بالمائة من المدارس.

يُعتبر غسل اليدين هو واحد من مؤشرات الممارسات الصحية الهامة. حيث أن حوالى ١٩ بالمائة أفادوا[٢٣] بأنهم يغسلون أيديهم قبل تغذية الأطفال، و٧٩ بالمائة قبل تناول الطعام، و٥٢ بالمائة بعد التبرز، و٢٦ بالمائة قبل إعداد الطعام و٥٢ بالمائة بعد تنظيف وجوه الأطفال. على الرغم من التحسن المعقول فى ممارسات غسل اليدين بين عامي ٢٠٠٤ و٢٠٠٨ حسب دراسات (المعرفة، الموقف، الممارسة)، لا تزال الحاجة ماسة لبذل الكثير من الجهود.

ما زالت المسودة النهائية لسياسة المياه والصرف الصحى والنظافة فى طور الحصول على الموافقة الرسمية من قبل مجلس الوزراء والبرلمان. إن سياسات المياه والصرف الصحى تُشكل الإطار الرئيسى لهذا القطاع، فالمعايير والأدوار والمسؤوليات تتحدد على أساس الخطط والإستراتيجيات ذات الصلة والقوانين والمعايير التى ستتم صياغتها رسمياً.

فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز

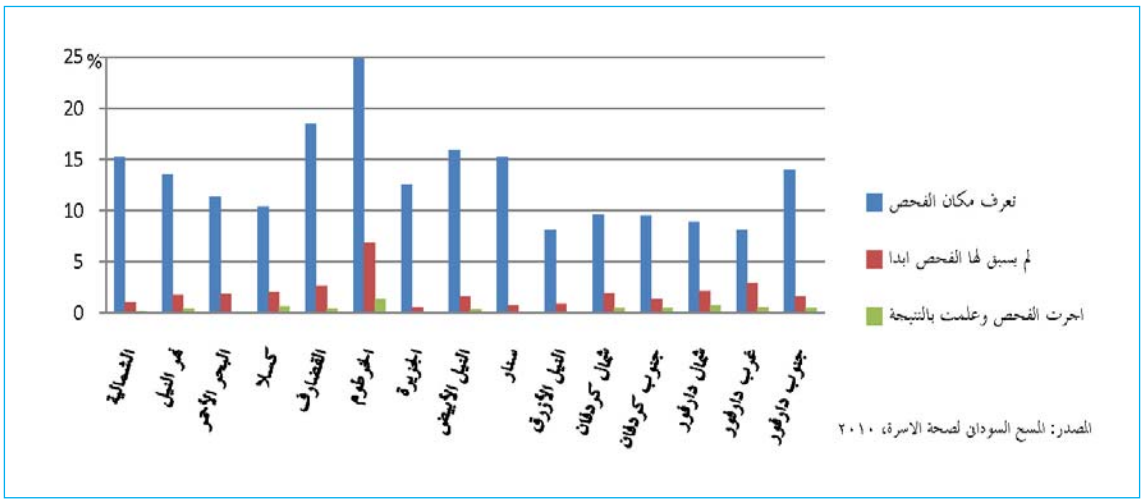
الوصمات المتأصلة المحيطة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز (الهدف السادس للألفية) تحول دون تتبع الإنتشار الفعلى وتُحبط مبادرات الوقاية التى يُمكن توفيرها. فالوعى بين النساء اللآئى تتراوح أعمارهن بين ١٥-٤٩ منخفض بشكل كبير حيث أن المعرفة الشاملة حول الوقاية من فيروس الأيدز ٥,٨ بالمائة فقط، واحدة من بين كل أربع نساء لم تسمع قط بالإيدز؛ نصف النساء فقط فى المناطق الريفية يعرفن أنه يمكن نقل فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز من الأم إلى الطفل، وأقل من ذلك يعرفن كيفية إنتقال المرض.

على الرغم من أن العديد من النساء على علم بمكان إجراء فحص الإيدز، إلا أن عدداً قليل جداً قمن بإجراء الفحص، وذلك وفقاً لبيانات المسح الثانى لصحة الأسرة. حيث أن ١٤,٤ بالمائة (١,٠٢٩,٠٦٧) من النساء اللآئى تتراوح أعمارهن بين ١٥- ٤٩ يعلمن مكان الفحص[٢٤]، إلا أن ٢,٥ بالمائة فقط (١٧٨,٦٥٦) أجرين الفحص و أقل من ١ بالمائة من النساء أجرين الفحص خلال العام (٢٠٠٩). هذا ما يؤكد الحاجة الملحة ليس لتسهيل الإختبار فقط، ولكن لتحديد ومعالجة العوائق التى تحول دون الوصول إلى الخدمات. فالجهود المبذولة حالياً للتغلب على الوصمة ورفع مستوى الوعى تحتاج إلى مضاعفة الجهود.

٢٢ التقرير الشامل لمراجعة برنامج الصحة المدرسية فى شمال السودان ممثلة فى ولايات (الشمالية، القضارف، الخرطوم، جنوب كردفان وسنار)، ٢٠٠٩
٢٣ دراسة المعرفة، المواقف والممارسة للمياه والصرف الصحى والنظافة ، ٢٠٠٨.
٢٤ العدد الكلى لنساء فى الفئة العمرية ١٥-٤٩ هو ٧,١٤٦,٢٥٤ طبقا لبيانات تعداد ٢٠٠٨

شكل ١٢: معظم النساء اللائى يعلمن بمكان فحص الأيدز ولم يجرين الفحص حتى الآن

النسبة المئوية للنساء اللائى يعلمن بمكان الفحص والنساء اللائى أجرين الأختبار والنساء اللائى علمن بنتيجة الفحص.



لا يزال إنتشار فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز فى السودان منخفضاً إلا أن المناطق الحضرية وأماكن الهجرة المرتفعة تثير القلق. ففى دراسة حديثة وجد أن أكثر من نصف الأشخاص الذين ثبتت إصابتهم بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز فى عام ٢٠١٠ يقيمون بالخرطوم، الولاية الأكثر تحضراً فى السودان[٢٥]. كذلك فى ولايات كسلا والقضارف، فاللاجئين والهجرة الداخلية والتحضر خلقت معا بيئة مؤاتية لإنتشار فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز وغيره من الأمراض المنقولة جنسياً.

أظهرت حزمة التقديرات والإسقاطات التى أجراها البرنامج القومى لمكافحة الإيدز فى عام ٢٠٠٩ أن نحو ٧٢,٦٦٥ إمرأة فى السودان تحمل فيروس نقص المناعة البشرية. ومن المتوقع أن تزيد هذه النسبة إلى ١٣٣,٨٧١ إمرأة بحلول عام ٢٠١٤. وحوالى ٥,٧٧٩ طفل ولدوا لأمهات مصابات بفيروس نقص المناعة البشرية هم أيضاً مصابون بالفيروس. ومن المتوقع أن يزداد هذا العدد إلى ٩,٤٦٦ طفل بحلول عام ٢٠١٤. ويقدر معدل الإنتشار الشامل لفيروس نقص المناعة البشرية بين الأطفال فى الفئة العمرية ٠-١٤ سنة بحوالي ٠,٠٧ بالمائة. ومن المتوقع وقوع إصابات جديدة بفيروس نقص المناعة البشرية بين الأطفال فى سن ٠-١٤ سنة قد تصل إلى ٢,٦٤٣ فى عام ٢٠١٠ و٤,٢٠٢ بحلول عام ٢٠١٤.

معدل الإنتشار المنخفض، نسبياً، للفيروس بالمقارنة مع البلدان الأفريقية ألاخرى من الممكن أن يكون فرصة لتقديم خدمات نوعية عادلة للنساء والأطفال. ومع ذلك فإنه يُمثل تحدياً لأنه يخلق زيادة فى وصمة عدم التقبل للمصاب ليس فقط فى المجتمع بل داخل القوى العاملة فى المجال الصحى نفسه. نتيجة لذلك فإن فرص الحصول على الخدمات الصحية والحماية للنساء والأطفال المتضررين من فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز محدودة. بالإضافة إلى ذلك، فإن الحاجة إلى إعطاء أولوية قصوى لموارد الولايات ذات المُعدلات العالية بالإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية، (الخرطوم والبحر الأحمر وكسلا والجزيرة والقضارف والنيل الأزرق وجنوب كردفان)، سوف يُقلل فرص المجتمعات المتأثرة بفيروس نقص المناعة البشرية فى الولايات الأخرى من الوصول إلى الخدمات.

حماية الطفل

هنالك إنجازات فى مجال حماية الأطفال وذلك من خلال وضع تشريعات فى بعض الولايات لصالح حقوق الطفل وانزالها إلى حيز التنفيذ، حيث تم سن قوانين الطفل فى القضارف وجنوب كردفان والبحر الأحمر وغرب دارفور والنيل الازرق. وفى جنوب دارفور تم التوقيع على قانون الطفل فى١٢ أكتوبر ٢٠١١. والعديد من الولايات الأخرى فى مرحلة صياغة قانون الطفل الخاص بهم.

يُشكل الأطفال الذين يعيشون فى الشوارع أكبر مجموعة من الأطفال غير المصحوبين والمنفصلين فى السودان طبقاً لقاعدة بيانات لم الشمل بالمجلس القومى لرعاية الطفولة. وقد سجلت وزارة التنمية الإجتماعية بولاية الخرطوم ٣,٥٠٠ طفل يعيشون فى الشوارع فى عام ٢٠١٠، فى حين أن وزارات الشؤون الإجتماعية فى ولايات شمال وجنوب كردفان وأبيي وجنوب وغرب وشمال دارفور والبحر الأحمر والنيل الأبيض سجلت ٥,٣٣١ طفل، ومعظمهم من الفتيان.

تأثر الأطفال بشكل مباشر من خلال المشاركة فى النزاعات المسلحة. فى أعقاب التوقيع على إتفاقيات السلام الثلاث ، تم تسجيل أكثر من ٢١٠٠ من الأطفال المرتبطين بالجماعات والقوات المسلحة فى برنامج نزع السلاح والتسريح وإعادة الإدماج (DDR) فى السودان والذى يعمل بشراكة مع الجهات الحكومية واليونيسف والشركاء الآخرين. يشمل البرنامج إعادة الإدماج مع الدعم النفسى والإجتماعى والعودة

٢٥ البرنامج القومى لمكافحة الايدز، التقرير السنوى لعام ٢٠١١ ص ١٧

إلى المدرسة وتسريع برامج التعلم (ALP) والتعليم المهنى والتدريب على المهارات الفردية وكذلك المتابعة الفردية من قبل الباحثين الإجتماعيين. وقد تم تنفيذ برامج إعادة الإدماج فى تسع ولايات فى جميع أنحاء السودان، بما فى ذلك ولايات دارفور الثلاث. على الرغم من أنه من الصعب تقدير العدد الحقيقي للأطفال الذين لا يزالون مرتبطين بالجماعات المسلحة فى السودان، إلا أنه تجدر الإشارة على سبيل المثال، من قائمة أسماء ٢٠٠٠ طفل قدمت من قبل الجماعات المسلحة المُشاركة فى برنامج نزع السلاح والتسريح وإعادة الإدماج للأطفال فى دارفور فى عام ٢٠٠٩، تم التحقق من جميع الأطفال، وسُجل ٩٩٦ طفل كأطفال كانوا مرتبطين مع القوات/ الجماعات المسلحة فى دارفور. إعتباراً من يونيو ٢٠١١، ١٢٨٨ طفل من الأطفال المرتبطين بالجماعات المسلحة إستفادوا من أنشطة إعادة الإدماج. محدودية الوصول، نتيجة لعدم الأمن وإستمرار الإشتباكات فى بعض اجزاء دارفور والمناطق المتاخمة لجنوب السودان، لا تزال تشكل تحديًا للمتابعة الفعالة للأطفال المسرحين فضلاً عن أنشطة إعادة الإدماج.

فى هذا السياق، فإنه من الأهمية مُلاحظة الإحصاءات المتعلقة بالأطفال فى تماس مع القانون. حيث تعكس سجلات الشرطة زيادة فى عدد حالات العنف ضد الأطفال من ١٠,٤٩١ فى عام ٢٠٠٩ إلى ١٢,٣٤٠ فى عام ٢٠١٠ (١٨ بالمائة). كما زادت عدد حالات جنوح الأطفال من ١٥,٤٣٥ فى عام ٢٠٠٩ إلى ١٦,٤٦٤ فى عام ٢٠١٠ (٦,٧ بالمائة). وقد سجلت ولاية الخرطوم، أعلى نسبة من حالات العنف ضد الأطفال (٤٨,٨ بالمائة) فى عام ٢٠١٠ فضلاً عن جنوح الأطفال (٥٧,٥ بالمائة) فى عام ٢٠١٠[٢٦].

ختان الإناث/ قطع وتشويه الإعضاء التناسلية

لا يزال ختان الإناث ممارسة شائعة فى السودان، وقد خضعت ٨٧,٦٪ من الفتيات والنساء، اللآئى تتراوح أعمارهن بين ١٥-٤٩ سنة وفقاً لبيانات المسح السودانى لصحة الأسرة ٢٠١٠ لهذه الممارسة. الجدير بالذكر أن المسح السودانى لصحة الأسرة لعامى ٢٠٠٦ و٢٠١٠ جمع معلومات عن حالة ختان الإناث من جميع النساء اللآئى تتراوح أعمارهن بين ٠-٥٠ سنة. ومعدل الإنتشار لهذه الفئة العمرية هو الأوسع فى السودان حيث بلغ ٦٩,٤ بالمائة فى ٢٠٠٦ مقارنة ب ٦٥,٥ بالمائة فى عام ٢٠١٠. والمعدلات عموماً مرتفعه بشكل خاص فى الولاية الشمالية (٨٣,٨) بالمائة، ونهر النيل (٨٣,٤) بالمائة.

والدعم لختان الإناث يختلف اختلافاً كبيراً وفقاً للمنطقة الجغرافية، والوضع الإقتصادى والتعليم. فوفقاً لبيانات عام ٢٠١٠، النساء المتعلمات والنساء فى الشريحة الأغنى هم الفئة التى لا تفضل إستمرار ختان الإناث (٢٠,٧) بالمائة مقارنة ب (٢٣,٧) بالمائة عام ٢٠٠٦. وعلى مستوى التوزيع الجغرافى كانت الموافقة لإستمرار ختان الإناث الأقل بين النساء فى الخرطوم (٢٢,٢) بالمائة والأعلى بين النساء فى جنوب دارفور(٦٦,٥) بالمائة وكسلا (٦٦) بالمائة

عموماً، هنالك أدلة واضحة على حدوث إنخفاض فى عدد النساء الاصغر سناً اللآئى تتراوح أعمارهن بين ١٥-١٩ سنة اللآئي يعتقدن أن ختان الإناث ينبغى أن يستمر (٣٧,٣) بالمائة عام ٢٠١٠ مقارنة مع٤١,٩ بالمائة عام ٢٠٠٦. ومعدلات ممارسة الختان تُظهر تزايداً واضحاً فى غرب دارفور (٤٦) بالمائة فى٢٠١٠مقارنة مع (٣٩,٨) بالمائة عام ٢٠٠٦، وجنوب دارفور (٦٠,٩) بالمائة عام ٢٠١٠ مقارنة مع (٥٩,٦) بالمائة عام ٢٠٠٦. فى حين لوحظ إنخفاض فى معدل ممارسة الختان فى النيل الأزرق(٤٨,٧) بالمائة عام٢٠١٠ مقارنة مع (٥٨,٢) بالمائة عام ٢٠٠٦، والقضارف (٥٠,٤) بالمائة عام ٢٠١٠ مقارنة مع (٥٩,٣) بالمائة عام ٢٠٠٦للفئة العمرية ٠-٥٠ سنة . والجدير بالذكر أن معدل الإنخفاض لا يسير بنسق واحد بين كل الولايات.

إن نسبة الفتيات اللآتى خضعن لعملية الختان على المستوى القومى قفزت من ٣٧ بالمائة للفتيات قبل سن ١٤ سنة إلى ٨٣,١ بالمائة للفتيات بين ١٥ - ١٧ سنة وقد يُعزى ذلك لأن هذا هو عمر الزواج للفتيات. أما فى دارفور فإن العمر الذى تبدأ فيه ممارسة الختان هى الأعلى مقارنة بأعمار بداية الختان فى الولايات الأخرى، إذ يتراوح عمر بداية الختان بين ٨ و١٥ عاماً. وهنالك مجموعات قبلية فى دارفور ممن لم يكونوا يمارسون عادة الختان، قد بدأوا مؤخراً فى ممارستها بعد نزوحهم للمدن والمناطق الحضرية، مما يشير إلى وجود صلة بين الممارسة والمعايير الإجتماعية للتمدن.

إن الدعوة لمحاربة ختان الإناث قد وجدت زخماً تمثل فى إنطلاق مبادرة «السليمة» الداعية لوقف ممارسة هذه العادة. وتسعى لتغيير السلوك والعادات لوقف ممارسة الختان وإشراك المجتمعات المحلية فى الدعوة للتخلى عن هذه الممارسة . وتسعى هذه الدعوة لوضع سلوكيات ومفاهيم تُكرس مفهوم الإفتخار بالفتاة غير المختونة، وإن إنضمام ٦٠٠ مجتمع محلى لمبادرة «السليمة» منذ عام ٢٠١٠، لهو مؤشر إيجابى لنجاح تلك المبادرة.

٢٦ تقرير ادارة المباحث و التحقيقات الجنائية ، ٢٠٠٩/٢٠١٠

الوضع الحالي للمرأة السودانية والفتيات

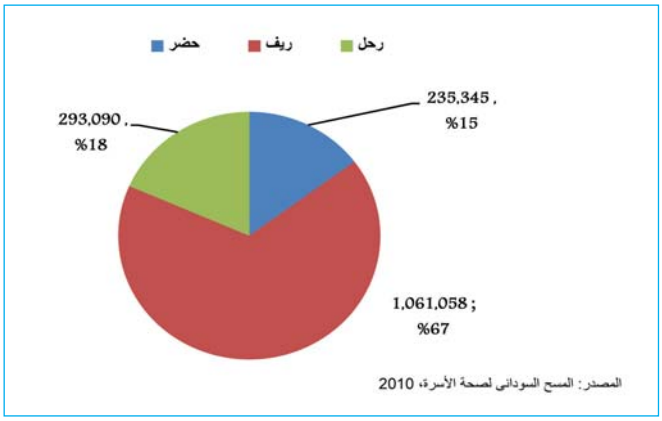
النساء فى المناطق الريفية يسافرن لمسافات طويلة للوصول إلى مراكز تقديم خدمات الرعاية الصحية للطفل، وأيضاً لعدد من الرحلات اليومية لجلب المياه الصالحة للشرب لأسرهم. كذلك يقمن بتوفير الموارد اللآزمة لضمان التنمية الصحية لأطفالهن. وتتشارك الفتيات فى هذه المسؤوليات مع النساء، بحكم وصولهن لمرحلة البلوغ أوعن طريق الزواج الذى يُلقى عليهن مسئولية القيام بالواجبات المنزلية.

حتى الآن، لا تُوضع الحقوق الأساسية للعديد من النساء كأولويات مثل: التعليم، الحماية ضد الممارسات الضارة مثل ختان الإناث (ختان الإناث راجع القسم المنفصل أعلاه)، وحرية إختيار متى ومن تتزوج، والحصول على الرعاية المُنقذة للحياة للأمهات.

وفقاً لتعداد ٢٠٠٨ هنالك ما يزيد قليلاً عن نصف الفتيات فى السودان ٤,٢ مليون فى سن المدرسة (٦-١٦) سنة ملتحقات بالمدارس. والفتاة فى قبائل الرحل أقل حظاً فى الإلتحاق بالمدرسة بما يقارب أربعة أضعاف الفتيات فى المناطق الريفية، وخُمس أضعاف من الفتيات فى المناطق الحضرية (شكل ١٣ وشكل ١٤). فى جميع الحالات، تزداد معدلات التسرب للفتيات بزيادة السن بسبب الزواج المبكر أو المسؤوليات الأسرية.

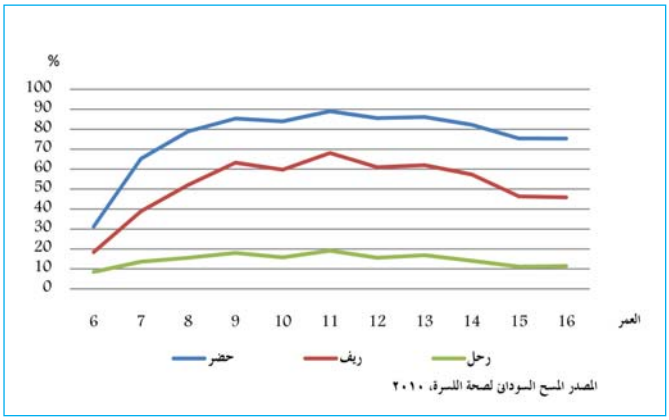
شكل ١٣: غالبية الفتيات خارج المدرسة يعيشن فى المناطق الريفية

(عدد الفتيات ٦-١٦ سنة اللاتى لم يسبق لهن الحضور الى المدرسة او اللاتى حضرن سابقا للمدرسة).



شكل ١٤: مكان الاقامة يؤثر على معدلات الالتحاق

النسبة المئوية للفتيات اللاتى يحضرن الى المدرسة حسب المجوعات السكانية(ريف، رحل، حضر)



ولكن، وحسب بيانات المسح السودانى لصحة الأسرة ٢٠١٠، فقد نجحت سبع ولايات فى تحقيق معدل إلتحاق للبنات بمدارس الأساس يتساوى أو يزيد على معدل إلتحاق البنين. حيث حققت ولايات (الخرطوم، الشمالية، الجزيرة، النيل الأبيض، نهر النيل والنيل الأزرق) نسبة متساوية بين البنين والبنات الملتحقون بمدارس الأساس. بينما بين الأطفال الأكبر سناً، على قدم المساواة مع الفتيان نسبة قريبة من الفتيات يحضرون المدرسة الثانوية فى ولايات شمال كردفان ونسبة أعلى من الفتيات فى الخرطوم والشمالية وكسلا والبحر الأحمر. كذلك فى ولاية البحر الأحمر كانت نسبة البنات اللآئى يلتحقن بمدارس الأساس ٧٣ بالمائة مقارنة مع نسبة ٦٦ بالمائة فقط البنين. هذا الإتجاه فى الإلتحاق والأعلى للإناث أكثر وضوحاً فى التعليم الثانوى، حيث معدل إلتحاق البنات (٢٦ بالمائة) ما يقرب من ١,٦ مرة أعلى من معدلات إلتحاق البنين فى ولاية البحر الاحمر.

جدول رقم ٢ : الولايات التى تتساوى أو تزيد فيها نسب الإلتحاق بمدارس الأساس/الثانوية للفتيات

الولاية	النسبة المعدلة لصافى الحضور لمدارس الأساس، الأناث(٪)	النسبة المعدلة لصافى الحضور لمدارس الأساس ، الذكور (٪)	مؤشر التكافؤ بين الجنسين (GPI) لمدارس الأساس النسبة المعدلة لصافى الحضور لمدارس الأساس	النسبة المعدلة لصافى الحضور للمدارس الثانوية، الأناث(٪)	النسبة المعدلة لصافى الحضور للمدارس الثانوية، الذكور (٪)	مؤشر التكافؤ بين الجنسين (GPI)للمدارس الثانوية النسبة المعدلة لصافى الحضور للمدارس الثانوية
البحر الأحمر	٧٣,١	٦٦,١	١,١١	٢٥,٥	١٦,٤	١,٥٦
الجزيرة	٨٥,٢	٨٤,٦	١,٠١	٤١,٩	٤٤,١	٠,٩٥
النيل الأبيض	٧٩,٩	٧٩,٧	١,٠٠	٣٢,٣	٤٠,٧	٠,٧٩
الخرطوم	٩٠,٥	٩١,٦	٠,٩٩	٤٧,٩	٤٢,٦	١,١٢
الشمالية	٩١,٥	٩٢,٨	٠,٩٩	٥٢,١	٤٢,٦	١,٢٢
نهر النيل	٨٣,٥	٨٥,٢	٠,٩٨	٤١,٤	٤٤,٦	٠,٩٣
النيل الأزرق	٥٩,٢	٦٠,٤	٠,٩٨	١١,٢	١٢,٩	٠,٨٧
شمال كردفان	٧٠,٣	٧٥,٠	٠,٩٤	١٩,٢	١٩,٩	٠,٩٦
كسلا	٤٩,٩	٦٣,٩	٠,٧٨	١٩,٠	١٦,٦	١,١٥

المصدر: المسح السودانى لصحة الأسرة، ٢٠١٠

ملاحظة: يتم حساب مؤشر التكافؤ بين الجنسين بقسمة المعدل لصافى الحضور للفتيات على المعدل لصافى الحضور للفتيان.

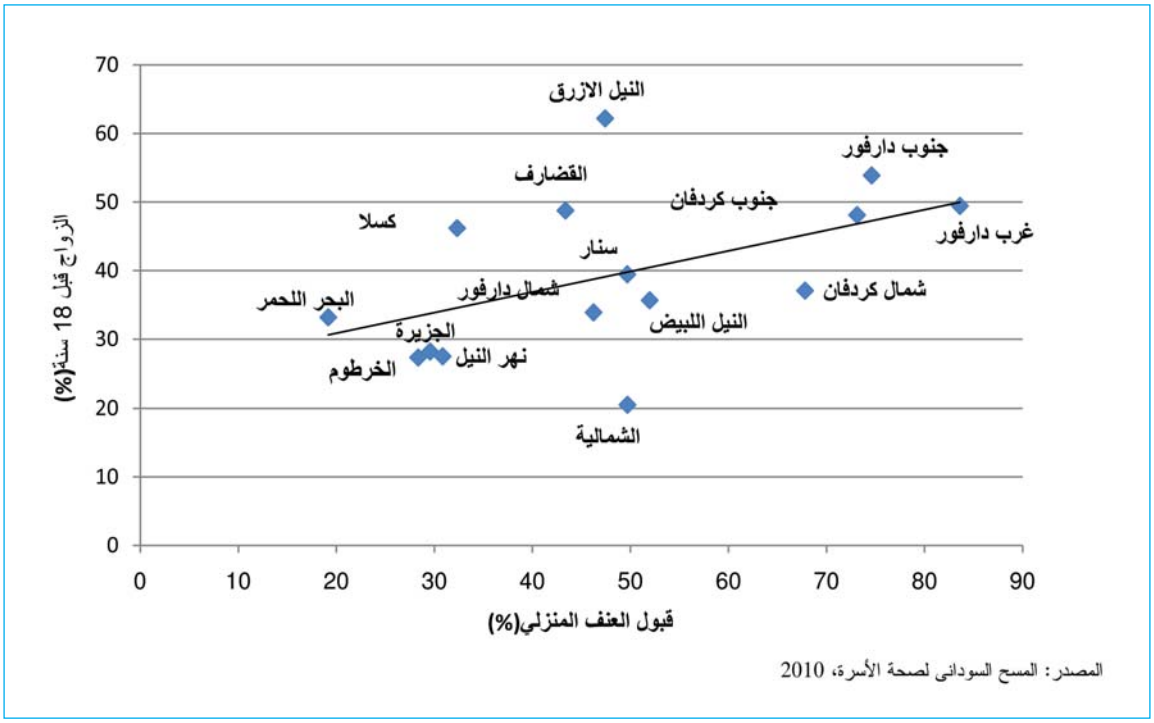
فيما يتعلق بزواج الأطفال فأكثر من واحدة من كل ثلاث نساء تتزوج قبل سن ١٨ عاماً وواحدة من كل عشرة قبل سن ١٥ عاماً، وتزداد إحتمالات الزواج المُبكر للمرأة فى المناطق الريفية وفى المناطق الأكثر فقراً والتى تُمثل ٢٠ فى المائة من السكان. إن تقديرات الزواج المُبكر تتراوح فى أعلى معدلاتها، بين ٥٠ الى ٦٠ بالمائة فى جنوب دارفور والنيل الأزرق وفى أدناها بين ٢٠ الى ٣٠ بالمائة فى الشمالية ونهر النيل والخرطوم والجزيرة.

والنتيجة الرئيسية والسلبية للزواج المبُكر هى الحمل فى سن مبكرة وفى سن المراهقة، حيث لا تكون الفتيات ناضجات عقلياً وعاطفياً وجسدياً بما فيه الكفاية للبدء فى إنجاب الأطفال. على الصعيد العالمى نجد أن الفتيات فى الفئة العمرية ١٥ إلى ١٩ سنة أكثر إحتمالاً بضعفين للوفاة، نتيجة لأسباب تتعلق بالحمل، من النساء فى عمر العشرينات.[٢٧]

و حسب الاحصاءات، فإن أكثر من ١٦ بالمائة (١,١٤٣,٤٠١) من الفتيات فى الفئة العمرية ١٥ إلى ١٩ سنة بدأن بإنجاب الأطفال. الحمل فى سن المراهقة فى المناطق الريفية يُمثل الضعف تقريباً مقارنة بالمناطق الحضرية، حيث يتم ولادة الطفل فى وضع أكثر خطورة نظراً لمحدودية فرص الحصول على رعاية طوارىء الولادة ومحدودية وجود المرافق الصحية. إن ٦٦ بالمائة من النساء فى المناطق الريفية يلدن بحضور قابلات مدربات، مقارنة مع ٨٩ بالمائة فى المناطق الحضرية. (الهدف الخامس للألفية).
توضح البيانات الأخيرة وجود علاقة بين الزواج المُبكر وقبول العنف المنزلى. فالولايات التى ترتفع فيها معدلات الزواج المُبكر ترتفع فيها معدلات النساء اللآئى يتسامحن مع العنف المنزلى. أسباب قبول العنف المنزلى تتفاوت بين إهمال الأطفال وترك البيت دون إذن وحرق الطعام.

شكل ١٥: الولايات التى بها نسبة قبول عالية للعنف المنزلية بها ايضا نسبة زواج مبكر عالية

(نسبة النساء فى الفئة العمرية ١٥-٤٩ المتزوجات قبل سن ١٨ وتعتقد بانه يمكن للزوج ضرب الزوجة اذا خرجت بدون اذنه)



المصدر: المسح السودانى لصحة الأسرة، 2010

المساواة بين الجنسين(الهدف الثالث للألفية) أمرُ بالغُ الأهمية كمعيار لقياس معدل التنمية - فالفتيات اللآئى يبقين فى المدرسة أكثر قدرة على زيادة دخلهن، والحرية الإنجابية فى كثير من الأحيان تُعطى نتائج أفضل فى رعاية ألاسرة ، وأصواتهن فى المجتمع تؤدى إلى إتخاذ قرارات أفضل لصالح تنشئة الأطفال. بما أن هنالك ٣٠ بالمائة من جملة ١٥ مليون أنثى فى السودان تحت سن العاشرة، فإن الإستثمار فى تنميتهن الآن سوف يقلل من الفقر وعدم المساواة للأجيال المقبلة وتبعاً لذلك ستتحسن صحة الأطفال والأمهات. وحالياً تظل الحاجة ماسة إلى تدخلات وقائية للفتيات المراهقات اللآئى فى طور الإنتقال لمرحلة البلوغ.

٢٧ ليفاين ، رووث ، وآخرين بشأن احصاء الفتيات : الاستثمار العالمي واجندة العمل، مركز التنمية العالمية، واشنطن العاصمة، صفحة ٤٦.

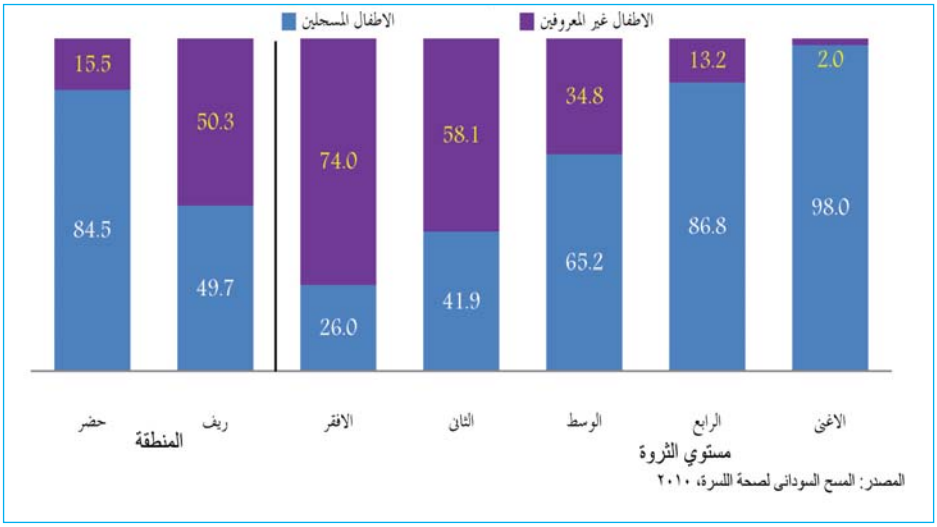
نهجُ عادل للتقدم

لقد تم أحراز بعض تقدم نحو تحقيق الأهداف الانمائية للألفية، إلا أنه لم يكن مُنصفًا، فأطفال سكان المناطق الريفية والرُحل، وأطفال أكثر السكان فقراً (٢٠ بالمائة من جملة السكان) هم الأكثر تعرضاً للمصاعب الصحية والأقل إستفادة من الخدمات لصعوبة الوصول إليهم. فمجموعات الفتيات والأطفال فاقدى الرعاية الوالدية والأطفال المُرتبطين بالصراع المسلح والذين يعانون من إعاقات غالباً ما تكون هذه الفئات الأقل حظاً عند تخطيط السياسات ورصد الميزانيات.

إن تحقيق التقدم العادل فى إتجاه التنمية الحقيقية يبدأ بتسجيل كل طفل عند الولادة. وأظهرت البيانات الحديثة أن ٤٠ بالمائة من الأطفال دون سن الخامسة غير مسجلين، مما يحرمهم من حقوقهم فى الحصول على الهوية وعلى الخدمات الضرورية الأخرى. يتم تسجيل جميع أطفال المجموعات الأكثر غنى من السكان (٩٨ بالمائة)، المقارنة مع رُبع الأطفال فى المجموعات الأفقر من السكان (٢٦ بالمائة). ولا يتم تسجيل سوى نصف الأطفال فى المناطق الريفية، مقارنة مع ٨٥ بالمائة فى المناطق الحضرية.

الأطفال فى المناطق الريفية والفقراء هم الأكثر إستفادة من تسجيل المواليد. فتسجيل الأطفال يوفر لهم الحقوق المدنية والإجتماعية التى يجب أن تكون مكفولة لهم كمواطنين، والتى توفر لهم المزيد من فرص الحصول على التعليم والخدمات الأساسية، وتضمن حمايتهم من الزواج المبكر، والتجنيد المبكر للقوات المسلحة وغيرها من القوانين المُرتبطة بالعمر. تُظهر البيانات أيضاً أن الأطفال الفقراء وأطفال المناطق الريفية هم الأكثر تضرراً من هذه القضايا، حيث أن تسجيل المواليد يمكن أن يكون الأكثر فعالية والأقل تكلفة لتوفير الحماية.

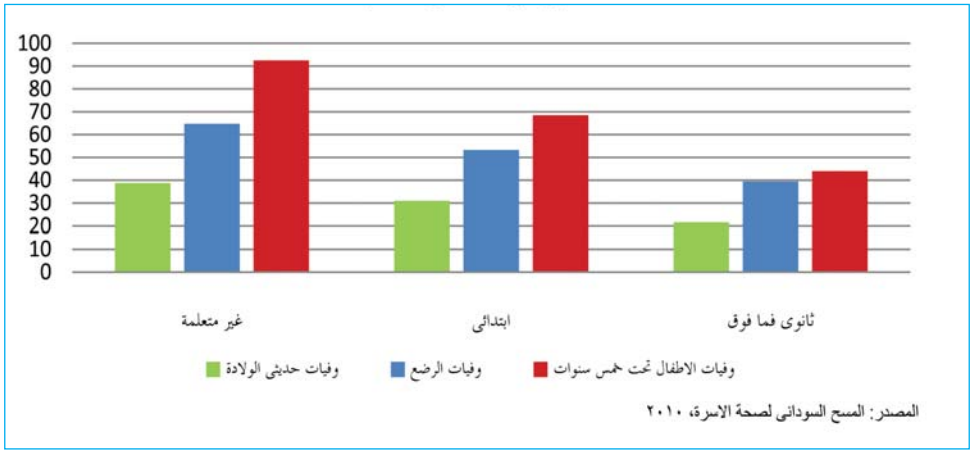
شكل ١٦: تسجيل المواليد اقل فى الريف والخمس الأفقر من السكان.
(الاطفال تحت خمس سنوات)



المصدر: المسح السودانى لصحة الاسرة، ٢٠١٠

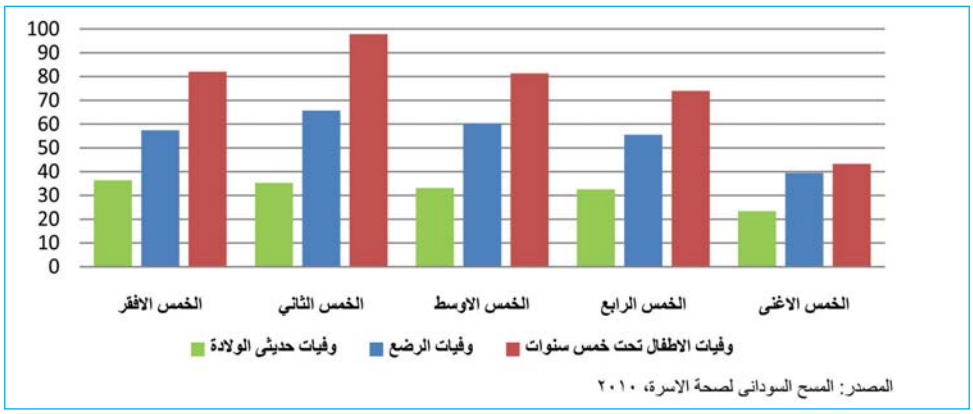
بالرغم من أن هناك فارق ضئيل فى معدلات الوفيات بين المناطق الحضرية والريفية، إلا أن الفارق الحقيقى يظهر عند مقارنة المجموعة الأكثر غنى (٢٠ بالمائة) والأكثر تعليماً من السكان. فالأطفال المولودين فى المناطق الأشد فقراً أكثر إحتمالاً للوفاة، بمقدار الضعف، قبل بلوغهم الخامسة من الذين يولدون لعائلات أغنى (٨٢ حالة وفاة مقارنة مع ٤٣ لكل ١٠٠٠مولود حى). من ناحية أخرى نجد أن أطفال الأمهات غير المتعلمات أكثر إحتمالاً بالضعف للوفاة قبل سن الخامسة من أطفال الأمهات اللآئى حصلن على تعليم ثانوى (٩٢ حالة وفاة مقارنة مع ٤٤ حالة وفاة لكل ١٠٠٠ مولود حى).

شكل ١٧: معدلات وفاة الاطفال اقل للامهات فى مستوى تعليمى اعلى
(من كل ١٠٠٠ ولادة حية)



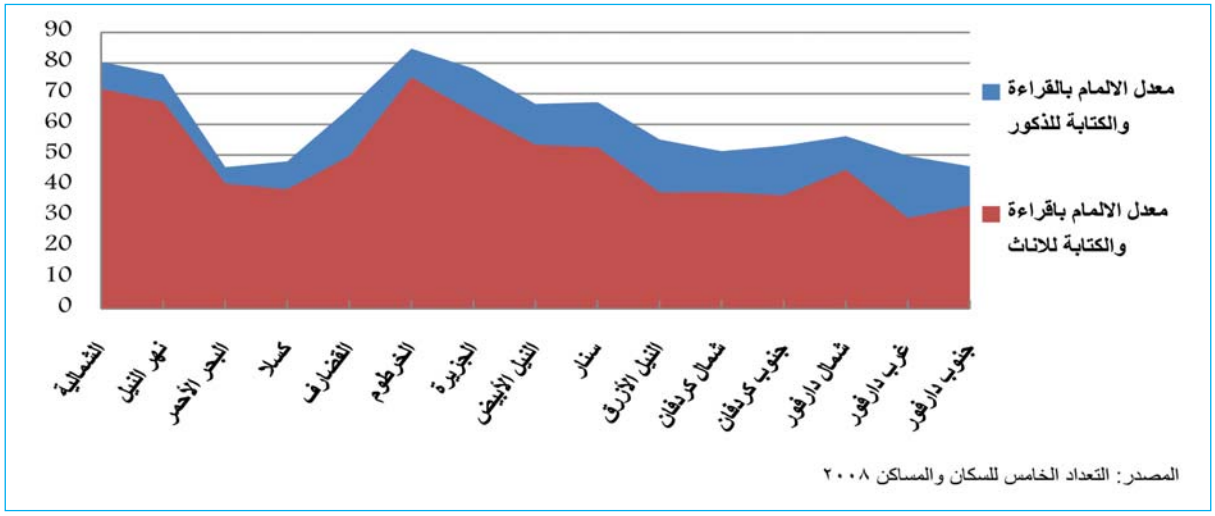
المصدر: المسح السودانى لصحة الاسرة، ٢٠١٠

شكل ١٨: الاطفال فى الخمس الافقر من السكان اكثر تعرضا للوفاة من الأطفال في الخمس الغني
(من كل ١٠٠٠ ولادة حية)



تعكس معدلات المعرفة بالقراءة والكتابة نسبة التفاوت فى التعليم –نسبة أكبر من الرجال المتعلمين فى كل الولايات. مع وجود فوارق كبيرة فى ولايات دارفور وكردفان (الشكل ١٩). إن الفوارق التعليمية بين الجنسين موجودة فى كل الأعمار بين أطفال المدارس. لذلك، فإن توفير مدارس جيدة وصديقة للبنات أمر ضرورى وملح لتقليص تلك الفوارق. ولزيادة معدلات إلتحاق الفتيات بالمدارس لابد من توفير مرافق صحية منفصلة، وتعيين معلمات ومراعاة الفوارق بين الجنسين فى المواد التعليمية.

شكل ١٩: الرجال اكثر الماما بالقراءة والكتابة من النساء فى كل الولايات.
النسبة المئوية للذكور والاناث ٦ سنوات واكثر الذين يعرفون القراءة والكتابة بالولايات



لا تزال طرق جمع البيانات الحالية غير متطورة بما يُمكن من قياس دقيق لحالة الأطفال فاقدى الرعاية الوالدية، والإتجار بهم والمرتبطين بالنزاع المسلح أوالاطفال ذوى الاعاقة [٢٨].

تصنيف البيانات

تم إحراز تقدماً كبيراً فى توفير معلومات أكثر دقة فيما يتعلق بوضع الأطفال والنساء. وبالرغم من أن البيانات على المستوى القومى يُمكن أن تكون مفيدة، إلا أنه من الصعب إعطاء صورة كاملة ودقيقة وأكثر تفصيلاً. إن الفصول التالية تحاول إعطاء وصف لبعض أوضاع الاطفال فى الولايات بإستخدام المعلومات الرسمية المتاحة.

ولكن، ينبغى توفير البيانات على مستوى المجتمعات والمحليات وعلى أساس متكامل، ومواصلة إدراج الفئات الأكثر ضعفاً من الأطفال والتدخلات اللآزمة ضمن أولويات الحكومة ومجتمع التنمية ككل. هنالك حاجة ملحة لبيانات إحصائية دقيقة وشاملة ومفصلة على المستوى الفردى الأقرب للأطفال لقياس ما حققته الولايات من تقدم فى مجال رعاية الأطفال. ويُمكن للبيانات التى يحتويها هذا التقرير أن تكون لبنة هامة بالنسبة لمستقبل السودان، و يُطلق التقرير صيحة تدعو لمواصلة جمع البيانات المفصلة التى يُمكن إستخدامها لوضع السياسات ورصد التقدم المُحرز.

٢٨ اليونيسف، تضييق الفجوة لتحقيق أهداف الألفية، نيويورك، ٧ سبتمبر ٢٠١٠.

على سبيل المثال، نجد أن عدم وجود البيانات الإحصائية الدقيقة يُعد واحداً من الأسباب التى تقعد بالجهود المبذولة لتقديم الأدلة المقنعة للجهات المعنية لتحفيزها لزيادة الدعم لتعليم الأطفال ذوى الإعاقة. إن وضع السياسات ذات الصلة والتخطيط الجيد يعتمد على البيانات الدقيقة والموثقة التى تمكن من تحديد حجم المشاكل والخطط المناسبة لإحتوائها. والحاجة لمعلومات موثقة مطلوبة أيضاً لمعالجة مشكلة أطفال الشوارع، والأطفال فى تماس مع القانون، والأطفال فاقدى الرعاية الوالدية والأيتام.

الطريق إلى الأمام[٢٩]

يعكس هذا التقرير وضع الأطفال بتسليط الضوء على النجاحات التى تحققت مؤخراً والتحديات التى يواجهونها فى مجال الصحة والتعليم والمياه والصرف الصحى، بجانب قضايا حماية الأطفال الأخرى. يوضح التقرير أن الإستثمار الآن فى الأطفال هو فرصة لتحسين رفاهيتهم وضمان التنمية فى سياق مُتماسك الأساس، من شأنه أن يؤدى إلى بيئة تُفضى إلى السلام، وإلى فرص حياة متوازنة وأفضل.

إن عدم المساواة والتفاوت فى توفير وتوزيع الخدمات هو سمة مشتركة بين الولايات المختلفة، وأوجه التفاوت فى تقديم الخدمات واضح بين المناطق المختلفة داخل الولاية الواحدة. فى هذا الصدد، تُشير المؤشرات إلى التباين فى الخصائص السكانية بين المناطق الريفية والحضرية فى الولاية. وغالباً ما يكون سكان الريف والرحل والنازحين من بين فئات السكان الأكثر ضعفاً. فالفقر ونقص المياه الصالحة للشُرب وإنعدام أو ضعف خدمات الصرف الصحى وعدم كفاية الخدمات الصحية والممارسة الواسعة لختان الإناث هى سمات مشتركة بين كل الولايات.

عموماً، هناك فجوة كبيرة بين الجنسين فى معدل الإلتحاق بالتعليم فى جميع الولايات، وتزداد الفجوة بين سكان المناطق الريفية والرُحل. فأطفال الرُحل، على سبيل المثال، هم الأقل إلتحاقاً بالتعليم حيث أن ما نسبته أقل من ١٠ بالمائة كانوا منتظمون فى الحضور للمدرسة عند إجراء تعداد عام ٢٠٠٨ .

بالنظر الى ما ذُكر أعلاه، لا تزال هنالك حاجة لجهود كبيرة لسد الفجوات. ولا تزال الحاجة لإلتزام قوي تجاه الأطفال، وتنسيق أكثر للجهود القائمة وملحة أكثر من أي وقت مضى. يُمكن مواصلة البناء على النجاحات التى شهدتها السنوات الأخيرة من خلال الإلتزام المستمر بحقوق الأطفال ورصد ما يتناسب من الموارد. وهذا يعنى الإستمرار فى جمع بيانات موثقة ومُفصلة لرصد ما تم تحقيقه ولتحديد المجالات التى تحتاج للدعم. إن القوانين والسياسات - المسنودة بالبيانات والتى تدعمها الموارد الكافية والإرادة القوية - يُمكن أن تؤثر على نطاق واسع فى إحداث التغييرات الإيجابية عند تطبيقها بشكل كافى. ويظل تعزيز الشراكات بين المؤسسات الحكومية والمُنظمات الدولية والمُنظمات المحلية وجماعات المجتمع المحلى والزعماء الدينيين والقطاع الخاص والأطفال أنفسهم، حتمى لضمان للوصول إلى الأطفال الأكثر ضعفاً لضمان تغيير أكثر عدالة وديمومة.

٢٩ الرجاء الرجوع للخاتمة فى نهاية التقرير للملخص الخاص بالقطاعات.

١ الولاية الشمالية

بعض من المؤشرات الرئيسية - المسح السودانى لصحة الاسرة ٢٠١٠ (٪)	
تسجيل المواليد	٩٤,٣
تغطية التحصين	٦٠,٤
انتشار نقص الوزن العالمى	٢٢,٢
التقزم العالمى	٢٤,٠
سوء التغذية العالمى	١٢,٩
إستخدام مصادر مياه شرب محسنة	٩٣,٢
استخدام مرافق صرف صحى محسنة	٧٣,٥
الالتحاق بالتعليم قبل المدرسى[١]	٦٤
الاستيعاب الظاهري بمرحلة الاساس	٨٤,٧
الاستيعاب الظاهري بمرحلة الثانوي	٥٠,٧
السكان ذوي الاعاقة[٢]	٢,٥
انتشار ختان الاناث (تشويه/ قطع الأعضاء التناسلية للانثى)	٨٣,٨
الزواج المبكر (دون ال١٨ عام)	٢٠,٥
الولادة بحضورمقدم خدمة مؤهله	٩٦,٧
وضع قانون الطفل - سن القوانين	لا
وضع قانون الطفل - مسودة	لا
وضع قانون الطفل - تضمين حظر ختان الأناث	لا
معدل وفيات الرضع[٣](لكل ١٠٠٠ ولادة حية)	٦٥
معدل وفيات الأمهات (لكل ١٠٠,٠٠٠)	٤٣٧

تتميز الولاية الشمالية بأعلى معدل دخل للفرد فى السودان.[٤] إنعكس ذلك إيجاباً على المؤشرات الديموغرافية ومؤشرات التنمية الإجتماعية الأخرى بالولاية وتُعتبر المؤشرات المتعلقة بالنساء والأطفال بالولاية الشمالية الأعلى مقارنة بولايات السودان الأخرى. وفقاً لهذه المؤشرات، تُعتبر الولاية الشمالية الأكثر أماناً لإنجاب الأطفال إذ تتمتع بأعلى تغطية خدمات للرعاية الصحية اثناء فترة الحمل. بجانب ذلك فسهولة الوصول إلى المرافق الصحية ساهمت كثيراً فى التغطية الجيدة للتحصين والتغذية بين الأطفال. مقارنة بباقى الولايات، فإن نسبة عالية من السكان يتمتعون بخدمات المياه المُحسنة والصرف الصحى. تقريباً كل السكان لديهم مراحيض خاصة أو مرحاض بحفرة. الإستثناء الوحيد هو المناطق الريفية لقبائل البشاريين والعبابدة الذين يقيمون فى الصحراء فى الأجزاء الشرقية والشمالية الشرقية للولاية.

وفقاً لبيانات المسح السودانى لصحة الأسرة (٢٠١٠) فإن معدل المعرفة بالقراءة والكتابة للإناث بلغ ٦٣ بالمائة، أى ما يقارب أربعة أضعاف المعدل القومى.

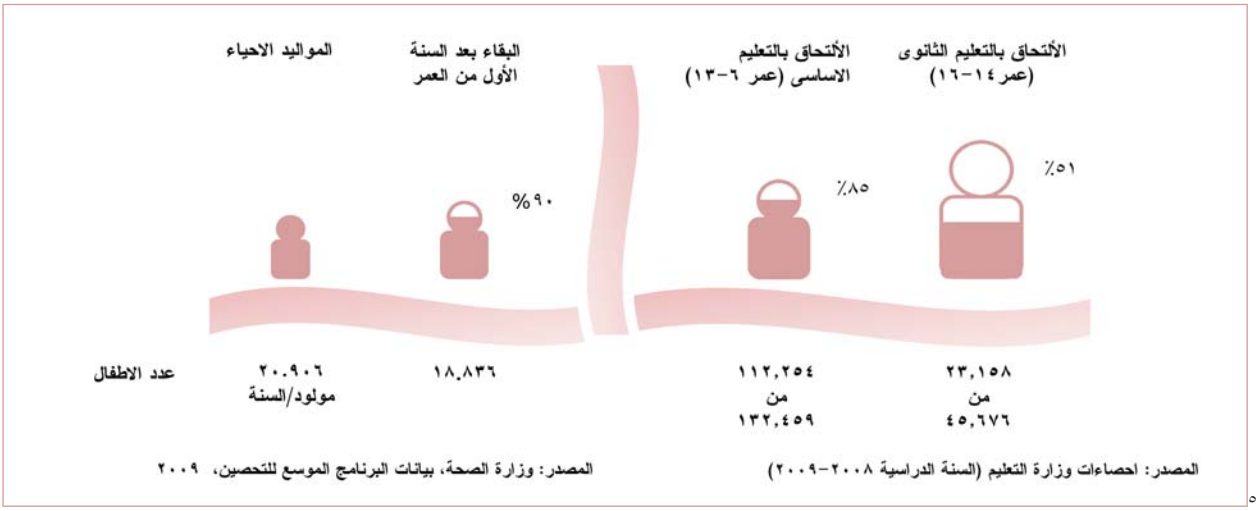
هنالك نسبة عالية من الإيرادات تأتى من صيد الأسماك التى توفر مصدراً جيدا للدخل خاصة بعد إنشاء سد مروى. بجانب ذلك إجتذب تعدين الذهب، فى العامين الماضيين، الآلاف من مناطق مختلفة من البلاد للولاية، وتدفقت أعداد هائلة من الباحثين عن الذهب وأرتفع الطلب على الخدمات المصاحبة مما خلق فرصاً جديدة للعمل وأسواق، خصوصاً فى المراكز الحضرية التى شهدت زيادة فى المعاملات والأنشطة الإقتصادية.

ومع ذلك تظل السياسات الإستراتيجية وتخطيط الموازنات مدعومة بالإلتزام القوى من جانب الحكومة والإرث الثقافى الغنى، هو المحرك الحقيقى للتقدم فى هذه الولاية. أضف الى ذلك، الإمتداد المحدود للمنطقة المأهولة بالسكان و إنحصاره على ضفتى النيل، جعل من السهل توفير الرعاية الصحية والتعليم والخدمات الأخرى لسكان الولاية.

الإ أن ذلك لايعكس تقدماً متساوياً لمؤشرات التنمية على مستوى الولاية. فالولاية الشمالية هى أكبر الولايات من الناحية الجغرافية مساحة بينما يبلغ عدد سكانها ٦٨٦,٠٠٠ (تعداد ٢٠٠٨)، البنية التحتية فى العديد من مناطق الولاية فقيرة، والعديد من القرى الصغيرة لاتوجد بها الخدمات الأساسية. فأطفال البدو الرُحل، على سبيل المثال، هم الأقل نسبة إلتحاق بالمدارس، والسبب الأرجح لذلك هو إنخراطهم فى نشاطات إقتصادية مختلفة، مما يجعلهم من أكثر مجموعات الأطفال المُستضعفة فى الولاية الشمالية.

١ جميع إحصاءات التعليم من وزارة التعليم العام، أحصاءات التعليم، ٢٠٠٨-٢٠٠٩
٢ الأشخاص ذو الاعاقة، لديهم نوع من العجز الجزئي لكن غالبا ما تتطور لديهم قدرات فائقة أخرى لتعويض عجزهم (بيانات تعداد ٢٠٠٨)
٣ المصدر: معدل وفيات الرضع والامهات الجهاز المركزى للاحصاء، تعداد ٢٠٠٨
٤ مجموعة الإدارة المالية والمشتريات، منطقة أفريقيا، التقييم المتكامل للنظام المالى السودان (CIFA) ٢٠٠٥-٢٠٠٧، البنك الدولي، مايو ٢٠١٠، ص ٢٥

الشكل١,١ : بقاء الرضع والالتحاق بالمدرسة فى الشمالية



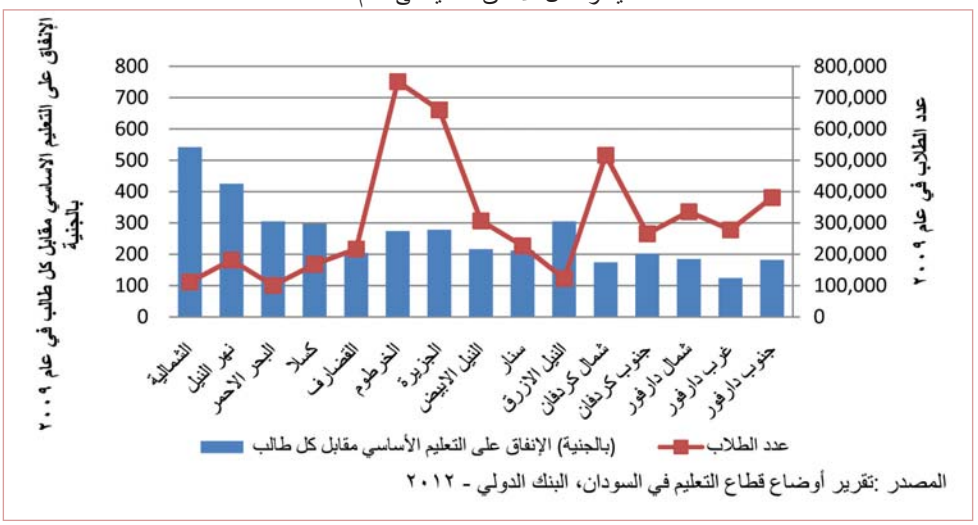
التعليم

جسدت تجربة الولاية الشمالية ما يُمكن تحقيقه من خلال الإلتزام القوي للحكومة بدعم التعليم. فقد إستثمرت الولاية بشكل كبير فى التعليم الأساسى، حيث يبلغ الإنفاق على الطالب (٥٤٢ جنيه) أكثر من أي ولاية أخرى وحتى أكثر من المعدل القومى البالغ ٢٦٢ جنيه (الشكل ١,٢). نتيجة لذلك نجد أن نسبة التلاميذ للمعلمين صغيرة ومعظم المعلمون مدربون وفرص التعليم المُبكر متاحة للأطفال بنسبة أكبر من معظم الولايات الأخرى.[٦]

نتيجة لهذا الإلتزام حققت الولاية أعلى نسبة للإلتحاق بالتعليم الأساسى فى كل السودان (٩٢ بالمائة)، بزيادة خمس نقاط عن عام ٢٠٠٦ (المسح السودانى لصحة الأسرة) . أيضاً، الإلتحاق بالمدارس الثانوية بالولاية من أعلى المُعدلات فى السودان، ففى غضون أربع سنوات فقط إزدادت النسبة من ٣٩ إلى ٤٧ بالمائة. تُشير بيانات تعداد عام ٢٠٠٨ أن حوالي ١٤٤,٥٠٠(٨١ بالمائة) من جملة ١٧٨,٥٠٠ من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين (٦ و١٦) كانوا ملتحقون بالمدرسة وقت التعداد.

شكل ١,٢ : الولاية الشمالية بها أعلى معدل انفاق للتلميذ:

عدد التلاميذ ومعدل الانفاق للتلميذ فى عام ٢٠٠٩



يُلاحظ أن الحكومة قد نجحت فى هذه الولاية الريفية والكبيرة جداً فى رفع مُعدل الإلتحاق العادل بالمدارس وتقليل الفجوة النوعية بين الذكور والإناث، وأيضاً بين المناطق الحضرية والريفية. ففى مدارس الأساس، ليست هنالك فجوة فى مُعدل الإلتحاق بالمدارس بين الجنسين. بينما فى المدارس الثانوية يبدو أن هنالك فجوة عكسية بين النوعين، بإرتفاع نسبة إلتحاق الإناث (٥٢ فى المائة) مقارنة بالذكور (٤٣ فى المائة). وفقاً لتعداد ٢٠٠٨ الفجوة فى الإلتحاق ضئيلة جداً بين سكان الحضر والريف، حيث أن نسبة إلتحاق الأطفال بالمدارس فى المناطق الريفية، أقل بنسبة ضئيلة، عن المناطق الحضرية.

٥ عدد الأطفال الملتحقين تشمل الأطفال من جميع الأعمار، في حين المقام يحتوى على السكان فى الأعمار من ٦-١٣ بالنسبة للتعليم الأساسى، بينما للتعليم الثانوي السكان فى الفئة العمرية ١٤-١٦. و قد يؤدي هذا إلى ارتفاع معدل الالتحاق بالمدارس من الواقع.

٦ المصدر: وزارة التربية والتعليم وتقرير البنك الدولي « أوضاع قطاع التعليم في السودان» –٢٠١١.

لم يتحقق هدف تعميم التعليم (الهدف الثانى للألفية) إلى الآن، ويُمكن القول أن تلك هى نقطة البداية للتحدى الحقيقى. فالوصول إلى نسبة الثمانية بالمائة المتبقية من الأطفال فى سن المدرسة (الأساس) يتطلب زيادة الجهود الرامية إلى معرفة عدد الأطفال فى سن التعليم وتحديد المُنتظمين منهم فى الدراسة. فأطفال الرُحل، على سبيل المثال، أقل من ١٠ بالمائة منهم كانوا ملتحقون بالمدارس عند إجراء التعداد (٢٠٠٨). فالأطفال ذوى الاعاقة، و أولئك الذين يعيشون فى الشوارع، والأطفال فاقدى الرعاية الوالدية وغيرهم من الفئات الضعيفة، كل هذه قد تكون من المجموعات غير المشاركة فى النظام المدرسى.

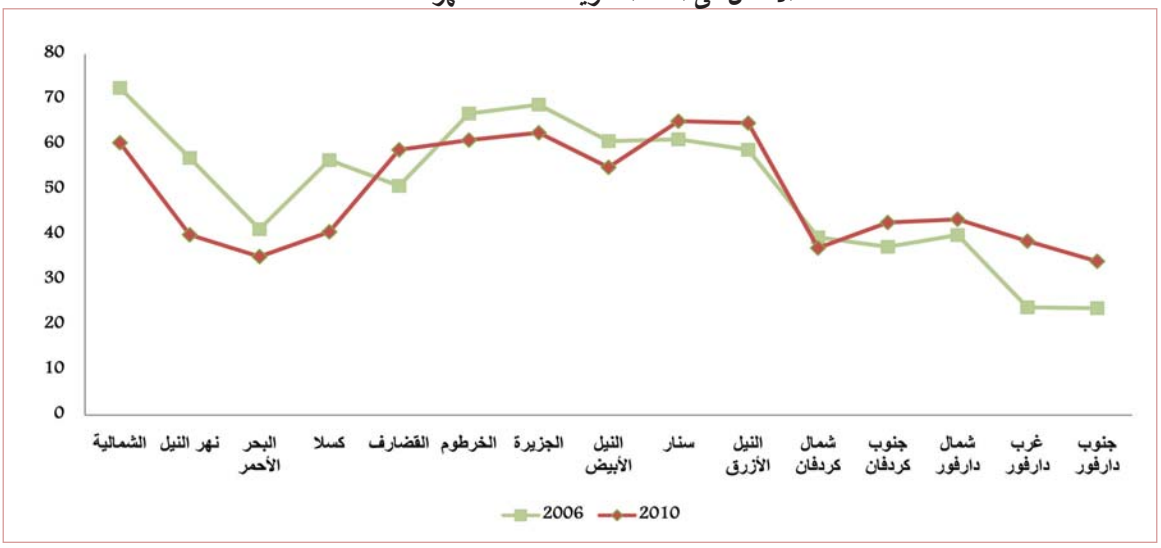
يجب إعطاء التعليم الثانوى أهمية قصوى فى إطار الجهود المبذولة لتحقيق أهداف الألفية للتنمية بخصوص التعليم الإساسي. وعليه لا بد من بذل المزيد من الجهود لفهم ومعالجة الأسباب الجذرية التى تحول دون إلتحاق الأطفال بالمدارس والتمكن من إكمال المرحلة الثانوية. فمن المعروف، مثلاً، أن زواج الأطفال شائع فى الولاية الشمالية، حيث تدل البيانات أن خُمس النساء اللآئى تتراوح أعمارهن بين (٢٠-٤٩) تزوجن قبل بلوغهن سن الثامنة عشر. كذلك نجد أن الإهتمام بالأعمال المنزلية يُمكن أن يكون سبباً آخر لترك المدرسة. هذه القضايا تحتاج لمزيد من الفهم والمعالجة.

الصحة

تتفوق الولاية الشمالية فى كثير من المجالات على الولايات الأخرى، الأمر الذى يجعل من المستغرب أن نرى الأداء الضعيف نسبياً عندما يتعلق الأمر بالتحصين. بالرغم من إختلاف البيانات التى يُظهر بعضها إنخفاضاً فى معدلات التحصين وفى أخرى تُظهر زيادة فى معدلات الأداء ولكنها عموما أقل من المتوسط. إلا أن ذلك يؤدى إلى نفس النتيجة، حيث من الواضح أن هناك مجالات تحتاج إلى المزيد من العمل لتحسين مؤشراتها.

وفقاً لمسحى صحة الأسرة فى السودان(٢٠٠٦- ٢٠١٠) تراجعت الولاية من المركز الأول إلى المركز الخامس بين ولايات السودان من حيث نسبة الأطفال المُحصنين بالكامل (الشكل ١,٣)[٧]. ففى عام ٢٠٠٦، كان أعلى معدل تغطية ٧٣ بالمائة، وفى غضون الأربع سنوات التالية، إنخفضت التغطية إلى ٦٠ بالمائة بعد ولايات سنار والنيل الأزرق والجزيرة والخرطوم.

الشكل ١,٣: أنخفض عدد الأطفال المحصنين بالكامل ما بين عامى ٢٠٠٦-٢٠١٠
الأطفال فى الفئة العمرية ١٢-٢٣ شهر



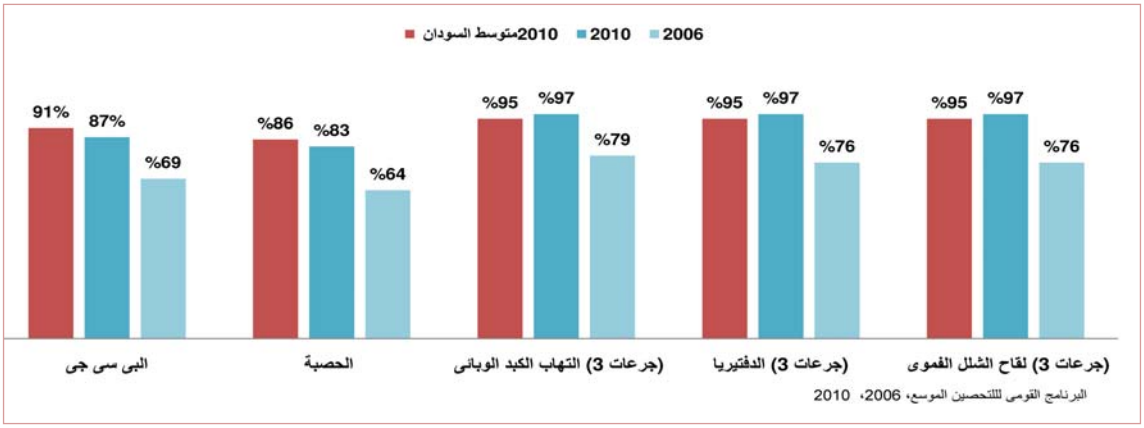
تُشير بيانات البرنامج القومى للتحصين الموسع بوزارة الصحة، إلى أن المؤشرات تسير فى الإتجاه المعاكس، حيث تعكس البيانات زيادة فى مُعدل التحصين فى الفترة بين عامي ٢٠٠٦ و٢٠١٠ (الشكل ١,٤). على الرغم من أن البيانات لا تشمل معدلات تغطية التحصين الشامل، إلا أنها تُظهر زيادات فى معدلات التحصين ضد الحصبة ولقاح (بى سى جى) للدرن، واللقاح الفموى لشلل الأطفال والخُماسى[٨]. وعلى الرغم من التحسن النسبى، إلا أن معدلات التحصين ضد السل والحصبة تبقى دون المعدلات فى بعض ولايات السودان الأخرى[٩]. ويرجع جزءُ من الأسباب لقلة وسائل النقل فى الولاية الشمالية مما يحد من تنفيذ أنشطة التوعية ومن تنشيط حملات التحصين.

٧ استخدم مسحى صحة الأسرة تعريفين مختلفين للتطعيم الكامل. بالنسبة للجولة الاولى من المسح، المطعمين بالكامل هم الأطفال الذين تلقوا جرعات البى سى جى، الحصبة، وثلاث جرعات الثلاثى (الدفتريا، التتانوس والسعال الديكى) والجرعات الفموية الثلاث للشلل. بالنسبة للجولة الثانية للمسح، الأطفال المطعين بالكامل هم الذيت تلقوا البى سى جى، الحصبة، الجرعات الفموية الثلاث لشلل الاطفال وثلاث جرعات من الخماسى

٨ اللقاح الخماسي يشمل (الدفتيريا والسعال الديكي، والكزاز، و التهاب الكبد الوبائي (ب) ولقاح (هيموفلس نوع B))، ويتطلب ثلاث جرعات للحصول على الحماية الكاملة. بدأ التطعيم الخماسي في السودان من يناير ٢٠٠٨.

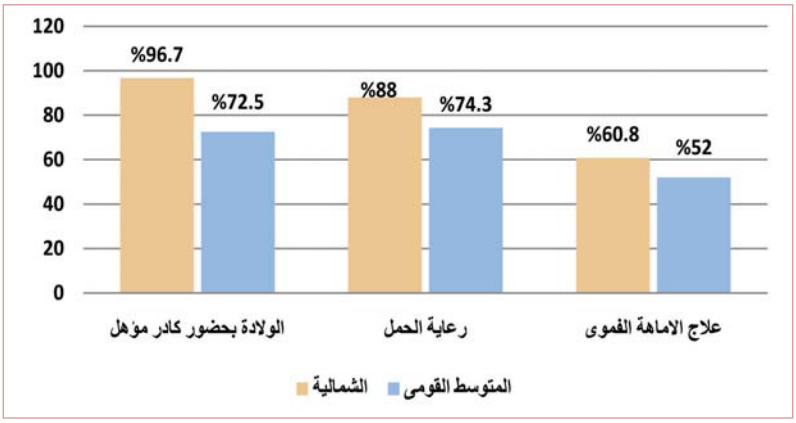
٩ يستخدم برنامج التحصين الموسع الرضع على قيد الحياة (جميع الولادات ناقص الوفيات في السنة الأولى من العمر) كمقام، باستثناء البى سى جى، والذي يستخدم مجموع عدد الولادات الحية. المسح السودانى لصحة الأسرة يستخدم الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ١٢-٢٣ شهرا باعتباره مقام.

الشكل ١,٤: تحسن تغطية التحصين بالولاية الشمالية ما بين عامى ٢٠٠٦ - ٢٠١٠



جميع المؤشرات الصحية فى هذه الولاية تقريباً مؤشرات جيدة وتعكس وضعاً أفضل من المتوسط القومى: لمعدلات وفيات الأمهات والأطفال أقل من ٥ سنوات والأطفال حديثى الولادة. على سبيل المثال، نجد أن كل ولادة حية تمت بإشراف كادر مدرب، وهو عامل مهم فى توفير العناية لإنقاذ حياة الأمهات والأطفال على حد السواء. ودلت نتائج المسوحات على أن ما يقارب ٩٧ بالمائة من النساء اللآئى تتراوح أعمارهن بين (١٥-٤٩) من اللآئى شملهن المسح أبلغن عن إشراف طبيب أو قابلة مدربة أو قابلة تقليدية على الولادة. ووجد أن ٨٨ بالمائة تلقين خدمات رعاية صحية اثناء فترة الحمل، وأن ٥١ بالمائة من النساء وضعن حملهن فى مرفق صحى مُجهز وذلك بأكثر من ضعف المتوسط القومى. كذلك ٦١ بالمائة من الأطفال الذين تقل أعمارهم عن سن الخامسة ويعانون من الإسهال تلقوا العلاج عن طريق الفم (الإرواء الفموى) وهى أفضل نسبة فى السودان إلى جانب جنوب دارفور، رغم ذلك فإن الوضع لم يختلف كثيراً عما كان عليه فى عام ٢٠٠٦.

الشكل: ١,٥ النسبة المئوية للقابلات الماهرات (SBA)، خدمات رعاية الحوامل (ANC)، وعلاج الارواء الفموى (ORT) في الولاية الشمالية

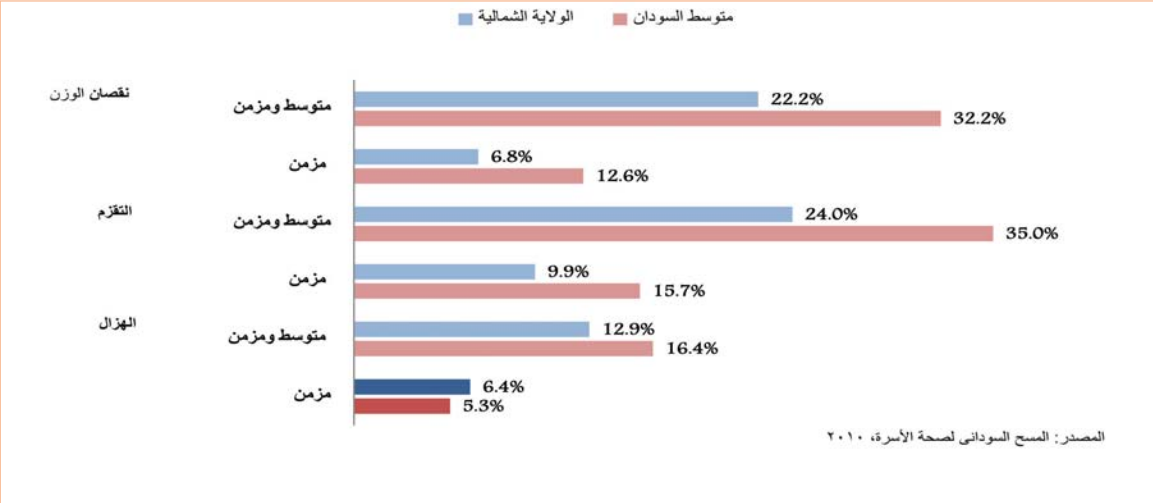


التغذية

إستناداً على المعايير الدولية،[١٠] تعكس مستويات سوء التغذية الحاد وضعاً خطراً، فى حين تُصنف مستويات سوء التغذية المُزمن بأنها "متوسطة"[١١]. على الرغم من هذا، فإن الولاية الشمالية هى من بين الولايات الأفضل حالاً فى السودان قياساً على هذه المؤشرات، مع أن معظم المؤشرات أقل من المتوسط القومى (الشكل ١,٦). مؤشر سوء التغذية الحاد يدل على أن الولاية الشمالية أفضل بكثير مقارنة بالمُعدل القومى، إلا أن نسبة الهُزال أعلى من المُعدل القومى، حيث بلغت ٦,٤ بالمائة، وبالتأكيد سوف يؤثر هذا على مستويات بقاء الطفل حياً.

١٠ المسح السودانى لصحة الأسرة.
١١ الحالة المادية :استخدام وتفسير الأنثروبومترية . تقرير لجنة خبراء منظمة الصحة العالمية. ١٩٩٥ الفصل ٥ ص ٢٠٨ و٢١٢.

الشكل ١,٦: معدلات التغذيه بالولاية الشماليه افضل من المعدل القومى، ما عدا معدل الهزال

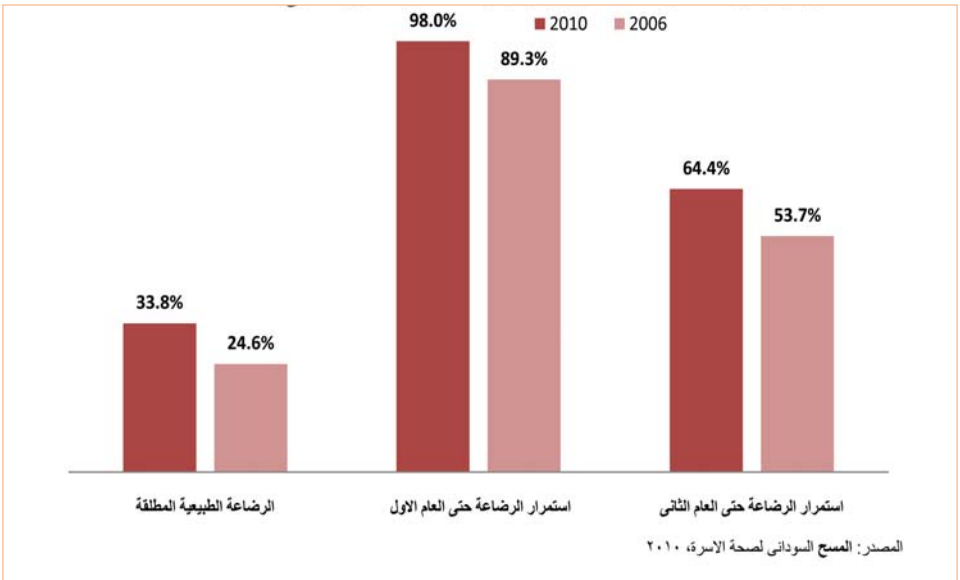


رغم المؤشرات العالية إلا أن مُعدل نوعية التغذية فى الولاية الشمالية أقل من كثير من ولايات السودان الأخرى، فمثلاً نجد أن الأطفال فى خمس من ولايات السودان يتناولون غذاءاً افضل من أطفال الولاية الشمالية (بنسبة ٣٥ بالمائة وهو مُعدل أقل من القضارف ٥٠ بالمائة والنيل الأزرق ٤٥ بالمائة والخرطوم ٤١ بالمائة والنيل الأبيض ٣٧ بالمائة وجنوب كردفان ٣٦ بالمائة) حوالى الثلث من الأطفال فى الفئة العمرية بين ٦ إلى ٢٣ شهراً يحصلون على الحد الأدنى لعدد الوجبات يومياً وذلك حسب ما تدل عليه بيانات المسح السودانى لصحة الأسرة ٢٠١٠.

طبقاً لبيانات المسح السودانى لصحة ألاسرة (٢٠١٠) وفيما يتعلق بتوفير فيتامين (أ) فإن الوضع يوصف بأنُه متوسط، حيث تلقى ٦١ بالمائة من الأطفال فى عمر (٦-٢٣ شهراً) فى الولاية مُكملات فيتامين (أ) فى الأشهر الستة السابقة للمسح وهو مؤشر يقع فى منتصف الطريق تقريباً بين ولاية غرب دارفور الأقل مرتبة (٣٢ بالمائة) وولاية النيل الأزرق الأعلى مرتبة (٨٣ بالمائة).

فيما يتعلق بمجالات التغذية الأخرى فإن المؤشرات تعكس تحسناً ملحوظاً مقارنةً بعام ٢٠٠٦، لكنها لا تزال دون المعدلات القومية. أما الرضاعة الطبيعية خلال الأشهر الخمسة الأولى من العمر، فأزدادت معدلاتها من ٢٥ بالمائة فى عام ٢٠٠٦ إلى ٣٤ بالمائة فى عام ٢٠١٠ (الشكل ١,٧) ومع ذلك لا تزال أقل من المعدل القومى البالغ ٤١ بالمائة.

الشكل ١,٧: أزدادت الرضاعة الطبيعية بالولاية الشمالية ما بين عامى ٢٠٠٦ - ٢٠١٠



يُعتبر نقص اليود هو السبب الوحيد الأكبر للتخلف العقلى الذى يُمكن الوقاية منه، ومع ذلك فقط ١ بالمائة من الأسر تستهلك الملح المُعالج باليود على نحو كاف (١٥ جزء في المليون أو أكثر). هنالك تحسناً ملحوظاً مقارنة بمعدل ٢٠٠٦ (٠,٢ بالمائة). ومع ذلك، فإنه دون المعدل القومى البالغ ٩,٥ بالمائة.

ختان الإناث

الولاية الشمالية لديها أعلى معدل لختان الإناث فى كل السودان. هنالك ٨٤ بالمائة من الفتيات والنساء خضعن للختان ما يشير إلى أن نسبة المختونات تبلغ خمسةً من كل ست نساء. المخاطر الناتجة عن الختان معروفة للنساء، بدءاً من الإلتهابات المعدية والألم المُبرح المُرتبط بعملية الختان وإنتهاءاً بالمُضاعفات المُرتبطة بالولادة مستقبلاً.

يبدو أن المرأة، بشكل لا يُصدق، تؤيد الإستمرار فى ممارسة الختان. حيث أن أكثر من نصف النساء اللائى سبق لهن الزواج ينوين ختان بناتهن، و٣٩ بالمائة من النساء فى الفئة العمرية (١٥ إلى ٤٩) يعتقدن أنه ينبغى مواصلة هذه الممارسة، مقارنة مع ٣٥ بالمائة فقط من الرجال.

بناءاً على ذلك، فجميع أفراد المجتمع تقع عليهم مسؤولية العمل على وقف هذه الممارسة الضارة. النظرة الإجتماعية من أن الفتيات اللواتى يتم ختانهن أكثر قبولاً اجتماعياً ولديهن فرص أفضل للزواج يجب أن تتغيير، لذلك وحتى تتغير مواقف أفراد المجتمع تجاه الختان وحماية الفتيات منه، سوف تستمر هذه الممارسة الضارة تؤثر على صحة المرأة.

نداء للعمل

- تعزيز تجربة إستمرار الإستثمار فى التعليم بالوصول لآخر ثمانية بالمائة من الأطفال فى سن الالتحاق بمرحلة الأساس، مما يعنى تحديد أعداد ومكان تواجد هؤلاء الأطفال، وتحديد الأسباب الجذرية للتسرب المدرسى.
- التعرف على الأسباب الجذرية لإنخفاض نسبة الحضور للتعليم فى المدارس الثانوية وزيادة الجهود الرامية إلى إنتظام الأطفال فى سن الدراسة الثانوية فى دراستهم.
- زيادة الإستثمار فى القطاع الصحى، من خلال ضمان كوادر كافية وجيدة ونقاط تقديم خدمات مُجهزة وتطوير مؤسسية نظام المعلومات الصحية.
- إبراز أهمية التغذية بوصفها مشكلةً صحيةً عامةً تحتاج إلى معالجة، من خلال تحديد الأسباب والمُعالجات المناسبة المطلوبة للحد من سوء التغذية الحاد (الهُزال).
- الدعوة والعمل على إدراج التغذية ضمن القضايا ذات الأولوية للسياسات القومية والولائية مما يُمكن من تعزيز التخطيط الإستراتيجى وزيادة الدعم المخصص. على سبيل المثال، بموجب القانون يجب الإلزام بإضافة اليود إلى الملح.
- تكثيف المبادرات المجتمعية التى تساهم فى رفع الوعى حول أضرار ختان الإناث مما يُساهم فى تغيير السلوك والمواقف الإجتماعية. ومن التوصيات الضرورية سن وتفعيل قانون الطفل بالولاية الشمالية والذى يشمل حظر ختان الإناث كمبادرة رائدة لدعم جهود التوعية الأخرى.
- إتاحة فرصة الإستفادة من التجارب السابقة لأفضل الممارسات بنشرها على نطاق واسع. مثال ذلك، الإستثمار فى التعليم فى الولاية الشمالية والعائد الناتج منه يُمكن أن يكون مثالاً يحتذى فى الولايات الأخرى.

٢ ولاية نهر النيل

بعض من المؤشرات الاساسية – المسح السودانى لصحة الاسرة (٪) ٢٠١٠	
تسجيل المواليد	٨٢,٦
تغطية التحصين	٤٠,٠
انتشار نقص الوزن العالمى	٣٢,٢
التقزم العالمى	٣٠,٣
سوء التغذية العالمى	١٨,٥
إستخدام مصادر مياه شرب محسنة	٨١,١
استخدام مرافق صرف صحى محسنة	٤٢,٤
الالتحاق بالتعليم قبل المدرسى[١]	٦٢,٧
الاستيعاب الظاهري بمرحلة الاساس	٨٨,٥
الاستيعاب الظاهري بمرحلة الثانوي	٤٧,٤
السكان ذو الاعاقة[٢]	٥,٠
انتشارختان الاناث (تشويه/ قطع الأعضاء التناسلية للانثى)	٨٣,٤
الزواج المبكر(دون ال ١٨ عاما)	٢٧,٣
الولادة بحضور شخص مؤهل	٩١,٢
وضع قانون الطفل- تم سن القانون	لا
وضع قانون الطفل- مسودة	لا
معدل وفيات الرضع[٣] (لكل ١٠٠٠ ولادة حية)	٦٩
معدل وفيات الامهات (لكل ١٠٠,٠٠٠ ولادة حية)	٤٤٣

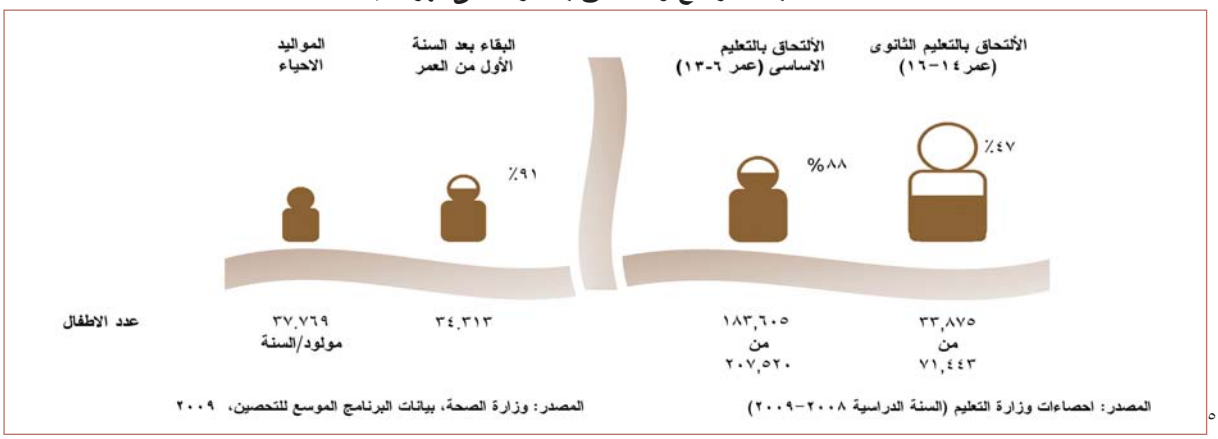
تزدهر ولاية نهر النيل بالموارد الغنية والتربة الخصبة على طول ضفاف النيل. يعمل ٤٢ بالمائة من القوى العاملة فى الولاية بالزراعة وصيد الأسماك. فى الآونة الأخيرة، أضاف تعدين الذهب فوائد اقتصادية وساهم فى توفير فرص عمل أكبر لسكان الولاية. الإ أن إزدياد القوى العاملة فى تعدين الذهب كان على حساب القوى العاملة فى القطاع الزراعى. من ناحية أخرى أضاف إنشاء سد مروى مورداً آخر للرزق بفضل توفر الكهرباء مما شجع على الإستثمار فى صناعة الاسمنت، وحالياً هناك ثلاثة منشآت لمصانع جديدة للاسمنت تعمل بالولاية بجانب المصنع القديم فى عطبرة.

إن ولاية نهر النيل قد نعمت نسبياً بمنأى من أسباب إنعدام الأمن والصراعات التى أثرت على بعض جيرانها في شرق السودان، مما ساهم فى دفع عملية التنمية دون عوائق تُذكر. إلا أن السكان الذين يعتمدون فى معيشتهم على النيل مُعرضون كثيراً للفيضانات وإنخفاض مستويات المياه.

وفى الوقت نفسه، نجد أنه على الذين لا يقطنون على ضفاف النيل تحمل الجفاف ودرجات الحرارة العالية صيفاً والتعايش مع الطبيعة القاحلة والتى لا تتوفر بها إلا القليل من الموارد اللآزمة للبقاء.

يعيش حوالى ٦٨ بالمائة من سكان الولاية (١,١ مليون) فى المناطق الريفية و٢٩ بالمائة فى المناطق الحضرية و ٢,٦ بالمائة فقط هم من البدو الرحل[٤]. الأطفال يُشكلون ٤٣ بالمائة من سكان الولاية. فمن مجموع ٣٤,٣٠٠ طفل ولدوا أحياء فى خلال ال ١٢ شهراً السابقة لتعداد ٢٠٠٨، نجد أن حوالي ٣١,١٠٠ (٩١ فى المائة) كانوا على قيد الحياة وقت التعداد.

الشكل: ٢,١ بقاء الرضع والالتحاق بالمدرسة فى نهر النيل



٥

١ جميع إحصاءات التعليم من وزارة التعليم العام، أحصاءات التعليم، ٢٠٠٨-٢٠٠٩
٢ الأشخاص ألمعوقين، لديهم نوع من العجز الجزئى لكنه غالباً ما تتطور لديهم قدرات فائقة أخرى لتعويض عجزهم (بيانات تعداد ٢٠٠٨)
٣ المصدر: معدل وفيات الرضع والامهات الجهاز المركزى للاحصاء، تعداد ٢٠٠٨
٤ بناءً على بيأنات تعداد ٢٠٠٨
٥ عدد الأطفال الملتحقين تشمل الأطفال من جميع الأعمار، في حين المقام يحتوى على السكان فى الأعمار من ٦-١٣ بالنسبة للتعليم الأساسى، بينما للتعليم الثانوي السكان فى الفئة العمرية ١٤-١٦. و قد يؤدي هذا إلى ارتفاع معدل الالتحاق بالمدارس من الواقع.

المياه والصرف الصحي والنظافة

بلغت نسبة سكان الولاية الذين يتمتعون بخدمات مياه الشُرب المُحسنة ٨١ بالمائة من جملة السكان وهى نسبةً عاليةً جداً. من ناحية أخرى، نسبة الحصول على مرافق الصرف الصحى المُحسنة منُخفضة. فقط ٤٢ بالمائة من السكان لديهم إمكانية الحصول على المراحيض المُحسنة، بينما ٣٧ بالمائة لديهم مراحيض غير مُحسنة و٢٠ بالمائة من سكان الولاية يمارسون التبرز فى العراء وهى ممارسة ضارة صحياً وتُساهم فى الإنتشار السريع للأمراض. إن فرص الحصول على مرافق الصرف الصحى المُحسنة لأطفال المدارس مُنخفضة إن لم تكن معدومة. قدرت الخطة الإستراتيجية للمياه والصرف الصحى للدولة (٢٠١١ - ٢٠١٦) الحصول على مرافق الصرف الصحى المُحسنة بنسبة ٥٩ بالمائة و٨١ بالمائة للمدارس والمرافق الصحية بالولاية على التوالى.

الصحة

لولاية نهر النيل واحداً من أفضل المؤشرات الصحية فى السودان. فهنالك أكثر من ٧٥ بالمائة من المرافق الصحية توفر خدمات الإدارة المتكاملة لإمراض الطفولة للأطفال الأقل من ٥ سنوات الذين يصابون بأمراض الإسهال والملاريا والإلتهاب الرئوى وغيره من أمراض الطفولة الشائعة[٦]. بلغت نسبة التغطية الشامله بخدمات طوارئ الولادة نسبة ١٠٠ ٪[٧] ومعدل وفيات الأمهات أقل بكثير من المتوسط القومى.

ولاية نهر النيل من أعلى الولايأت من حيث التغطية بخدمات التحصين. ووفقاً للبيانات الصادرة عن البرنامج القومى للتحصين الموسع (٢٠١٠)[٨]، فإن مُعدلات تغطية التطعيم للأطفال أقل من عمر سنة بلقاح (بي سي جي) ضد السُل ولقاح الحصبة والجرعات الثلاث اللازمة من لقاح شلل الأطفال (لقاح شلل الأطفال عن طريق الفم) والخُماسى[٩] هى ٩٥ و٩٥ و٩٨ و٩٨ بالمائة على التوالى . وعلى ضوء هذه النسب نجد أن مُعدلات التغطية بالتطعيم فى ولايات النيل الأزرق وغرب دارفور والجزيرة أفضل من ولاية نهر النيل.

يرجع نجاح الولاية فى مجال التحصين إلى حد كبير لوجود موظفى البرنامج الموسع للتحصين المُدربين، على عكس الولايات الأخرى حيث أن نسبة كبيرة من العاملين هم من المتطوعين نتيجة للنقص فى الكادر الوظيفى. هنالك أيضاً سهولة الوصول إلى خدمات التحصين، وفى العامين الماضيين تم إنشاء ما يقرب من ٢٠ مرفق صحى جديد. إضافة لذلك فإن جهود الولاية فى التواصل والتعبئة الإجتماعية، كانت فعالة وناجحة، مما أدى لقبول وإستيعاب عالى لخدمات التحصين.

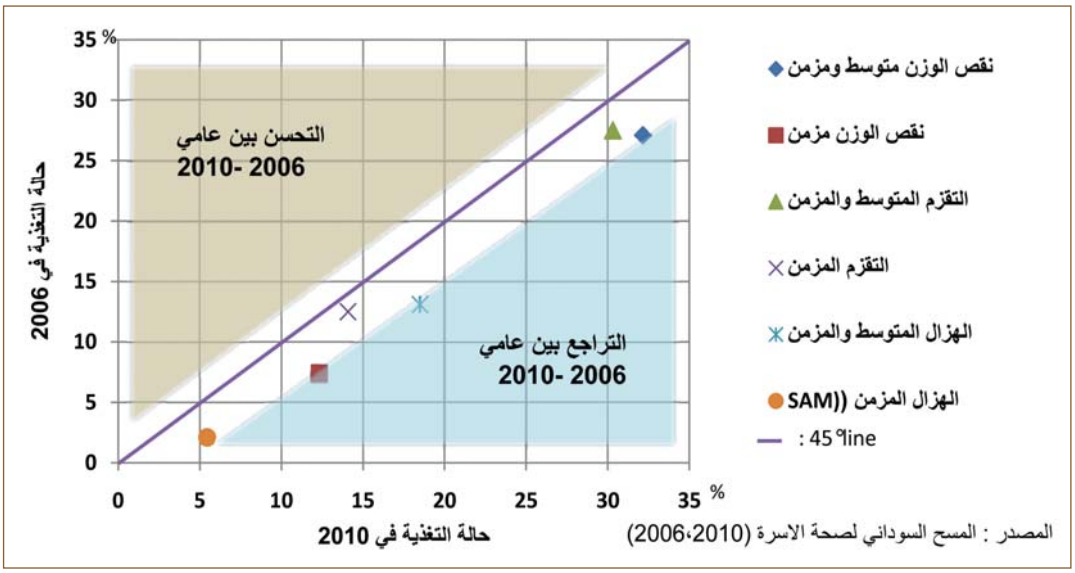
أما المسح الأخير لصحة الأسرة٢٠١٠ يشير إلى أن أكثر من نصف الأطفال بالولاية، أوما يزيد قليلاً، فى الفئة العمرية ١٢-٢٣ شهراً تلقوا الجرعات الثلاث اللآزمة للقاح الشلل، متفوقة بذلك على ولايات البحر الأحمر، غرب دارفور وكسلا فقط والتى كانت معدلات التغطية بها أقل من ولاية نهر النيل. هذا الإنخفاض الحاد فى نسبة التغطية بلقاح شلل الاطفال من ٧٣,٣ بالمائة فى ٢٠٠٦، يُمكن تفسيره بصعوبة الوصول إلى أطفال البدو الرحل بالولاية.

التغذية

وفقاً للمعدلات العالمية، هنألك نسبةً "عالية" من الأطفال الذين يعانون من التقزم فى ولاية نهر النيل، ومستويات "حرجة" لسوء التغذية الحاد. فضلاً عن ذلك، فأكثر من واحد من كل ٢٠ طفلا يعانى من سوء التغذية الحاد والشديد[١٠]، وهو فى نفس المُعدل القومى للسودان فى الوقت الحاضر.

٦ وزارة الصحة الأتحادية، وحدة الادارة المتكاملة لامراض الطفولة، ٢٠١٠
٧ وزارة الصحة الاتحادية، وحدة الصحة الأنجابية، ٢٠٠٨
٨ يستخدم برنامج التحصين الموسع الرضع على قيد الحياة (جميع الولادات ناقص الوفيات في السنة الأولى من العمر) كمقام، باستثناء البى سى جى، والذي يستخدم مجموع عدد الولادات الحية. المسح السودانى لصحة الأسرة يستخدم الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ١٢-٢٣ شهرا باعتباره مقام.
٩ اللقاح الخماسي يشمل (الدفتيريا والسعال الديكي، والكزاز، و التهاب الكبد الوبائي (ب) ولقاح (هيموفلس نوع B))، ويتطلب ثلاث جرعات للحصول على الحماية الكاملة. بدأ التطعيم الخماسي في السودان في الفترة من يناير ٢٠٠٨.
١٠ سوء التغذية الحاد والشديد SAM هو الهزال الشديد، يعرف بانه الوزن المنخفض جدا للطول (اقل من ثلاث انحرافات معيارية عن القيمية الوسيطية لمعيار منظمة الصحة العالمية)

الشكل ٢,٢: زاد سوء التغذية في نهر النيل بين عامي ٢٠٠٦ و٢٠١٠(الأطفال دون سن ٥)



النسبة المئوية للأطفال فى الفئة العمرية من صفر الى خمسة أشهر الذين يرضعون رضاعة طبيعية فى إزدياد (من ٢٧,٥ بالمائة إلى ٤٠ بالمائة)، حسب نتائج مسح الأسرة لعامي ٢٠٠٦ و٢٠١٠. لا تزال غالبية الأطفال لا يرضعون رضاعة طبيعية، مما يُساهم فى تقليل مناعة الأطفال ضد أمراض الطفولة ويُعرض عدداً كبيراً منهم للخطر. وقد وُجد أن مُعدل إستهلاك فيتامين (أ) بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٦-٢٣ شهراً لم يتجاوز ٤٩ بالمائة فى عام ٢٠١٠. أما نسبة إستهلاك الملح المُعالج باليود فلا تتجاوز ٢ بالمائة تقريباً، ثلاثة أضعاف مستواه فى عام ٢٠٠٦، وأقل من المُعدل القومى البالغ ٩,٥ بالمائة. ما زالت هنالك حاجة للمزيد من الجهود للتحسين ومواصلة التقدم. وهذا يُشكل تحدياً فى مجال التغطية بخدمات التحصين على وجه الخصوص، حيث قد تخدع التغطية العالية المعنيين بالأمر بإكتمال العمل. ولكن الوصول إلى المتبقى من الأطفال غير المُطعمين، والذى يتوقع أن يكون أقل من ١٠ بالمائة، هو أمر ضرورى لتحقيق التنمية العادلة. عليه، يجب توسيع الجهود الرامية لتوسيع مظلة التحصين لتشمل الأطفال فى المناطق البعيدة والنائية. وفى هذا السياق، تجدر الإشارة الى تثمين مساهمة المجتمع الدولى فى تحقيق المعدلات الحالية. لابد من التوعية بأهمية التغذية فى نمو الطفل والعمل على خفض الإتجاهات السالبة، ليس فقط من أجل تحقيق الهدف الأول للألفية، والذى يدعو للقضاء على الفقر المُدقع والجوع، ولكن أيضاً من أجل التنمية والتقدم فى نهر النيل. فالتغذية الجيدة تُحسن كثيراً من فرص الطفل فى البقاء على قيد الحياة خلال السنوات الخمس الأولى من الحياة، فضلاً عن زيادة فرصة تحقيق التنمية العادلة. والمعروف أن الأطفال الأصحاء هم الأكثر فرصةً للبقاء على قيد الحياة، وأداءهم المدرسى أفضل، ولديهم فرص أكبر للمشاركة فى النشاط الإقتصادى، وإنجاب أطفال أصحاء مستقبلاً.

التعليم

معدلات الإلتحاق بمدارس الأساس ومعدلات الإستمرار فى الدراسة عاليةً بولاية نهر النيل. إجمالى عدد الأطفال في سن الدراسة يبلغ ٢٠٧,٥٢٠ (حسب أحصائيات التعليم ٢٠٠٨/٢٠٠٩). نجد ٨٨,٥ بالمائة من هؤلاء (١٨٣,٦٥٥) والذين فى عمر الدراسة بمرحلة الأساس منتظمون حالياً بالمدارس، فى حين أن ما نسبته ٤٧,٤ بالمائة من الأطفال فى سن المدرسة الثانوية منتظمون بمدارسهم[١١]. كلا المُعدلين أعلى من المتوسط العام فى السودان والتى تبلغ ٧٢ و٣٣ على التوالى. مُعدل البقاء فى المدرسة أعلى من كل ولايات السودان، فجميع الطلاب الذين يدخلون الصف الأول تقريباً (٩٧ بالمائة)، يبقون حتى الصف الثامن. ونسبة عدد التلاميذ للتلميذات فى كل الفصول الدراسية ولكل الفئات العمرية تقريباً متساوى.

ويُعزى أساس النجاح فى إحراز مُعدلات عالية فى التعليم بولاية نهر النيل للإستثمار الحكومى فى هذا المجال. فالإنفاق فى مجال التعليم الأساسى لكل طالب هو ثانى أعلى مُعدل بالبلاد و يبلغ ٤٢٥ جنيها فى حين المُعدل الوطنى هو ٢٦٢ جنيها . هذا النجاح كان الدافع لتوفير المزيد من الكتب المدرسية، ومعينات التدريس من سبورات وأدراج وغيرها. وقد أوفت الحكومة بإلتزاماتها تجاه العاملين فى المدارس من خلال دفع الرواتب كاملة لهم، وبالتالى ضمان توظيف وإستبقاء المعلمين المُدربين وبالتالى المحافظة على فصول دراسية غير مكتظة بالتلاميذ. ومن المؤشرات الجيدة أن هنالك ثلاثة من أصل أربع مدارس تمتع بخدمات مياه نظيفة فى مواقعها مما ساهم فى منع إنتشار الأمراض المنقولة بواسطة المياه.[١٢]

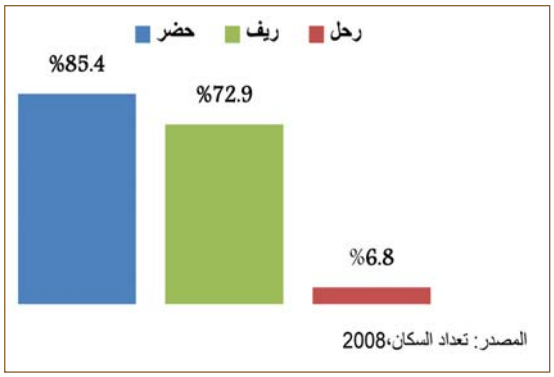
أضاف الإستثمار من جانب الحكومة فى توفير بيئة تعليمية آمنة للأطفال حافزاً للأسر لإرسال أطفالها إلى المدارس، ومن نتائج مسح ٢٠٠٨، وجد أن الأسباب الرئيسية لتغيب التلاميذ عن المدرسة فى السودان، شملت نقص الكتب المدرسية، وتغيب المعلمين وإعتلال

١١ النسبة المئوية للإلتحاق بمرحلة الأساس ٨٨,٥ بالمائة وللمدارس الثانوية ٤٧,٤ بالمائة حسب احصاءات التعليم، ٢٠٠٨/٢٠٠٩ ص ٣٨ و٤١.
١٢ البنك الدولى « تقرير حالة قطاع التعليم فى السودان» ٢٠١١ ص: ١٤٣-١٤٤

الصحة. فالنجاح الذى تحقق فى ولاية نهر النيل هو مثال لكيفية التصدى لهذه العوامل والذى بدوره ساهم فى تحقيق نتائج طيبة.[١٣] لذلك، يجب على القائمين بأمر التعليم فى ولاية نهر النيل مواصلة الجهد حتى يتم إستيعاب كل أبناء الولاية فى التعليم. مع أن مُعدلات الإستيعاب بالمدارس عالية فى غالبية المناطق الريفية والحضرية، إلا أن هنالك حوالى ٧ بالمائة فقط من الأطفال الرُحل الذين تتراوح أعمارهم بين ٦ إلى ١٦ يحضرون للمدرسة وفقاً لتعداد عام ٢٠٠٨ (الشكل ٢,٣). كذلك الفئات الاكثر ضعفاً مثل (المُشردين، والأيتام) هذه المجموعات غالباً ما تبقى غير مرئية لقطاع التعليم. فى المجموع، أكثر من ٦٦,٠٠٠ طفل فى نهر النيل كانوا خارج المدرسة عندما أُجرى تعداد عام ٢٠٠٨. لذلك يجب مواصلة الجهود لإستيعاب أطفال الفئات الضعيفة وضمان التعليم للجميع.

الشكل ٢,٣ النسبة المئوية للطلاب الملتحقين

حاليا بالمدرسة بولاية نهر النيل(الاطفال فى الفئة العمرية ٦-١٦ سنة)



ختان الإناث

ولاية نهر النيل لديها واحداً من أعلى مُعدلات ختان الإناث فى السودان حيث أن ٨٣ بالمائة من الفتيات والنساء تعرضن لهذا الإجراء، مما يعنى أن خمسة من بين كل ست نساء مختونات. ومخاطر الختان معروفة للنساء، بدءاً من العدوى والألم المُبرح بعد الختان، إلى المُضاعفات التى تحدث أثناء الولادة فى وقت لاحق من الحياة.

ما يُثير الدهشة هو أن المرأة هى التى تُساهم فى إستمرار هذه الممارسة، حيث أن ٧٥ بالمائة من النساء المتزوجات فى الفئة العمرية (١٥-٤٩) يعتزمن ختان بناتهن. وأظهرت المسوحات أن ٤٦ بالمائة من النساء فى الفئة العمرية (١٥-٤٩)، يعتقدن أن الممارسة ينبغى أن تستمر، مقارنة مع ٣٠ بالمائة من الرجال.

إن الحد من هذه الممارسة الضارة مسؤولية تقع على عاتق أفراد المجتمع وصانعى السياسات والحكومة. أما النظرة إلى أن الفتيات اللواتى يتم ختانهن أكثر قبولاً إجتماعياً ولديهن فرص أفضل للزواج فيجب أن تتبدل. لذلك وحتى تتحول مواقف أفراد المجتمع من تكريس الأذى لتوفير الحماية للفتيات، سوف تستمر هذه الممارسة الضارة.

نداء للعمل

- تعزيز نجاح الإستثمار فى التعليم بإستيعاب ما تبقى من الأطفال فى سن الإلتحاق بمرحلة الأساس ممن هم خارج المدرسة حالياً. وهذا يعنى إحصاء ومعرفة أعداد وأماكن تواجد هؤلاء الأطفال، وتحديد الأسباب الجذرية للتسرب المدرسى.
- التعرف على الأسباب الجذرية لنسب الحضور المنُخفضة للتعليم فى المدارس الثانوية وزيادة الجهود الرامية إلى ضمان إلتحاق الأطفال فى سن الدراسة الثانوية بالمدارس.
- زيادة الإستثمار فى القطاع الصحى، وفى التوعية والوصول بالخدمات الصحية لأطفال البدو الرحُل.
- إبراز أهمية التغذية بوصفها مشكلة صحية عامة تحتاج إلى معالجة. وينبغى أن تُضمن كأولوية فى السياسة العامة لتعزيز التخطيط الإستراتيجى وزيادة التمويل.
- تشجيع المبادرات المجتمعية التى ترفع الوعى حول الأضرار التى يسببها ختان الإناث مما يساهم فى تغيير المعتقدات الإجتماعية. أيضاً القوانين التى تُحظر ختان الإناث والتى يتم تنفيذها على نحو فعال يمكن أن يكون لها دور كبير فى الحد من إستمرار هذه الممارسة.
- تعبئة أفراد المجتمع للدفاع عن حقوق الطفل بين واضعى السياسات وضمان دعمهم للتشريعات والقوانين المتعلقة بألطفل.

٣ ولاية البحر الأحمر

بعض من المؤشرات الاساسية – المسح السودانى لصحة الاسرة ٢٠١٠ (٪)	
تسجيل المواليد	٦٥,٠
تغطية التحصين	٣٥,١
انتشار نقص الوزن العالمى	٤٩,٢
التقزم العالمى	٥٤,١
سوء التغذية العالمى	٢٨,٥
إستخدام مصادر مياه شرب محسنة	٨٥,٦
استخدام مرافق صرف صحى محسنة	٢٤,١
الالتحاق بالتعليم قبل المدرسى[١]	٦٣
الاستيعاب الظاهري بمرحلة الاساس	٣٦,١
الاستيعاب الظاهري بمرحلة الثانوي	١٧
السكان ذوي الاعاقة[٢]	٣,٧
انتشارختان الاناث (تشويه/ قطع الأعضاء التناسلية للانثى)	٧٦,٥
الزواج المبكر (دون ال١٨ عام)	٣٣,٢
الولادة بحضور شخص مؤهل	٧٢,٠
وضع قانون الطفل- تم سن القانون	نعم
وضع قانون الطفل - تضمين حظر ختان الاناث	نعم
معدل وفيات الرضع[٣](لكل ١٠٠٠ ولادة حية)	٦٦
معدل وفيات الأمهات (لكل ١٠٠,٠٠٠)	٥٥٦

لاتزال ولاية البحر الأحمر تتعافى من ١١ عاماً من الحرب التى إنتهت بإتفاق سلام شرق السودان فى عام ٢٠٠٦. إن التطور فى البنية التحتية من مرافق صحية ومدارس متقدماً على إنشاء وتشييد الطرق الجديدة والتى تسببت أعمال العنف المتفرقة وسوء الطقس فى الحد من بنائها.

إن الغالبية العظمى من سكان الولاية هم من البدو الرُحل الذين يعملون بتربية الماعز والإبل، وظلت مياه الشُرب هى المشكلة الرئيسية التى يعانون منها حيث يسيرون فى بعض الأحيان أياماً عدة للوصول إلى مصادر المياه. والمجموعات السكانية التى تقطن الولاية تتكون من جماعات مُتجانسة من قبائل الهدندوة والبجا، الذين يعيشون فى الجبال والمناطق القاحلة التى تفتقر للحد الأدنى من سبل الحياة. وميناء بورتسودان هو المركز الحضرى الرئيسى بالولاية.

أما فرص العمل للسكان فى أجزاء الولاية الأخرى، خارج حدود مدينة بورتسودان فمحدودة للغاية. ومعظم السكان أُميون ويفتقدون المهارات الأساسية التى من شأنها أن تؤهلهم للعمل فى المناطق الحضرية.

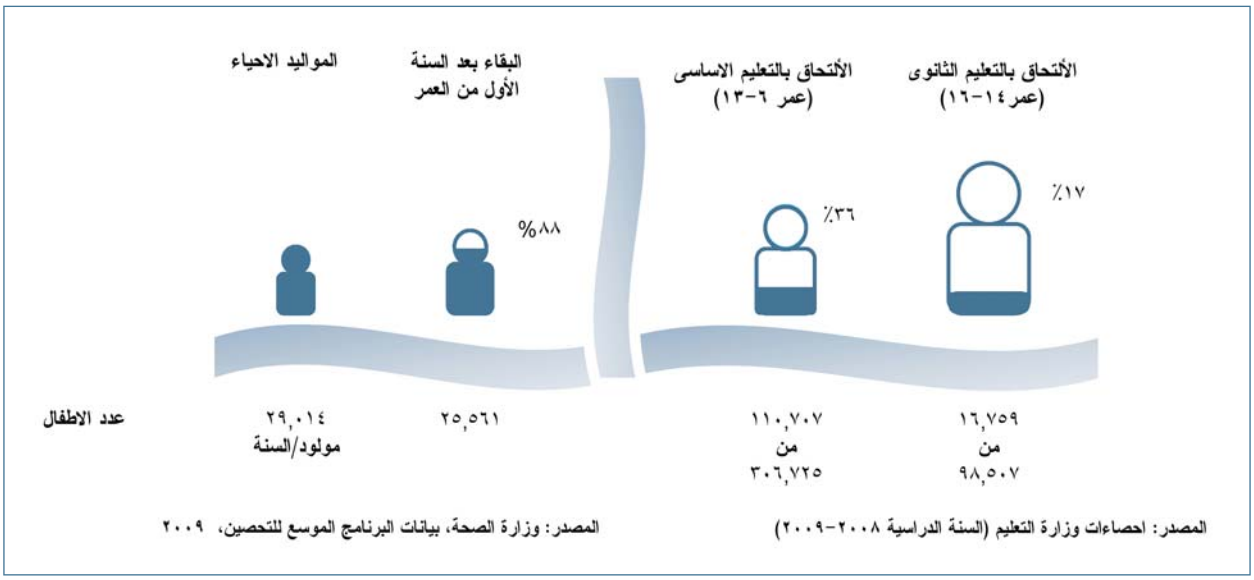
بجانب ما ذُكر، فوجود أعداد كبيرة من النازحين واللاجئين والعائدين يُشكل عامل ضغط إضافى على الإقتصاد. فالعمل بأجر فى القطاع الزراعى هو المصدر الأساسى للدخل فى المناطق الريفية، وذلك للفائض الذى يتوفر فى موسم الحصاد. فالزراعة تلعب دوراً هاماً فى إقتصاد الولاية، وقد أفادت بعض الأسر بأن الجفاف يؤثر على مستوى المعيشة بصورة مباشرة وأستشهدوا بما حدث عند التعداد فى عام ٢٠٠٨. ودلل على ذلك أيضاً ضُعف الإنتاج الزراعى فى موسم ٢٠٠٩- ٢٠١٠ والذى زاد من حدة الفقر فى أوساط الأسر فى الولاية، ولا سيما فى المناطق الريفية.

بالإضافة إلى ذلك، فإرتفاع أسعار السلع الأساسية أجبر الأسر على إنفاق الجزء الأكبر من دخلهم على الغذاء[٤]، مع وجود أكثر من رُبع السكان يعيشون فى بورتسودان (٣٨٨,١٣٢)، فإن إرتفاع وتيرة التحضر هو القضية المركزية فى ولاية البحر الأحمر رغم برنامج الحكومة الطموح للحد من التمدد الحضرى.

يُمكن للبيانات أن تُساهم فى تحسين فهم حالة الأطفال فى البحر الأحمر، إلا أن النظر فى مؤشرات الولاية يُمكن أن يكون خادعاً نظراً للعدد الكبير من الذين يُهاجرون للعمل هناك والذين هم أصلاً أما عمالاً مهرة أو من المتعلمين من الولايات الأخرى. وتظهر الفوارق الكبيرة جلية بين المناطق السكنية المختلفة بسبب التوسع العمرانى داخل وحول بورتسودان.

١ جميع احصاءات التعليم من وزارة التعليم العام، أحصاءات التعليم، ٢٠٠٨-٢٠٠٩
٢ الأشخاص المعوقين، لديهم نوع من العجز الجزئي لكنهم غالبا ما تتطور لديهم قدرات فائقة أخرى لتعويض عجزهم (بيانات تعداد ٢٠٠٨)
٣ مصدر معدل وفيات الرضع والامهات الجهاز المركزى للاحصاء، تعداد ٢٠٠٨
٤ برنامج الامم المتحدة للغذاء « نظام متابعة الأمن الغذائى، الجولة الثالثة: ولاية البحر الأحمر» فبراير ٢٠١١.

الشكل٣,١: بقاء الرضع والالتحاق بالمدرسة فى البحر الأحمر



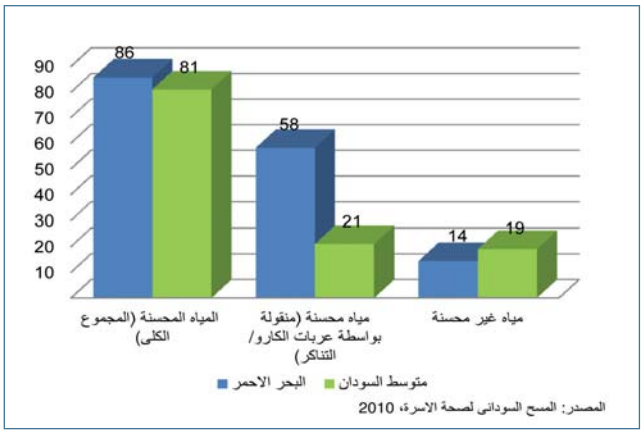
٥

القضايا الرئيسية

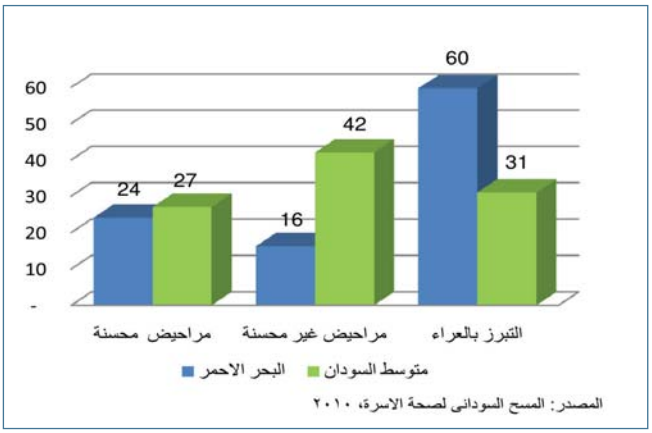
المياه والصرف الصحى والنظافة

على الرغم من أن نسبة الحصول على مياه الشُرب المُحسنة لسكان الولاية تصل ٨٦ بالمائة، (١,١٧٦,٧٦٤) إلا أن ثلثى السكان (٥٨ بالمائة من سكان الولاية) يحصلون على مياه الشُرب من عربات تجرها الدواب (الكارو) أو الناقلات (التانكر) (الشكل رقم ٣,٢). من ناحية أخرى، نجد أن نسبة الحصول على خدمات الصرف الصحى المُحسن منُخفضة جداً حيثُ لا تتجاوز نسبة المستفيدين من المراحيض المُحسنة ٢٤ بالمائة من سكان الولاية (٣٢٨,٣٩٩)، فى حين أن ١٦ بالمائة لديهم مراحيض غير مُحسنة وهنالك ٦٠ بالمائة (٨٢٠,٩٩٨) يمارسون التبرز فى العراء (الشكل ٣,٣)، وهو أعلى معدل مقارنة بولايات السودان الأخرى، وهى ممارسة تُساعد فى سرعة إنتشار الأمراض، علماً بأن المُعدل القومى للتبرز بالعراء ٣١ بالمائة (الشكل ٣,٤).

شكل ٣,٢: الحصول على مياه شرب محسنة

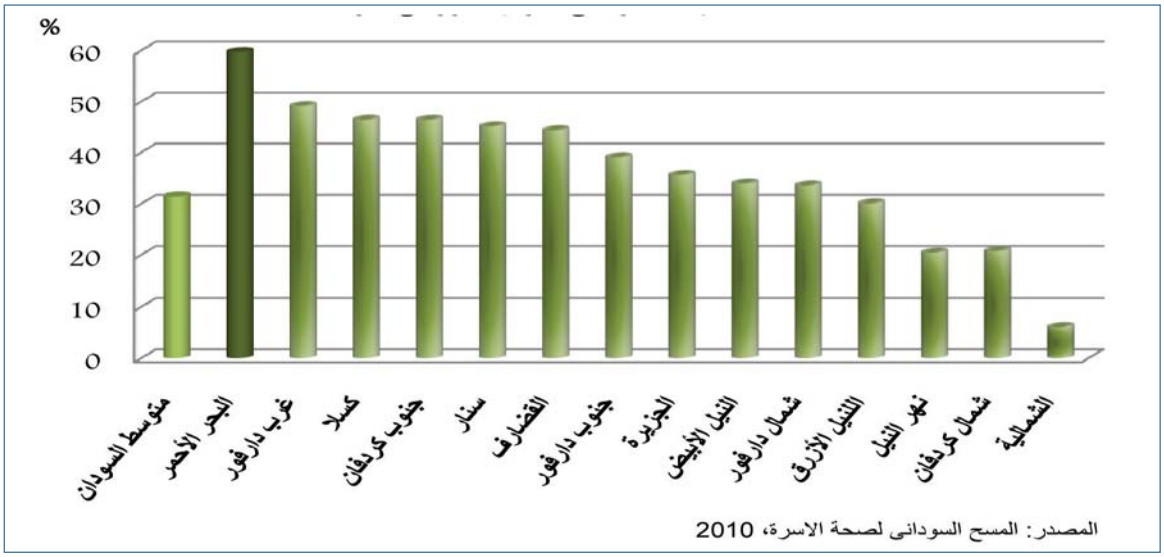


شكل ٣,٣: الحصول على مراحيض محسنة



٥ عدد الأطفال الملتحقين تشمل الأطفال من جميع الأعمار، في حين المقام يحتوى على السكان فى الأعمار من ٦-١٣ بالنسبة للتعليم الأساسى، بينما للتعليم الثانوي السكان فى الفئة العمرية ١٤-١٦. و قد يؤدى هذا إلى ارتفاع معدل الالتحاق بالمدارس من الواقع.

الشكل ٣,٤: ولاية البحر الأحمر لديها أعلى معدلات التبرز فى العراء بالسودان.
النسبة المئوية للاسر التى تمارس التبرز فى العراء



إن فرص الحصول على خدمات صرف صحى مُحسن بالولاية منُخفضة بالمرافق الصحية والمدارس. وقد تضمنت الخطة الإستراتيجية للمياه والصرف الصحى للأعوام ٢٠١١-٢٠١٦ رفع مُعدلات الحصول على خدمات صرف صحى مُحسن بالولاية إلى ٤٩ بالمائة و٣٣ بالمائة للمدارس والمرافق الصحية على التوالى. وما تم تحقيقه من إنجاز فى مجال الصرف الصحى منُخفض بسبب ضعف وعى المجتمع، وعدم وجود سياسات وإستراتيجيات واضحة لتقديم خدمات للصرف الصحى وقلة الدعم المالى الكافى.

التعليم

مؤشرات الحضور للمدارس فى ولاية البحر الأحمر أقل من المُعدل القومى (مسح صحة الاسرة ٢٠١٠/٠٦). مُعدل الإلتحاق بمدارس الأساس بلغ ٦٩ بالمائة، مقارنة مع ٧٥ بالمائة بالنسبة للمعدل القومى. أما نسبة الإلتحاق بالمدارس الثانوية فتبلغ ٢١ بالمائة، وذلك أقل من المُعدل القومى ب ١١ درجة مئوية[٦] وفوق ذلك إنخفضت عن مُعدل الإلتحاق لعام ٢٠٠٦، حيث كانت نسبة الحضور للطلاب فى الفئة العمرية المُحددة للمرحلة الثانوية ٢٩ بالمائة. أما بالنسبة لمدارس الأساس فقد بقيت النسبة بدون تغيير. وقد أوضحت نتائج المسوحات تجاوز عدد الفتيات للفتيان بالمدارس بنسبة ٧ الى٩ بالمائة.

إتخذت حكومة الولاية خطوات جادة لإزالة الحواجز التى تقف فى طريق حضور التلاميذ للمدارس حيث شرعت فى دعم برنامج الغذاء مقابل التعليم منذ سنوات قليلة مضت. ويوفر البرنامج حوافز تستهدف تشجيع التعليم وتحسين الوضع الغذائى للأطفال من خلال تقديم وجبة واحدة على الأقل فى اليوم للأطفال فى سن المدرسة.

إن إستدامة الغذاء مقابل التعليم هى من أكبر التحديات التى تواجه هذا البرنامج. وفى ظروف الأوضاع المالية الصعبة فإن مبادرات الخدمات الإجتماعية غالباً ما تكون أول ما يخرج من قائمة الأولويات. غير أنه ثبت أن هذه المُبادرات تُعد من أنجح الجهود التى تُساعد فى التحفيز من خلال مساعدة الأسر على الصمود فى وجه التحديات. يُمكن لبرنامج التغذية المدرسية الإبقاء على تغذية وصحة الأطفال فى وضع جيد، والأهم من ذلك أنه يُبقيهم فى المدرسة بحيث يُمكن للسكان المتعلمين النهوض بالولاية وتنميتها.

على الرغم من أن البيانات عن أثر البرنامج على مُعدل الحضور للمدرسة والوضع التغذوى للأطفال لم تتوفر بعد، فقد أظهرت المبادرات المماثلة فى جميع أنحاء العالم النجاح فى زيادة الإلتحاق بالمدارس وتحسين تغذية الطفل، وخاصة بالنسبة للأطفال الذين يصعب الوصول لهم.

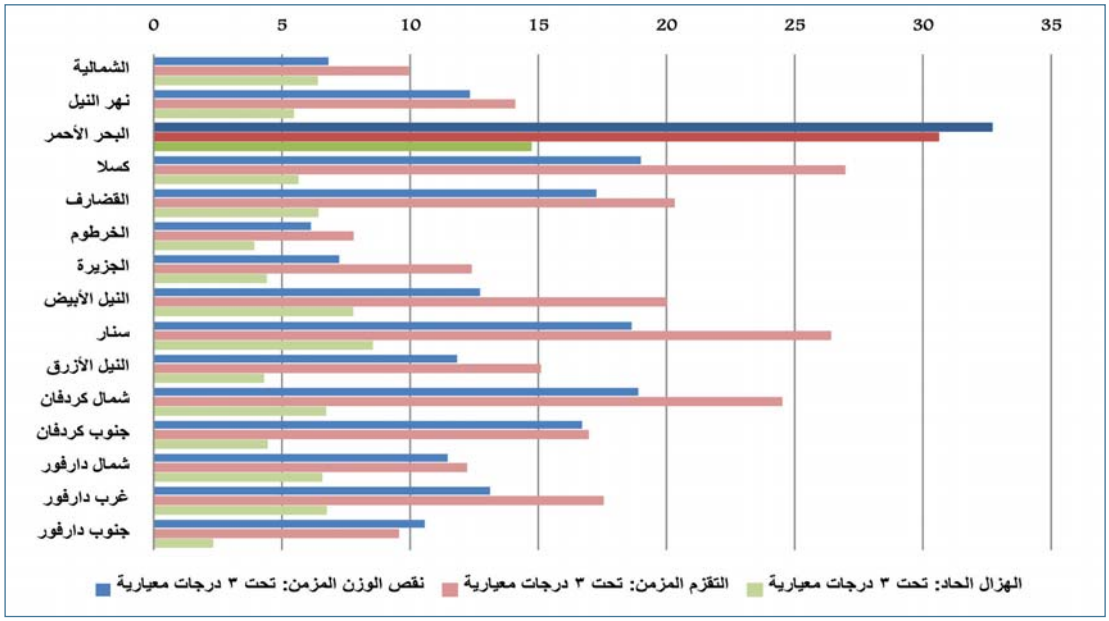
التغذية

مؤشرات مستوى التغذية بين الأطفال دون سن الخامسة فى البحر الأحمر من أدنى المؤشرات مقارنة بأي ولاية أخرى فى السودان. فقد وصل سوء التغذية الحاد[٧]إلى نسبة عالية بلغت ١٤,٧ بالمائة (الشكل ٣,٥) أى ما يقرب من ثلاثة أضعاف المُعدل القومى البالغ ٥,٣ بالمائة[٨]. ونجد أن نصف الأطفال فى الولاية يعانون من نقص فى الوزن (٤٩ بالمائة)، ويتأثر أكثر من النصف (٥٤ بالمائة) من التقزم. وعلى الرغم من إرتفاع نصيب الفرد من نفقات الصحة العامة فى ولاية البحر الأحمر(الشكل ٣,٦)، إلا أن الخدمات الصحية لا تزال دون المستوى المطلوب وغير متوفرة إلى حد كبير لا سيما فى المناطق الريفية.

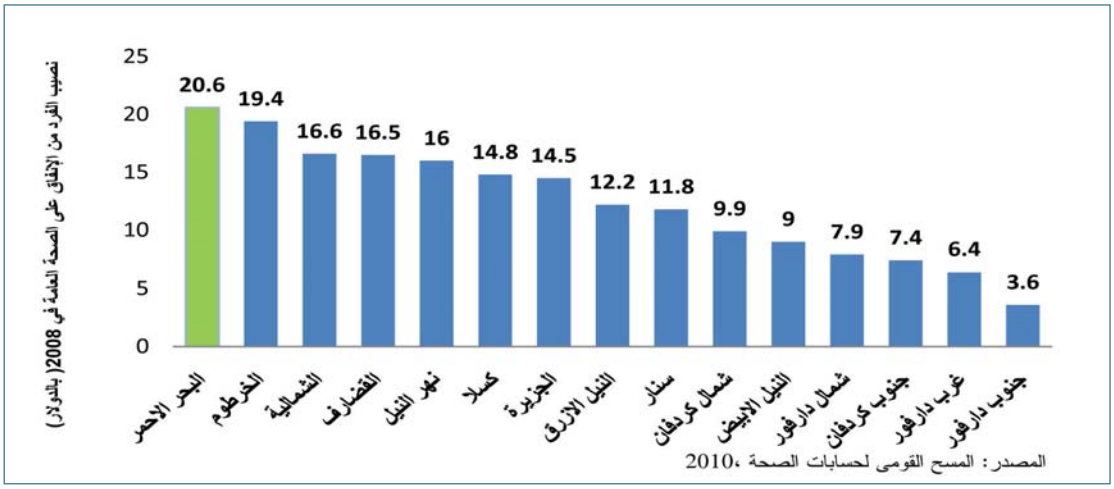
٦ النسبة المئوية للإلتحاق بالتعليم الاساسى ٣٦ بالمائة والثانوى ١٧ بالمائة، أحصاءات التعليم ٢٠٠٨/٢٠٠٩ ص ٣٨ وص٤١ .
٧ سوء التغذية الحاد SAM هو الهزال الشديد، يعرف بانه الوزن المنخفض جدا للطول (اقل من ثلاث انحرافات معيارية عن القيمية الوسيطية لمعيار منظمة الصحة العالمية)
٨ سوء التغذية الحاد SAM هو الهزال الشديد، يعرف بانه الوزن المنخفض جدا للطول (اقل من ثلاث انحرافات معيارية عن القيمية الوسيطية لمعيار منظمة الصحة العالمية)

شكل ٣,٥: ولاية البحر الأحمر لديها أدنى مؤشرات للتغذية فى السودان

النسبة المئوية للاطفال تحت خمس سنوات الذين يتعرضوا لمختلف انواع سوء التغذية

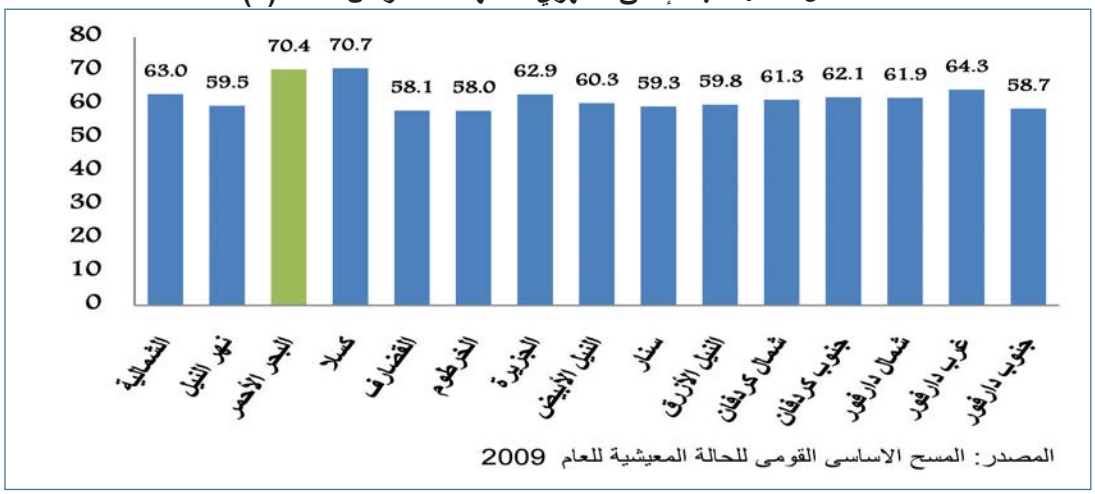


شكل ٣,٦: ولاية البحرالأحمر لديها اعلى معدل لنصيب الفرد من نفقات الصحة العامة



أوضح المسح الأساسى القومى للحالة المعيشية للعام ٢٠٠٩، أن ٧٠ بالمائة من إنفاق الأسر يذهب فى إتجاه الغذاء وتلك واحدة من أعلى النسب فى السودان (الشكل ٣,٧).

شكل ٣,٧: نسبة الإنفاق الشهري لاستهلاك الأسر من الغذاء (٪)

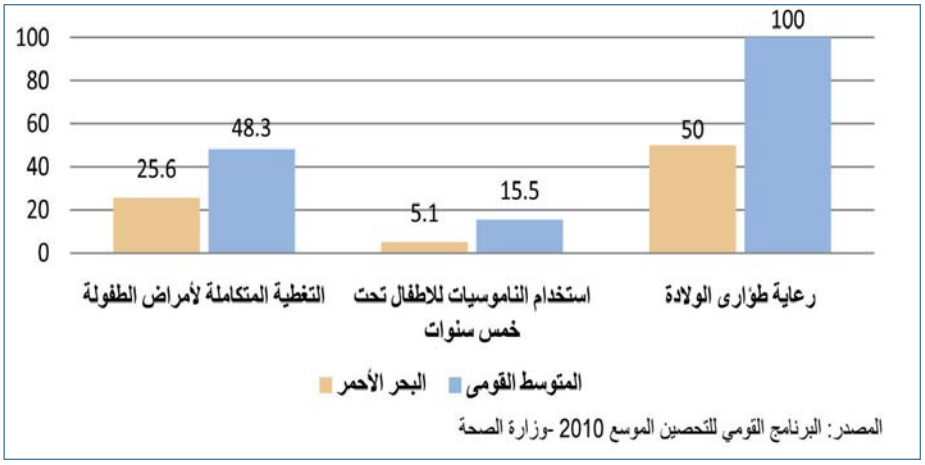


العوامل الأساسية التى تُساهم فى سوء التغذية فى الولاية تشمل التضاريس الصحراوية فى معظم أنحاء الولاية، والمناخ المُتقلب من فيضانات أو جفاف، والتفاوت بين المجتمعات الريفية والحضرية إذ أن البنية التحتية فقيرة وتعكس نقصاً ملحوظاً فى الخدمات فى المناطق الريفية .

الصحة

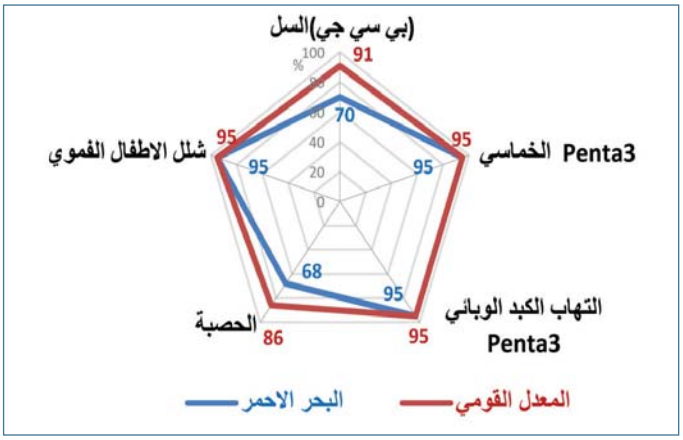
إن مؤشرات ولاية البحر الأحمر تعكس واحداً من أدنى المؤشرات الصحية فى البلاد. وقد أوضحت نتائج المسوحات التى تم إجراؤها فى عامي ٢٠٠٦ و٢٠١٠، أن جميع المؤشرات لوفيات الأمهات والرُضع والأطفال أقل من خمس سنوات، أعلى من المُعدلات القومية. وأظهرت النتائج أيضاً أن ٧٢ بالمائة من الولادات تتم بحضور قابلة مدربة، وأن ٥٠ بالمائة من النساء تلقين خدمات طوارئ الولادة الشاملة[٩] و٢٦ بالمائة فقط من المرافق الصحية توفر خدمات الإدارة المُتكاملة لأمراض الطفولة[١٠]. أما بشأن الوقاية من الملاريا، هنالك ٢٦ بالمائة فقط من السكان يستخدمون الناموسيات المُشبعة طويلة الأمد (LLITN) والشيء الذى يسترعى الإنتباه هو أن ٥,١ بالمائة فقط من الأطفال دون سن ٥ سنوات ينام تحت هذه الناموسيات. (شكل ٣,٨).

شكل ٣,٨ : التغطية بخدمات الإدارة المتكاملة لأمراض الطفولة، واستخدام الناموسيات للاطفال تحت خمس سنوات وخدمات طوارئ الولادة في ولاية البحر الأحمر، ٢٠١٠ (٪)



نسبة التغطية بخدمات التطعيم بولاية البحر الأحمر هي الأقل مقارنة بولايات السودان الأخرى. ووفقاً للجولة الثانية للمسح السودانى لصحة الأسرة، أشارت النتائج إلى أن اقل من نصف الأطفال (٤٨ بالمائة) الذين تتراوح أعمارهم بين ١٢- ٢٣ شهراً تلقوا الجرعات الثلاث اللازمة ضد الشلل، مما يجعلها تتذيل قائمة الولايات الأقل تغطية فى السودان. كما أن المُعدلات تقع دون المتوسط بالنسبة للوصول إلى تطعيم الأطفال الذين يعانون من الحصبة والسُل (بى سى جى). وكذلك الحال بالنسبة للجرعات الثلاث الكاملة من اللقاح الخُماسى[١١]. وعلى حسب نتائج المسوحات السابق ذكرها، هنالك ٤٣ بالمائة فقط من الأمهات مُحصنات ضد الكزاز، وتلك واحدة من أدنى المعدلات فى السودان. مما فاقم من وضع صحة الأطفال وجود عدد قليل جداً من الأطفال الذين لديهم بطاقات للتطعيم (١٨ بالمائة)، أي أقل من نصف المعدل القومى.

الشكل ٣,٩: تغطية التحصين في البحر الأحمر مقارنة بالمعدل القومي



تُظهر مصادر البيانات الأخرى نسباً أفضل لولاية البحر الأحمر من حيث التغطية بخدمات التطعيم، ولكن لا يزال مكانها فى ذيل القائمة مقارنة بالولايات الأخرى. ووفقاً لبيانات تم جمعها من خلال البرنامج القومى للتحصين الموسع لوزارة الصحة (EPI) ٢٠١٠، فإن مُعدلات التغطية بالجرعات الثلاث من الخُماسى والجرعات الثلاث اللازمة من اللقاح الفموى (لقاح شلل الأطفال عن طريق الفم)، ولقاح السُل (بي سي جي) والحصبة هى ٩٥ و٩٥ و٧٠ و٦٨ بالمائة على التوالى. ونسبة تغطية كلاً من الجرعات الثلاث الكاملة من اللقاح الخُماسى واللقاح الفموى لشلل الأطفال فى حدود متوسط مُعدل السودان، فى حين أن لقاح (بي سي جي) والحصبة أقل بكثير من المُعدلات القومية المناظرة البالغة ٩١ و٨٦ بالمائة (الشكل ٣,٩) [١٢]. إن التغطية بخدمات التحصين ضعيفة لعدة أسباب منها: قلة الكادر

٩ وزارة الصحة الاتحادية، التقرير السنوى لوحدة الصحة الانجابية لعام ٢٠٠٨.
١٠ وزارة الصحة الاتحادية، التقرير السنوى الإدارة المتكاملة لأمراض الطفولة، ٢٠١٠.
١١ اللقاح الخماسي يشمل (الدفتيريا والسعال الديكي، والكزاز و التهاب الكبد الوبائي (ب) ولقاح (هيموفلس نوع B)، ويتطلب ثلاث جرعات للحصول على الحماية الكاملة. بدأ التطعيم الخماسي في السودان في الفترة من يناير ٢٠٠٨.
١٢ يستخدم برنامج التحصين الموسع الرضع على قيد الحياة (جميع الولادات ناقص الوفيات في السنة الأولى من العمر) كمقام، باستثناء البى سى جى، والذي يستخدم مجموع عدد الولادات الحية.. المسح السودانى لصحة الأسرة يستخدم الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ١٢-٢٣ شهراً باعتباره مقام

الوظيفى العامل فى التحصين أضافة إلى أن نسبة كبيرة منهم من المتطوعين، وذلك بجانب ضعف المقدرات الإدارية ووجود مجموعات من السكان الرافضين للتطعيم والخدمات الصحية الأخرى نظراً لقلة الوعى والمُعتقدات الإجتماعية غير الصحيحة. بناءاً على ذلك يُمكن القول إن مضاعفة إستثمار الحكومة الولائية في مجال الخدمات الصحية صار حاجةً ملحةً، أما نقص وسائل النقل والترحيل وتوزيع السكان وتنقلهم فيجعل من تقديم الخدمات تحدياً حقيقياً.

فيروس نقص المناعة البشريه/ الإيدز

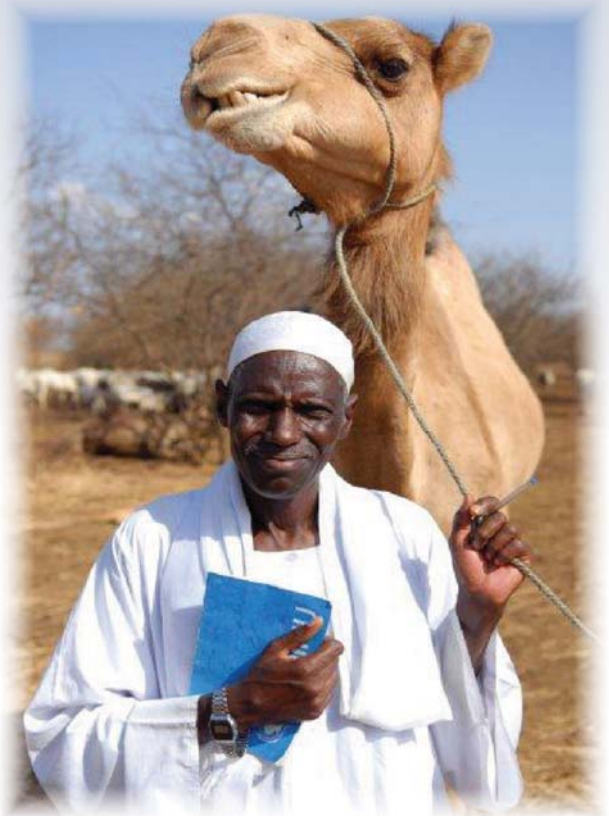
البحر الأحمر واحدة من الولايات التى يُركز عليها البرنامج القومى لمكافحة الإيدز.وتُشير الدلائل إلى أن المعرفة بطرق أنتقال فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز إزدادت بين النساء فى الفئة العمرية ١٥ إلى ٤٩ عاماً. ففى غضون أربع سنوات فقط، زادت نسبة النساء اللائى تعرفن على أثنين من طرق منع إنتقال الفيروس، (مثل العلاقات فى إطار الزواج وإستخدام الواقى الذكرى)، من ٦,٢ الى ١٣ بالمائة تقريباً.

ولاية البحر الأحمر واحدة من عدة ولايات (نهر النيل، شمال دارفور وغيرها) إنخفض فيها الوعى بمعرفة إنتقال فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز من الأم إلى الطفل بشكل ملحوظ. ففى عام ٢٠١٠ ووفقاً للمسح السودانى لصحة الأسرة، عرف ٤٠ بالمائة فقط من النساء اللائى تتراوح أعمارهن بين ١٥-٤٩ أن العدوى يُمكن أن تنتقل إلى أطفالهن، مقارنة مع ٦٠ بالمائة فى عام ٢٠٠٦. أنخفضت أيضاً النسبة المئوية للنساء اللائى يعرفن الطرق التى يُمكن أن ينتقل بها فيروس نقص المناعة البشرية خلال فترة الرضاعة الطبيعية والحمل والولادة من ٢٨ بالمائة تقريباً فى٢٠٠٦ إلى ١٦ بالمائة فى ٢٠١٠. هذا الوضع مُقلق حيث أن نسبة كبيرة من السكان الذين تم إختبارهم كانت إيجابية لإختبار فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، وفقاً للتقديرات المحلية.[١٣]

ومن المُثير للإهتمام أن عدداً قليلاً من النساء فى الفئة العمرية ١٥ إلى ٤٩ سمعن بالإيدز فى عام ٢٠١٠ مقارنة بعام ٢٠٠٦، فى الوقت الذى تعرف أكثرهن كيفية الإنتقال. فى عام ٢٠١٠، كان هناك ٥٣ بالمائة فقط من النساء قد سمعن عن الإيدز مقارنة ب ٧٩ بالمائة فى عام ٢٠٠٦، مما يجعله من أدنى مستويات المعرفة بالمرض فى السودان.

نداء للعمل

- الدعوة إلى زيادة الإلتزام بتوفير موارد للتنمية الريفية من أجل تحسين خدمات المياه والصرف الصحى والتوعية بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز وأهمية التحصين وتقليل التفاوت بين المناطق الحضرية والمناطق الريفية.
- إستحداث تدابير للحد من عادة التبرز العشوائى فى العراء.
- خلق فرص للإستثمار فى قطاع الصحة بتوظيف العاملين الدائمين وتوعية المجتمعات المحلية.
- زيادة الوعى بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز فى أوساط الشباب من خلال دمج تعليم المهارات فى المناهج الدراسية القومية وزيادة البرامج الموجهه للأطفال خارج المدارس.
- تسليط الضوء على التغذية بإعتبارها من مشاكل الصحة العامة التى لا بد من التصدى لها. والتركيز على أن تُعطى التغذية أولوية على مستوى السياسات وذلك بتعزيز التخطيط الإستراتيجى والتمويل.



١٣ تقرير نظام التقصى – البرنامج القومى لمكافحة الإيدز.

٤ ولاية كسلا

بعض من المؤشرات الرئيسية- المسح السودانى لصحة الاسرة ٢٠١٠ (٪)	
تسجيل المواليد	٥١,٨
تغطية التحصين	٤٠,٦
انتشار نقص الوزن العالمى	٣٨,٥
التقزم العالمى	٤٩,١
سوء التغذية العالمى	١٦,٧
إستخدام مصادر مياه شرب محسنة	٦٨,٥
استخدام مرافق صرف صحى محسنة	٢٢,١
الالتحاق بالتعليم قبل المدرسى[١]	١٧,٢
الاستيعاب الظاهري بمرحلة الاساس	٤٤,٨
الاستيعاب الظاهري بمرحلة الثانوي	١٤,٦
السكان ذوى الاعاقة[٢]	٤,٥
انتشار ختان الاناث (تشويه/ قطع الأعضاء التناسلية للانثى)	٧٨,٩
الزواج المبكر (دون ال ١٨ عام)	٤٦,٢
الولادة بحضور شخص مؤهل	٦٩,٧
وضع قانون الطفل - تم سن القانون	لا
وضع قانون الطفل - مسودة	نعم
وضع قانون الطفل - تضمين حظر ختان الأناث	نعم
معدل وفيات الرضع[٣] (لكل ١٠٠٠ ولادة حية)	٧٦
معدل وفيات الأمهات (لكل ١٠٠,٠٠٠)	٤٦٦

يُعتبر سكان ولاية كسلا البالغ عددهم ١,٨ مليون نسمة (تعداد ٢٠٠٨) من أكثر السكان تنقلاً في السودان، حيث يتنقل سكان المناطق الريفية والبدو الرُحل مع مواشيهم من مكانٍ إلى آخر بحثاً عن موارد الغذاء والمياه الشحيحة أصلاً. إستنزف النزاع والجفاف الموارد فى المناطق الغنية بالزراعة، مما دفع بالعديد من السكان المستقرين لأنماط الحياة المهاجرة. وأشارت نتائج التعداد الأخير إلى أن ثمانية بالمائة من الأسر تُهاجر بإنتظام على مدار السنة، أكثر من أي ولاية أخرى فى السودان[٤].

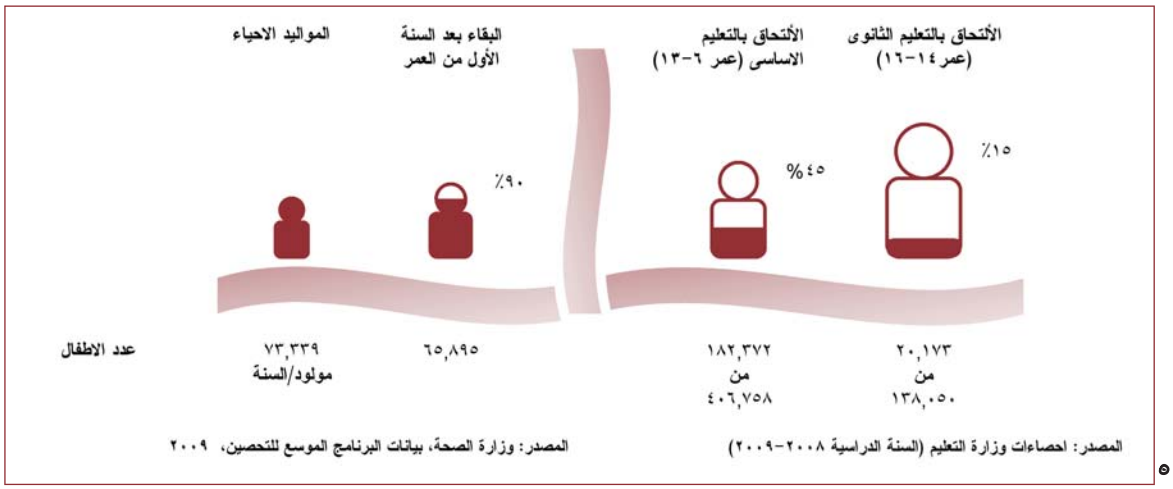
إن لنمط حياة الترحال والتنقل تأثير سالب على تنشئة الأطفال، فهو قد يؤدى إلى إنقطاع تعليمهم، ويكون أيضاً عائقاً فى رصد ومتابعة صحتهم؛ والأطفال أحياناً، يقومون برعاية أشقائهم الصغار عندما يخرج الآباء بحثاً عن العمل، أو قد يضطرون للعمل فى ظروف إستغلالية فى بعض الأحيان. والوضع بالنسبة للأطفال فى الريف الشمالى للولاية أكثر سوءاً لصعوبة الحصول على التعليم والصحة والتغذية والمياه والصرف الصحى. والأطفال فى هذه المناطق، ولا سيما الفتيات، هم الأكثر تأثراً بتلك الظروف. ومن مجموع ٣٨,٦٠٠ طفلاً من الذين وُلدوا أحياء فى ال ١٢ شهراً السابقة لتعداد ٢٠٠٨، وجد أن حوالى ٣٤,٣٠٠ (٨٨,٩ بالمائة) كانوا على قيد الحياة فى وقت التعداد.

من ناحيةً أخرى فقد أنهى إتفاق سلام شرق السودان (٢٠٠٦)، ١١ عاماً من الصراع فى ولايات كسلا والبحر الأحمر والقضارف، ولا تزال المنطقة فى مرحلة إعادة البناء. ورغم أن الجهود تتجه نحو التنمية، إلا أن الأوضاع لا تزال تشهد بعضاً من حالات الطوارئ نتيجة للصراعات التقليدية الموسمية بين البدو الرُحل والمزارعين. بجانب ذلك نجد أن الفيضانات والجفاف التى تشهدها الولاية أحياناً ما تزال من معوقات التنمية بالولاية. لذا، فينُتظر من القادة والمُنظمات الإنسانية مهمة وضع إستراتيجيات للطوارئ بالإضافة إلى العمل على تحقيق التنمية.

من بين القضايا المُلحة، مشكلة الأطفال ذوى الإعاقة والذين يُشكلون ٥,٨ بالمائة من مجموع الأطفال فى الولاية. العدد الإجمالى للأشخاص ذوى الإعاقة فى الولاية (٨٠,٤٧٩ نسمة) يُمثل ٤,٥ بالمائة من مجموع السكان بالولاية. فوجود هذا العدد الكبير يرجع لظروف إنعدام الأمن الذى شهدته الولاية. فمناطق واسعة من الولاية على طول الحدود الاريترية السودانية مزروعة بالألغام الأرضية والأطفال هم الأكثر عرضة لهذا الخطر، وقد يكون هذا من بين أسباب إرتفاع عدد الأطفال من ذوى الإعاقة دون سن الخامسة.

١ جميع احصاءات التعليم من وزارة التعليم العام، أحصاءات التعليم، ٢٠٠٨-٢٠٠٩
٢ الأشخاص المعوقين، لديهم نوع من العجز الجزئي لكنهم غالبا ما تتطور لديهم قدرات فائقة أخرى لتعويض عجزهم (بيانات تعداد ٢٠٠٨)
٣ مصدر معدل وفيات الرضع والامهات الجهاز المركزى للاحصاء، تعداد ٢٠٠٨
٤ المسح الاساسى للاسر- السودان، ٢٠٠٩-٢٠١٠ ص:١٤

الشكل: ٤,١ بقاء الرضع والالتحاق بالمدرسة فى كسلا



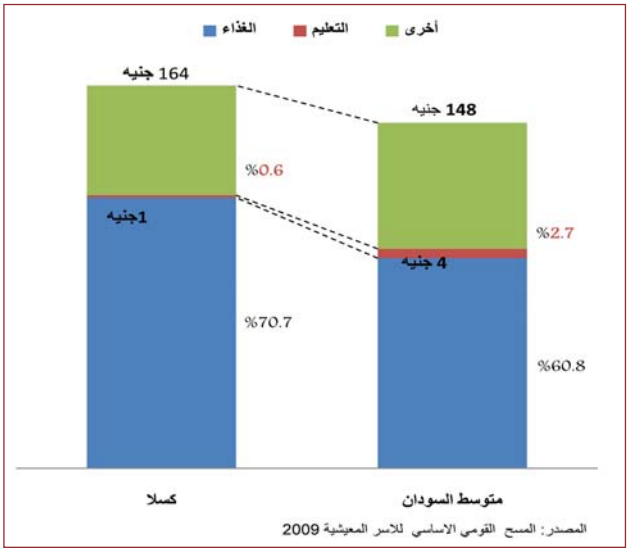
[٥]

القضايا الرئيسية

التعليم

يبلغ مُعدل معرفة القراءة والكتابة بين الذكور (٤٧,٩ بالمائة) أعلى من معدل الإناث (٣٨,٨ بالمائة)، ويرجع ذلك لصعوبة الإنتظام فى التعليم بالنسبة للفتيات، وهذه واحدة من أكبر التحديات التى تواجهها الولاية. وأدنى مُعدل للإلتحاق بمدارس الأساس فى السودان سجلته ولاية كسلا، حيث أن ٥٧ بالمائة فقط من الأطفال فى سن الإلتحاق بمدارس الأساس منتظمون بالمدارس. وهنالك أكثر من ٣٤٠,٠٠٠ طفل خارج المدرسة، وهو ما يمثل ٦٣ بالمائة من الأطفال فى سن الدراسة، بما فيهم الأطفال الذين فى سن التعليم الثانوى. بالإضافة إلى ذلك، فمنصرفات الأسرة الشهرية للفرد على التعليم أقل من المُعدل القومى (الشكل ٤,٢). يُمكن لهذا الوضع أن يتغير إذا انتفت الأسباب التى تسببت فيه. وحسب تقارير البنك الدولى، حقق الإلتحاق بالتعليم الأساسى مُعدل نمو سنوى بلغ ٦ بالمائة منذ نهاية النزاع فى شرق السودان عام ٢٠٠٥ [٦].

شكل ٤,٢ :معدل استهلاك الأسرة الشهرى لكل فرد فى التعليم أقل من المعدل القومى.



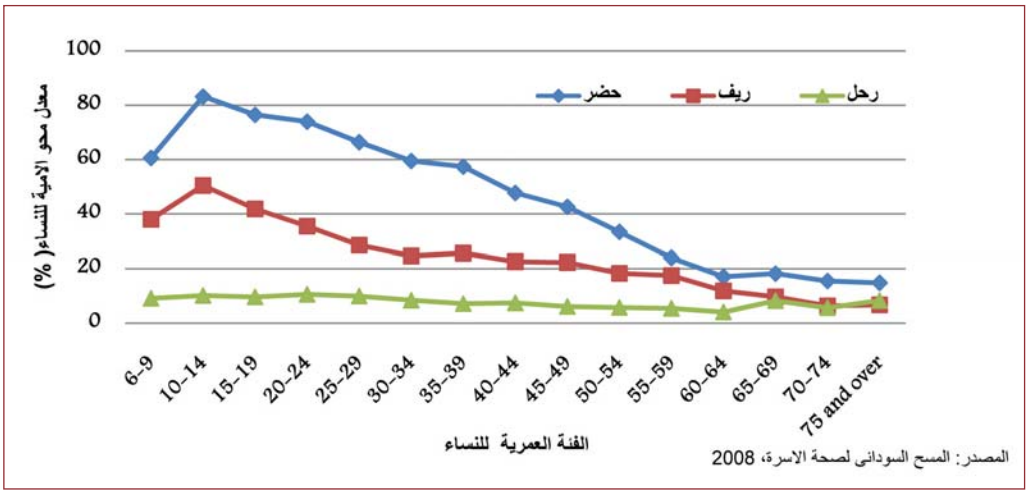
تعليم البنات

التفاوت بين الجنسين فى التعليم بولاية كسلا لا يقتصر على جهة بعينها، مما يجعل تحقيق أهداف الألفية الثانى والثالث للتنمية كما مُخطط له بحلول عام ٢٠١٥ تحدياً كبيراً. وفقاً للمسح السودانى لصحة الأسرة (٢٠١٠)، هنالك ٥٠ بالمائة فقط من الفتيات ينتظمن بمدارس الأساس مقارنة مع ٦٤ بالمائة من الفتيان. بينما عكس تعداد ٢٠٠٨ صورة مختلفة قليلاً، حيث أن نسبة الأطفال فى سن مرحلة الأساس (٦-١٣) الذين يحضرون حالياً للمدرسة تبلغ ٤٣ بالمائة للذكور و٣٩ بالمائة للإناث. ومُعدلات الحضور للإناث أقل فى المناطق الريفية وكذلك بين قبائل الرُحل. وأيضاً عكست إحصاءات مُعدلات الإلمام بالقراءة والكتابة هذا التفاوت حيث أن ٤٦ بالمائة من الذكور فى المناطق الريفية أكثر من عمر ٦ سنوات مُلمون بالقراءة والكتابة مقارنة مع ٣٣ بالمائة فقط من الإناث فى المناطق الريفية وذلك حسب تعداد عام ٢٠٠٨.

٥ عدد الأطفال الملتحقين تشمل الأطفال من جميع الأعمار، في حين المقام يحتوى على السكان فى الأعمار من ٦-١٣ بالنسبة للتعليم الأساسى، بينما للتعليم الثانوي السكان فى الفئة العمرية ١٤-١٦. و قد يؤدي هذا إلى ارتفاع معدل الالتحاق بالمدارس من الواقع.

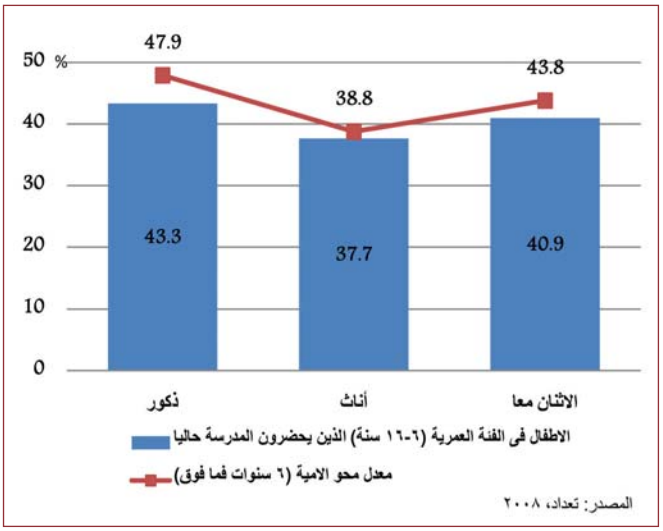
٦ المصدر: تقرير البنك الدولى «وضع قطاع التعليم فى السودان» ، واشنطن ٢٠١٢.

الشكل ٤,٣: معدلات معرفة القراءة والكتابة بين النساء فى الريف والبدو أقل من الحضر



التقاليد الأسرية المُحافظة والقوانين الإجتماعية تُعد من أكبر العوائق التى تحد من تعليم الفتيات. بالرغم من ذلك هنالك بعض التقدم الذى أمكن تحقيقه، على سبيل المثال وكما ظهر فى التقارير الأخيرة من قرية تلكوك، تمكنت ثمان فتيات من الإنضمام إلى المدرسة الثانوية. بالرغم من الجهود المبذولة لايزال مُعدل الإنتظام فى المدارس غير متساو بين الجنسين، إلا أن ما تحقق حتى الآن يعد إنجازاً يصب فى خانة التطور.

الشكل ٤,٤: التفاوت بين النوعين فى التعليم بكسلا



أثبتت عديد من الدراسات أن هنالك ارتباط موضوعى بين المستوى التعليمى للأم، وبقاء الأطفال أحياءاً وبصحة جيدة. فالمجتمعات التى تُشجع تعليم الفتيات لديها كوادر أفضل من الممرضات والمعلمين المؤهلين، كما وأن المرأة المتعلمة هى الأكثر مُساهمة فى دخل الأسرة[٧]. بإختصار، يُمكن للمساواة فى التعليم بين المرأة و الرجل أن تُساهم فى كسر حلقة الفقر ووضع الأطفال على طريق التقدم.

كما ثبت أن التعليم فى الطفولة المُبكرة يزيد من مُعدلات الإلتحاق بالمدارس[٨]. وبناءً على ذلك أدمجت حكومة ولاية كسلا الرعاية المُبكرة للطفل ونمائه فى التعليم الرسمى. وعلى الرغم من مضى عشرين عاماً على هذه السياسة، إلا أن المسح السودانى لصحة الأسرة الثانى أظهر أن ٥,٨ بالمائة فقط من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٣٦-٥٩ شهراً ينتظمون فى التعليم المُبكر، وهو من أدنى المُعدلات مقارنة بولايات السودان الأخرى. ويُعزى ذلك لإنخفاض مستوى الوعى بتوفير الرعاية المُبكرة للطفل ونمائه فى التعليم الرسمى وإرتفاع مُعدلات الأمية وعدم تفعيل سياسة الرعاية المُبكرة للطفل ونمائه فى التعليم.

توفير الحوافز

على الرغم من أن قيمة التعليم فى حد ذاتها مبرراً مقبولاً لتشجيعه، إلا أن المدرسة أضافت لهذا الغرض حافزاً آخر حيث أصبح مدخلاً لغيره من الخدمات الضرورية. فالمدارس صارت تُساهم فى توفير المياه الصالحة للشُرب وخدمات الصرف الصحى وإعلاء قيمة السلوكيات الصحية فى المجتمع، كالنظافة. كما ساهمت فى رفع قدرات المعلمين للتعرُف على أعراض سوء التغذية والمشاكل الصحية الأخرى لدى الأطفال وإحالتهم للجهات المناسبة لتلقى الرعاية اللازمة. والحديث عن الحوافز التى تُضيفها المدارس يجعل من الممكن إثارة قضايا أخرى مُرتبطة بإعلاء السلوكيات مثل أضرار ختان الإناث والزواج المُبكر.

يُمكن للمدارس أيضاً أن تكون بمثابة قناة لتفعيل برامج الحماية الإجتماعية والتى تدعمها مبادرات المجتمع الدولى مثل برنامج الغذاء مقابل التعليم. وحالياً، يجرى تنفيذ هذه المبادرة فى كسلا بالتعاون مع اليونيسف و برنامج الأغذية العالمى. ومع ذلك، فإن برنامج الأغذية العالمى يخطط للإنسحاب التدريجى من مبادرة الغذاء مقابل التعليم بالولاية بحلول عام ٢٠١٢، لتتولاه حكومة الولاية.

٧ ليفاين ،رووث وآخرين، بشأن احصاء الفتيات : الاستثمار العالمي واجندة العمل، مركز التنمية العالمية واشنطن العاصمة ٢٠٠٨، الصفحات ١٩،٢٠ ومنظمة الأمم المتحدة للتربية والعلوم والثقافة (اليونسكو)، التعليم للجميع ٢٠١١: النزاع المسلح والتعليم، الأزمة الخفية، باريس ٢٠١١ ص ٢٩

٨ اليونيسف، «منهج حقوق الإنسان فى للتعليم للجميع» ، نيويورك، ٢٠٠٧ ص ٣٠

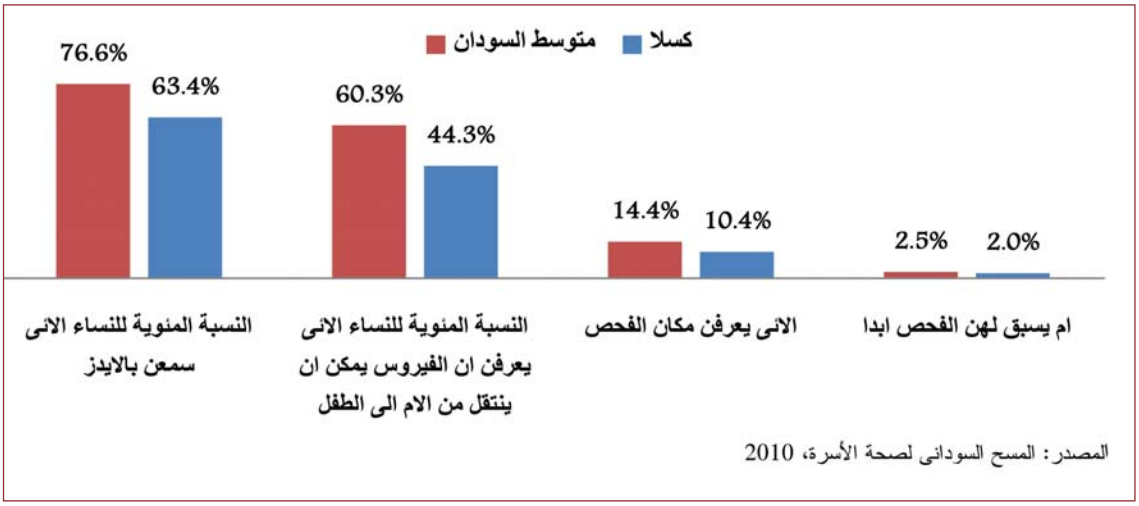
مما تقدم، بات واضحاً أهمية تلبية الطلب المتزايد على التعليم على قدم المساواة مع الجهود الرامية إلى زيادة عدد المدارس المؤهلة لإستيعاب الأطفال. فلكل طفل الحق فى الحصول على تعليم يتميز بالجودة والأمن، ويُمكن تحقيق ذلك بإنشاء المدارس الصديقة للطفل مع وجود مرافق صحية مُنفصلة للفتيات ومعلمون مُدربون ومؤهلون.

فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز

موقع ولاية كسلا على أمتداد الطريق السريع بين اثيوبيا والسودان بجانب الهجرة العالية، كل ذلك خلق بيئة مؤاتية لإنتشار فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. وعلى الرغم من أن المعلومات الرسمية عن معدلات الإنتشار غير متوفرة، إلا أن ١٢٨ شخصاً اختُبروا إيجابُاً فى عام ٢٠١٠ (٨,٥ بالمائة من مجموع عينة الإختبار)[٩]. أيضاً نجد أن وصمة العار العالية وقلة فرص الحصول على مواقع الإختبار لمرض نقص المناعة تجعل من الصعب الحصول على المعلومات الصحيحة.

إن ضعف أو عدم المعرفة بمرض نقص المناعة فى أوساط النساء فى سن الإنجاب عالية جداً (الشكل ٤,٥)، حيث أن معظم النساء لا يعرفن عن المرض أو حتى مكان الفحص. هنالك ٢٧ بالمائة فقط من النساء يعرفن أن الفيروس يُمكن أن ينتقل إلى أطفالهن من خلال الحمل والولادة والرضاعة الطبيعية، و١١ بالمائة يعلمن أنه يُمكن منع الفيروس من خلال إستخدام الواقى الذكرى بإنتظام، وبالإبتعاد عن العلاقات خارج إطار الزواج.

الشكل ٤,٥: معرفة النساء بفيروس نقص المناعة/ الايدز أقل من المتوسط
(النساء فى الفئة العمرية ١٥-٤٩)



الوقاية من إنتقال الفيروس من الأم إلى الطفل وخدمات الفحص متوفرة، ولكن الإستجابة لها منُخفضة، ويُعزى ذلك لتردد ورفض الناس للفحص أو عدم المعرفة بأماكن وجوده. فالوصمة الإجتماعية والحواجز الثقافية تؤثر على الفهم الصحيح لكيفية إنتقال فيروس نقص المناعة البشرية وغيره من الأمراض التى تنتقل جنسياً. إن تغيير هذه المفاهيم يُمثل تحدياً حقيقياً، خاصة فى ولاية كسلا، وذلك لسيادة العادات والتقاليد.الوضع فى ولاية كسلا يستوجب العمل على تغيير السلوكيات والإتجاهات السلبية. إن المُنظمات غير الحكومية (NGOs) والمُنظمات المُجتمعية، والقاعدية نشيطة فى الولاية، ويُمكنها الإستفادة من القيادة الفاعلة للبرنامج القومى لمكافحة الإيدز (SNAP). فى عام ٢٠١٠ تم إعتماد إستراتيجية وطنية لمدة أربع سنوات لتوفر الدعم والتغطية السياسية. عموماً، يظل تمكين الشباب وتزويدهم بالمعلومات والمعارف هو الإستراتيجية الفاعلة التى يُمكن أن تسهم فى خفض معدلات إنتشار وزيادة الوعى بإتجاهات فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز (هدف الألفية السادس).

المياه والصرف الصحى والنظافة

تُعتبر الأمراض المرتبطة بالمياه والصرف الصحى والنظافة وبشكل أساسى الإسهال والإسهال المائى الحاد من الأمراض الشائعة التى تؤثر على صحة الطفل فى ولاية كسلا، حيث أن الحصول على المياه الصالحة للشرب وخدمات الصرف الصحى الجيدة محدود، لاسيما فى الجزء الشمالى من الولاية حيث فترات الجفاف الطويلة والمتكررة والصراع الذى طال أمده قد أثرا سلباً على توفر الموارد الشحيحة .
تبلغ نسبة السكان الذين يحصلون على مياه شُرب مُحسنة ٦٩٪ من مجموع السكان، منهم ما نسبته ٢١٪ يحصلون على المياه من العربات التى تجرها الدواب والناقلات، ولا يزال الوضع فى ولاية كسلا دون المعدل القومى البالغ ٨١٪ (الشكل ٤,٦) . ومن جهة أخرى نجد أن نسبة إستخدام مرافق الصرف الصحى المُحسنة تبلغ ٢٢٪ بينما نجد أن ٣٢٪ من السكان يستخدمون مرافق صحية غير مُحسنة وما

٩ تقرير نظام الترصد، البرنامج القومى لمكافحة الأيدز

يقرب من نصف السكان ٤٦٪ يمارسون التبرز فى العراء. ونجد أن نسب الحصول على الصرف الصحى ضعيفة بالنسبة للأطفال فى المدارس وكذلك المرافق الصحية وقد قدرت الخطة الإستراتيجية للمياه والصرف الصحى (٢٠١١-٢٠١٦) تغطية مانسبته ٥٩٪ و٤٦٪ من مدارس الولاية والمرافق الصحية على التوالى.

ويظل الإستثمار الحكومى عامل رئيسى لتحسين المياه والصرف الصحى، وقد أظهرت المبادرات التى قادها المجتمع مثل نهج المجتمع من أجل صرف صحى شامل (CATS) نجاحاً فى تعزيز تغيير السلوك الايجابى نحو الصرف الصحى والنظافة، ومع ذلك من غير دعم حكومى مناسب لاتملك المجتمعات الموارد ولا القدرة على التأثير وإستدامة التحسينات.

الصحة

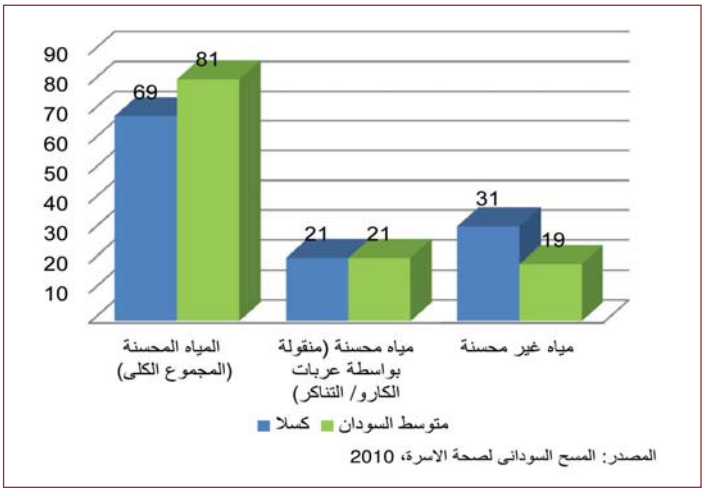
بلغت نسبة تغطية الولادات بحضور كادر مدرب ٧٠ بالمائة وهو أقل من المتوسط القومى. أما فيما يتعلق بالتحصين ووفقاً للبيانات القومية لبرنامج التحصين الموسع، فإن تغطية الحصبة ايضاً أقل من المتوسط القومى بنسبة ٧٨ بالمائة مما يشير إلى ضعف الوعى بجدوى التحصين. ولذلك، ينبغى إيلاء التحصين مزيداً من الإهتمام والجهد برفع الوعى والتعبئة الإجتماعية.

التغذية

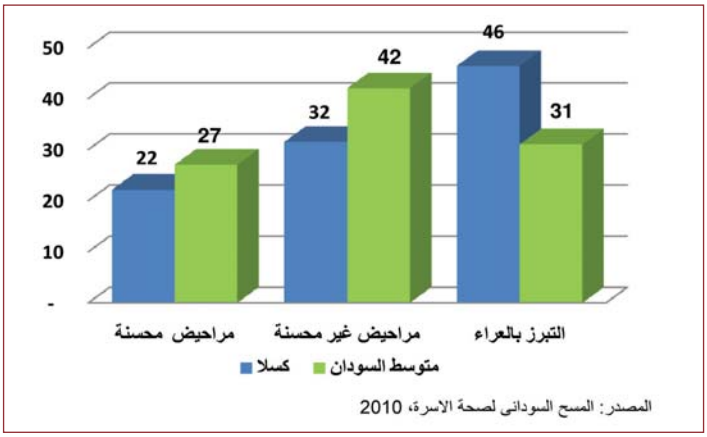
مُعدلات التغذية فى كسلا أقل من المتوسط القومى فى جميع المؤشرات الأنثربومترية الثلاثة: الوزن بالنسبة للعمر (نقص الوزن)، الطول بالنسبة للعمر (التقزم) والوزن مقابل الطول (الهُزال) (الشكل ٤,٩). نصف الأطفال تحت سن الخامسة فى كسلايعانون من التقزم، فتقلص نموهم يعود لنقص التغذية خلال فترة حياتهم السابقة. وبسبب توقف النمو لمرة واحدة، فمن غير المرجح أن ينمو الطفل إلى الطول الكامل مرة أخرى. هنالك ٣٩ بالمائة من الأطفال يعانون من نقص الوزن، وعلى الأرجح سيواجهون تحديات صحية كثيرة فى مستقبل حياتهم. وحسب الإحصاءات نجد أن طفلاً واحداً من كل ١٨ طفل تعرض لسوء التغذية الحاد (SAM)[١٠]، وهؤلاء أكثر عرضة للوفاة، تسع مرات، من الأطفال الذين لا يعانون من نقص التغذية[١١].

إن معدلات سوء التغذية الحاد عالية فى ولاية كسلا، وخصوصاً فى الجزء الشمالى. وحسب نتائج مسح محلى أجرى فى فبراير ٢٠١١، كان مُعدل إنتشار سوء التغذية فى شمال الدلتا أعلى ب ١٦,٥ بالمائة عن باقى أجزاء الولاية.[١٢]

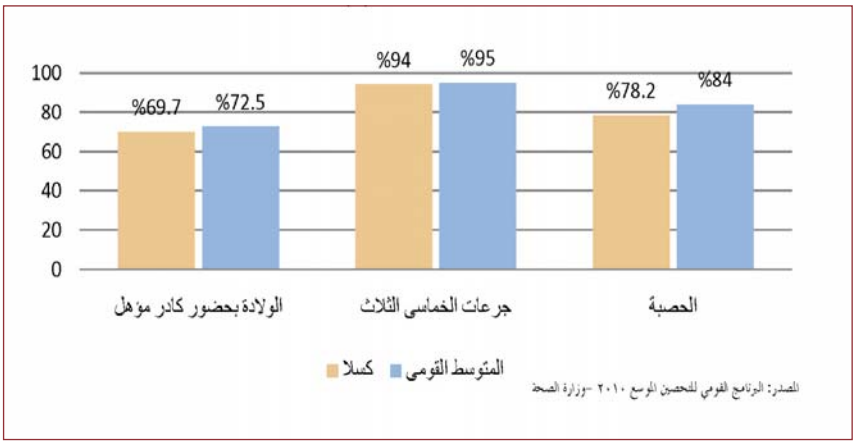
الشكل ٤,٦: الحصول على مياه الشرب المحسنة



الشكل ٤,٧: الوصول الي مرافق الصرف الصحي المحسنة



الشكل ٤,٨ : تغطية الولادة بقابلات ماهرات، ولقاحات الخماسي والحصبة في ولاية كسلا ٢٠١٠ (٪)



١٠ سوء التغذية الحاد (الهزال) هو الهزال الشديد، ويعرف بانخفاض الوزن للطول (أقل من ٣ درجات معيارية من متوسط النمو المعيارى لمنظمة الصحة العالمية)
١١ اليونيسف، رصد التقدم فى تغذية الامهات والأطفال: اولويات التنمية والبقاء، نيويورك، ٢٠٠٩ ص: ١٣.
١٢ جمهورية السودان «الكتاب الأحصائى لعام ٢٠٠٩»- الخرطوم والمعونة الامريكية شبكة نظام الانذار المبكر للمجاعات، "توقعات الأمن الغذائى السودان « أبريل – سبتمبر ٢٠١١.

هنالك ثلاثة أسباب رئيسية تكمن وراء سوء التغذية فى كسلا:

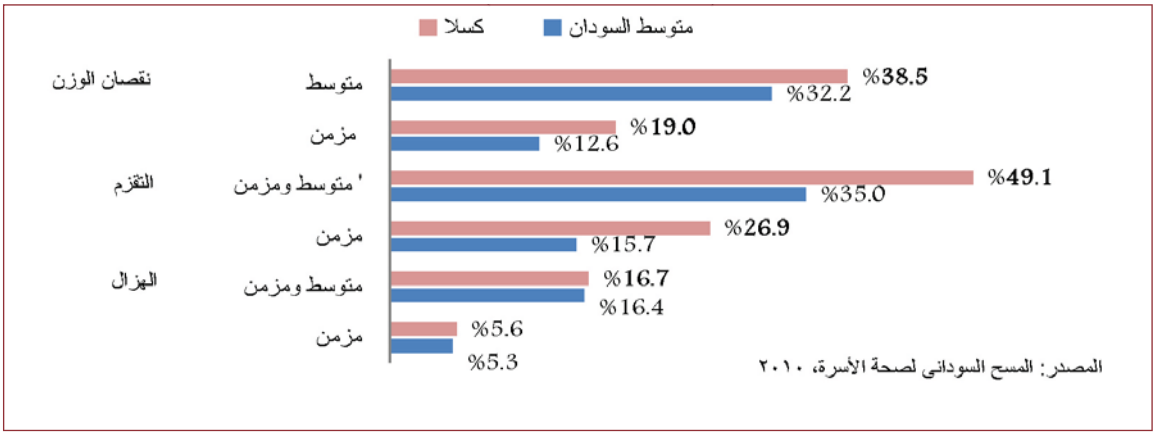
١. الفقر: ٣٦ بالمائة من السكان يعيشون تحت خط الفقر[١٣]، ٤٨ بالمائة منهم فى المناطق الريفية.

٢. محدودية الأراضى الزراعية: ليس هناك ما يكفى من الأراضى الخصبة للزراعة، وكثير من السكان يكسبون دخلهم من تربية الماشية. ومع ذلك، فإن موجات الجفاف الأخيرة أثرت سلباً على دخل السكان . ووفقاً لتعداد عام ٢٠٠٨، كان العامل الأساسى الذى أثر على دخل الأسر فى كسلا هو نفوق الماشية، يليها الجفاف.

٣. الموروثات الثقافية: هناك عدد من المواد الغذائية محظورة ثقافياً مما يمنع السكان من الحصول على التغذية الكافية. على سبيل المثال، النساء الحوامل يُمنعن من تناول البيض لأنه سوف يؤثر على أطفالهن. أيضاً يُعتقد أن تناول الأسماك له عواقب سلبية وذلك دون أي أدلة علمية.

شكل ٤,٩: الوضع التغذوى فى كسلا اسوأ من المتوسط القومى

(الأطفال تحت سن الخامسة)



نداء للعمل

- توفير فرص التعليم للجميع من خلال بناء وإعادة تأهيل المدارس الصديقة للطفل، وبرامج التغذية المدرسية ، وزيادة الوعى بأهمية التعليم فى مرحلة الطفولة المبكرة.
- تحسين وزيادة المرافق التعليمية، خاصة فى المناطق الريفية ولا سيما للإناث.
- زيادة وعى المجتمع بفيروس الإيدز وبتوفر مواقع فحص فيروس نقص المناعة البشرية وذلك من أجل فهم أفضل لطرق الإنتشار وتوفير الرعاية لحالات الاختبار الإيجابى.
- الدعوة إلى زيادة مخصصات ميزانية الحكومة للصرف الصحى والمياه والنظافة.
- توسيع نطاق التغطية بخدمات علاج سوء التغذية الحاد (الهُزال) ضماناً لتوفر وسائل علاج الهُزال.
- دعم جهود بناء الإلتزام للوقاية من سوء التغذية ورفع الوعى المُجتمعى بالأثار السلبية طويلة الأجل لسوء التغذية على حياة الأطفال.
- تعزيز تعبئة المجتمع والتدخلات الفعالة من خلال ضمان فهم أفضل للثقافة المحلية والمعايير الدولية.
- إستمرار جمع البيانات المفصلة التى يُمكن إستخدامها لوضع السياسات ورصد التقدم المُحرز.
- تعزيز التعاون عبر الحدود مع اثيوبيا لتوفير الخدمات اللآزمة للسكان غير المستقريين (الرحل) واللاجئين.

١٣ خط الفقر ١١٤ جنيه طبقا لمسح الاسر الاساسى ٢٠٠٩.

٥ ولاية القضارف

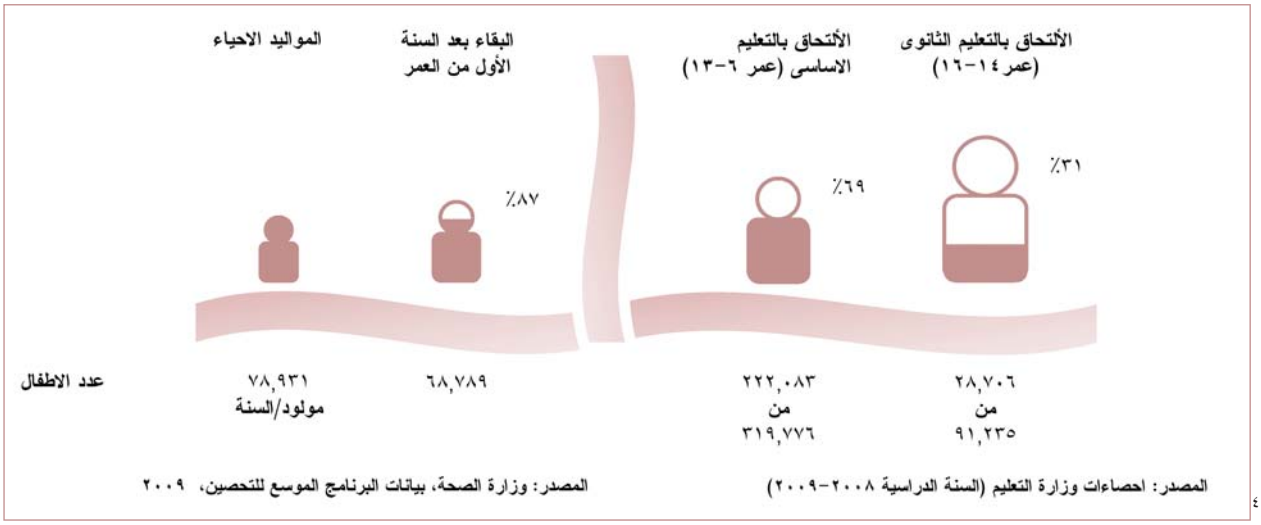
بعض من المؤشرات الرئيسية - المسح السودانى لصحة الاسرة ٢٠١٠(٪)	
تسجيل المواليد	٦٤,٧
تغطية التحصين	٥٨,٨
انتشار نقص الوزن العالمى	٣٨,٦
التقزم العالمى	٣٩,٧
سوء التغذية العالمى	١٧,١
إستخدام مصادر مياه شرب محسنة	٦١,٣
استخدام مرافق صرف صحى محسنة	٢٨,٤
الالتحاق بالتعليم قبل المدرسى[١]	٣٦,٣
لاستيعاب الظاهري بمرحلة الاساس	٦٩,٤
الاستيعاب الظاهري بمرحلة الثانوي	٣١,٥
السكان ذوى الاعاقة[٢]	٤,٩
انتشار ختان الاناث (تشويه/ قطع الأعضاء التناسلية للانثى)	٥٠,٤
الزواج المبكر (دون ال ١٨ عام)	٤٨,٨
الولادة بحضور شخص مؤهل	٦٣,٥
وضع قانون الطفل- سن القانون	نعم
وضع قانون الطفل- تضمين حظر ختان الاناث	نعم
معدل وفيات الرضع[٣](لكل ١٠٠٠ ولادة حية)	١٠٢
معدل وفيات الأمهات (لكل ١٠٠,٠٠٠)	٥٦٤

تُعتبر ولاية القضارف (سلة الغذاء) فى السودان إلا أن نسب الفقر توضح الفوارق الكبيرة بين قطاعات المجتمع المختلفة داخل ولاية القضارف. فالدخل الناتج من محصول الذرة لا يصل إلى العديد من المناطق الريفية، والتى يُمثل سكانها حوالى ٧٠ بالمائة (٩٣٤,٤٦٣) من مجموع سكان الولاية البالغ مليون وثلاثمائة الف نسمة وفقاً لتعداد ٢٠٠٨. من جملة السكان يُمثل الأطفال ٥٣ بالمائة (٧٠٩,٠٠٠ طفل).

خلال السنوات السابقة إزدادت مساحات الزراعة الآلية زيادة كبيرة على حساب أراضى الرعى مما أضعف فئة الرُحل، وسُدت الطرق التقليدية لحركتهم فى بعض مناطق توسع الزراعة الآلية. والرُحل يُشكلون جزءاً مهماً من العمالة الزراعية خلال موسم الحصاد الذى يمتد لثلاثة أشهر، ورغم ذلك فالدخل لا يكفى لسد إحتياجات أسرهم لبقية العام. ويتأثر كذلك دخل الأسرة بسبب إنخفاض العائدات الزراعية لإرتفاع تكلفة الانتاج من جهة وإنخفاض الإنتاجية من جهة أخرى. والأطفال بالولاية معرضون للوفاة بشكل أكبر حيث يُتركون بلا تغذية ولا غذاءً كاف وبدون خدمات تحصين ولا أى من الخدمات الصحية الأخرى. ومثل هذا الوضع، غالبا ما يُجبر الآباء على إرسال أبناءهم إلى المناطق الحضرية للعمل وبناتهم على الزواج فى سن مُبكرة قبل إكتمال النضج الجسدى والعاطفى.

١ جميع احصاءات التعليم من وزارة التعليم العام، أحصاءات التعليم، ٢٠٠٨-٢٠٠٩
٢ الأشخاص المعوقين، لديهم نوع من العجز الجزئي لكنهم غالبا ما تتطور لديهم قدرات فائقة أخرى لتعويض عجزهم (بيانات تعداد ٢٠٠٨)
٣ مصدر معدل وفيات الرضع والامهات الجهاز المركزى للاحصاء، تعداد ٢٠٠٨

الشكل٥,١: بقاء الرضع والالتحاق بالمدرسة فى القضارف



القضايا الرئيسية

التعليم

يُقدر مُعدل الإلتحاق بتعليم الأساس بحوالى ٦٩,٤بالمائة، وهذا أقل من المُعدل القومى البالغ ٧٢ بالمائة، مع وجود ١٠٠,٠٠٠ طفل خارج مرحلة الأساس. وهنالك فوارق واضحة فى المستوى التعليمى بين البنين والبنات للفئة العمرية ٦ سنوات فأكثر. وتُظهر البيانات الإحصائية للتعداد السكانى لعام ٢٠٠٨ أن مُعدل الإلمام بالقراءة والكتابة بين الأطفال الذكور من سن ٦ سنوات فما فوق يبلغ ٦٥,٣ بالمائة، بالمقابل فالنسبة تبلغ ٤٩,٦ بالمائة للإناث فى نفس الفئة العمرية. أضف الى ذلك، فإن نسبة الأمية مُرتفعة جداً بين أطفال الرُحل حيث بلغت بين الأطفال الذكور فى سن ٦ سنوات فأكثر ٩١,٦ بالمائة وبين الإناث لنفس الفئة العمرية ٩٣,٤ بالمائة.

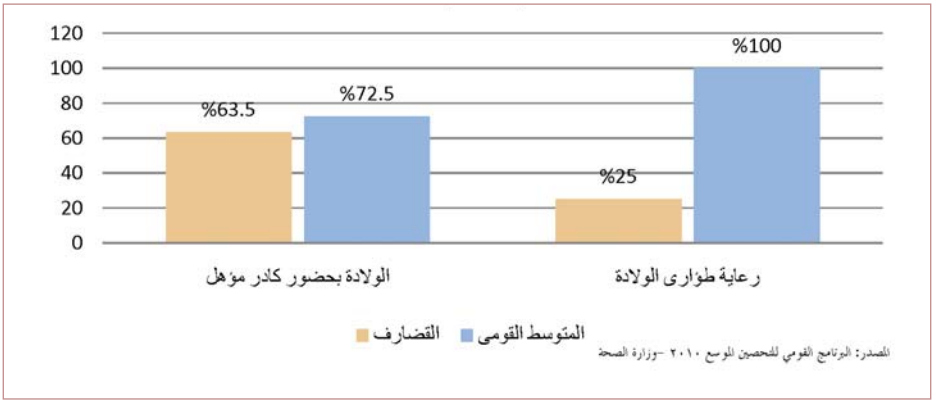
الصحة والتغذية

إرتفاع وفيات الأطفال دون سن الخامسة ومُعدلات سوء التغذية يجعل تحقيق الهدف الرابع للألفية تحدياً حقيقياً لولاية القضارف. ومن بين ٤٦,١١٠ طفل ولدوا أحياء خلال ال ١٢ شهراً السابقة لتعداد ٢٠٠٨، كان هنالك حوالى ٤١,٤٥٠ (٩٠بالمائة) على قيد الحياة وقت التعداد. مُعدل وفيات الأمهات ومُعدلات وفيات المواليد ووفيات الأطفال دون سن الخامسة من المؤشرات المثيرة للقلق فى ولاية القضارف حيث أنها أعلى من المُعدل القومى[٥]. ويُعزى إرتفاع مُعدل وفيات الأمهات إلى حقيقة أن ٦٣ بالمائة من الولادات لا تتم بإشراف كادر مؤهل ولإنخفاض التغطية الشاملة لحالات طوارئ الولادة والتى لا تتجاوز ٢٥ بالمائة فقط. إضافة لذلك، فالحصول على الخدمات الصحية والتغذية غير متكافىء مع وجود ست من مناطق الولاية يتعذر الوصول إليها فى فصل الأمطار.

٤ عدد الأطفال الملتحقين تشمل الأطفال من جميع الأعمار، في حين المقام يحتوى على السكان فى الأعمار من٦-١٣ بالنسبة للتعليم الأساسى، بينما للتعليم الثانوي السكان فى الفئة العمرية ١٤-١٦.و قد يؤدي هذا إلى ارتفاع معدل الالتحاق بالمدارس من الواقع.

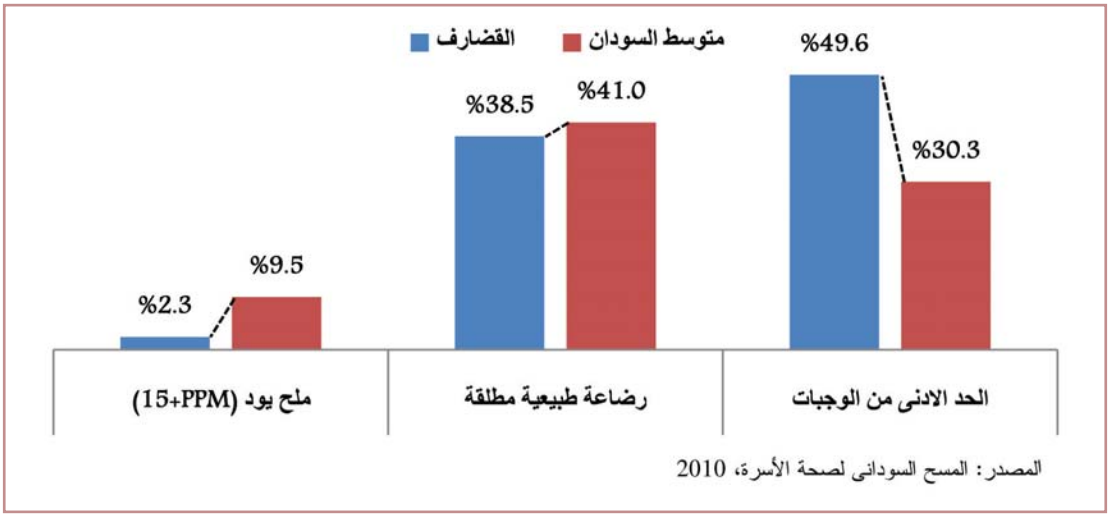
٥ المسح السودانى لصحة الأسرة ٢٠٠٦، لاتوجد معدلات بالولايات للمسح فى عام ٢٠١٠

الشكل ٥,٢ : تغطية الولادة بحضور كادر ماهر (SBA) الخدمات الشاملة لطؤارى الولادة (EMOC) - القضارف



ويُساهم سوء التغذية فى إرتفاع مُعدلات الوفيات، فبمُعدلات فوق المتوسط بالنسبة لنقص الوزن (٣٩ بالمائة) وللتقزم (٤٠) بالمائة، وقد صنفت منظمة الصحة العالمية هذه المُعدلات "بالعالية جدا". أما نسبة سوء التغذية الحاد فقد بلغت ١٧,١ بالمائة، وهذه النسبة توصف بأنها "حرجة[٦]" بين الأطفال دون سن الخامسة[٧]. قد يبدو هذا مفاجئاً نظراً لحقيقة أن نصف الأطفال فى الفئة العمرية بين ٦إلى٢٣ شهراً تلقوا الحد الأدنى من وجبات الطعام، مقارنة بالولايات الأخرى[٨]. بيد أن المستويات المنخفضة من إستهلاك الملح المُعالج باليود والرضاعة الطبيعية المطلقة قد تكون من بين العوامل المساهمة فى ذلك (الشكل ٥,٣).

الشكل ٥,٣: بالرغم من أن القضارف لديها أكبر نصيب من حيث عدد الوجبات إلا انها خلف المعدل القومى فيما يتعلق بالرضاعة المطلقة واستهلاك الملح المعالج باليود



ساهم تسارع الحملات التى إستهدفت الوصول إلى المناطق الصعبة فى زيادة نسبة الأطفال المُحصنين بشكل كامل من عمر١٢ إلى ٢٣ شهراً، من٥١ بالمائة فى عام ٢٠٠٦ إلى٥٩ بالمائة فى عام ٢٠١٠ كما ظهر فى بيانات الجولة الثانية للمسح السودانى لصحة الأسرة[٩]. إلاأن نجاح هذه المبادرة يطغى عليه إعتمادها على الدعم المُقدم من المانحين، وذلك ما يُثير المخاوف بإمكان إستدامتها.

أبرزت بيانات البرنامج القومى للتحصين الموسع بوزارة الصحة الإتحادية مُعدلات عالية للتغطية وكما هو مُبين فى الشكل ٥,٤، فإن مُعدلات تغطية التحصين من السُل والحصبة لم تصل الى مستوى التغطية الشاملة.

فى الواقع، كلاهما أظهر تقدماً طفيفاً منذ ٢٠٠٦ حيث كانت المُعدلات ٧٩ و٧٣ بالمائة على التوالى[١٠].

٦ الحالة البدنية: استخدام وتفسيرالأنثروبومترية.تقريرلجنة خبراء منظمة الصحة العالمية، ١٩٩٥الفصل٥ ص٢٠٨ و ٢١٢

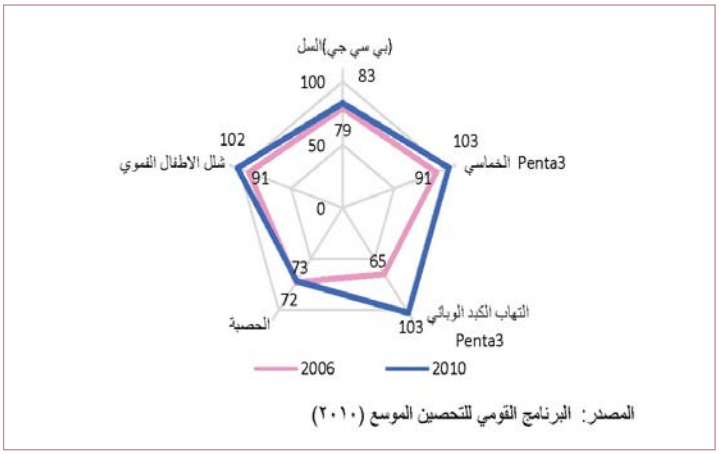
٧ سوء التغذية الحاد SAM هو الهزال الشديد، يعرف بانه الوزن المنخفض جدا للطول (اقل من ثلاث انحرافات معيارية عن القيمة الوسيطية لمعيار منظمة الصحة العالمية)

٨ عدد الأطفال ٦-٢٣ شهر الذين تلقوا طعام صلب اوشبه صلب او لين (بالاضافة للحليب للاطفال الذين لايرضعون) على الاقل وجبتين او اكثر، حسب حالة الرضاعة خلال اليوم السابق . بالنسبة للاطفال الذين يرضعون الحد الادنى لتردد الوجبات اليومى مرتين فى اليوم للرضع ٦-٨ شهور و ٣ مرات للاطفال ٩-٢٣ شهر. للاطفال الذين لا يرضعون الحد الادنى للوجبات اليومية ٤ مرات للاطفال ٦-٢٣ شهر.

٩ استخدم مسحى صحة الأسرة تعريفين مختلفين للتطعيم الكامل. بالنسبة للجولة الاولى من المسح، المطعمين بالكامل هم الأطفال الذين تلقوا جرعات البى سى جى، الحصبة، وثلاث جرعات الثلاثى (الدفتريا، التتانوس والسعال الديكى) والجرعات الفموية الثلاث للشلل. بالنسبة للجولة الثانية للمسح، الأطفال المطعين بالكامل هم الذيت تلقوا البى سى جى، الحصبة، الجرعات الفموية الثلاث لشلل الاطفال وثلاث جرعات من الخماسى(الدفتريا، التتانوس والسعال الديكى، التهاب الكبد الوبائى. الانفلونزا هيموفيلوس ب)

١٠يستخدم برنامج التحصين الموسع الرضع على قيد الحياة (جميع الولادات ناقص الوفيات في السنة الأولى من العمر) كمقام، باستثناء البى سى جى، والذي يستخدم مجموع عدد الولادات الحية. المسح السودانى لصحة الأسرة يستخدم الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين١٢-٢٣ شهرا باعتبارهم قام.

الشكل ٥,٤: تقدم قليل لتغطية التطيم بالحصبة ولقاح البى سى جى فى القضارف



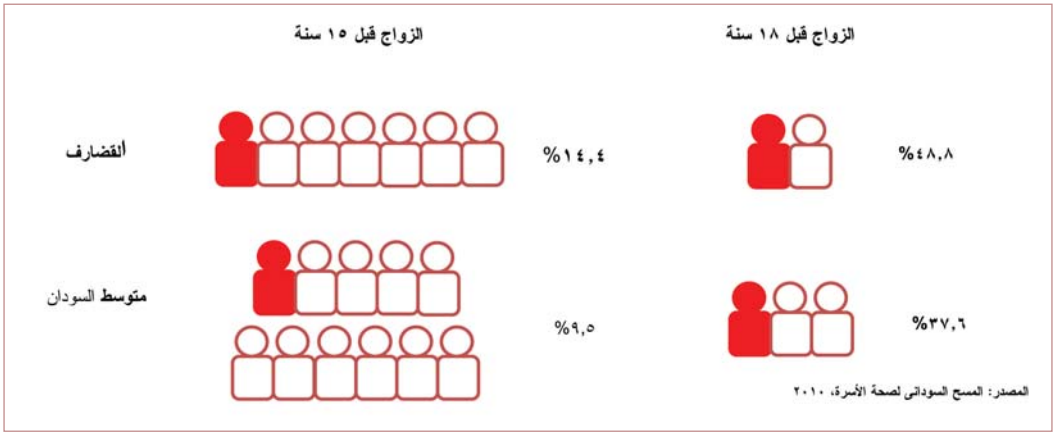
وقد أكدت حكومة الولاية على إلتزامها بالصحة وذلك بوضعها لحاجة العاملين فى الصحة والتغذية على رأس الأولويات لعام ٢٠١١. وفى الوقت نفسه، يجرى توفير حوافز مالية للعاملين غير الرسميين فى مواقع البرامج العلاجية للعيادات الخارجية وإدارة المجتمع لإحتواء سوء التغذية الحاد. هذا هو الحل لضمان الإستمرارية والجودة فى تقديم الخدمات فى البرامج العلاجية للعيادات الخارجية .

هذه الجهود هى البداية، ولكن المطلوب لا يزال كثيراً، ويشمل تحسين المرافق الصحية وتوفير الإمدادات الكافية والتوسع فى المبادرات المبنية على البيانات مثل الإدارة المتكاملة لأمراض الطفولة. بالاضافة لذلك، التدريب للموظفين فى المستويات المتوسطه أمر لابد منه لتصل المجتمعات الريفية إلى نفس المستوى من الخدمة فى المناطق الحضرية.

الزواج المُبكر

تخفيض مُعدلات الزواج المُبكر يُشكل تحدياً فى القضارف، والتى يوجد بها واحد من أعلى المُعدلات فى السودان (بعد النيل الأزرق وجنوب دارفور وغرب دارفور) رغم التحسن الطفيف الذى شهدته السنوات الأربع الماضية. فواحدة من كل سبع فتيات تتزوج فى سن١٥عاماً وواحده من كل أثنين قبل سن١٨ (الشكل ٥,٥).

شكل ٥,٥ : الزواج المبكر في القضارف أعلى من المتوسط بالنسبة للفتيات تحت سن ١٨ عاما وتحت ١٥ عام



فى حين أن الزواج المُبكر لايزال منتشراً فى المناطق الحضرية، إلا أنه أكثر شيوعاً فى المناطق الريفية حيث تكون الموروثات الثقافية والفقر وراء ذلك. وحسب تعداد ٢٠٠٨، فإن١٧,٦٧١ من الفتيات فى مناطق الريف والرحل اللآئى تتراوح أعمارهن بين ١٢-١٩ إما متزوجات حالياً أوسبق لهن الزواج، وبما يعادل ٨٣ بالمائة من مجموع النساء في هذه الفئة العمرية.[١١]

الحمل نتيجة الزواج المُبكر، من الأسباب الرئيسية للوفاة بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ إلى ١٩ سنة على مستوى العالم. فعندما تلد الفتاة قبل أن يكتمل بناء جسدها فإن ذلك يزيد من تعسُر الولادة إضافة لصعوبات أخرى. تعسُر الولادة ما زال السبب الرئيسى لوفيات الأمهات، ولا سيما فى المناطق الريفية، لمحدودية الوصول الى أماكن تقديم خدمات رعاية الحوامل وخدمات طوارئ الولادة. وقد تم رصد ما نسبته أن ٢١ بالمائة من الفتيات فى الفئة العمرية ١٥-١٩ بولاية القضارف أنجبن، ومعظمهن فى مناطق الريف أو من الرُحل. ووفقاً لتعداد عام ٢٠٠٨، فإن ٩ بالمائة من النساء اللآئى سبق لهن الزواج فى المناطق الريفية من الفئة العمرية ١٢-١٩ لديهن طفل على قيد الحياة وقت التعداد. هذا العدد يرتفع إلى ١٤ بالمائة بين الرُحل، مقارنة مع نسبة ٥ بالمائة فقط من بين المتزوجات من نساء الحضر فى الأعمار١٢-١٩.

١١ تعداد ٢٠٠٨

أسباب تشجيع تأخير سن الزواج يتجاوز مجرد ضمان حق الفتاة فى الإختيار الحر، إلى نفع يعود على المجتمع ككل، يتمثل فى مواصلة الفتيات لتعليمهن والذى يوفر مزايا إيجابية على صحة وتعليم أطفالهن ويرفع قدرة الفتيات على المساهمة فى الإقتصاد وبرعاية أكبر لأطفالهن، وبذلك يُمكن تحقيق المساواة التى تُسهم فى الحد من العنف فى المنزل والمجتمع.[١٢]

المياه والصرف الصحي والنظافة

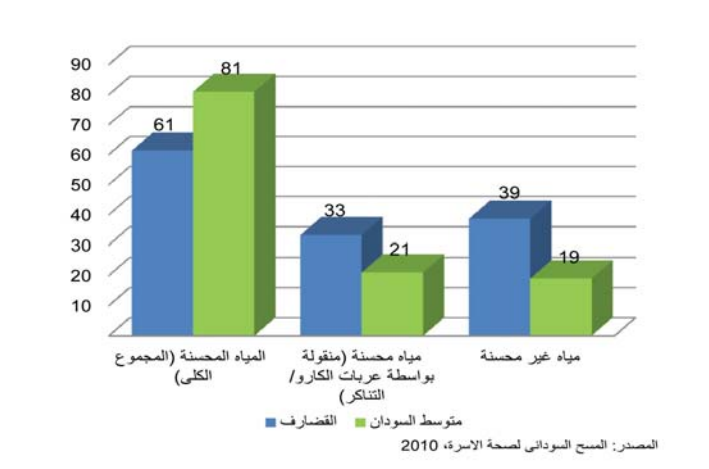
يُعتبر الحصول على المياه المُحسنة ومرافق الصرف الصحى المُحسنة منُخفض إذ فقط ٦١٪ من السكان يتمكنون من الحصول على مياه مُحسنة، ونصف هذه النسبة (٣٣٪) يحصلون على المياه التى يحتاجونها من العربات التى تجرها الدواب والناقلات (الشكل ٥,٦).

وتُظهر البيانات أن الصرف الصحى مايزال قضية هامة فى القضارف حيث يُظهر المسح الأسرى ٢٠١٠، أن فقط٢٨,٣٪ من السكان يستخدمون مرافق صرف صحى مُحسنة و٢٧,٣٪ يستخدمون مرافق صرف صحى غير مُحسنة و٤٤,٣٪ من الأسر لايملكون دورة مياه على الإطلاق ويمارسون التبرز فى العراء بزيادة ١٣ نقطة أعلى من المتوسط القومى.

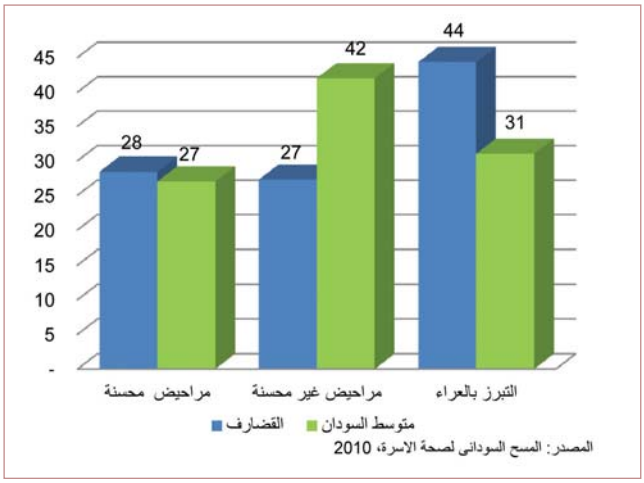
ونجد كذلك الحصول على مرافق صرف صحى مُحسن منخفض أيضاً بالنسبة لأطفال المدارس والمرافق الصحية حيث قدرت الخطة الإستراتيجية للمياه والصرف الصحى (٢٠١١-٢٠١٦) الحصول علي ٥٤ بالمائة و ٢٨ بالمائة من مدارس الولاية والمرافق الصحية على صرف صحي محسن على التوالي.

القضارف واحدة من أكثر الولايات التى يجلب أطفالها تحت سن ١٥ سنة المياه إلى المنازل. وفى سبيل ذلك ينفقون اثنان وخمسون بالمائة من الوقت لرحلة جلب المياه وأحياناً يسيرون لمدة ٣٠ دقيقة لجلب الماء الذى قد لا يكون صالحاً للشرب (الشكل ٥,٨).

الشكل ٥,٦: الحصول على مياه الشرب المحسنة

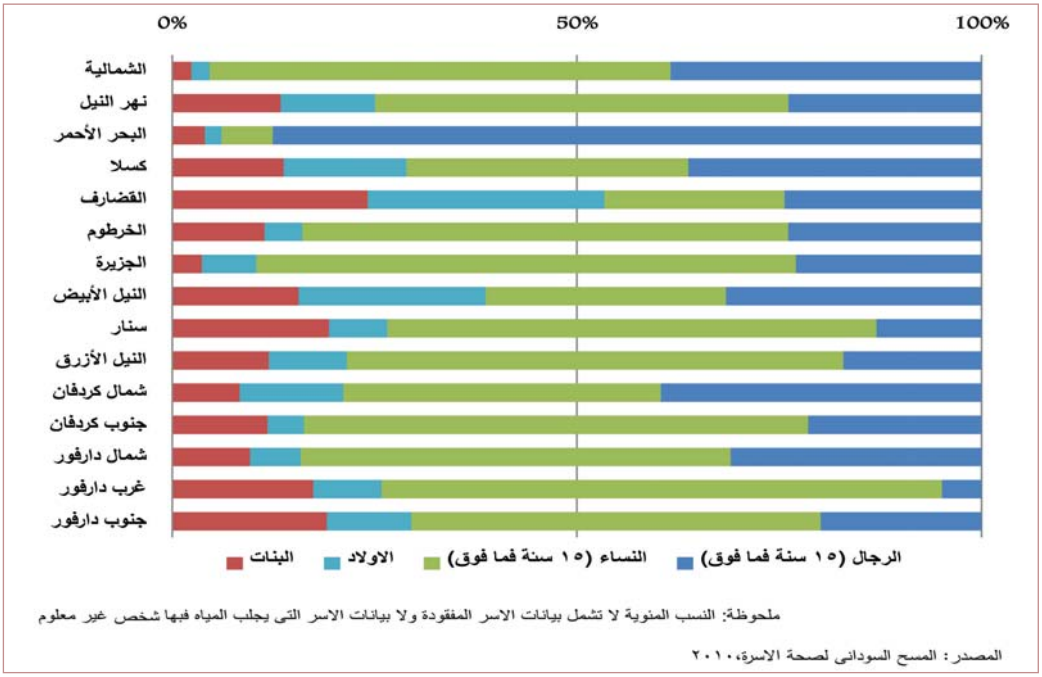


الشكل ٥,٧: الوصول الي مرافق الصرف الصحي المحسنة



١٢ ليفاين ،رووث وآخرون بشأن احصاء الفتيات : الاستثمار العالمي وأجندة العمل ، مركز التنمية العالمية ، واشنطن العاصمة ٢٠٠٩ الصفحات ٤١،٤٧

الشكل ٥,٨: القضارف الولاية الوحيدة التى بها الشخص الرئيسى لجلب المياه هم أطفال تحت سن ١٥سنة

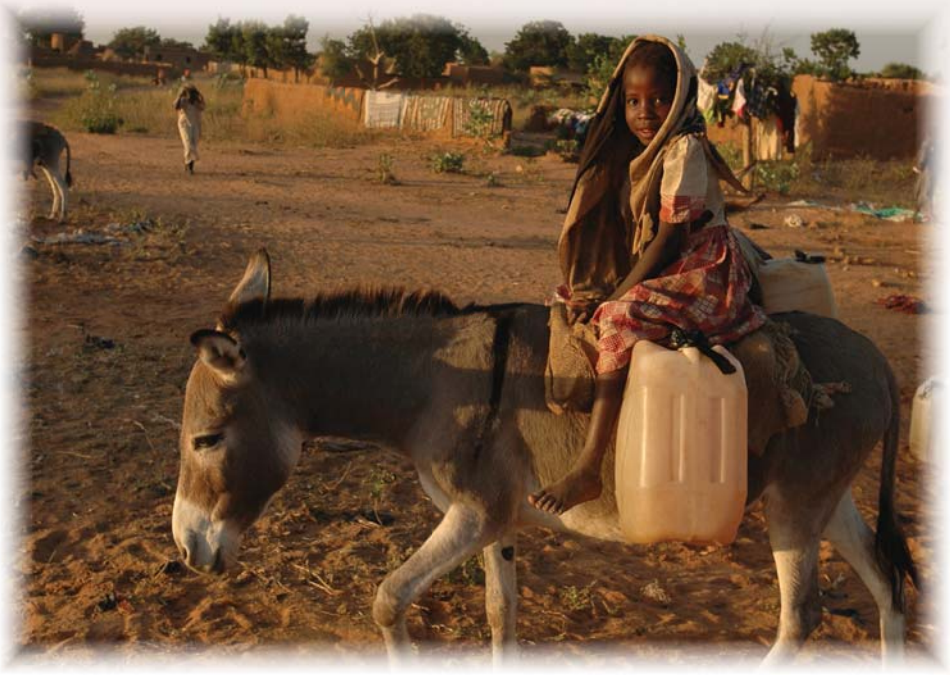


ملحوظة: النسب المئوية لا تشمل بيانات الاسر المفقودة ولا بيانات الاسر التى يجلب المياه فيها شخص غير معلوم

المصدر : المسح السودانى لصحة الاسرة،٢٠١٠

نداء للعمل

- الإستثمارفى تدريب الكوادر الصحية الوسيطة وكذلك بتوفير وتحسين خدمات الرعاية الصحية الأولية وبخاصة فى المناطق الريفية.
- النسبة المئوية للسكان ٦ سنوات فأكثر من الذين يحضرون للفصول الدراسية منخفضة جدا، لا سيما بين الرُحل. يجب توفير مزيد من المرافق التعليمية الصديقة للطفل وتقديم الخدمات التى تُساهم فى زيادة الإلتحاق بالمدارس.
- تعزيز الشراكات للحد من سوء التغذية المُزمن والحاد وإنتشار نقص الوزن الشديد. ضمان الأمن الغذائى على مستوى الأسرة من خلال الإستثمار فى مجال التغذية الوقائية والحد من الفقر فى المناطق الريفية.
- التركيز على الصحة المدرسية وتعزيز الصحة والإدارة المُتكاملة لأمراض الطفولة، وخاصة بين سكان المناطق الريفية والرُحل. والبحث عن الخيارات المتاحة لضمان إستمرارية توفير تكاليف التشغيل لتقديم خدمات التطعيم، بما فى ذلك صيانة معدات التبريد والنقل.
- الإستثمار فى مبادرات رفع الوعى على مستوى المجتمع حول الآثار المترتبة على زواج الأطفال المُبكر وتعزيزحقوق الفتيات بتشجيع رفع سن الزواج على مستوى الولاية.
- مواصلة جمع بيانات مفصلة لفهم أفضل لرفاه الأطفال والنساء فى جميع محليات القضارف.
- الدعوة لزيادة التغطية المُتكاملة بالتحصين لأمراض الطفولة ليس فقط لمدينة القضارف، ولكن أيضا بالنسبة للمناطق الريفية النائية.



٦ ولاية الخرطوم

بعض من المؤشرات الرئيسية - المسح السودانى لصحة الاسرة ٢٠١٠ (٪)	
تسجيل المواليد	٨٧,٦
تغطية التحصين	٦٠,٩
انتشار نقص الوزن العالمى	١٩,٩
التقزم العالمى	٢١,٩
سوء التغذية العالمى	١٢,٨
إستخدام مصادر مياه شرب محسنة	٩٦,٣
استخدام مرافق صرف صحى محسنة	٥١,٣
الالتحاق بالتعليم قبل المدرسى[١]	٤٢
الاستيعاب الظاهري بمرحلة الاساس	٩٣,٧
الاستيعاب الظاهري بمرحلة الثانوي	٦٥,٤
السكان ذو الاعاقة[٢]	٤,١
انتشار ختان الاناث (تشويه/ قطع الأعضاء التناسلية للانثى)	٦٤,٨
الزواج المبكر (دون ال ١٨ عام)	٢٧,٥
الولادة بحضور مقدم خدمة مؤهل	٩٣,٣
وضع قانون الطفل - تم سن القانون	لا
وضع قانون الطفل - مسودة	لا
وضع قانون الطفل - تضمين منع ختان الأناث	لا
معدل وفيات الرضع[٣](لكل ١٠٠٠ ولادة حية)	٧٥
معدل وفيات الأمهات (لكل ١٠٠,٠٠٠)	٣٨٩

تمتلك ولاية الخرطوم أفضل إقتصاد فى البلاد. ويتركز معظم الدخل فى ولاية الخرطوم، وربع السكان فقط يعيشون تحت خط الفقر، مقارنة مع ٦٣ بالمائة فى ولايات دارفور[٤]. بولاية الخرطوم أيضاً أعلى متوسط لنصيب الفرد من الإستهلاك الشهرى للأسرة بنحو ٢٠٥ جنيه، ما يقرب من ضعف أدنى مُعدل بشمال دارفور ١٠٥ (الشكل ٦,٢).

اضافة لإقتصادها، فالطبيعة الحضرية فى الخرطوم تجعلها مميزة عن معظم الولايات فى السودان. ووفقاً لتعداد عام ٢٠٠٨، فإن حوالى٤,٢ مليون نسمة (٨١ بالمائة) من أصل ٥,٢٠٠,٠٠٠ شخصا فى الولاية يعيشون فى المناطق الحضرية.الخرطوم مُزدحمة، على الرغم من إنخفاض عدد النازحين داخلياً[٥] بشكل كبير بعد عودة أبناء دولة جنوب السودان التى أعقبت الاستفتاء وإعلان قيام دولة جديدة فى جنوب السودان فى يوليو ٢٠١١. إلا أنه ليست هناك معلومات حديثة حول العدد الحالى للنازحين فى الخرطوم.

١ جميع احصاءات التعليم من وزارة التعليم العام، أحصاءات التعليم، ٢٠٠٨-٢٠٠٩

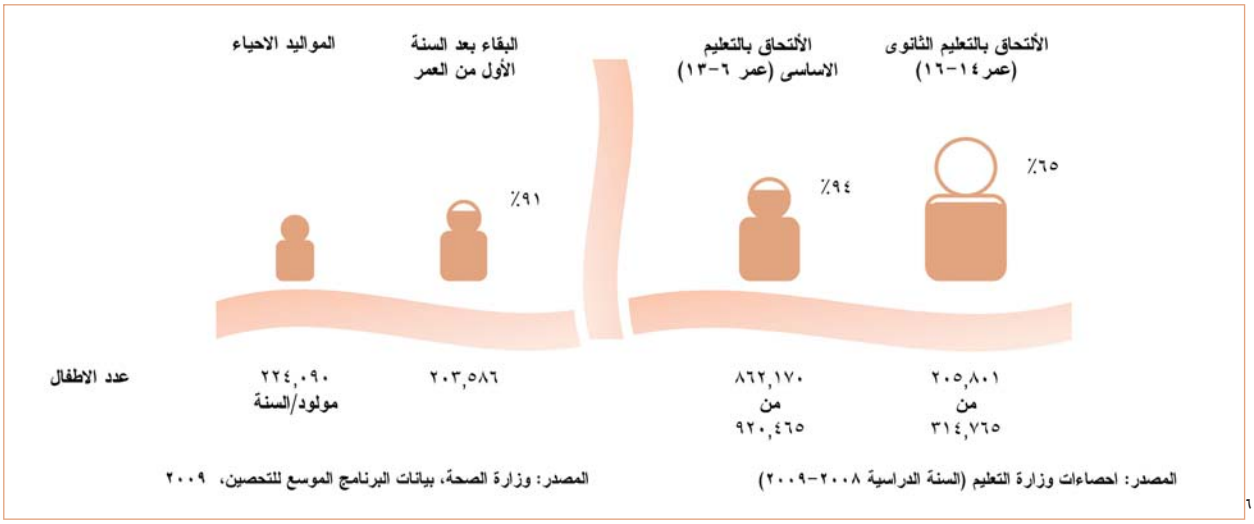
٢ الأشخاص المعوقين، لديهم نوع من العجز الجزئى لكنهم غالبا ما تتطور لديهم قدرات فائقة أخرى لتعويض عجزهم (بيانات تعداد ٢٠٠٨)

٣ مصدر معدل وفيات الرضع والامهات الجهاز المركزى للاحصاء، تعداد ٢٠٠٨

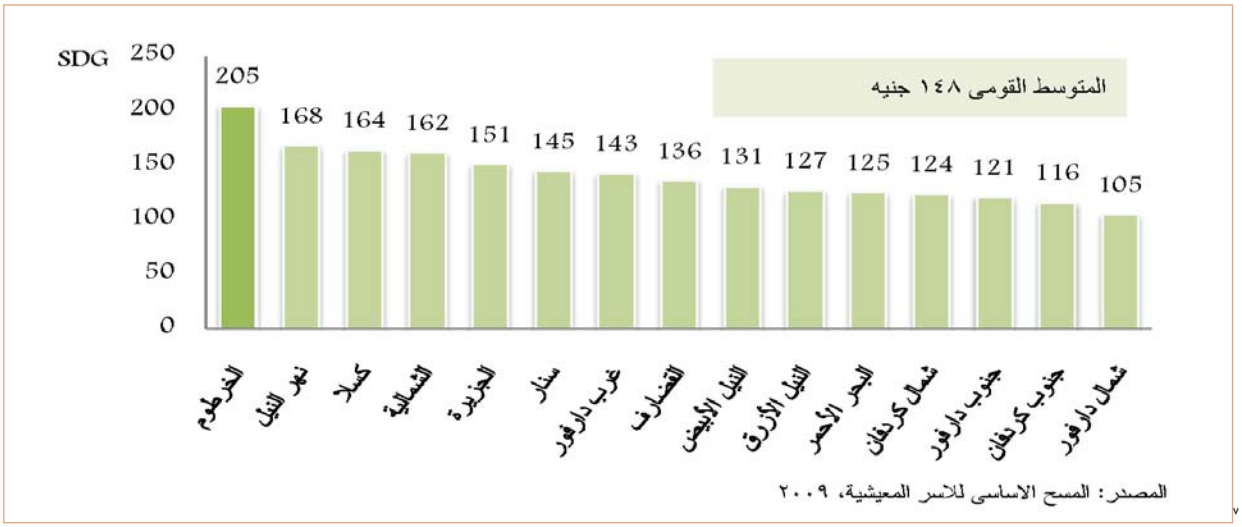
٤السودان، الجهاز المركزى للاحصاء «المسح الاساسى للاسر المعيشية، شمال السودان، ٢٠٠٩» تقرير الجداول، ٢٠١٠، ص ١٢. عرف المسح خط الفقر ب ١١٤ جنيه للاستهلاك الكلى فى الشهر.

٥ العدد الرسمى السابق للنازحين قبل عودة الجنوبين هو ١,٧ مليون.

الشكل:٦,١ بقاء الرضع والالتحاق بالمدرسة فى الخرطوم



شكل ٦,٢: اعلى معدل استهلاك شهرى للاسر يوجد بالخرطوم



القضايا الرئيسية

أداء جيد تجاه قضايا الأطفال

الصحة

اظهر المسح السودانى لصحة الأسرة ٢٠١٠ الوضع الصحى الجيد للنساء والأطفال بولاية الخرطوم، مقارنة بولايات السودان الأخرى. حيث أن تغطية التحصين عالية، وكذلك خدمات رعاية الحوامل (ANC) والولادات التى تتم بمساعدة كادر مؤهل. ورغم ذلك، فالخرطوم لكونها الولاية الأكثر إكتظاظاً بالسكان فى السودان، تبقى فى حاجة لتضع على قمة أولويتها مسألة الحد من وفيات الاطفال تحت خمس سنوات ووفيات الأمهات للوصول لتحقيق أهداف الألفية (الهدف الرابع والخامس).

٦ عددالأطفال الملتحقين تشمل الأطفال من جميع الأعمار، في حين المقام يحتوى على السكان فى الأعمار من٦-١٣ بالنسبة للتعليم الأساسى، بينما التعليم الثانوي للسكان فى الفئة العمرية ١٤-١٦.و قد يؤدي هذا إلىارتفاع معدل الالتحاق بالمدارس من الواقع.

٧ السودان، الجهاز المركزى للاحصاء» المسح الاساسى للاسر المعيشية، شمال السودان، ٢٠٠٩» تقرير الجداول، ٢٠١٠، ص ١٢. عرف المسح خط الفقر ب ١١٤ جنيه للاستهلاك الكلى فى الشهر.

التعليم

الوضع بولاية الخرطوم فيما يتعلق بوجود مرافق تعليمية مُجهزة ومعلمين أكفاء، أفضل بالمقارنة مع الولايات الأخرى. وحسب بيانات تعداد ٢٠٠٨، فإن أعلى مُعدلات معرفة بالقراءة والكتابة سجلت بولاية الخرطوم. وبلغ متوسط مُعدل محو الأمية بين السكان من ٦ سنوات فما فوق ٨٠,٣ بالمائة. ووفقاً لإحصاءات التعليم، فإن إجمالى عدد الأطفال فى سن مرحلة الاساس(٦-١٣) هو ٩٢٠,٤٦٥، إلتحق منهم ٨٦٢,٤٧٦ أى ما يمثل ٩٣,٧ بالمائة من الأطفال فى سن المدرسة[٨]. أما الأطفال خارج المدرسة فعددهم ٥٧,٩٨٩ تقريبا ٦,٣ بالمائة من مجموع الأطفال فى سن الدراسة. ومع ذلك، ووفقاً لنتائج التقرير النهائى للمسح الأساسى لتعليم الأساس (٢٠٠٨)، فنسبة الإلتحاق الإجمالى، (٧٦,٦ بالمائة) هو الذى جعل ولاية الخرطوم تأتى فى المرتبة الرابعة بعد نهر النيل، والنيل الأبيض والولاية الشمالية (٨٨ بالمائة، ٨١,١ بالمائة و٧٨,٤ بالمائة على التوالى). ويُعزى ذلك إلى الأعداد الكبيرة من النازحين المقيمين فى الخرطوم في وقت إجراء المسح، وكذلك الذين يقطنون فى المناطق النائية من ولاية الخرطوم. لذلك، فإن نجاح ولاية الخرطوم فى توفير فرص التعليم للنازحين داخلياً والمناطق الريفية النائية، يُمكن أن يكون نموذجاً يحتذى للولايات الأخرى فى مجال التعليم.

القطاعات الأخرى

بولاية الخرطوم ما نسبته ٥١ بالمائة من الأشخاص الذين يستخدمون مصادر مُحسنة لمياه الشُرب ومرافق صرف صحى مُحسنة، وتلك من أعلى المعدلات فى السودان (فقط الولاية الشمالية أعلى منها). جميع السكان تقريبا، يحصلون على مياه شرب من مصادر محسنة. من ناحية أخرى نجد أن الخرطوم سجلت واحداً من أدنى مُعدلات الزواج المُبكر فى السودان والتى تبلغ ٢٧,٥ بالمائة من الذين تتراوح أعمارهم تحت ١٨ سنة. والولاية أيضاً سجلت واحداً من أعلى مُعدلات الإلمام بالقراءة والكتابة بين الإناث (بين ٥٨-٧٥ بالمائة، إعتماداً على المصادر[٩]). أكثر من أى ولاية أخرى. نساء الخرطوم يعرفن أماكن الفحص لفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، وقد تم إجراء الإختبار لعدد من النساء بالولاية. أما نسبة الحضور للتعليم الأساسى بولاية الخرطوم فقد وصلت ٩١ بالمائة، مع تساوى نسب الأولاد للبنات.

ينبغي أن نثنى على جهود ولاية الخرطوم لما تم إنجازه فى مجال حماية حقوق النساء والأطفال. ولكن حسب تعداد٢٠٠٨، كان هنالك أكثر من ٢٠٦,٠٠٠طفل فى سن الإلتحاق بالمدارس (١٦,٦ فى المائة) ليسوا ملتحقين بالمدارس (الشكل٦,٣) مع وجود فارق ١٣ درجة مئوية فى الإلتحاق بالمدارس بين سكان الحضر والريف (٨١و ٦٨فى المائة على التوالى). وأكثر من واحدة من كل أربع نساء تتزوج قبل سن ١٨ عاما. وفى الوقت نفسه، خضعت ٦٥ فى المائة من الفتيات والنساء لعملية الختان. فى حين أن هذه المؤشرات قد تبدو جيدة بالمقارنة مع ولايات أخرى، فهى مع ذلك تحتاج إلى مواصلة الجهود لتحقيق أهداف الألفية.

شكل ٦,٣: نسبة الأطفال خارج المدرسة في المناطق الريفية تقارب الضعف من أعلى نسبة في المناطق الحضرية لولاية الخرطوم

٨ نسبة الالتحاق بمرحلة الأساس ٩٣,٧٪، ونسبة الالتحاق بالمدارس الثانوية ٦٥,٤٪، الإحصاء التربوي، ٢٠٠٨/٢٠٠٩، ص ٣٨ و ٤١.
٩المسح السودانى لصحة الاسرة الثانى، ٥٨ بالمائة بينما التعداد ٧٥ بالمائة.

إن معالجة القضايا الرئيسية المذكورة أعلاه لأطفال ولاية الخرطوم يتطلب تركيز الإنتباه نحو الفئات الضعيفة مثل أطفال الشوارع والوصول للمناطق الريفية. وبالمثل، فإن التركيز القوى على المساواة بين الجنسين من خلال عدم تشجيع الزواج المُبكر وختان الإناث سيدفع إلى حد كبير بالتنمية الإقتصادية والإجتماعية فى ولاية الخرطوم، وأيضاً سيعزز ريادة الولاية فى مجال تحقيق أهداف الألفية الإنمائية (الهدف الثالث). فى دراسة حديثة لليونيسف وجد أن نهج ضمان المساواة فى البرامج التى تدعمها لهو جهد جدير بالإهتمام؛ فمقابل كل ١مليون دولار أمريكى تنفق على السكان الذين يصعب الوصول لهم، يُمكن تفادى إضافة وفيات بنسبة ٦٠ بالمائة[١٠].

الأطفال المنفصلين والغير مصطحبين مع أسرهم

تجتذب الخرطوم الأطفال الذين يغادرون مناطقهم إما بحثاً عن فرص عمل، أو لأنهم يتعرضون لإنتهاكات، أو بسبب إنفصالهم عن ابائهم أثناء الصراعات، أو لمجموعة من الأسباب الأخرى التى تترك الأطفال محرومين من الرعاية الأسرية. وعلى الرغم من الوجود المنتظم لهؤلاء الأطفال فى الحياة الحضرية - العمل فى السوق، النوم فى الشوارع[١١].

إلا أن معرفة عدد هؤلاء الأطفال الذين يعيشون فى الشارع يصعب تحديده لتنقلهم المستمر، فالمسوحات الأخيرة قدرتهم بحوالى ٣,٥٠٠-٥,٠٠٠ بمدينة الخرطوم وحدها. يعيش العديد منهم بصورة غير قانونية فى المبانى المهجورة، ويلجأون إلى العمل غير المشروع، دون حماية قانونية أو أبوية. وكما هو معروف، فإن الأطفال الذين يعيشون فى الشوارع هم الأكثر عرضة للتمييز والإستغلال وسوء المعاملة من قبل أرباب العمل، فهم محرومون من التعليم والخدمات الصحية. أما الظواهر الأخرى المُرتبطة بمنطقة العاصمة فتتمثل فى مشكلة إزدياد عدد الأطفال الذين فى تماس مع القانون. فالخرطوم هىالولاية التى شهدت، أعلى من أي وقت مضى، حالات العنف ضد الأطفال مع إزدياد عدد حالات جنوح الأطفال. حيث تضاعفت حالات العنف ضد الأطفال من ٣,٠٥٣ فى عام ٢٠٠٩ إلى ٦,٠٣٣ حالة فى عام ٢٠١٠. وزاد عدد حالات جنوح الأطفال بنسبة ٥٠ بالمائة من ٦,٦٣٢ فى عام ٢٠٠٩ إلى ٩,٤٦١ حالة فى عام ٢٠١٠. إن مشاكل إنعدام الأمن فى أجزاء من دارفور وشرق السودان وجنوب كردفان والنيل الأزرق وجنوب السودان فى الفترات السابقة من بين العوامل الكامنة وراء إرتفاع معدلات الهجرة إلى الخرطوم. وتشمل موجات الهجرة هذه المهاجرين من الأطفال الذين غالبا ما يجدون أنفسهم بلا مأوى وعاطلين عن العمل فى الخرطوم. والبديل المُتاح فى الغالب هو الشارع الذى يُعرض حياة الأطفال للكثير من المخاطر. رغم الجهود التى بُذلت لإنقاذ هؤلاء الأطفال ما تزال هنالك حاجة للمزيد. هنالك بعض النجاح، وخصوصاً الجهود الرامية إلى تزويد الأطفال بمهارات سوق العمل من خلال التدريب المهنى والتى أثبتت نجاحاً ملحوظاً فى مُعالجة هذه المشكلة. ينبغى لأى مُعالجات مستقبلية أن تبدأ بمسح يُمكن من الحصول على بيانات مفصلة عن أصلهم، والتوزيع العمرى والنوعى ونوع التدخلات المناسبة لهم.

إن الأطفال فاقدى الرعاية الوالدية هم أكثر الفئات ضعفاً. فالخجل من وصمة الخزي تترك الأمهات غير المتزوجات (غالباً ما تكن الأم صغيرة فى السن) أطفالهن فى الشوارع. ويتطلب وقف هذه الحوادث المأساوية إتباع نهج يُركز على تعزيز الخدمات المقدمة للأطفال فاقدى الرعاية الوالدية مع رفع الوعى وإعلاء قيم الفضيلة.

تطوير الرعاية البديلة خفضت بشكل كبير من أعداد الوفيات بين هؤلاء الرُضع وأنقذت حياتهم .لكن عدم وجود التمويل الكافى لرعايتهم أسفر عن الحد من فرصهم فى البقاء على قيد الحياة. ووجد أنه بين عامي ٢٠٠٧/٢٠٠٩، توفى ما يقرب من نصف الأطفال (٢,١٠٠). وقد أعلنت الحكومة إلتزامها بإستمرار دعم الخدمات بملجأ المايقوما، وذلك بهدف توفير الرعاية الفورية وتحسين حالة الأطفال وتعزيز الرعاية الأسرية البديلة[١٢]. نتيجة لذلك، تحسنت مُعدلات البقاء على قيد الحياة فى عام ٢٠١٠.

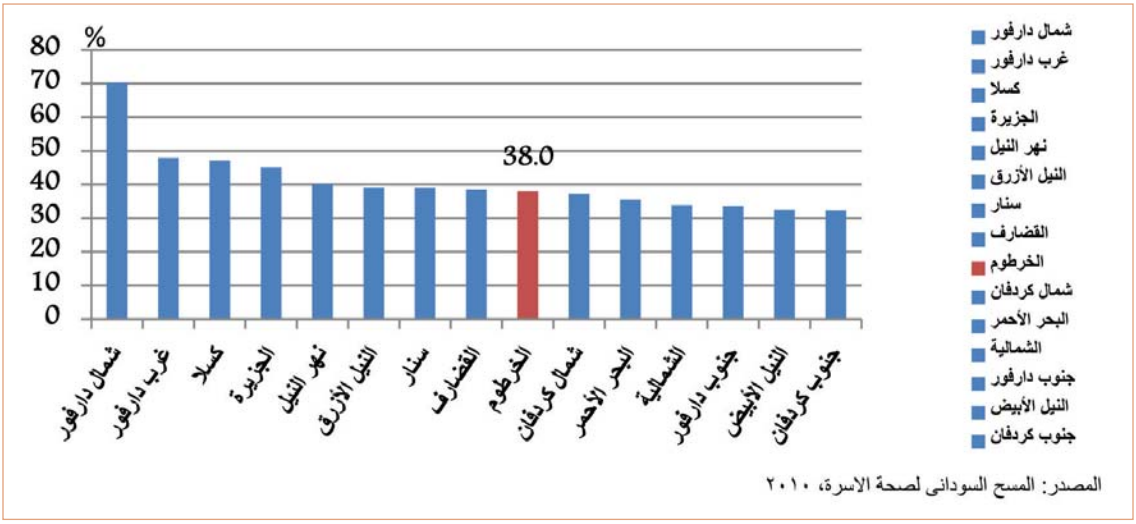
١٠ منظمة الأمم المتحدة للطفولة، تضييق الفجوات لتحقيق الأهداف، مدينة نيويورك، ٧ سبتمبر ٢٠١٠.
١١ اليونيسف، وضع اطفال العالم: مستبعدين وغير مرئيين.
١٢ المعلومات ماخوذة من التقرير السنوى لوزارة الشئون الاجتماعية بالولاية.

التغذية

ولاية الخرطوم بها أدنى نسبة من الأطفال دون سن الخامسة الذين يعانون من نقص الوزن، التقزم أو الُهزال (الذين يعانون من سوء التغذية الحاد). على الرغم من هذا، ووفقاً لمُنظمة الصحة العالمية، فإن حالات التقزم ليست مُقلقة فى حين أن مُعدل إنتشار الهُزال يُمكن وصفه «بالخطير»[١٣]. أما مُعدلات الرضاعة الطبيعية فى ولاية الخرطوم فأقل من المُعدل القومى (٤١ بالمائة) (الشكل رقم ٦,٤). فقط ٣٨ بالمائة من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٠-٥ أشهر يرضعون رضاعة طبيعية، ما يجعل ولاية الخرطوم فى المرتبة التاسعة بين ولايات السودان. قد يكون أحد الأسباب الوصمة الاجتماعية، فالرضيع البدين يرمز للمكانة المتعلقة بالغنى، مما يجعل الأمهات يتجهن للتغذية بالألبان الخارجية إعتقاداً منهن بأن ذلك سيضمن بدانة الطفل. أما الحليب المجفف فلا يُمكن أن يحل محل حليب الثدى. فحليب الثدى له العديد من الفوائد الصحية، بما فى ذلك زيادة مناعة الرُضع والحد من مخاطر الإسهال والقىء والحد من خطر الأمراض الأخرى على المدى الطويل، مثل السكرى وإرتفاع ضغط الدم.

شكل ٦,٤: ولاية الخرطوم فى مرتبة وسط من حيث الرضاعة المطلقة للاطفال

الاطفال في الفئة العمرية (٠-٥ شهور)



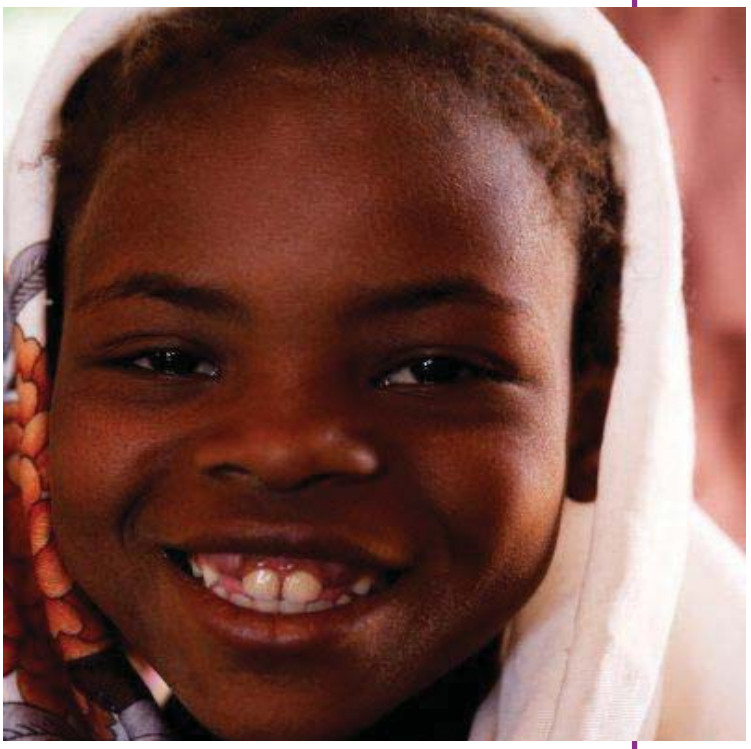
المصدر: المسح السودانى لصحة الاسرة، ٢٠١٠

١٣الحالة البدنية: استخدام وتفسيرالأنثروبومترية .تقريرلجنة خبراء منظمة الصحة العالمية. ١٩٩٥ الفصل ٥ ص ٢٠٨ و ٢١٢

نداء العمل

- زيادة الجهود الرامية إلى توسيع نطاق الخدمات لتصل للسكان فى المناطق التى يصعب الوصول إليها، بما في ذلك ما تبقى من الأطفال خارج المدرسة ومن النساء فى المناطق الريفية اللائى لا يحصلن على خدمات الرعاية الاولية، والنازحين داخلياً والمناطق التى ليست بها خدمات مياه ومرافق الصرف الصحى كافية.
- التصدى للتفاوت فى التعليم بين المناطق الحضرية والريفية من خلال زيادة الإستثمار فى التنمية الريفية.
- إشراك المجتمعات فى تغيير السلوكيات الإجتماعية الضارة مثل ختان الإناث والزواج المُبكر سعياً نحو المساواة بين الجنسين.
- الإستثمار فى تحديد ورعاية الأطفال فاقدى الرعاية الوالدية، بزيادة برامج التوعية وتحسين مرافق الرعاية لهؤلاء الأطفال وتكثيف جهود إعادة توحيد الأسر وتعزيز الرعاية الأسرية البديلة.
- تشجيع الرضاعة الطبيعية المُطلقة من خلال رفع الوعى بفوائدها.
- الإستمرار فى جمع بيانات مفصلة من أجل فهم أفضل للأوضاع المتغيرة للأطفال، ورصد التقدم المحرز العادل.

٧ ولاية الجزيرة

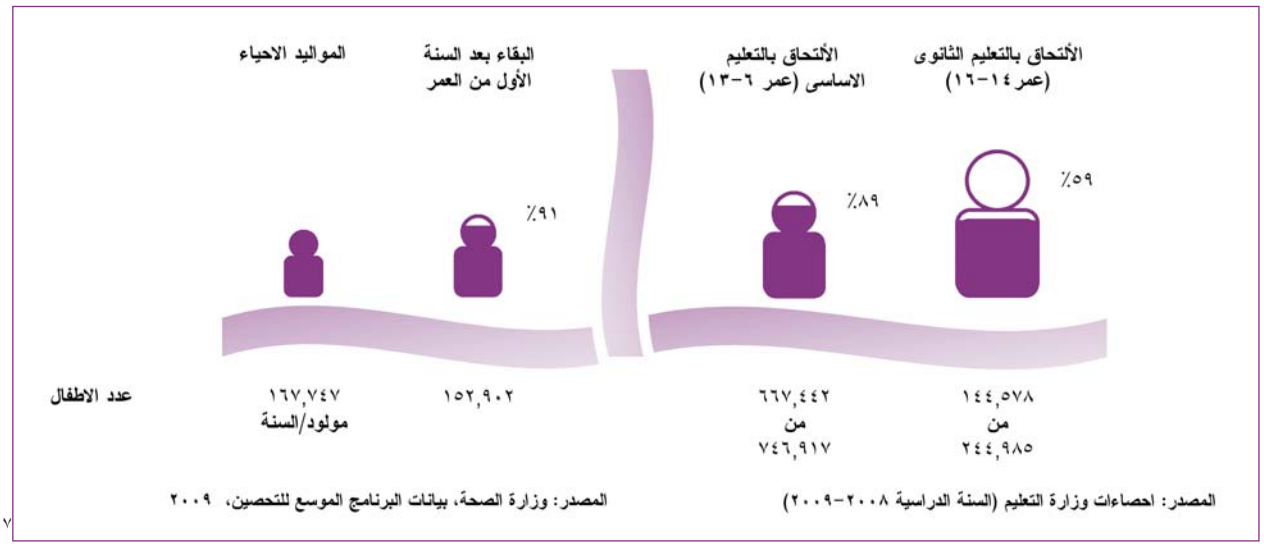


بعض من المؤشرات الرئيسية - المسح السودانى لصحة الاسرة ٢٠١٠ (٪)	
تسجيل المواليد	٧٥,٩
تغطية التحصين	٦٢,٦
انتشار نقص الوزن العالمى	٢٣,٥
التقزم العالمى	٢٩,٧
سوء التغذية العالمى	١٣,٢
إستخدام مصادر مياه شرب محسنة	٩٧,٦
استخدام مرافق صرف صحى محسنة	٣٤,٤
الالتحاق بالتعليم قبل المدرسى[١]	٤٢,٧
الاستيعاب الظاهري بمرحلة الاساس	٨٩,٤
الاستيعاب الظاهري بمرحلة الثانوي	٥٩
السكان ذوى الاعاقة[٢]	٤,٥
انتشار ختان الاناث (تشويه/ قطع الأعضاء التناسلية للانثى)	٦٦,٦
الزواج المبكر (قبل ١٨ عام)	٢٨,٢
الولادة بحضور شخص مؤهل	٨٩,٤
وضع قانون الطفل - تم سن القانون	لا
وضع قانون الطفل - مسودة	لا
معدل وفيات الرضع[٣](لكل ١٠٠٠ ولادةحية)	٧٠
معدل وفيات الأمهات (لكل ١٠٠,٠٠٠)	٤٢٢

ولاية الجزيرة واحدة من أهم مراكز النشاط الإقتصادى[٤] بالبلاد. فالجزيرة هى الثالثة فى الترتيب من حيث حجم السكان بعد ولايات الخرطوم وجنوب دارفور بعدد سكانها البالغ ٣,٥ مليون نسمة. أما عدد الأطفال تحت سن ١٨عاماً فيبلغ ١,٧ مليون طفل وما يقرب من ٥١٢,٠٠٠ طفل دون سن الخامسة[٥]. من بين ١٠٩,٦٠٠ طفل ولدوا أحياء فى غضون ١٢ شهراً السابقة لتعداد ٢٠٠٨ هنالك حوالى ٩٨,٦٠٠ طفل فقط (٩٠ بالمائة) كانوا أحياءاً وقت التعداد. وكما هو الحال فى العديد من الولايات، فمعظم الأسر بولاية الجزيرة تعتمد فى حياتها على الزراعة. ما يجعل الجزيرة مُتميزة هو وجود مشروع الجزيرة كواحد من أكبر المشاريع المروية فى العالم مما يعنى حماية للسكان من موجات الجفاف الذى دفع بالعديد من الأسر إلى دائرة الفقر. ويوفر مشروع الجزيرة فرصاً كبيرة للعمل بسبب إمكانية الإستثمار فى الصناعات الزراعية والنسيج والغزل ومطاحن الحبوب وزيت الطعام وصناعة المواد الغذائية على الرغم من عدم الإستفادة الكاملة منها حالياً. هذه الميزة لا شك ساهمت فى توفير خدمات الصحة والتعليم والمياه والصرف الصحى والنظافة بالولاية. وعانى مشروع الجزيرة فى السنوات الأخيرة من بعض المشاكل، ونتيجة لذلك إنخفضت إنتاجية القطن والقمح والذرة إلى مستويات متدنية ، وهاجر كثير من المزارعين من الجزيرة باحثين عن فرص عمل أفضل .وبالرغم من تفوق الولاية فى كثير من المؤشرات الإجتماعية على العديد من الولايات الأخرى، إلا أنه ووفقاً لبيانات حديثة، هناك مجالات يبدو التقدم بها بطيئاً، ولا سيما بين المجموعات الضعيفة من أطفال الريف (١,٤٠٠,٠٠ طفل والرُحل ٢,٠٠٠ طفل) الذين يقيمون فى مناطق يصعب وصول الخدمات الأساسية إليها.[٦]

١ جميع احصاءات التعليم من وزارة التعليم العام، أحصاءات التعليم، ٢٠٠٨-٢٠٠٩
٢ الأشخاص المعوقين، لديهم نوع من العجز الجزئى لكنهم غالبا ما تتطور لديهم قدرات فائقة أخرى لتعويض عجزهم (بيانات تعداد ٢٠٠٨)
٣ مصدر معدل وفيات الرضع والامهات الجهاز المركزى للاحصاء، تعداد ٢٠٠٨
٤ البنك الدولى، مؤشرات التنمية للعالم، واشنطن، مجموعة البنك الدولى، ٢٠٠٩.
٥ تعداد السكان والمساكن، ٢٠٠٨
٦ تعداد السكان والمساكن، ٢٠٠٨

الشكل:٧,١ بقاء الرضع والالتحاق بالمدرسة فى الجزيرة



٧

القضايا الأساسية

الصحة

الأطفال والنساء فى ولاية الجزيرة يتمتعون بوضع صحى جيد نسبياً مقارنة بولايات السودان الأخرى. جميع مُعدلات الوفاة (حديثى الولادة، دون ٥ سنوات والأمهات) هى أقل من المُعدلات القومية.

تحسنت خدمات الأمومة الآمنة فى الجزيرة قليلاً. ففى عام ٢٠٠٦، وجد أن ما يقرب من ٨٦ فى المائة من الأمهات اللآئي تتراوح أعمارهن بين ١٥-٤٩ ولدن على الأقل مرة واحدة بحضور كادر مؤهل و٧٦ بالمائة تلقين رعاية أثناء فترة الحمل على الأقل مرة واحدة. وفى عام ٢٠١٠ زادت المُعدلات إلى ٨٩ بالمائة و٧٨ بالمائة على التوالى. فولاية الجزيرة لديها البنية التحتية المؤهلة لتقديم خدمات جيدة تُساهم فى تحسين صحة الأمهات. وبحسب دراسة تقييمية، أجراها مؤخراً مجلس السكان العالمى، وجد أن الأمهات فى الجزيرة فى وضع أفضل من باقى الولايات الأخرى. على سبيل المثال، فإن متوسط الوقت المطلوب للوصول إلى المرافق الصحية هو ١٥ دقيقة مقارنة مع ٢٩ دقيقة فى جنوب دارفور. أيضا وجد أن هناك أعداد كبيرة من المرافق الصحية تعمل لمدة ٢٤ ساعة ومُجهزة بالمعدات الطبية اللآزمة لعلاج مضاعفات الحمل.[٨]

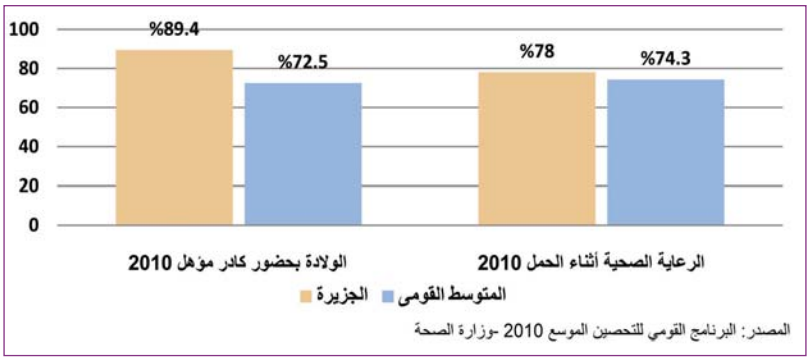
قليلُ من الجهد يُمكن أن يُساهم كثيراً في الحد من وفيات الأمهات مثلا: زيادة الكودار المدربة وتوسيع نطاق المرافق الصحية وزيادة الدعم. فى الواقع، يُمكن منع حوالي ٨٠ بالمائة من وفيات الأمهات من خلال تأمين الوصول إلى الخدمات الأساسية وخدمات طوارىء الولادة ذات الجودة والنوعية العالية[٩].

٧ عدد الأطفال الملتحقين تشمل الأطفال من جميع الأعمار، في حين المقام يحتوى على السكان فى الأعمار من٦-١٣ بالنسبة للتعليم الأساسى، بينما للتعليم الثانوي السكان فى الفئة العمرية ١٤-١٦.و قد يؤدي هذا إلىارتفاع معدل الالتحاق بالمدارس من الواقع.

٨ عبد التواب ، نهلة ومها الرباط (خدمات الصحة للأمهات وحديثي الولادة في السودان) نتائج تحليلات الوضع: ملخص المشروع ، مجلس السكان ، القاهرة فبراير ٢٠١٠ الصفحات ٤،١٠

٩ صندوق الأمم المتحدة للأطفال (اليونسيف) ، وضع الأطفال في العالم ٢٠٠٩، صحة الأمهات والمواليد الجدد ، مدينة نيويورك ٢٠٠٩ ص ٢

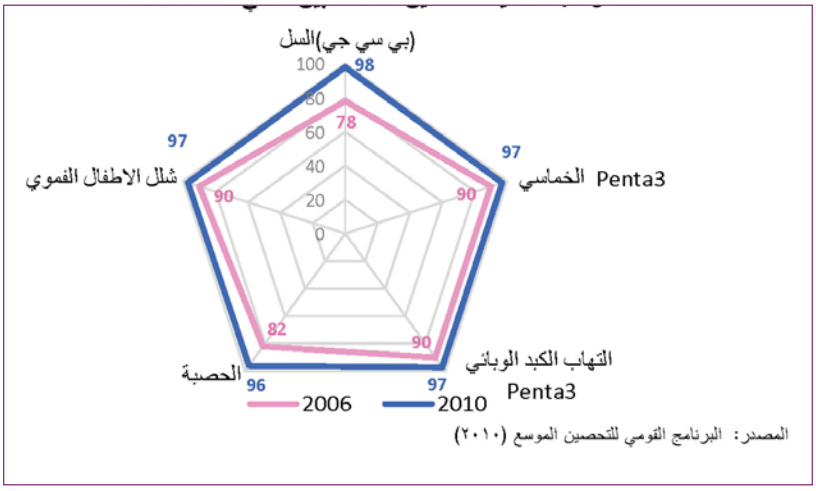
الشكل: ٧,٢ تغطية الولادة بقابلات ماهرات (ABS)، والرعاية الصحية اثناء الحمل (CNA) في ولاية الجزيرة



فيما يتعلق بتغطية التحصين، فقد أحرزت ولاية الجزيرة واحداً من أعلى مُعدلات التحصين فى السودان، ولكن حسب مصادر البيانات فالصورة مُختلفة بشأن التقدم المُحرز فى مجال التغطية بالتحصين. فوفقاً لبيانات المسح الثانى لصحة الأسرة فى عام ٢٠١٠، بلغت نسبة التحصين الكامل ٦٣ بالمائة للأطفال في سن ١٢ إلى ٢٣ شهرا للقاحات السل(بى سى جى)، شلل الأطفال، اللقاح الخماسي والحصبة، وهو ما يتجاوز المُعدل القومى(٤٩ بالمائة). وما تجدر الإشارة إليه أنه قد إستفاد ٦٩ بالمائة من الأطفال فى عام ٢٠٠٦ من خدمات التحصين.

و قد أشارت بيانات حديثة لبرنامج التحصين القومى الموسع (EPI) لتحسن فى التغطية (الشكل ٧,٣). فقد زادت نسبة التطعيم ضد الحصبة من ٨٢ إلى ٩٦ بالمائة بين عامي ٢٠٠٦ و ٢٠١٠، فضلاً عن زيادة التطعيم للسُل (بى سى جى) من ٧٨ إلى ٩٨ بالمائة[١٠]. وقد زادت نسبة التغطية بلقاح شلل الأطفال الفموى أيضاً من ٩٠ بالمائة إلى ٩٧ بالمئة خلال الفترة نفسها.

الشكل ٧,٣ تغطية التحصين تحسنت بين عامي ٢٠٠٦ ـ ٢٠١٠



بالمقارنة مع متوسط مُعدل السودان، تُعد ولاية الجزيرة واحدة من أفضل الولايات حالاً من حيث الوضع التغذوى للأطفال. على الرغم من هذا، فإنتشار التقزم يُصنف 'بالعالى'، فى حين يُصنف سوء التغذية الحاد (الهُزال) "بالخطير"[١١]. وتُصنف ثلث حالات سوء التغذية بالولاية بأنها من النوع الحاد (٤,٤ بالمائة). مُعدلات الرضاعة الطبيعية المُطلقة أعلى من المتوسط، ومع ذلك لا يزال أقل من نصف الأطفال فقط يعتمدون فى تغذيتهم على الرضاعة الطبيعية. الحد الأدنى من عدد الوجبات منخفض مع وجود ربُع الأطفال فقط يتلقون عدد الوجبات الموصى بها لكل ٢٤ ساعة.[١٢]

١٠يستخدم برنامج التحصين الموسع الرضع على قيد الحياة (جميع الولادات ناقص الوفيات في السنة الأولى من العمر) كمقام، باستثناء البى سى جى، والذي يستخدم مجموع عدد الولادات الحية المسح السودانى لصحة الأسرة يستخدم الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين١٢-٢٣ شهرا باعتباره مقام.

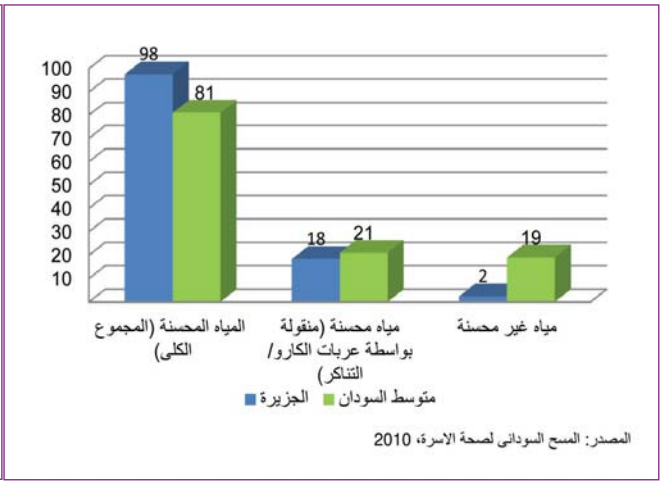
١١الحالة البدنية: استخدام وتفسيرالأنثروبومترية.تقرير لجنة خبراء منظمة الصحة العالمية، ١٩٩٥الفصل٥ ص٢٠٨ و ٢١٢

١٢عدد الأطفال ٦-٢٣ شهر الذين تلقوا طعام صلب اوشبه صلب او لين (بالاضافة للحليب للاطفال الذين لايرضعون) على الاقل وجبتين او اكثر، حسب حالة الرضاعة خلال اليوم السابق بالنسبة للاطفال الذين يرضعون الحد الادنى لتردد الوجبات اليومى مرتين فى اليوم للرضع ٦-٨ شهور و ٣ مرات للاطفال ٩-٢٣ شهر. للاطفال الذين لا يرضعون الحد الادنى للوجبات اليومية ٤ مرات للاطفال ٦-٢٣ شهر.

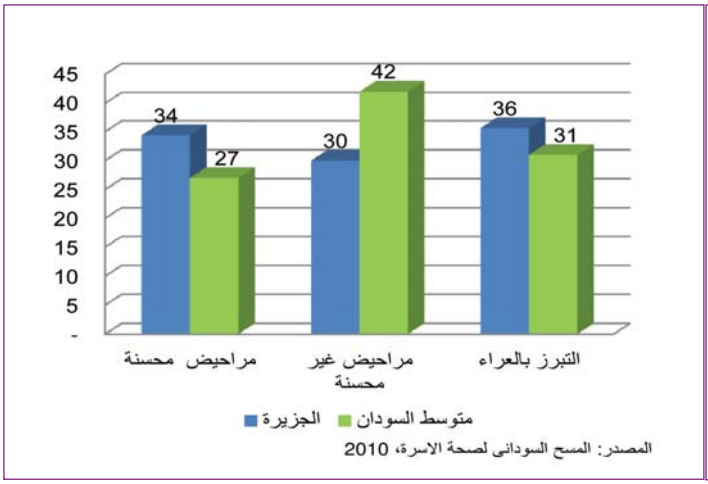
المياه والصرف الصحي والنظافة

الولاية بها أعلى نسبة من السكان الذين يحصلون على المياه المُحسنة (٣,٤٧٨,٠٤٥) نسمة ما يعادل ٩٨ بالمائة من سكان الولاية، وهو المُعدل الأعلى فىالسودان، حوالى خُمس هؤلاء ٦٢٦,٠٤٨ (١٨بالمائة) يحصلون على المياه من خلال عربات تجرها الدواب (الكارو)أوالناقلات (التانكر) (شكل ٧,٤). من ناحية أخرى، هنالك ٣٤ بالمائة من سكان الولاية (١,٠٦٤,٦٦٩) يستخدمون مرافق الصرف الصحى المُحسنة، بينما ٣٠ بالمائة (١,٠٦٤,٧٠٨) يستخدمون مرافق صرف صحىغير مُحسنة. أما بقية السكان ١,٢٧٧,٦٤٩ (٣٦بالمائة) فيمارسون التبرز فى العراء (شكل ٧,٥) والذى لايزال واحد من أخطر الممارسات الصحية التى تتسبب فى إنتشار الأمراض بسرعة.التقدم المُحرز فى هذا المجال يحتاج الى تضافر الجهود برفع وعى المجتمع وإقرار سياسات وإستراتيجيات ودعم واضح لخدمات الصرف الصحى. إن فرص الحصول على مرافق الصرف الصحى المُحسنة مُنخفض أيضا بالنسبة لأطفال المدارس والمرافق الصحية. وقد تضمنت الخطة الاستراتيجية للأعوام٢٠١١-٢٠١٦ للمياه والصرف الصحى نشاطات لتوفير ٤١ بالمائه من الخدمات للمدارس و٦١ بالمائة للمرافق الصحية بالولاية.

شكل ٧,٤: الحصول على مياه شرب محسنة



شكل ٧,٥: الحصول على مراحيض محسنة



حماية الأطفال

تأتى ولاية الجزيرة فى المرتبة الثانية بعد ولاية الخرطوم فيما يتعلق بتزايد أعداد الأطفال الذين هم فى تماس مع القانون. تحتاج الولاية إلى مزيد من المبادرات لحل هذه المشكلة على الرغم من الأعداد المتزايدة لحالات العنف ضد الأطفال، وعدد حالات جنوح الأطفال. إلا أن معدل حالات العنف ضد الأطفال أظهرت بعض التحسن فى الفترة بين ٢٠٠٩ و٢٠١٠ حيث إنخفضت حالات العنف من ٣,٤٤١ إلى ١,٩١٤. وعلى العكس من هذا الوضع تماماً فيما يتعلق بعدد حالات جنوح الأطفال التى تضاعفت بين عامي ٢٠٠٩ و٢٠١٠ لتصل إلى ١,٥٨٢ من ٨٥٨ حالة أبُلغ عنها فى عام ٢٠٠٩.

الخطوة الأولى لمعالجة هذه المشكلة هى تقوية التشريعات لتكون أكثر دعماً لحقوق الطفل من خلال التطبيق الكامل لقانون الطفل ٢٠١٠ والعمل على سن قانون ولائى للطفل. أما المظلة القانونية فمن شأنها تعزيز تنسيق الجهود لدعم الأطفال وحمايتهم من أنواع الإستغلال المختلفة. كذلك، يُمكن إدخال الأطفال فى التأهيل والتدريب المهنى للمساعدة فى دمجهم فى المجتمع.

ختان الاناث (تشويه/ قطع الأعضاء التناسلية للأنثى)

وفقاً للمسح السودانى لصحة الأسرة الثانى، خضع ٦٧ بالمائة من الفتيات والنساء فىالولاية لعملية الختان. رغم ذلك فإن بعض التقدم قد أحرز، حيث أظهرت البيانات أن موقف السكان تجاه ختان الإناث قد تغير، فقد زادت النسبة المئوية للنساء اللآتى أيدن حظر ختان الإناث من ٥٥,١ بالمائة فى عام ٢٠٠٦ لتصل إلى ٦٩,١ بالمائة فى عام ٢٠١٠ (الشكل ٧,٦). كذلك فقط ٢٨ بالمائة من النساء المتزوجات أبلغن بأنهن يعتزمن الإستمرار فى ممارسة الختان مع بناتهن فى عام ٢٠١٠ مقارنة بنسبة ٥١ بالمائة فى عام ٢٠٠٦ ، وهذه تُعتبر واحدة من أدنى نسب النساء المؤيدات لختان الإناث فى السودان.

الشكل ٧,٦: النساء أكثر معارضة لممارسة الختان فى ولاية الجزيرة (٢٠٠٦-٢٠١٠)

النساء فى الفئة العمرية ١٥-٤٩

ختان الإناث ممارسة ضارة عميقة الجذور فى التقاليد، لذا فإن تنظيم حملات فعالة جداً وشاملة لابد أن يتم بمشاركة أفراد المجتمع من قادة الرأى وأصحاب النفوذ. ففى العديد من مناطق ولاية الجزيرة نجد أن الفتيات اللواتى يتم ختنهن هن الأكثر قبولا من مجتمعاتهم وحظهن أفضل فى الحصول على فرصة للزواج. ونتيجة لذلك، فإن الأمهات وأفراد الأسرة هم دائماً على إستعداد للمخاطرة بصحة إبنتهم من أجل ضمان مستقبل آمن لها فى الأسرة والمجتمع.

يجب إستمرار حملات رفع الوعى والمبادرات المجتمعية، مثل «حملة سليمة» التى تهدف لتغيير المفاهيم السائدة. حملة سليمة هى شبكة من البرلمانيين والفاعلين الإجتماعيين، والجماعات الدينية والناشطات من أجل بناء توافق فى الآراء للتخلى عن الختان. شهد المشروع بالفعل بعض النجاح فى ولاية جنوب كردفان، وساعد فى حماية الفتيات من هذه الممارسة التقليدية الضارة.

تسجيل المواليد

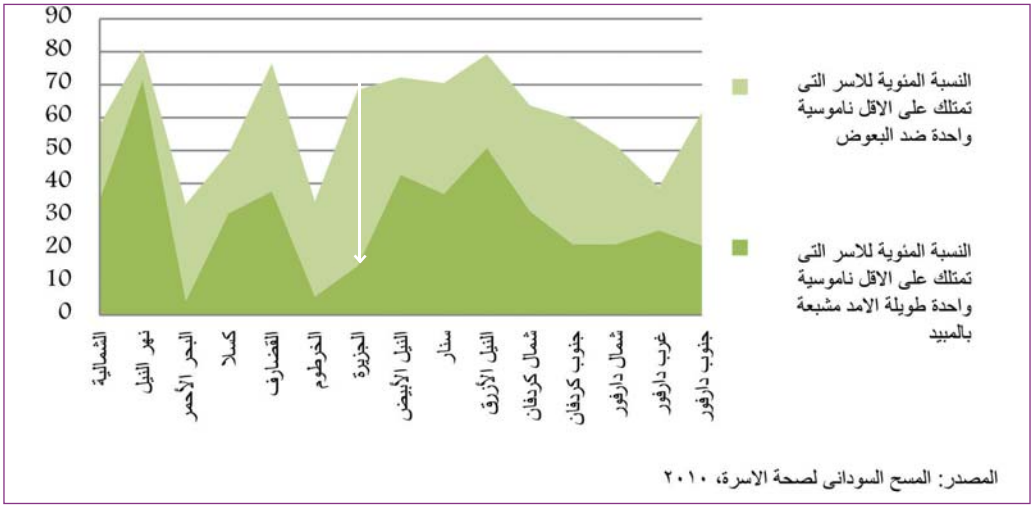
تمكنت ولاية الجزيرة من زيادة نسبة تسجيل المواليد ١٤,٥ نقطة مئوية بين عامي ٢٠٠٦ و٢٠١٠ لتصل النسبة إلى ٧٥,٩ بالمائة. تسجيل المواليد هو أمر أساسى لبقاء الطفل ونموه الصحى أذ يضمن معرفة الولاية لأعداد الأطفال عند التخطيط لوضع الميزانيات وتخصيص الموارد. أما وجود سجلات رسمية توضح عمر الطفل وهويته فيجعل من المُمكن مراقبة الحضور فى المدارس وفرض وسن قوانين واضحة، مثل التى تحدد سن الزواج والتجنيد للقوات المسلحة.[١٣]

الملاريا والناموسيات

الملاريا واحدة من الأسباب الرئيسية للمرض والوفاة فى ولاية الجزيرة، فالأطفال الصغار والنساء الحوامل هم أكثر الفئات المُعرضة لخطر الإصابة بالملاريا. وتظل الناموسيات المُشبعة من الضروريات التى يُمكن أن تقلل من الإصابة بالمرض. وعلى الرغم من أن ٦٩ بالمائة من الأسر تمتلك ناموسية واحدة على الأقل، إلا أن أقل من ١٥ بالمائة يمتلكون ناموسيات طويلة الأمد مُشبعة بالمُبيد الحشرى، مما أدى لإنخفاض الإصابة بالملاريا بما يقارب من ٥٠ بالمائة وفقاً للجولة الثانية للمسح السودانى لصحة الأسرة (الشكل ٧,٧). فالجهود المتواصلة لحملات التوعية وتوزيع الناموسيات المُعالجة بالمُبيد الحشرى ضرورية للحد من خطر الملاريا.

١٣صندوق الأمم المتحدة للطفولة ، التقدم من أجل الأطفال: بطاقة تقرير عن حماية الطفل، رقم 8 . ،اليونيسف، نيويورك، ٢٠٠٩ ، ص٥ -٦

الشكل ٧,٧: بالرغم من أن التغطية بالناموسيات عالية الأ ان الاسر التى تستخدم ناموسيات المعالجة بالمبيد منخفض فى الجزيرة



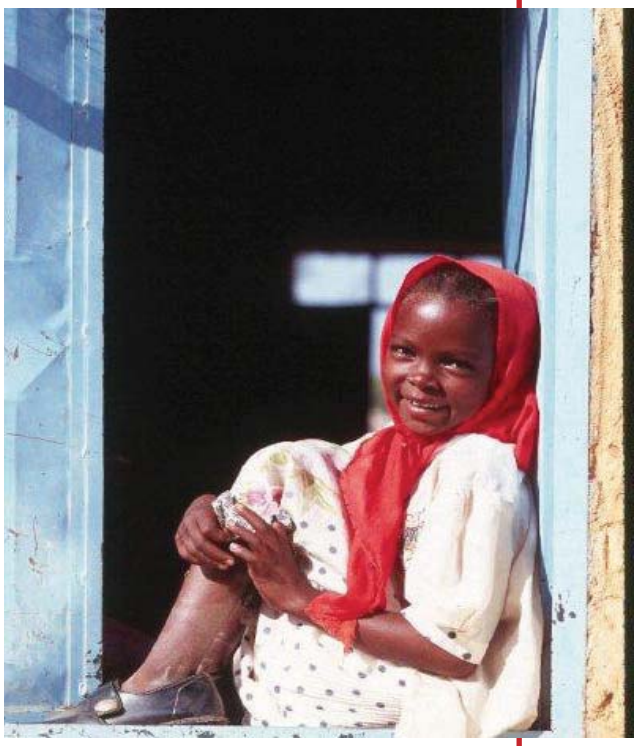
المصدر: المسح السودانى لصحة الاسرة، ٢٠١٠

نداء للعمل

- البناء على الجهود الحالية لحكومة الولاية لوضع صحة الطفل والأم من ضمن أولويات التخطيط والموازنات، مع ضمان التركيز بوجه خاص على المناطق الريفية .
- تشجيع المبادرات المجتمعية، مثل "حملة سليمة" لتغيير المعتقدات الإجتماعية حول ختان الإناث، وأيضاً السعى من أجل إدخال قانون حظر ختان الإناث.
- الإستمرار فى جمع البيانات الجديدة التى تُعزز صنع القرار وترصد التقدم المُحرز فى مجال حقوق الأطفال.
- إستحداث تدابير للحد من التبرز فى العراء.
- الإستفادة من التجارب الناجحة فى الولايات لزيادة تسجيل المواليد.
- الدعوة لإدراج حقوق الطفل كعنصر رئيسى فى ميزانية وخطط للتنمية.

٨

ولاية النيل الأبيض



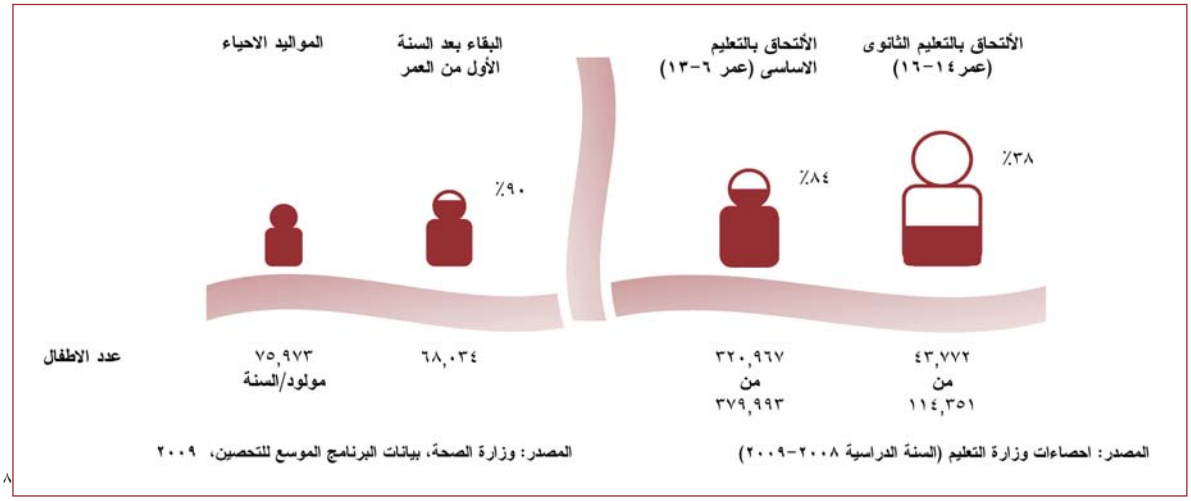
بعض من المؤشرات الاساسية – المسح السودانى لصحة الاسرة ٢٠١٠	
تسجيل المواليد	٧١,٧
تغطية التحصين	٥٤,٩
انتشار نقص الوزن العالمى	٣٤,١
التقزم العالمى	٣٧,٠
سوء التغذية العالمى	١٨,١
إستخدام مصادر مياه شرب محسنة	٦٤,٣
استخدام مرافق صرف صحى محسنة	٢٠,٢
الالتحاق بالتعليم قبل المدرسى[١]	٤١,٤
الاستيعاب الظاهري بمرحلة الاساس	٨٤,٥
الاستيعاب الظاهري بمرحلة الثانوي	٣٨,٣
السكان ذو الاعاقة[٢]	٤,٧
انتشار ختان الإناث (تشويه/ قطع الأعضاء التناسلية للانثى)	٧١,٧
الزواج المبكر (دون ال ١٨ عام)	٣٥,٧
الولادة بحضور شخص مؤهل	٨٦,٢
وضع قانون الطفل- تم سن القانون	لا
وضع قانون الطفل- مسودة	لا
وضع قانون الطفل- تضمين حظرختان الأناث	لا
معدل وفيات الرضع[٣] (لكل ١٠٠٠ ولادة حية)	٧٩
معدل وفيات الأمهات (لكل ١٠٠,٠٠٠)	٥٠٣

ولاية النيل الأبيض واحدة من الولايات الأقل نمواً فى السودان. فإستهلاك الأسرة الشهرى يبلغ١٣١ جنية سودانى للفرد، مما يضع ٥٦ بالمائة من السكان تحت خط الفقر (١١٤ جنيه سوداني)[٤]. والغالبية العظمى من السكان (١,١٤٧,٩٥١) يسكنون فى المناطق الريفية أو من الرحل (٦٧ بالمائة). ثلث السكان النشطون اقتصادياً يعملون بالزراعة، مما يجعل الدخل ضعيفاً خلال موسم الجفاف. فى الواقع، تُمثل مهددات الزراعة مثل الجفاف، الآفات وأمراض المحاصيل وخسارة الماشية أكثر من ٤٠ بالمائة من جميع الأسباب التى أضرت بالأسر بشدة فى الولاية[٥]. الجفاف على مدى العقد الماضى حال دون إحراز نهضة إقتصادية، بل ساهم فى ضعف تغذية الأطفال عموما ومحدودية الوصول إلى مصادر المياه النظيفة وإرتفاع معدلات الفقر. ما يقرب من نصف سكان النيل الأبيض (١,٧ مليون نسمة) هم من الأطفال، منهم ٢٦٧,٣٠٠ (١٦ بالمائة) تقل أعمارهم عن خمس سنوات[٦]. أما فئات الأطفال الضعفاء (ريف ٥٦٠,٠٠٠ ورُحل ٢١,٠٠٠) فيقيمون فى مناطق يصعب وصول الخدمات الأساسية لها[٧].

الغالبية العظمى من سكان الولاية يقيمون فى شريط ضيق يمتد على طول ضفاف النيل الأبيض. إلا أن البعض يعيشون فى قرى صغيرة متناثرة على نطاق واسع من أنحاء الولاية، ومأهولة بأعداد قليلة من السكان مما جعل من الصعب توفير خدمات الصحة والتعليم وإمدادات المياه والخدمات الأساسية الأخرى.

١ جميع احصاءات التعليم من وزارة التعليم العام، أحصاءات التعليم، ٢٠٠٨-٢٠٠٩
٢ الأشخاص المعوقين، لديهم نوع من العجز الجزئي لكنه غالبا ما تتطور لديهم قدرات فائقة أخرى لتعويض عجزهم (بيانات تعداد ٢٠٠٨)
٣ مصدر معدل وفيات الرضع والامهات الجهاز المركزى للاحصاء، تعداد ٢٠٠٨
٤ الجهاز المركزى للاحصاء، المسح الاساسى للاسر المعيشية، ٢٠٠٩، شمال السودان، الخرطوم ٢٠١٠
٥ الجهاز المركزى للاحصاء، المسح الاساسى للاسر المعيشية، ٢٠٠٩، شمال السودان، الخرطوم ٢٠١٠
٦ تعداد السكان والمساكن، ٢٠٠٨
٧ تعداد السكان والمساكن، ٢٠٠٨

الشكل: ٨,١ بقاء الرضع والالتحاق بالمدرسة فى النيل الأبيض



القضايا الرئيسية

التعليم

الإستثمار فى التعليم بولاية النيل الأبيض بدأ يؤتى ثماره. ٣٩بالمائة من إجمالى الإنفاق العام يذهب فى إتجاه التعليم، مما أسفر عن ثمانية بالمائة متوسط معدل النمو السنوى فى معدلات الإلتحاق بالتعليم الأساسى بين ٢٠٠٥/٢٠٠٤ و ٢٠٠٩/٢٠٠٨. رغم أن معدل النمو هذا قد لا يكون كبيراً كما فى النيل الأزرق (١٤ بالمائة) أو دارفور (١٢-١٥ بالمائة)، إلا أن الولاية لا تزال تحتل مرتبة وسطى بين ولايات السودان، وتفوق معدل النمو القومى البالغ ٦ بالمائة[٩]. ووفقاً للمسح السودانى لصحة الأسرة (٢٠١٠)، بلغت نسبة الإلتحاق بمدارس الأساس ٨٠ بالمائة و ٣٦ بالمائة بمدارس الثانوية[١٠].

ومع ذلك، فإن التباين فى نسبة الإلتحاق بين مدارس الأساس والثانوى يُثير القلق. ووفقاً للتعداد ٢٠٠٨ هنالك نسبة عالية من الأطفال فى المناطق الحضرية ملتحقين بالمدرسة ولا يوجد تفاوت بين الجنسين تقريباً. من ناحية أخرى، يوجد فى المجتمعات الريفية، ١٠٢,٢٠٠ طفل فى الفئة العمرية ٦ الى ١٦ سنة لا يذهبون إلى المدرسة، أى ما يقرب من ثلث الأطفال فى سن الإلتحاق بالمدارس فى هذه المناطق. على عكس نظرائهم فى المناطق الحضرية، فإحتمال عدم إنتظام فتيات المناطق الريفية فى الحضور والبقاء في المدرسة هو الغالب. فقط ٥٦ بالمائة من الفتيات يلتحقن بالمدارس مقارنة مع ٦٤ بالمائة من الفتيان (الشكل ٨,٢).

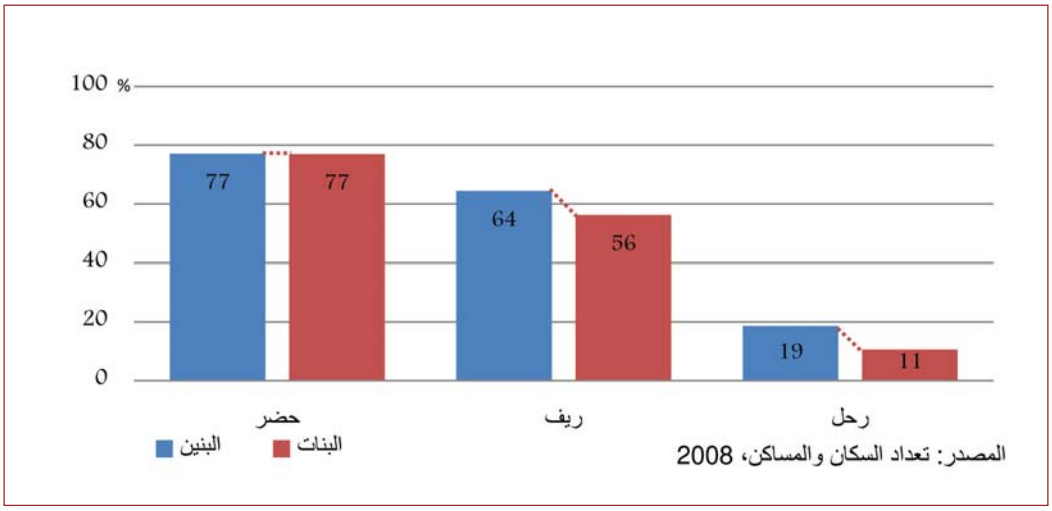
٨ عدد الأطفال الملتحقين تشمل الأطفال من جميع الأعمار، في حين المقام يحتوى على السكان فى الأعمار من٦-١٣ بالنسبة للتعليم الأساسى، بينما للتعليم الثانوي السكان فى الفئة العمرية ١٤-١٦.و قد يؤدي هذا إلىارتفاع معدل الالتحاق بالمدارس من الواقع.

٩ البنك الدولى «تقريرحالة قطاع التعليم فى شمال السودان» الخرطوم، ١٣ يناير ٢٠١١ ،ص ٨ و ١٤٠

١٠ نسبة الالتحاق بمرحلة الاساس ٨٤,٥٪، ونسبة الالتحاق بالمدارس الثانوية ٣٨,٣٪، الإحصاء التربوي، ٢٠٠٩/٢٠٠٨،ص ٣٨ و ٤١.

الشكل ٨,٢: الفوارق النوعية فى التعليم بين الريف والرحل واسعة بولاية النيل الابيض

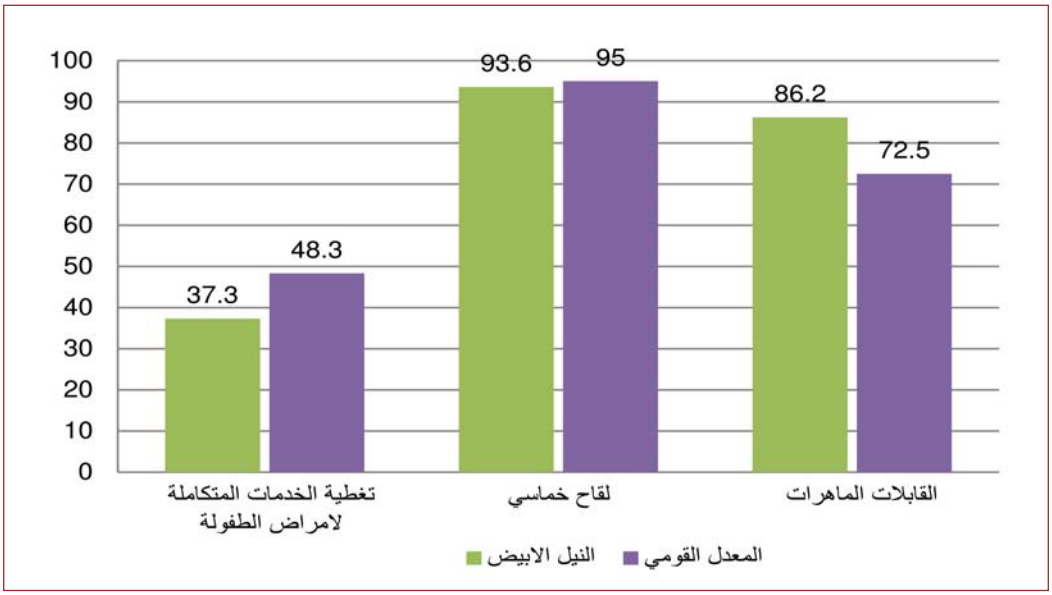
(الاطفال ٦-١٦ سنة)



الصحة

العلاقة بين الحالة الصحية للأطفال والنساء علاقة تبادلية وقياسها يرتكز على المؤشر الذى نعتمده. فمُعدلات وفيات الأطفال أقل من ٥ سنوات ووفيات الأطفال حديثى الولادة أقل من المُعدل القومى[١١]. من جهة أخرى، فإن نسبة وفيات الأمهات أعلى من المُعدل القومى، رغم أن البيانات الحكومية تُظهر الوصول إلى نسبة تغطية١٠٠ بالمائة لخدمات طوارئ الولادة الشاملة[١٢]ونسبة ٩,٥ بالمائة للولادة القيصرية، وهذه النسبة تقع فى حدود النطاق المقبول لمُنظمة الصحة العالمية (٥-١٥ بالمائة). وهنالك ٨٦ بالمائة من الولادات تمت بمساعدة قابلات مدربات. بالإضافة إلى ذلك، ووفقاً للبيانات الإدارية لبرنامج التحصين الموسع، نجد أن تغطيات التطعيم مُرتفعة بما يكفى لحماية الأطفال ضد أمراض يُمكن الوقاية منها باللقاحات ولكن هنالك فقط ٣٧ بالمائة من المرافق الصحية تقدم خدمات الإدارة المُتكاملة لأمراض الطفولة (IMCI).

الشكل ٨,٣ : تغطية الخدمات المتكاملة لأمراض الطفولة واللقاح الخماسى والقابلات الماهرات (SBA) فى ولاية النيل الأبيض، ٢٠١٠ (٪)



١١ المسح السودانى لصحة الاسرة، ٢٠٠٦

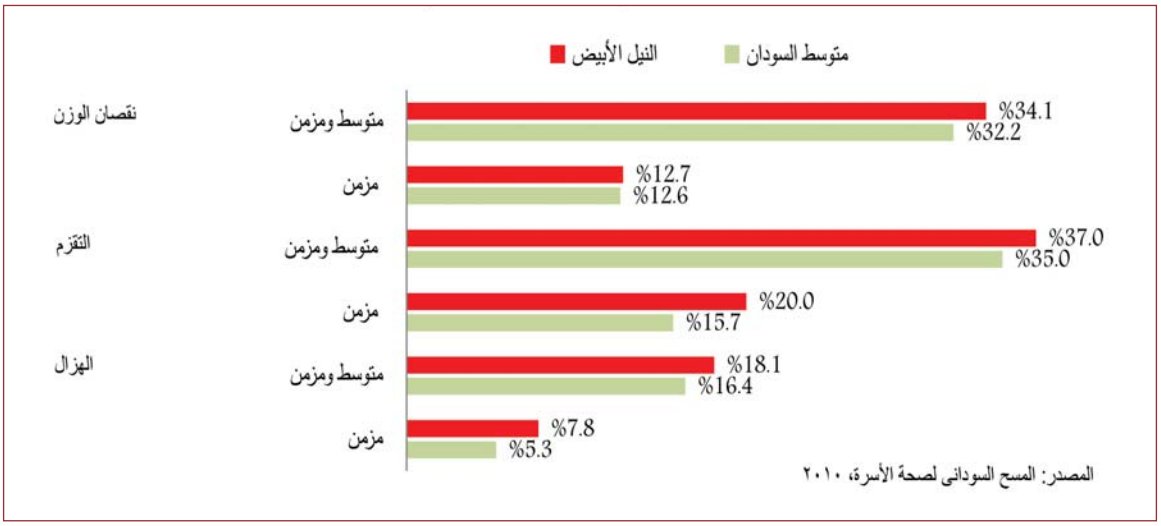
١٢ المصدر: وزارة الصحة الاتحادية، وحدة الصحة الانجابية، ٢٠٠٨

التغذية

حالة التغذية للأطفال دون سن الخامسة فى ولاية النيل الأبيض هى دون المُعدلات القومية فى جميع المؤشرات الثلاثة للجسم البشرى: الوزن بالنسبة للعمر (نقص الوزن)، الطول بالنسبة للعمر (التقزم)، والوزن مقابل الطول (الهُزال) (الشكل٨,٤). تبلغ نسبة مُعدل سوء التغذية الحاد الشديد (الهُزال) ٧,٨ بالمائة كواحدة من أعلى مُعدلات سوء التغذية فى السودان[١٣]، وتمثل حالات سوء التغذية الحاد ما يقرب من نصف حالات سوء التغذية فى كل الولاية.

الشكل ٨,٤: معدلات سوء التغذية (الهزال، التقزم، نقص الوزن) فى ولاية النيل الأبيض أعلى من المعدل القومى.

(الاطفال تحت سن ٥ سنوات)



من المُمكن أن يساهم فقر تغذية الأطفال الرُضع والصغار فى المستويات العالية لسوء التغذية فى الولاية ويتضح ذلك من إنخفاض مستويات الرضاعة الطبيعية (٣٢,٤ بالمائة) وإنخفاض مستويات الحد الأدنى[١٤]لعدد وجبات الأطفال الصغار (فقط ٣٦,٦ بالمائة).

نجد أن العديد من الأسر تعتمد فى سبل كسب العيش على الزراعة، مما يزيد من ضعف دخل الأسر فى مواسم الجفاف. وقد قدر تقييم لبرنامج الغذاء العالمى لعام ٢٠١٠ أن خمسة بالمائة من السكان، أو ما يقرب من ١٠,٠٠٠ أسرة أصبحت تعانى بشدة خلال مواسم الجفاف. ويُعتقد أيضاً أن الفقر والزيادات الهائلة فى أسعار السلع قد حدت من الإستهلاك الغذائى[١٥].

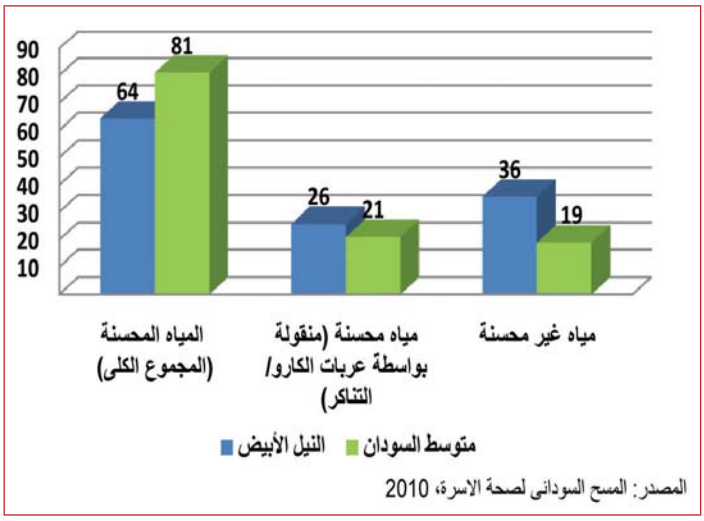
ومن أجل تحسين الأمن الغذائى والتغذية بين الأطفال فى المستويات المختلفة[١٦] ، أوصى تقييم برنامج الغذاء العالمى بتخفيض الضرائب على المواد الغذائية، وتنفيذ برامج التغذية المدرسية، وتنفيذ برامج الغذاء مقابل العمل.

المياه والصرف الصحى والنظافة

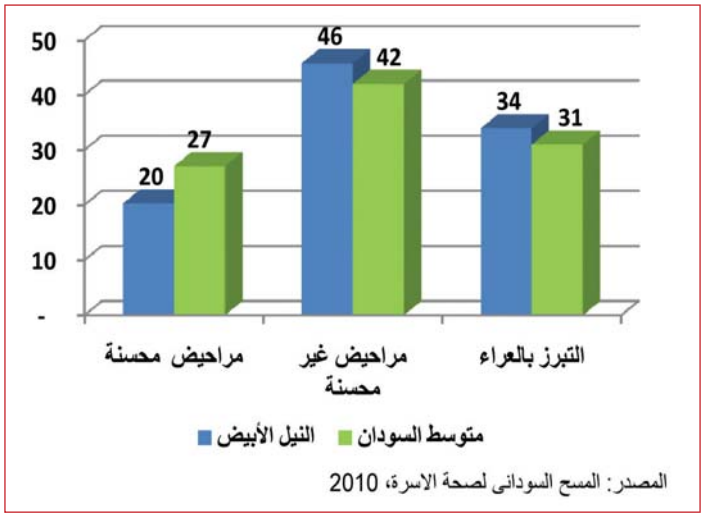
إن مُعدلات الوصول إلى مصادر مُحسنة للمياه ومرافق الصرف الصحى منُخفض بولاية النيل الأبيض. و هنالك فقط ١,٠٦٩,٥٥٠ (٦٤ بالمائة) من السكان يحصلون على مياه مُحسنة وخُمسى هولاء ٤٤٥,٤٧٤ (٢٦ بالمائة من إجمالى سكان الولاية) يحصلون على المياه من عربات تجرها الدواب(الكارو) أو الناقلات (التانكر) (شكل ٨,٥). أما الوصول إلى مرافق الصرف الصحى المُحسنة فلا يزال مشكلة فى ولاية النيل الأبيض. وأظهرت بيانات المسح السودانى لصحة الأسرة٢٠١٠أن ٢٠ بالمائة من السكان يستخدمون مرافق الصرف الصحى المُحسنة، و ٤٦بالمائة يستخدمون مرافق صرف صحىغير مُحسنة و٣٤بالمائة من الأسر ليس لديهم مراحيض على الإطلاق ويمارسون التبرز فى العراء، وهى الممارسة الصحية الأسوأ والتى تُساهم فى إنتشار الأمراض بسرعة. (شكل ٨,٦).

١٣سوء التغذية الحاد والشديدSAM هو الهزال الشديد، يعرف بانه الوزن المنخفض جدا للطول (اقل من ثلاث انحرافات معيارية عن القيمة الوسيطية لمعيار منظمة الصحة العالمية)
١٤عدد الأطفال ٦-٢٣ شهر الذين تلقوا طعام صلب اوشبه صلب او لين (بالاضافة للحليب للاطفال الذين لايرضعون) على الاقل وجبتين او اكثر، حسب حالة الرضاعة خلال اليوم السابق . بالنسبة للاطفال الذين يرضعون الحد الادنى لتردد الوجبات اليومى مرتين فى اليوم للرضع ٦-٨ شهور و ٣ مرات للاطفال ٩-٢٣ شهر. للاطفال الذين لا يرضعون الحد الادنى للوجبات اليومية ٤ مرات للاطفال ٦-٢٣ شهر.
١٥ برنامج الغذاء العالمى « تقييم الأمن الغذائى: ولاية النيل الابيض» ، أكتوبر ٢٠١٠، ص ٣.
١٦ برنامج الغذاء العالمى « تقييم الأمن الغذائى: ولاية النيل الابيض» ، أكتوبر ٢٠١٠، ص ٣.

شكل ٨,٥: الحصول على مياه شرب محسنة



شكل ٨,٦: الحصول على مراحيض محسنة



الحصول على مرافق للصرف الصحى المُحسن مُنخفض لأطفال المدارس وفى المرافق الصحية. وقد قدرت الخطة الإستراتيجية للمياه والصرف الصحى (٢٠١١-٢٠١٦) حصول مدارس الولاية على ٢٣ بالمائة و٦٣ بالمائة للمرافق الصحية بالولاية من خدمات الصرف الصحى.

تسجيل المواليد

زادت نسبة الأطفال دون سن الخامسة الذين تم تسجيلهم عند الولادة من ٤٣ الى ٧٢ بالمائة فى غضون أربع سنوات فقط. يظل تسجيل المواليد أمراً أساسياً للعمل على بقاء الطفل على قيد الحياة ونمائه الصحى كما يُساعد فى معرفة الولاية لحجم الأطفال عند التخطيط للموازانات وتخصيص الموارد للصحة والتعليم والخدمات الأساسية الأخرى. من السهل تسجيل الأطفال وإبقائهم فى المدرسة عندما يتم تسجيل هوياتهم وأعمارهم رسمياً. فصياغة قوانين زواج القاصرات وفرض القوانين التى تمنع إنخراط الأطفال فى الأعمال العسكرية وتلك التى تمنع عمالة الأطفال، كلها تعتمد على التحقق من عمر الطفل.[١٧]

١٧ اليونيسف: بطاقة تقرير عن حماية الاطفال، رقم ٨، اليونيسف، نيويورك، ٢٠٠٩، ص ٥-٦.

نداء للعمل

- ضمان المساواة فى توزيع موارد التعليم وإيجاد حوافز للأطفال وخصوصاً الفتيات فى الريف تشجع على الحضور والبقاء فى المدرسة، مثل تدريب المعلمين والمدارس الصديقة للطفل.
- توسيع نطاق تغطية الخدمات العلاجية لسوء التغذية الحاد وتوفير تدابير وقائية تحد من سوء التغذية، مثل تشجيع الرضاعة الطبيعية، التغذية المدرسية، وبرامج الدعم.
- التصدى لمسألة إرتفاع وفيات الأمهات (فوق المتوسط القومى) على الرغم من التغطية العالية لحالات طوارئ الولادة بنسبة ١٠٠ بالمائة مع وجود نسبة أعلى للولادات التى تتم على يد قابلة مدربة.
- الدعوة وإستقطاب الدعم لتنمية المجتمع ببرامج من شأنها تحقيق نتائج ملموسة مثل الغذاء مقابل العمل والتغذية المدرسية.

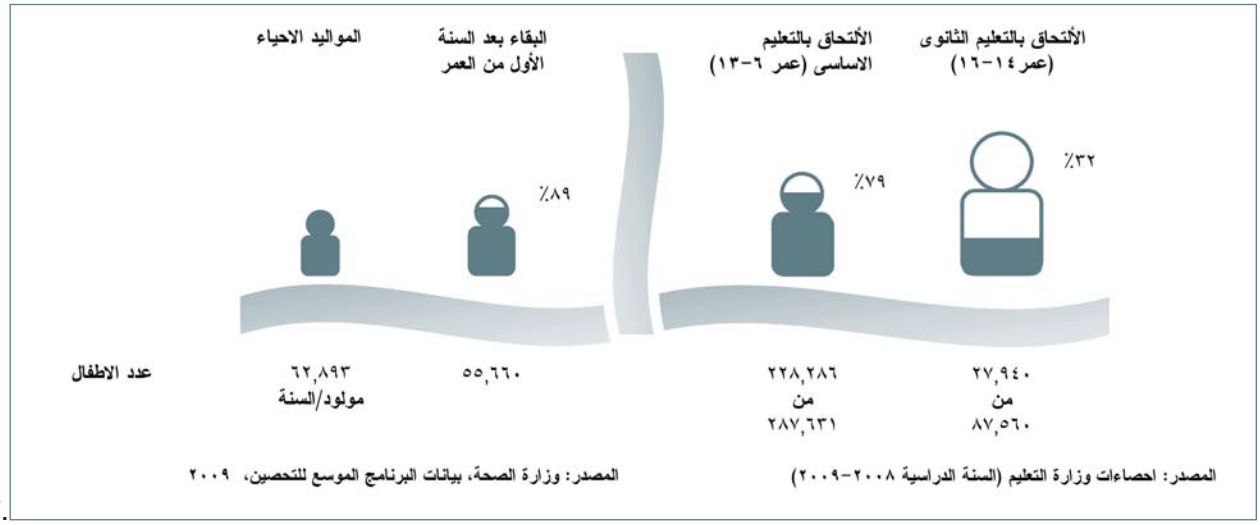
٩ ولاية سنار

بعض من المؤشرات الرئيسية - المسح السودانى لصحة الاسرة ٢٠١٠ (٪)	
تسجيل المواليد	٥٩,٧
تغطية التحصين	٦٥,١
انتشار نقص الوزن العالمى	٤٢,٦
التقزم العالمى	٤٧,١
سوء التغذية العالمى	٢١,٦
إستخدام مصادر مياه شرب محسنة	٨٢,٤
استخدام مرافق صرف صحى محسنة	١٧,٣
الالتحاق بالتعليم قبل المدرسى[١]	١٣,٤
الاستيعاب الظاهري بمرحلة الاساس	٧٩,٤
الاستيعاب الظاهري بمرحلة الثانوي	٣١,٩
السكان ذوى الاعاقة[٢]	٥,٠
انتشار ختان الاناث (تشويه/ قطع الأعضاء التناسلية للانثى)	٦٧,٤
الزواج المبكر (دون ال١٨ عام)	٣٩,٥
الولادة بحضور شخص مؤهل	٨٣,٤
وضع قانون الطفل - تم سن القانون	لا
وضع قانون الطفل - مسودة	لا
معدل وفيات الرضع[٣] (لكل ١٠٠٠ ولادة حية)	٩٠
معدل وفيات الأمهات (لكل ١٠٠,٠٠٠)	٥٠٩

تُعتبر الزراعة هى أساس الحياة فى ولاية سنار، وقد أستمدت إستمراريتها من سد سنار وصناعة السكر.وأكثر السكان النشطون اقتصادياً يعيشون فى المناطق الريفية (٧٣ بالمائة ما يعادل ٩٢٩,١١٩ نسمة) ويعملون فى الزراعة والصيد والصناعات الغابية (٣٧ بالمائة) مما يجعل دخل الأسر ضعيفاً فى مواجهة الكوارث الطبيعية[٤]. أما ما يتصل بالزراعة من الجفاف وأمراض المحاصيل وضياع الثروة الحيوانية فتمثل أكثر من ٥٠ بالمائة من العوامل التى تؤثر بشدة على الأسر المتضررة[٥]. أكثر من نصف سكان الولاية البالغ عددهم ١,٣ مليون شخص حسب تعداد ٢٠٠٨، هم دون سن ١٨ سنة، و ترجع أسباب الزيادة فى السكان، على الأرجح، للنمو السكانى المتسارع. على الرغم من التقدم النسبى فى التنمية الإقتصادية فى سنار، فإن نسبة من الأطفال لا يزالون لا يحضرون للمدارس، ولا يستطعيون الحصول على الخدمات الصحية الأساسية ويشربون من مصادر مياه غير آمنة، وخصوصا المجموعات الضعيفة من الأطفال فى المناطق الريفية (٥٠١,٠٠٠) والأطفال الرحل (١٤,٠٠٠) الذين يقيمون فى مناطق يصعب وصول الخدمات الأساسية إليها[٦]. أما فيما يتعلق بالتعليم الأساسى، فتعتبر الولاية من بين أفضل الولايات حيث يبلغ معدل الإلتحاق ٧٩,٤ بالمائة، ومع ذلك، هناك نسبة تفاوت فى الإلتحاق بالمدارس بين الفتيان والفتيات.

١ جميع احصاءات التعليم من وزارة التعليم العام، أحصاءات التعليم، ٢٠٠٨-٢٠٠٩
٢ الأشخاص المعوقين، لديهم نوع من العجز الجزئي لكنهم غالبا ما تتطور لديهم قدرات فائقة أخرى لتعويض عجزهم (بيانات تعداد ٢٠٠٨)
٣ مصدر معدل وفيات الرضع والامهات الجهاز المركزى للاحصاء، تعداد ٢٠٠٨
٤ تعداد السكان والمساكن، السودان، ٢٠٠٨
٥ المسح الاساسى للاسر المعيشية - السودان ٢٠٠٩
٦ تعداد السكان والمساكن، السودان، ٢٠٠٨

الشكل٩,١: بقاء الرضع والالتحاق بالمدرسة فى سنار



[٧]

القضايا الرئيسية

الصحة والتغذية

جميع المؤشرات الصحية فى ولاية سنار أعلى من المتوسط القومى.[٨] فولاية سنار بها أعلى نسبة تغطية بالتحصين فى السودان. ووفقا للمسح السودانى لصحة الأسرة ٢٠١٠ تم التطعيم الكامل لنسبة ٦٥ بالمائة من الأطفال فى سن ١٢ إلى ٢٣ شهراً، وذلك أعلى بما يقدر ١٥ نقطة من المعدل القومى.[٩] مع ذلك لا يزال المعدل منخفضاً بشكل يستوجب التدخل مع وجود ٩ بالمائة من الأطفال فى نفس الفئة العمرية لم يتلقوا أي تطعيم.

تبين بيانات البرنامج الموسع للتحصين معدلات تغطية أعلى نسبياً من التغطية فى الولايات الأخرى حيث تصل إلى ٩٩ بالمائة للثلاث جرعات من اللقاح الفومى لشلل الأطفال والخماسى، و٩٣ بالمائة للقاح السل (بى سى جى)، و ٨٨ بالمائة للحصبة (الشكل ٩,٢).[١٠] ولاية سنار مستمرة فى الإستثمار فى المرافق الصحية الجديدة وزيادة فرص الحصول على الخدمات.

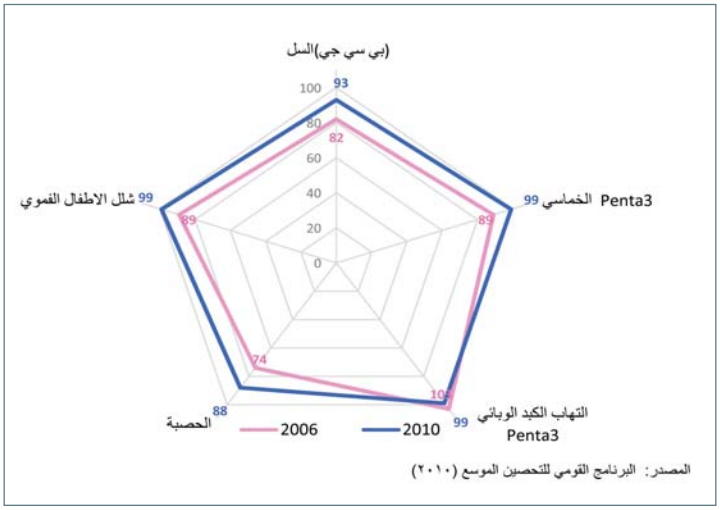
٧ عدد الأطفال الملتحقين تشمل الأطفال من جميع الأعمار، في حين المقام يحتوى على السكان فى الأعمار من٦-١٣ بالنسبة للتعليم الأساسى، بينما للتعليم الثانوي السكان فى الفئة العمرية ١٤-١٦.و قد يؤدي هذا إلىارتفاع معدل الالتحاق بالمدارس من الواقع.

٨ المسح السودانى لصحة الأسرة، ٢٠٠٦

٩ استخدم مسحى صحة الأسرة تعريفى مختلفين للتطعيم الكامل. بالنسبة للجولة الاولى من المسح، المطعمين بالكامل هم الأطفال الذين تلقوا جرعات البى سى جى، الحصبة، وثلاث جرعات الثلاثى (الدفتريا، التتانوس والسعال الديكى) والجرعات الفموية الثلاث للشلل. بالنسبة للجولة الثانية للمسح، الأطفال المطعين بالكامل هم الذيت تلقوا البى سى جى، الحصبة، الجرعات الفموية الثلاث لشلل الاطفال وثلاث جرعات من الخماسى(الدفتريا، التتانوس، السعال الديكي، التهاب الكبد الوبائي، الانفلونزا هيموفيلوس ب)

١٠ يستخدم برنامج التحصين الموسع الرضع على قيد الحياة(جميع الولادات ناقص الوفيات في السنة الأولى من العمر) كمقام، باستثناء البى سى جى، والذي يستخدم مجموع عدد الولادات الحية.المسح السودانى لصحة الأسرة يستخدم الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين١٢-٢٣ شهرا باعتباره مقام.

شكل ٩,٢: تحسنت تغطية التطعيم فى سنار بين عامى ٢٠٠٦-٢٠١٠

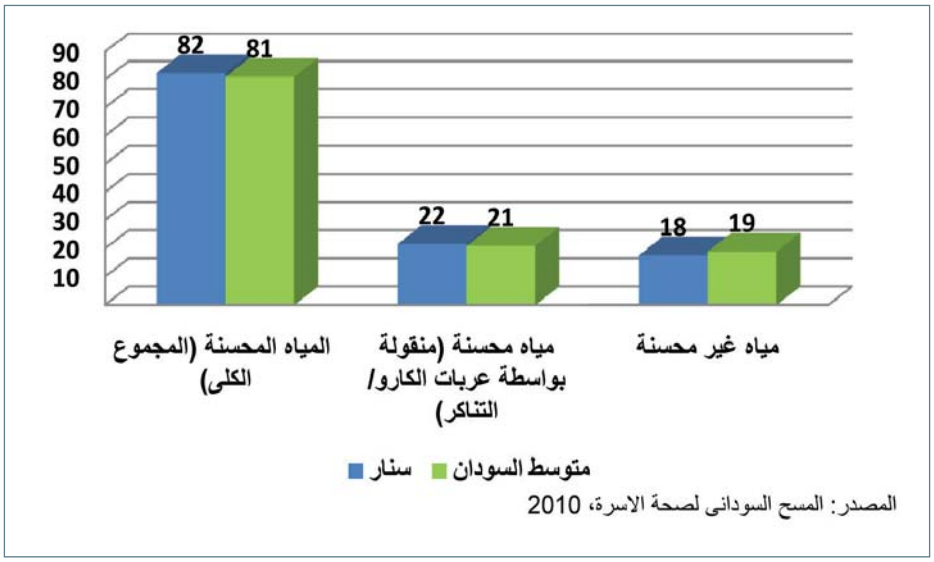


الوضع التغذوى فى سنار من بين الأسوأ فى السودان. ويُصنف إنتشار التقزم "بالعالى جدا"، بينما سوء التغذية الحاد" بالحرج"[١١]. بمعدل ٨,٥ بالمائة لسوء التغذية الحاد والشديد يأتى ترتيب ولاية سنار دون ولاية البحر الأحمر ذات أعلى المعدلات فىالسودان. هذه المستويات المرتفعة لسوء التغذية تتطلب التدخل السريع.

المياه والصرف الصحي والنظافة

معدل الوصول إلى مصادر مُحسنة للمياه أعلى من المتوسط القومى وذلك بحصول ١,٠٤٣,٦٦٨ شخص، ما يعادل ٨٢ بالمائة من السكان، على مياه مُحسنة (الشكل ٩,٣). النصف منهم (٥٢١,٤٤٧) يحصلون على المياه المُحسنة من خلال إمداد المياه بالمنازل أو بالساحات أو الحقول (٤٢ بالمائة من سكان الولاية)، ومن ناحية أخرى نجد أن الرُبع تقريباً ٢٨٠,٠٠٩ (ما يعادل ٢٢ بالمائة من مجموع السكان) يحصلون على المياه من عربات تجرها الدواب (الكارو) أو الناقلات (التانكر).

شكل ٩,٣: الحصول على مياه شرب محسنة

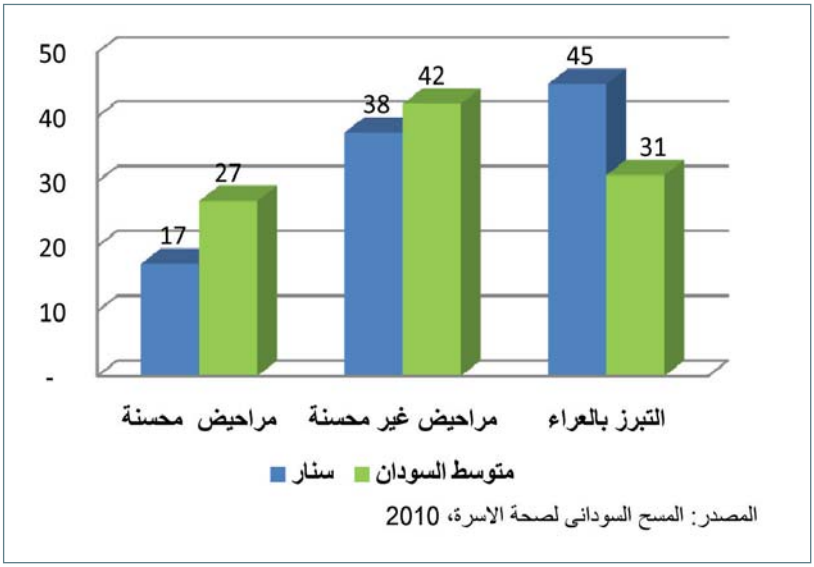


من ناحية أخرى نجد أن فقط ١٧ بالمائة من سكان الولاية (٢١٦,٣٧٠) يستطعيون الوصول إلى مرافق الصرف الصحى المُحسنة،

١١ الحالة البدنية:استخدام وتفسيرالأنثروبومترية.تقريرلجنة خبراء منظمة الصحة العالمية، ١٩٩٥الفصل٥ ص٢٠٨ و ٢١٢

بينما ٣٨ بالمائة (٤٨٣,٦٥١) يستخدمون مرافق صرف صحى غير مُحسنة. أما بقية السكان ٥٧٢,٤٤٧ (٤٥ بالمائة) يُمارسون التبرز فى العراء، كواحدة من اسوأ الممارسات الصحية بسبب مساعدتها على سرعة إنتشار الأمراض. عموما، التقدم المُحرز فى هذا المجال يحتاج إلى المزيد برفع وعى المجتمع، وإيجاد سياسات وإستراتيجيات ودعم واضح للصرف الصحى.(شكل ٩,٤)

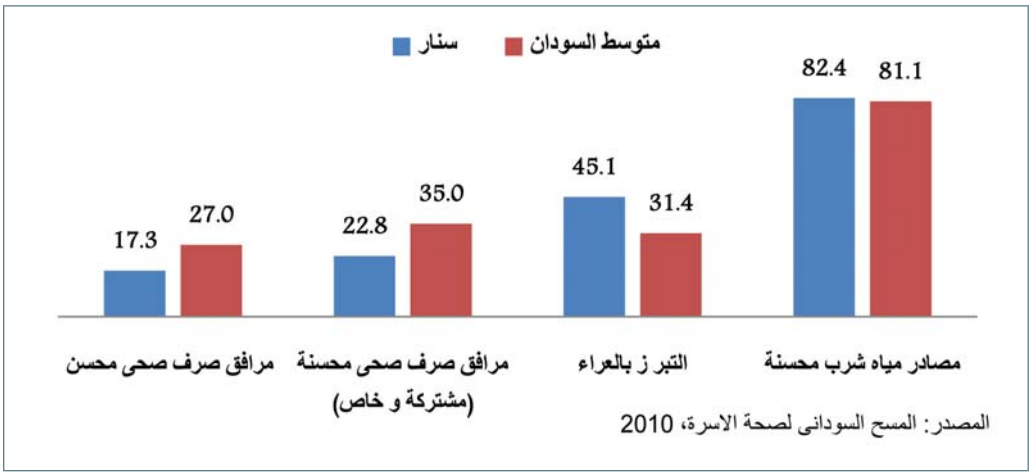
شكل ٩,٤: الحصول على مراحيض محسنة



طبقاً للمسح الذى أجرته وزارة التربية والتعليم عام ٢٠٠٩ فى خمس ولايات، وجد أن ولاية سنار بها أقل نسبة تغطية بالمراحيض في المدارس (٤٣ بالمائة فقط)، أى أقل بكثير من ولاية الخرطوم التى لديها ١٠٠ بالمائة من التغطية[١٢]. الصرف الصحى الجيد فى المدارس ليس مهما فقط لصحة الطفل، ولكن يُمكن أيضا أن يساهم فى زيادة نسبة التحاق الفتيات فى المدارس. من المعروف بالنسبة للفتيات الإنقطاع تماماً عن التعليم بسبب عدم وجود مراحيض بالمدرسة أو وجود مراحيض مشتركة لكلا الجنسين.(شكل ٩,٥).[١٣]

شكل ٩,٥: الصرف الصحى فى سنار أسوا من المعدل القومى بينما الحصول على مصادر مياه شرب محسنة فوق المعدل القومي

(النسبة المئوية من السكان الذين يستطيعون الوصول الى مصادر المياه وخدمات الصرف الصحي)



١٢حكومة السودان، وزارة التعليم الولائية، المراجعة الشاملة والمرابطة لبرنامج الصحة المدرسية فى شمال السودان لخمس ولايات تشمل (الخرطوم والشمالية والقضارف وجنوب كردفان وسنار) ٢٠٠٩.

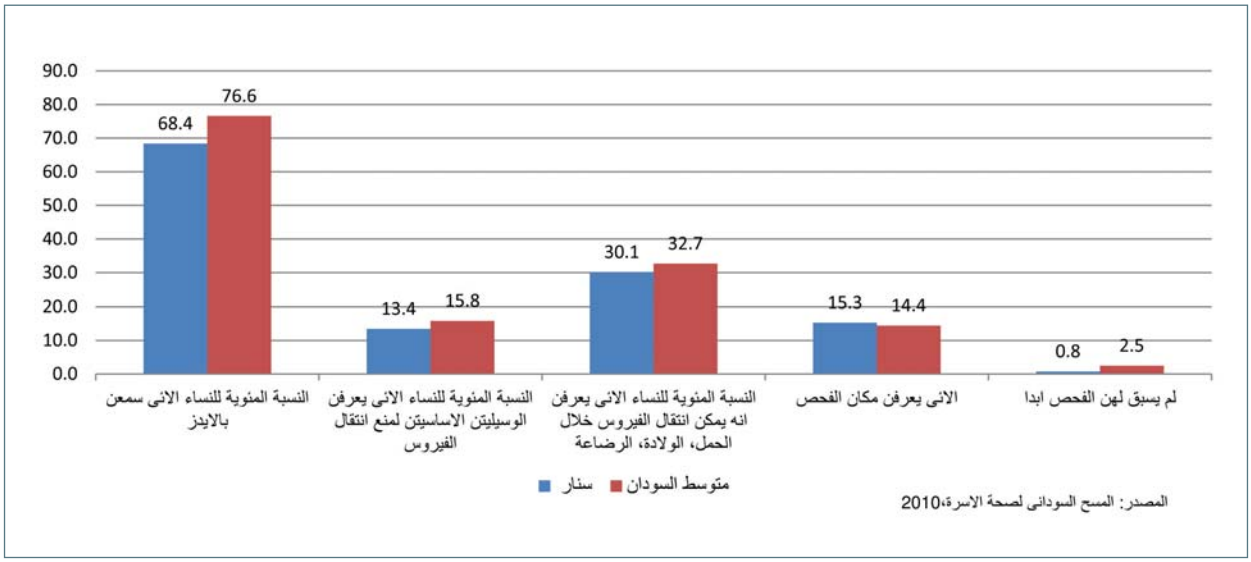
١٣ الأمم المتحدة للطفولة، التقدم من أجل الأطفال :بطاقة تقرير عن المياه والصرف الصحى، رقم . ٥اليونيسف، نيويورك ، ٢٠٠٦ ، ص ٧

فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز

وفقاً لبيانات حديثة من البرنامج القومى لمكافحة الإيدز (SNAP)، هنالك ٥١ شخص من أصل ١,٣٩٩ تم فحصهم كانت نتائجهم إيجابيه. من الصعب تحديد الأرقام بصورة أكثر دقة بسبب إنخفاض معدلات الفحص ومحدودية مواقع الفحص. على سبيل المثال، نسبة النساء فى سن ١٥-٤٩ الذين يعرفون موقع فحص الإيدز أعلى من المتوسط القومى، ولكن نسبة اللائى أجرين الفحص فعلياً مُنخضة (أقل من ١ بالمائة) وهى ثانى أقل نسبة فى السودان.

ووفقاً لبيانات الجولة الثانية للمسح السودانى لصحة الأسرة، كانت المعرفة التامة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز مُنخفضة بين النساء فى عمر ١٥-٤٩، حيث أن٦٨ بالمائة من النساء سمعن بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، ولكن ١٣ بالمائة فقط يعرفن اثنين من الوسائل الرئيسية للوقاية (الشكل ٩,٦)[١٤]. و ما نسبته ٣٠ بالمائة فقط يعرفن أن إنتقال العدوى يُمكن أن يحدث من الأم إلى الطفل أثناء الحمل والولادة والرضاعة الطبيعية.

الشكل ٩,٦: معرفة النساء فى سنار لفيروس نقص المناعة البشرية/ الأيدز منخفضة
النسبة المئوية للنساء فى عمر (١٥-٤٩ سنة)



ختان الإناث

لا يُنظر إلى ختان الإناث بوصفه مشكلةً صحية عامة ذات حجم كبير فى السودان بما فى ذلك ولاية سنار، وهذا دليل واضح على أن ممارسة الختان لا تزال سائدة. فى هذا الصدد، لا تختلف ولاية سنار عن باقى الولايات، حيث أن العوامل الثقافية المُرتبطة بهذه الممارسة نفسها سائدة فى سنار. المُعدلات والنسب المئوية لممارسة الختان حسب نتائج المسح السودانى لصحة الأسرة والتعداد لا تختلف وليس هناك فرق ملحوظ بين الولايات. المشكلة لا تزال فى إعتماد إستراتيجية لتحديد أنجع الوسائل للحد من هذه الممارسة. إن المشكلة الرئيسية تتمثل فى المضاعفات المُرتبطة بهذه الممارسة الضارة، ولكن، لا تزال هنالك العديد من الفجوات، مما يجعلها واحدة من أقل المخاطر الصحية الموثقة فى السودان.

١٤ الإلتزام بالعلاقة فى إطار الزواج ومع زوج غير مصاب وإستخدام الواقى الذكرى عند الأصابة.

نداء للعمل

- تعزيز دعم قطاع الصحة لضمان حصول جميع الأطفال فى كل مكان على التحصين كاملاً، بما فى ذلك سكان المناطق الريفية والسكان الرحل.
- زيادة الإستثمار فى تحسين المياه والصرف الصحى والنظافة لا سيما فى المناطق الريفية والمدارس. وينبغي إيلاء إهتمام خاص لتحسين خدمات الصرف الصحى.
- زيادة الوعى بمواقع فحص فيروس نقص المناعة البشرية وذلك بمعرفة طرق إنتشار المرض وتوفير الرعاية لحالات الأختبار الإيجابى.
- جمع المعلومات الأساسية حول الأمراض المُرتبطة بختان الإناث لتمكين المجتمع من وضع تشخيص للعوامل الأيجابية والسلبية للختان. هذا من شأنه أن يساعد فى تصحيح المعتقدات الداعمة لإستمرار ختان الإناث ويضيف قوة دفع نحو وقف عادة الختان.
- الإستمرار فى جمع بيانات مُفصلة من أجل فهم أفضل للأوضاع المتغيرة للأطفال، ورصد التقدم المُحرز.

١٠ النيل الأزرق

بعض من المؤشرات الرئيسية - المسح السودانى لصحة الاسرة ٢٠١٠ (٪)	
تسجيل المواليد	٣٩,٨
تغطية التحصين	٦٤,٧
انتشار نقص الوزن العالمى	٣١,٧
التقزم العالمى	٣٧,١
سوء التغذية العالمى	١٦,٢
إستخدام مصادر مياه شرب محسنة	٥٤,٠
إستخدام مرافق صرف صحى محسنة	٥,٣
الالتحاق بالتعليم قبل المدرسى[١]	٢٠,٣
الاستيعاب الظاهري لمرحلة الاساس	٦٤,٣
الاستيعاب الظاهري لمرحلة الثانوي	٢٠,٣
السكان ذو الاعاقة[٢]	٤,٦
انتشار ختان الاناث (تشويه/ قطع الأعضاء التناسلية للانثى)	٤٨,٧
الزواج المبكر (دون ال١٨ عام)	٦٢,٢
الولادة بحضور شخص مؤهل	٤٥,١
وضع قانون الطفل - تم سن القانون	نعم
وضع قانون الطفل - تم تضمين حظر الختان	لا
معدل وفيات الرضع[٣](لكل ١٠٠٠ ولادة حية)	٨١
معدل وفيات الأمهات (لكل ١٠٠,٠٠٠)	٥٧٨

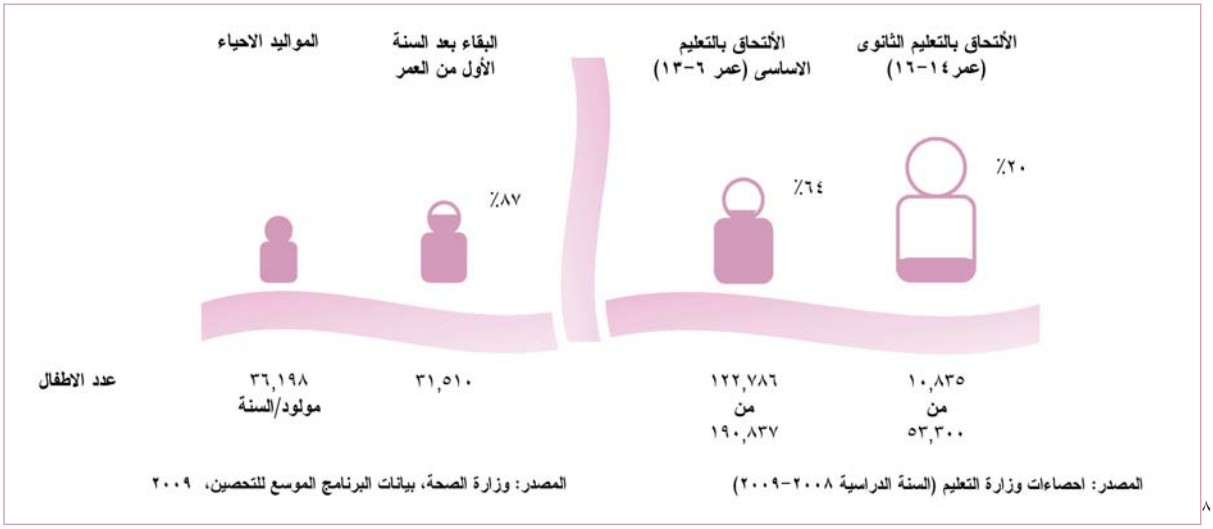
يعيش الأطفال فى ولاية النيل الأزرق فى أوضاع صعبة مقارنة بمعظم الأطفال السودانيين الآخرين: فهم الأقل فى التسجيل عند الولادة، وعند الحصول على المياه الصالحة للشرب، و الأقل فى الإلتحاق والبقاء فى المدراس. من ناحيةً أخرى، الفتيات هن الأكثر عرضة للزواج والإنجاب فى سن مُبكرة، قبل أن يتم أكتمال بناء أجسادهن. فى الوقت نفسه، فهن أقل نسبة فى تلقى الرعاية الصحية أثناء الحمل. فى عام ٢٠٠٦ (آخر بيانات متوفرة على مستوى الولايات)[٤] سجلت ولاية النيل الأزرق أعلى معدل لوفيات الأطفال حديثى الولادة والرُضع دون سن الخامسة. من بين كل ١,٠٠٠ ولادة حية من المتوقع أن يموت ٤٨ طفلاً خلال ال ٢٨ يوماً الأولى و٩٩ طفل قبل بلوغهم عامهم الأول، و١٧٨ طفلاً قبل سن الخامسة[٥]. حسب بيانات التعداد (٢٠٠٨) هنالك ٣٢,٧٠٠ طفلاً ولدوا أحياء فى فترة ال ١٢ شهراً التى سبقت التعداد، منهم حوالي ٢٨,٥٠٠ (٨٧ بالمائة) كانوا على قيد الحياة وقت التعداد. إن التقدم المحدود فى السنوات الماضية ساهم فى الحفاظ على معدلات الوفيات العالية.

تشترك ولاية النيل الأزرق فى الحدود مع جنوب السودان واثيوبيا، وهى واحدة من «مناطق البروتوكولات الثلاثة» التى حددها إتفاق السلام الشامل عام ٢٠٠٥ (CPA). وقد بدأ اللاجئون والنازحون فى العودة إلى ديارهم وقراهم فى السنوات الأخيرة، إلا أن فرص الحصول على الموارد والخدمات الأساسية يمثل تحدياً كبيراً نظراً لسوء حالة الطرق والبنية التحتية مع وجود بعض المناطق التى تنعزل تماماً خلال فصل الخريف من يونيو إلى نوفمبر.

إن آثار الحرب الأهلية فى ولاية النيل الأزرق تتضح جلية فى إرتفاع مستويات الفقر بالولاية. فأكثر من نصف السكان يعيشون تحت خط الفقر، والوضع فى المناطق الريفية أكثر وضوحاً مع وجود ٦٤ بالمائة من السكان (٥٢٢,٢٧١) يعيشون تحت عتبة الفقر[٦]. هناك أسباب منطقية لرعاية حقوق الطفل فى الولاية أذ يُمثل الأطفال ٥٤ بالمائة من سكان الولاية (٨١٦,٠٠٠) ويتحملون نصيباً كبيراً من المصاعب التى تمر بها البلاد، لا سيما الضعفاء من الأطفال فى المناطق الريفية (٣٢٥,٠٠٠) والرحل (١٨,٤٠٠) الذين يقيمون فى مناطق يصعب وصول الخدمات الأساسية إليها[٧]. الأراضى فى ولاية النيل الأزرق تعد من أنسب أراضى الرعى فى الجزء الجنوبى الشرقى من الولاية بسبب مواردها الغنية المتاحة للرعى.

١ جميع احصاءات التعليم من وزارة التعليم العام، أحصاءات التعليم، ٢٠٠٨-٢٠٠٩
٢ الأشخاص المعوقين، لديهم نوع من العجز الجزئي لكنهم غالبا ما تتطور لديهم قدرات فائقة أخرى لتعويض عجزهم (بيانات تعداد ٢٠٠٨)
٣ مصدر معدل وفيات الرضع والامهات الجهاز المركزى للاحصاء، تعداد ٢٠٠٨
٤ معدلات الوفيات على مستوى الولايات غير متوفرة من مسح صحة الاسرة ٢٠١٠ ولا رسميا من تعداد ٢٠٠٨
٥ المسح السودانى لصحة الأسرة ٢٠٠٦
٦ المسح الأساسى للاسرة، السودان ٢٠٠٩
٧ تعداد السكان والمساكن ٢٠٠٨

الشكل:١٠,١ بقاء الرضع والالتحاق بالمدرسة فى النيل الأزرق



[8]

القضايا الرئيسية

تسجيل المواليد

سجلت النيل الأزرق واحداً من أدنى معدلات تسجيل المواليد بين جميع ولايات السودان. ووفقاً لمسح صحة الأسرة فى السودان، فإن ٤٠ بالمائة فقط هى نسبة تسجيل الأطفال دون سن الخامسة فى عام ٢٠١٠، وهذا المُعدل أقل بكثير من المتوسط القومى البالغ ٥٩ بالمائة (الشكل ١٠,٢). فقط ولايتى غرب دارفور (٢٣ بالمائة) وجنوب دارفور (٣٣ بالمائة) تحتلان درجة أدنى من ولاية النيل الأزرق. وهذا يعنى أن الغالبية العظمى من الأطفال الصغار، أكثر من ٩٤,٠٠٠، ليسوا ضمن خطط وسياسات الولاية[9].

الشكل ١٠,٢: ثلاثة من كل خمسة أطفال خارج نظام تسجيل المواليد في ولاية النيل الأزرق (الأطفال تحت خمس سنوات)

على الرغم من وجود القوانين القومية والمواثيق الدولية إلا أن نسبة التسجيل ضعيفة. فى عام ٢٠١٠ نص قانون الطفل الإتحادى على تسجيل المواليد مجاناً فى حين تنص المادة ٧ من إتفاقية حقوق الطفل على أن لكل طفل الحق فى التسجيل عند الولادة ومن دون أى تمييز. ومع ذلك، يُشكل الوصول الى مرافق التسجيل، وتكلفة شهادات الولادة ونقص الوعى العام حول أهمية تسجيل المواليد لا تزال تحديات خطيرة، لا سيما فى المناطق الريفية.

٨ عدد الأطفال الملتحقين تشمل الأطفال من جميع الأعمار، فى حين المقام يحتوى على السكان فى الأعمار من ٦-١٣ بالنسبة للتعليم الأساسى، بينما للتعليم الثانوي السكان فى الفئة العمرية ١٤-١٦. و قد يؤدى هذا إلى ارتفاع معدل الإلتحاق بالمدارس من الواقع.

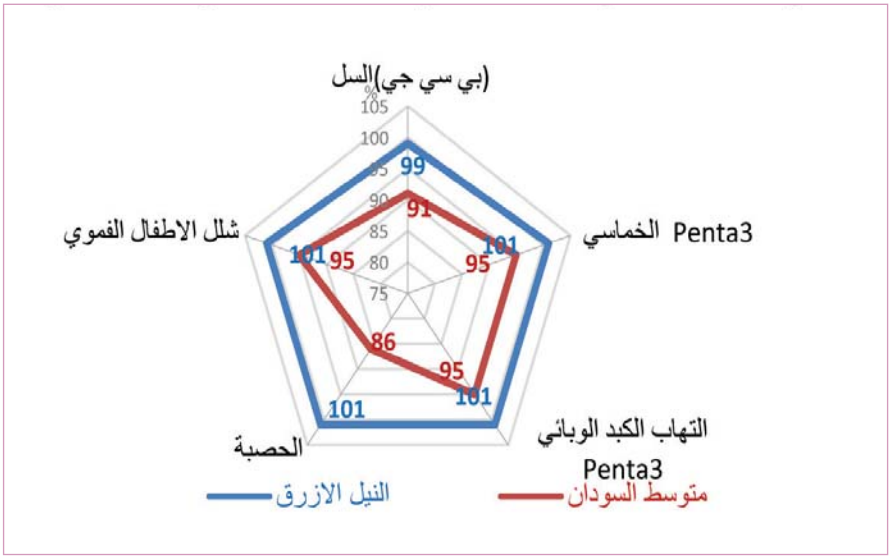
٩ قدر تعداد ٢٠٠٨ الأطفال تحت سن الخامسة بحوالى ١٥٦,٤٠٤

وقد أدى إلتزام حكومة الولاية وإبتكار طرق جديدة للتسجيل فى تحقيق بعض التقدم فى تسجيل المواليد، حيث إرتفعت نسب التسجيل بمقدار ١٢ نقطة بين عامي ٢٠٠٦ و٢٠١٠. وأصدرت وزارة الرعاية الإجتماعية بالولاية مؤخراً مبادرات بإنشاء فرق متنقلة لتسجيل المواليد. تم تشكيل الفرق بالتعاون مع قادة المجتمعات المحلية، والمحاكم المحلية والعاملين فى المجال الصحى. وفى عام ٢٠١٠ نجحوا فى تسجيل ٥,٨٧٦ طفل فى المناطق النائية فى محليات باو وقيسان، حيث لم يكن للأسر فرص للوصول إلى نظام التسجيل.

الصحة والتغذية

ساهمت عدة عوامل فى إرتفاع معدلات وفيات الأطفال فى ولاية النيل الأزرق. وعلى الرغم من أن التغطية الكاملة للتطعيم أعلى من المتوسط حيث بلغت ٦٥ بالمائة، إلا أن هنالك إنخفاض فى بعض المجالات التى تؤثر على الأطفال. وتشمل النسبة المُنخفضة للنساء اللواتى تلقين رعاية أثناء الحمل من الكوادر المدربة (٥٢ بالمائة) و٤٥,١ بالمائة فقط من الولادات تمت بإشراف قابلات مدربات. نسبة خدمات رعاية طوارىء الولادة ١٠٠ بالمائة[١٠] وربما يُفسر هذا إنخفاض نسبة وفيات الأمهات دون المتوسط القومى. إن معدلات الإسهال (السبب الرئيسى للوفاة بين الأطفال دون سن الخامسة) مُرتفعة بنسبة ٣٤ بالمائة. يؤثر تذبذب مستويات الأمن الغذائى على ٣٠ بالمائة من السكان وذلك وفقاً لأحدث تقديرات برنامج الأغذية العالمى، مما يؤدى لإنخفاض فى مستويات التغذية[١١]. على الرغم من أن مؤشرات التغذية (نقص الوزن والتقزم والهُزال) متساويان تقريباً لمتوسط المعدل القومى، لكن مقارنة مع المستويات الدولية يُصنف مستوى التقزم بالعالى بينما مستوى الهُزال بالمستوى الحرج[١٢]. سوء التغذية الحاد بمعدل ٤,٣ بالمائة أقل قليلاً من المتوسط القطرى. من المُرجح أن تُساهم حالة إنعدام الأمن فى بعض أجزاء الولاية وتحركات السكان هجرةً و نزوحاً فى سوء التغذية لدى الأطفال فى ولاية النيل الأزرق.

الشكل ١٠,٣: ولاية النيل الأزرق لديها أعلى معدلات التحصين على المستوى القومى



فى الوقت الحاضر، لا تملك الأنظمة الصحية بالنيل الأزرق القوة البشرية الكافية لتوفير خدمات التحصين بالولاية. وحسب ما ذكرت السلطات الصحية بالنيل الأزرق، إن المرافق الصحية والتى أستوفت المعايير الوطنية من حيث الحجم والتغطية، ليس لديها الكوادر والمعدات الطبية لتعمل بكامل طاقتها. هذه العوامل إضافة لتغطية البرنامج القومى للتحصين الموسع المنخفضة، بسبب النزاعات، قد تكون السبب وراء المعدل العالى لوفيات الرضع (أعلى معدل فى السودان، ١٣٧/١٠٠,٠٠٠)، هذا المعدل أعلى من معدل تعداد ١٩٩٣ بما يعادل ٥ بالمائة. كل الولايات أظهرت إنخفاضاً فى معدل وفيات الرُضع عدا ولاية النيل الأزرق. دعم النظم الصحية بالولاية يضمن تغطية أوسع للخدمات الصحية مما يساهم فى تحسين صحة الأطفال.

ومع ذلك، فإن نجاح برنامج التحصين الموسع (EPI) والمبادرات المماثلة، يظهر الأثر الكبير الذى يُمكن إحرازه من خلال إلتزام الحكومة. فى المناطق الريفية بمحلية الكرمك، حيث تغطية التحصين مُنخفضة بشكل خاص، إلا أن التنسيق الفعال بين الولاية وبرنامج التحصين الموسع والمنظمات الدولية غير الحكومية ساعد فى التغلب على قيود تغطية التطعيم.

أفادت بيانات حديثة تم جمعها من خلال برنامج التحصين الموسع أن نسبة التغطية بلغت ١٠١ بالمائة للحصبة وجرعات الثلاث (للقاح شلل الأطفال عن طريق الفم) و جرعات الخُماسى الثلاث [١٣]، معدل التغطية للقاح (بى سى جى) لمرض السُل ٩٩ بالمائة[١٤] (الشكل ١٠,٣). ولاية النيل الأزرق واحدة من أفضل الولايات فى خدمات تشغيل التحصين فى إطار سلسلة تبريد جيدة وفعالة، ورقابة صارمة فى الوقت المناسب مع نهج مُبتكر فى المتابعة.

١٠ المصدر: وزارة الصحة الأتحادية، وحدة الصحة الأنجابية، ٢٠٠٨

١١ برنامج الغذاء العالمى، تقييم طوارى الامن الغذائى فى السودان:ولاية النيل الأزرق، مايو ٢٠١٠، ص ٣٤

١٢ الحالة البدنية : استخدام وتفسير الأنثروبومترية. تقرير لجنة خبراء منظمة الصحة العالمية. ١٩٩٥ الفصل ٥ ص ٢٠٨ و٢١٢ .

١٣ اللقاح الخماسى يشمل (الدفتيريا والسعال الديكى، والكزاز، و التهاب الكبد الوبائى (ب) ولقاح (هيموفلس نوع B))، ويتطلب ثلاث جرعات للحصول على الحماية الكاملة. بدأ التطعيم الخماسى في السودان في الفترة من يناير ٢٠٠٨.

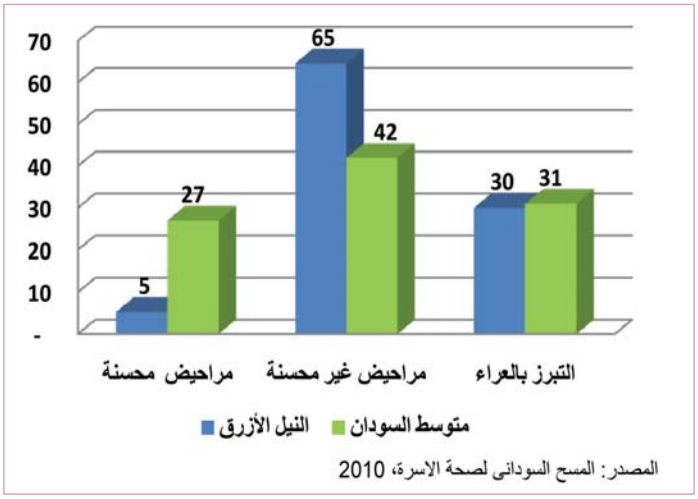
١٤ يستخدم برنامج التحصين الموسع الرضع على قيد الحياة (جميع الولادات ناقص الوفيات فى السنة الأولى من العمر) كمقام، باستثناء البى سى جى، والذي يستخدم مجموع عدد الولادات الحية.. المسح السودانى لصحة الأسرة يستخدم الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ١٢-٢٣ شهرا باعتباره مقام.

المياه والصرف الصحي والنظافة

ولاية النيل الأزرق بها أقل نسبة مستخدمين لمصادر مياه ومرافق الصرف الصحى المُحسنة مقارنة بولايات السودان الأخرى. وفقاً للمسح السودانى لصحة الأسرة (٢٠١٠) هنالك فقط (٥٤ بالمائة) من مجموع السكان يستطيعون الحصول على المياه من مصادر مُحسنة إما مباشرةً (٣٠ بالمائة) أو من خلال عربات تجرها الدواب(الكارو) أو الناقلات (التانكر) (١٤ بالمائة). من ناحية أخرى، هناك ٥,٣ بالمائة فقط من السكان يستخدمون المراحيض المُحسنة، و٦٥ بالمائة لديهم إمكانية إستخدام المراحيض غير المُحسنة، فى حين أن ٣٠ بالمائة من السكان يمارسون التبرز فى العراء. إجمالاً، ٣,٢ بالمائة فقط من السكان يستطعون الوصول إلى كل من المياه المُحسنة و خدمات الصرف الصحى المُحسنة مقارنة مع متوسط السودان البالغ ٢٥,٢ بالمائة.

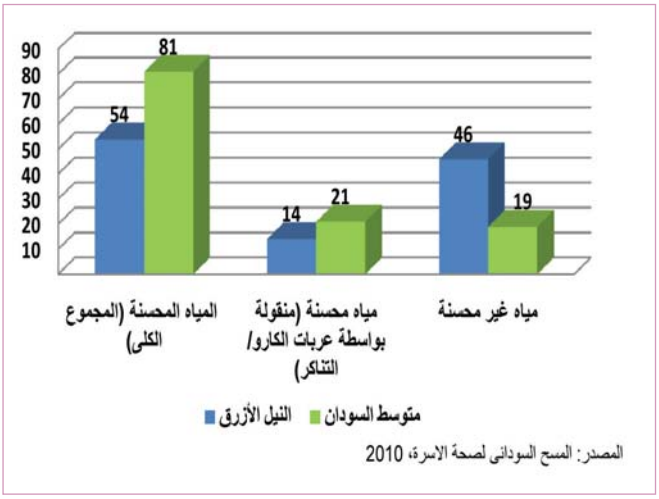
فيما يتعلق بمعدلات الحصول على مرافق صرف صحى مُحسنة لأطفال المدارس وبالمؤسسات الصحية فمُنخفضة جداً. و تهدف الخطة الإستراتيجية للأعوام ٢٠١١-٢٠١٦ لتوفير خدمات المياه والصرف الصحى لما يعادل ٥٤ بالمائة من مدارس الولاية و٤٨ بالمائة من المرافق الصحية.

شكل١٠,٤ : الحصول على مراحيض محسنة



المصدر: المسح السودانى لصحة الاسرة، 2010

شكل ١٠,٥: الحصول على مياه شرب محسنة



المصدر: المسح السودانى لصحة الاسرة، 2010

لا بد من معالجة سريعة للتقدم البطئ فى هذا المجال. فالمياه غير المأمونة والصرف الصحى وعدم الإهتمام بالنظافة، كلها تساهم فى ٨٨ بالمائة من أمراض الإسهال على مستوى العالم، وكما هو معروف تُمثل الإسهالات السبب الرئيسى لوفيات الأطفال دون سن الخامسة. وفي ولاية النيل الأزرق، نجد أن ثلث الأطفال فى هذه الفئة العمرية أبلغوا عن إصابتهم بالإسهال خلال فترة الأسبوعين قبل المسح، مسجلة بذلك واحداً من أعلى المعدلات فى السودان. إن محدودية فرص الحصول على المياه الصالحة للشرب والصرف الصحى يساهم أيضاً فى أمراض الإلتهاب الرئوى وإضطرابات حديثى الولادة وسوء التغذية.

لقد بُذلت جهوداً كبيرة من خلال التدخلات لتحسين تكافؤ فرص الحصول على المياه والصرف الصحى من خلال إستهداف مناطق العودة وإعادة التوطين فى الكرمك وقيسان وباو . ومن ناحية أخرى تُبشر المبادرات المجتمعية لخدمات الصرف الصحى الكلية (CATS) بتعبئة المجتمعات المحلية لتطوير حلول مُستدامة لخدمات الصرف الصحى. وفى عام ٢٠١٠ غطت المبادرات خمسة عشر مجتمع محلى فى النيل الأزرق، و فى وقت لاحق أعلنت خمس مجتمعات أنها خالية من ظاهرة التبرز فى العراء ونسبة تغطية المراحيض فاقت ال ٨٠ بالمائة. لكن، حتى هذه التدخلات البسيطة والفعالة من الصعب تنفيذها والمحافظة عليها نتيجة للدعم المالى المحدود وإنخفاض مقدرات الموطنين على المستوى المحلى.

التعليم

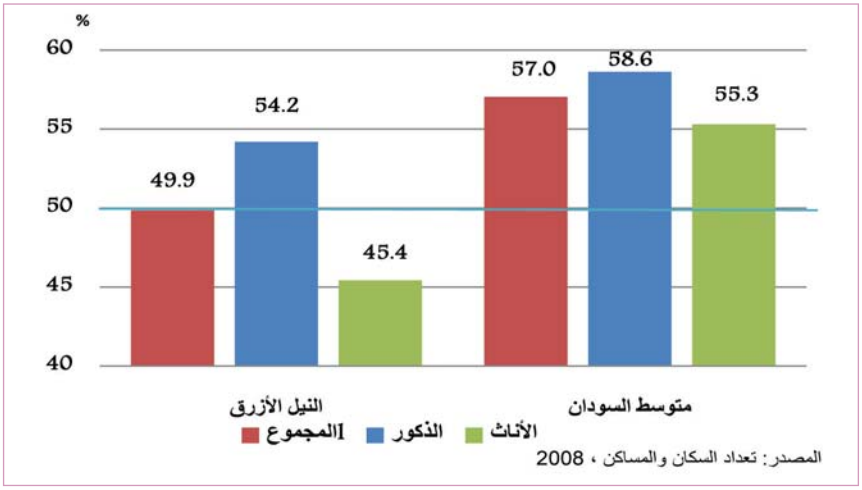
وفقاً لنتائج المسح السودانى لصحة الأسرة (٢٠١٠) فلولاية النيل الأزرق ثالث أدنى معدل للإلتحاق بمرحلة الأساس والمعدل الأدنى للثانوى، حيث أن النسبة المئوية للأطفال فى سن مرحلة الأساس الملتحقين بالمدارس ٦٠ بالمائة، و ١٢ بالمائة للمرحلة الثانوية. أما النسبة المئوية للأطفال فى سن دخول مرحلة الأساس والذين التحقوا بالصف الأول تساوى ٣٢ بالمائة، وهى أدنى نسبة فى السودان.[١٥]

من ناحيةً أُخرى، بيانات تعداد ٢٠٠٨ أيضا تدل على الإلتحاق المنخفض لولاية النيل الأزرق فى مجال التعليم. فنسبة الأطفال فى سن

١٥ نسبة الالتحاق بمرحلة الأساس ٦٤,٣ بالمائة، والتعليم الثانوى ٢٠,٣ بالمائة، احصاءات التعليم، ٢٠٠٨/٢٠٠٩ ص ٣٨ و ٤١

الشكل ١٠,٦ معدلات الالتحاق بالتعليم في النيل الأزرق أقل من متوسط السودان

النسبة المئوية للاطفال فى عمر ٦-١٦سنة



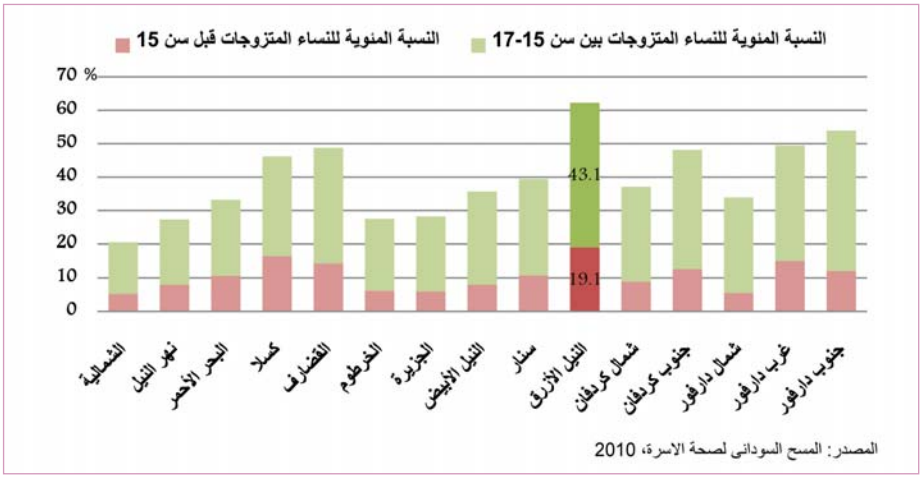
المدرسة (بين ٦ و١٦ سنة) أقل من النصف، أى أقل من المعدل القومى البالغ ٥٧ بالمائة (الشكل ١٠,٦). بالإضافة إلى ذلك، هناك فجوة بين الجنسين فى الإلتحاق بالمدارس، فهنالك فقط ٤٥ بالمائة من الفتيات فى هذه الفئة العمرية يحضرن حالياً للمدرسة، فى حين أن نسبة الفتيان ٥٤ بالمائة.

نسب الإلتحاق بالمدارس الثانوية منخفضة بشكل كبير حيث أنه يوجد فقط ١٠,٨٣٥ طالب فى عمر ١٤-١٦ ملتحق بالمدرسة من أصل ٥٣,٣٠٠ (٢٠ بالمائة)، وهو معدل أقل بكثير من المعدل القومى الذى يبلغ ٣٦ بالمائة.

الزواج المُبكر

تشير بيانات الجولة الثانية للمسح السودانى لصحة الأسرة أن واحدةً من كل خمس فتيات تزوجت قبل سن ١٥ سنة وأكثر من ذلك ٦٢ بالمائة من النساء المتزوجات فى الفئة العمرية من ١٥-٤٩ تزوجن قبل سن ١٨ عاماً، وهذا مؤشر أعلى من أى ولاية أخرى (الشكل ١٠,٧)، وأيضاً أعلى من معدل ٢٠٠٦ بست نقاط، مما يشير إلى تدنى مؤشرات حماية المرأة. ومن العوامل التى ساهمت فى ذلك المعتقدات الثقافية القوية والفقر.

الشكل ١٠,٧: أعلى نسبة للزواج المبكرفى السودان بولاية النيل الأزرق النساء فى الفئة العمرية (١٥-٤٩)



هناك الكثير من المخاطر المُرتبطة بزواج القاصرات. على سبيل المثال، الفتيات اللآئى يتزوجن مُبكراً أكثر عُرضة للتسرب من المدرسة، وقد يكون هذا هو السبب فى أن النيل الأزرق لديها ثانى أدنى معدل للإلمام بالقراءة والكتابة بين الإناث (٣٠ بالمائة) فى السودان. وتُظهر البيانات أن صغر سن الفتيات يجعلهن أكثر عرضة للعنف المنزلى. وما يقرب من نصف النساء فى الفئة العمرية (١٥ إلى ٤٩) عاماً يعتقدن أنه من الأسباب المقبولة أن يضرب الزوج زوجته لأسباب تتراوح بين إهمال الأطفال إلى حرق الطعام.

الأمومة الآمنة

الحمل المُبكر نتيجة خطيرة لزواج القاصرات، فالحمل المُبكر يزيد من خطر حدوث مضاعفات خلال فترة الحمل، ومن إنخفاض وزن المولود عند الولادة وقد يؤدى إلى موت الأم والطفل[١٦]. وفى ولاية النيل الأزرق، ٢٨ بالمائة من النساء فى سن ١٥-١٩ سنة بدأن إنجاب الأطفال، ما يضع الولاية فى المرتبة الثانية فى السودان وفقاً لبيانات المسح السودانى لصحة الأسرة ٢٠١٠.

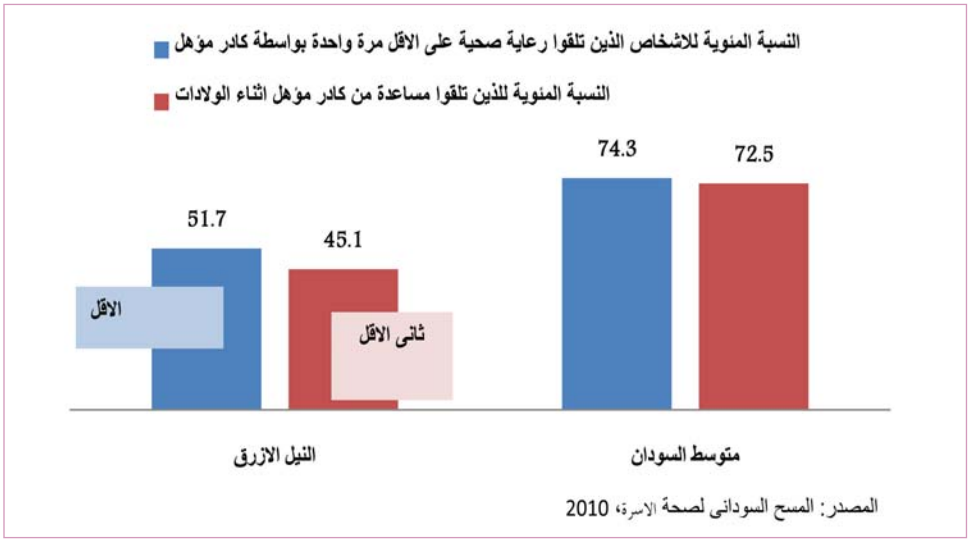
بالإضافة إلى ذلك، ولاية النيل الأزرق واحدة من أقل الولايات إنجازاً فيما يتعلق بوضع الصحة الإنجابية. ووفقاً للمسح السودانى لصحة الأسرة (٢٠١٠)، هنالك ٤٢ بالمائة (أدنى معدل فى االسودان) من النساء فى سن ١٥-٤٩ ولدن ولادة حية فى العامين السابقين للمسح وكانت محصنة ضد الكزاز الوليدى، واحد من الأسباب الرئيسية لوفيات حديثى الولادة[١٧]. تقريباً نصف النساء لم يتلقين أي رعاية أثناء

١٦ صندوق الأمم المتحدة للسكان (اليونسيف) : الزواج المبكر ، الأطفال الزواج ، نشرة انوسنتي رقم ٧ ، مركز ابحاث انوسنتي التابع لليونيسف، فلورانس، مارس ٢٠٠١ الصفحات ١١،١٠

١٧ الرضع الذين ليس لديهم مناعة ايجابية بسبب عدم تطعيم امهاتهم

الحمل، و ٩١ بالمائة من الولادات تمت فى المنزل من دون الحصول على الخدمات الطبية المنقذة للحياة (الشكل ١٠,٨). بالرغم من وجود القابلات إلا أنهن حسب بيانات حديثة[١٨] من وزارة الصحة الولائية يتركزن فقط فى محليتى الدمازين والرصيرص.

الشكل ١٠,٨: الصحة الأنجابية بالنيل الأزرق خلف المعدل القومى
النساء فى عمر ١٥-٤٩ اللائى ولدن فى العاميين الماضين



نداء للعمل

- التركيز على تسجيل المواليد بدلاً من إصدار شهادات الميلاد لضمان تسجيل الأطفال، وفى الوقت نفسه تحريك الجهود لدفع عملية تسجيل الأطفال.
- الإستثمار فى تدريب القابلات بهدف خفض وفيات الأمهات.
- تعزيز الجهود الحالية بهدف إدراج الصحة والمياه والصرف الصحى والتعليم ضمن أولويات التخطيط الحكومي والميزانية، مع التركيز بوجه خاص على المناطق الريفية.
- تعزيز الشراكات مع قطاع المياه والصرف الصحى ووزارة الصحة الولائية والمحليات والمنظمات غير الحكومية لتوسيع نطاق تنفيذ مبادرات المجتمع المحلى مثل CATS .
- تقديم الحوافز التى تشجع الفتيات على البقاء فى المدرسة، ليس فقط لتقليل نسبة الزواج المبكر ولكن كوسيلة لتحقيق قدر أكبر من المساواة والتنمية.
- زيادة التركيز على مشاريع حصاد مياه الأمطار لمواجهة ندرة المياه الجوفية حتى يتسنى نجاح تخطيط عمليات حفر الآبار وذلك ما يزيد فرص الحصول على إمدادات مياه مُحسنة.
- الإستمرار فى جمع البيانات الجديدة التى تُعزز صناعة القرار وتُساهم فى رصد التقدم المُحرز فى مجال حقوق الأطفال.

١٨ وزارة الصحة الولائية، ادارة الصحة الانجابية، التقرير السنوي ٢٠١٠

١١ ولاية شمال كردفان

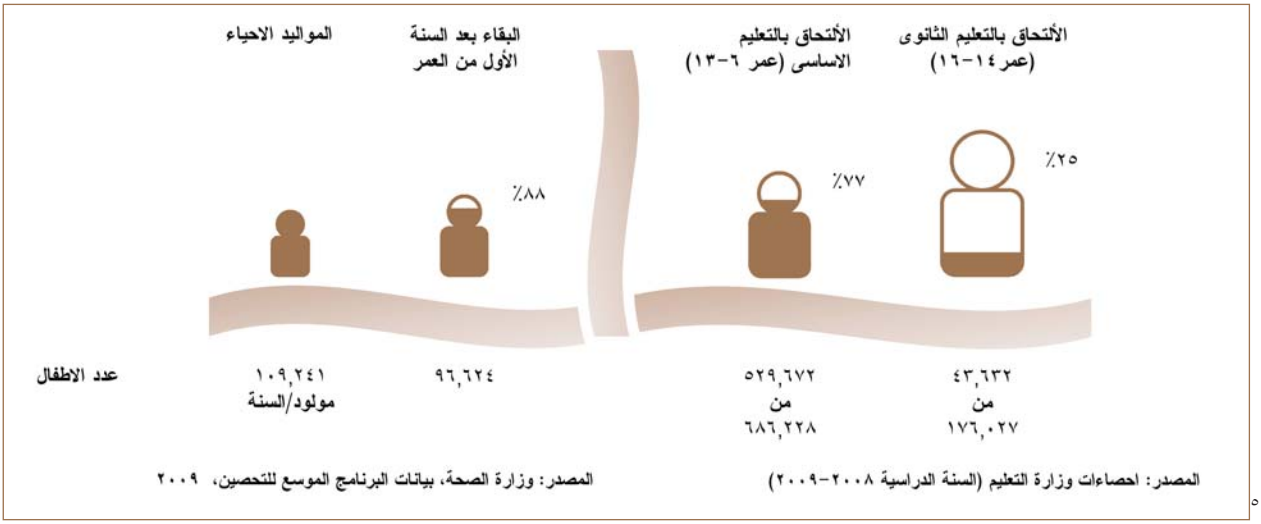
بعض من المؤشرات الرئيسية - المسح السودانى لصحة الاسرة ٢٠١٠ (٪)	
تسجيل المواليد	٤٩,٥
تغطية التحصين	٣٧,٠
انتشار نقص الوزن العالمى	٤١,٤
التقزم العالمى	٤٦,٧
سوء التغذية العالمى	١٨,١
إستخدام مصادر مياه شرب محسنة	٧٨,٨
استخدام مرافق صرف صحى محسنة	٢٠,٣
الالتحاق بالتعليم قبل المدرسى[١]	٣١,٨
الاستيعاب الظاهري لمرحلة الاساس	٧٧,٢
الاستيعاب الظاهري لمرحلة الثانوي	٢٤,٨
السكان ذو الاعاقة[٢]	٥,٩
انتشار ختان الاناث (تشويه/ قطع الأعضاء التناسلية للانثى)	٧٠,٥
الزواج المبكر (دون ال١٨ عام)	٣٧,١
الولادة بحضورمقدم خدمة مؤهل	٨٠,٢
وضع قانون الطفل - تم سن القانون	لا
وضع قانون الطفل - مسودة	نعم
وضع قانون الطفل - تضمين حظر ختان الأناث	نعم
معدل وفيات الرضع[٣](لكل ١٠٠٠ ولادة حية)	٨١
معدل وفيات الأمهات (لكل ١٠٠,٠٠٠)	٥٣٢

ولاية شمال كردفان هى موطن لما يقارب ٣ ملايين نسمة، مليون ونصف منهم تحت سن الثامنة عشر (٥٢ بالمائة)، و ٤٩٤,٠٠٠ (١٧ بالمائة) تحت سن الخامسة.[٤]

تعداد عام ٢٠٠٨ وجد من بين١٠٧,٩٠٠ طفل ولدوا أحياء فى الأشهر ١٢ السابقة لتعداد ٢٠٠٨، حوالى ٩٧,١٠٠ (٩٠ بالمائة) لا زالوا على قيد الحياة وقت التعداد. فالخدمات الأساسية مثل الصحة والمياه والصرف الصحى والتعليم تتركز فى المناطق الحضرية، بينما الطلب على الموارد على نطاق واسع من المناطق الريفية حيث تعيش غالبية السكان وهى المناطق الأكثر تعرضاً للجفاف والفقر والصراعات بسبب الموارد المحدودة. فالصراعات فى الولايات المجاورة، كجنوب كردفان ودارفور، تُلغى بظلالها فى كثير من الأحيان على إمكانية الحصول على مساعدات لهذه المناطق. بالإضافة إلى ذلك، فإن محدودية التغطية بخدمات الرعاية الصحية وقلة المرافق الصحية بجانب نقص الكوادر المدربة وقلة عدد المنظمات غير الحكومية التى تساعد فى توفير الخدمات، كل هذه العوامل تجعل الأطفال فى الولاية الفئة الأكثر ضعفا.

١ جميع احصاءات التعليم من وزارة التعليم العام، أحصاءات التعليم، ٢٠٠٨-٢٠٠٩
٢ الأشخاص المعوقين، لديهم نوع من العجز الجزئي لكنهم غالبا ما تتطور لديهم قدرات فائقة أخرى لتعويض عجزهم (بيانات تعداد ٢٠٠٨)
٣ مصدر معدل وفيات الرضع والامهات الجهاز المركزى للاحصاء، تعداد ٢٠٠٨
٤ طبقًا لتعداد، ٢٠٠٨

الشكل:١١,١ بقاء الرضع والالتحاق بالمدرسة فى شمال كردفان



القضايا الرئيسية

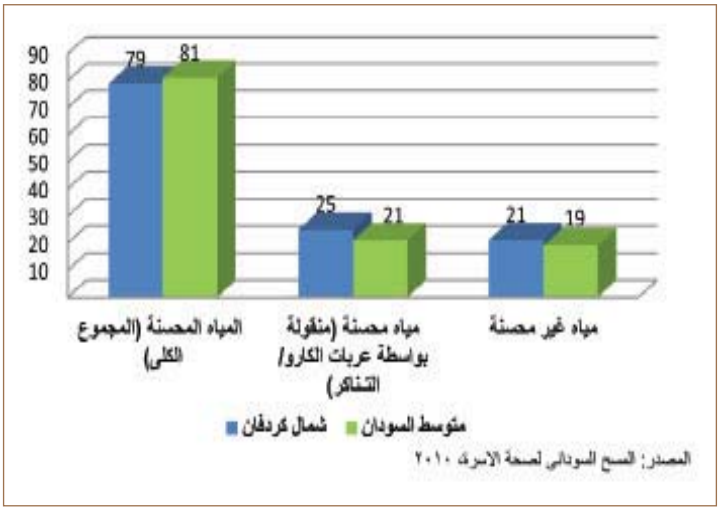
المياه والصرف الصحي والنظافة

أكثر من خُمس السكان (٢١ بالمائة) لا يستطيعون الحصول على المياه من مصادر مُحسنة. وأيضاً ٢٥ بالمائة من الذين يحصلون على مياه الشُرب المُحسنة، يحصلون عليها من عربات تجرها الدواب (الكارو) أوالناقلات (التانكر) الشكل (١١,٢). من ناحية أخرى، ما يقرب من أربعة أخماس السكان (٨٠ بالمائة) ليست لديهم مرافق صرف صحى مُحسنة وذلك حسب نتائج الجولة الثانية من المسح السودانى لصحة الأسرة الشكل (١١,٣). التبرز فى العراء ممارسة شائعة فى الولاية، فحوالى ٢١ بالمائة من مجموع السكان (٦٠٦,٦٨٣) يمارسون هذه الممارسة الضارة.

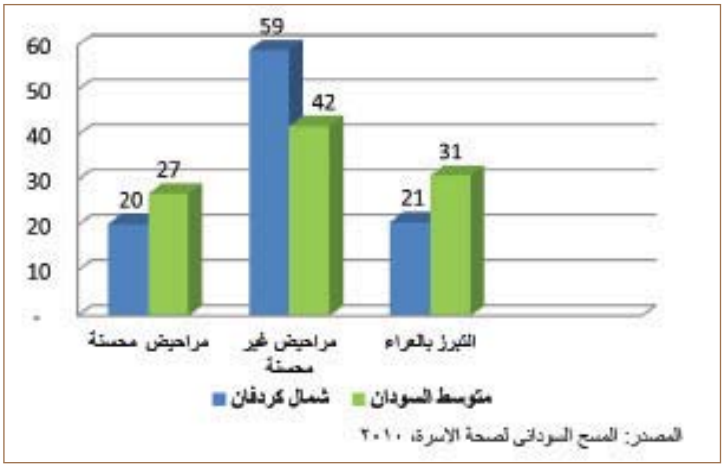
عرقلت فترات الجفاف الطويلة وتذبذب هطول الأمطار جهود التقدم وخصوصاً فى المحليات الواقعه فى الجزء الشمالى من الولاية كسودرى وجبرة الشـــيخ وود باندة وغرب بارا، والتى شهدت نقصاً فى المياه السطحية والجوفية مما زاد من حالات الفقر فى أوساط العائلات التى تقطن تلك المنطقة.

إن فرص الحصول على مرافق الصرف الصحي المُحسنة لأطفال المدارس والمرافق الصحية منُخفضة أيضاً. وقدرت الخطة الإستراتيجية للمياه والصرف الصحى (٢٠١١-٢٠١٦) حصول مدارس الولاية على نسبة ٣٢ بالمائة و٢٩ بالمائة للمرافق الصحية. النسب المُنخضة للحصول على المياه المُحسنة والصرف الصحى والنظافة هى من بين أبرز أسباب الوفيات بين الأطفال الصغار فى ولاية شمال كردفان، حيث تُساهم فى إنتشار أمراض الإسهال وإلتهابات الجهاز التنفسى الحاد والملاريا وأمراض يمكن الوقاية منها بالتطعيم والتى تشكل فى مجموعها الغالبية العظمى من مسببات الوفاة للأطفال تحت خمس سنوات.

الشكل ١١,٢: الحصول على مياه الشرب المحسنة



الشكل ١١,٣: الوصول الي مرافق الصرف الصحي المحسنة



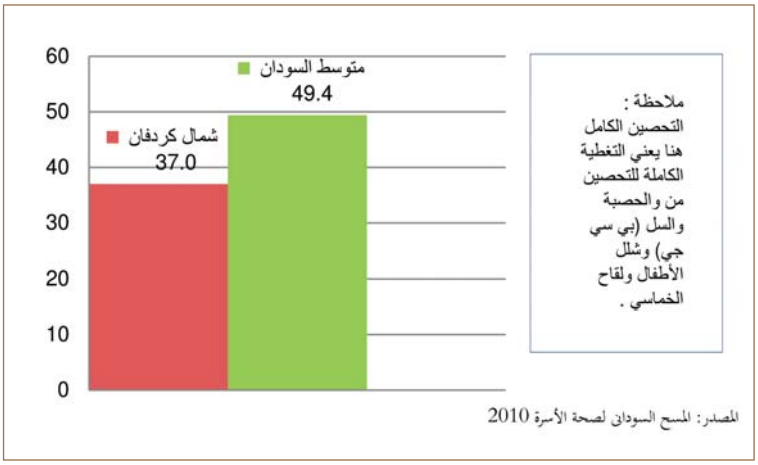
٥ عدد الأطفال الملتحقين تشمل الأطفال من جميع الأعمار، في حين المقام يحتوى على السكان فى الأعمار من ٦-١٣ بالنسبة للتعليم الأساسى، بينما للتعليم الثانوي السكان فى الفئة العمرية ١٤-١٦. و قد يؤدي هذا إلى ارتفاع معدل الالتحاق بالمدارس من الواقع.

الصحة

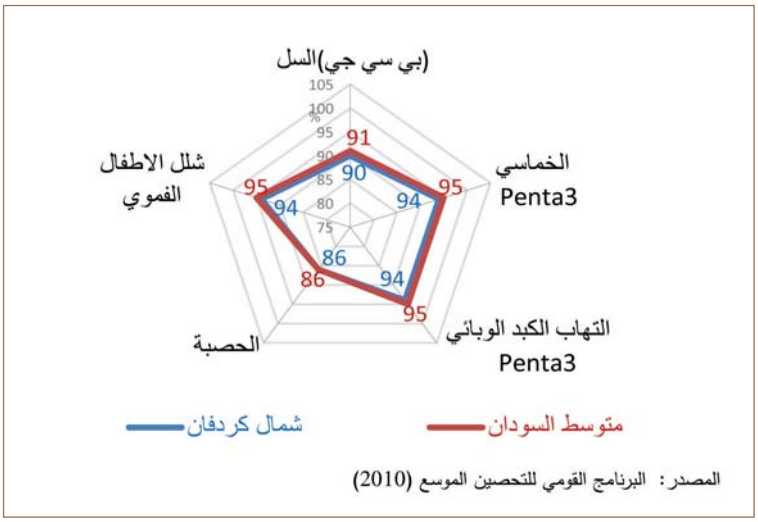
لم يغطى التطعيم الكامل سوى ٣٧ بالمائة من الأطفال فى سن ١٢ إلى ٢٣ شهراً، وهو أقل بما يعادل ١٢ نقطة من متوسط السودان (الشكل ١١,٤). إن ضعف خدمات تغطية التطعيم للنساء الحوامل هو أيضاً تحدياً كبيراً نظراً للطبيعة الريفية للولاية، مما يجعل من الصعب الوصول للعديد من المجتمعات المحلية. بالإضافة إلى ذلك، هنالك بعض المعتقدات الثقافية التى تربط الأجهاض بالتطعيم. نتيجة لذلك، فقط نصف النساء فى الفئة العمرية (١٥-٤٩) اللائى أنجبن خلال العامين السابقين مُحصنات ضد الكزاز(التتانوس).

مصادر البيانات الاخرى تُظهر أن التغطية بالتحصين أعلى من ذلك بكثير. فوفقاً للبيانات التى تم جمعها من خلال البرنامج القومى للتحصين الموسع (EPI)، فإن معدلات التغطية تقارب المعدل القومى للجولات الثلاث من الخُماسى (٩٤ بالمائة)، السُل (بى سى جى) (٩٠ بالمائة) والجرعات الثلاث اللازمة من اللقاح الفموى (لقاح شلل الأطفال) ٩٤ بالمائة، والحصبة (٨٦ بالمائة) (الشكل ١١,٥).[٦]

الشكل ١١,٤: تغطية التطعيم الكامل في شمال كردفان اقل من المتوسط القومي
(النسبة المئوية للاطفال ١٢-٢٣ شهر)



الشكل ١١,٥: تغطية التطعيم بولاية شمال كردفان فى نفس مستوى المتوسط القومي



التغذية

أوضحت البيانات الحاجة المُلحة لتحسين خدمات التغذية لعلاج حالات طوارئ مستويات سوء التغذية الحاد والوقاية من مستويات سوء التغذية الأخرى فى الولاية. وأظهر مسح التغذية فى شمال كردفان الذى أجرى فى عام ٢٠٠٩ أن مستوى سوء التغذية الحاد للأطفال دون سن الخامسة عند ١٦,٣ بالمائة[٧]، وهو يتجاوز مستوى مُنظمة الصحة العالمية لحالات الطوارئ المُقدر بنسبة ١٥ بالمائة، بينما قُدر مستوى سوء التغذية الشديد (الهُزال) بنسبة ٣,٩ بالمائة[٨]. من جانب آخر نجد أن بيانات المسح السودانى لصحة الأسرة الثانى أظهرت أرقاماً أعلى من ذلك بكثير ١٨,١ بالمائة و ٦,٧ بالمائة على التوالى الشكل (١١,٦). بالإضافة إلى ذلك أظهرت النتائج أيضاً أن سوء التغذية الحاد(إنخفاض الوزن بالنسبة للطول)، الهُزال (إنخفاض الوزن بالنسبة للعمر) والتقزم (إنخفاض الطول بالنسبة للعمر)، فى شمال كردفان، من أعلى معدلات الإنتشار فى السودان؛ فهناك ٤١,٤ بالمائة (المرتبة الثالثة) يعانون من نقص الوزن و٤٦,٧ بالمائة يعانون من التقزم (المرتبة الرابعة). على الرغم من هذا الوضع، الإنفاق العام على الصحة مُنخفض، فنصيب الفرد من الإنفاق العام على الصحة لم يتجاوز ٩,٩ دولار فى عام ٢٠٠٨ – وبذلك يأتى ترتيب الولاية فى المرتبة العاشرة بين الولايات[٩]. هذه الإحصائيات تدعو لزيادة الدعم للمعدات وتدريب الموظفين فى المرافق الصحية والمجتمع المحلى.

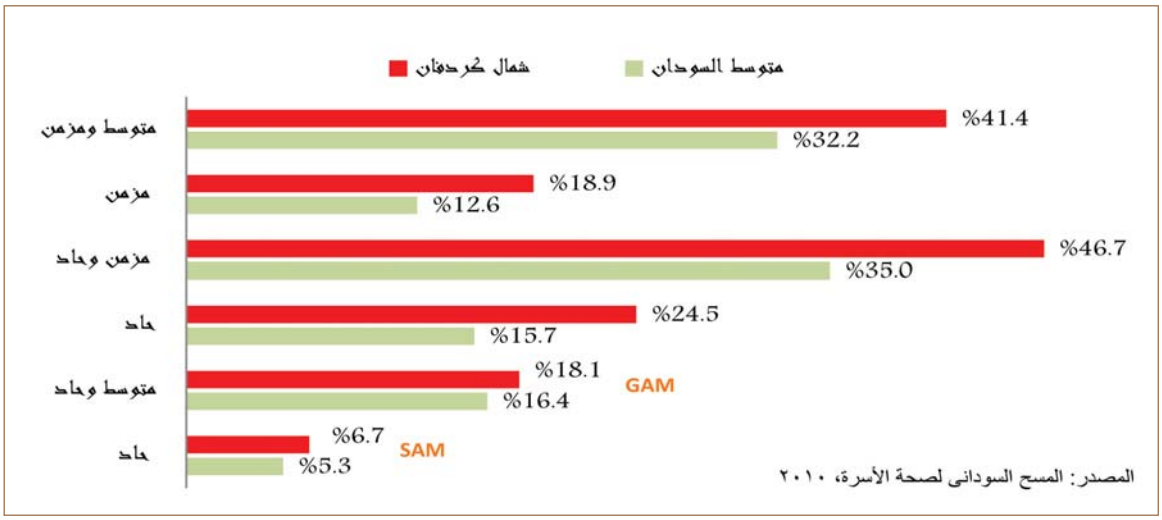
٦ يستخدم برنامج التحصين الموسع الرضع على قيد الحياة (جميع الولادات ناقص الوفيات في السنة الأولى من العمر) كمقام، باستثناء البى سى جى، والذي يستخدم مجموع عدد الولادات الحية.. المسح السودانى لصحة الأسرة يستخدم الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ١٢-٢٣ شهرا باعتباره مقام.

٧ تقرير وزارة الصحة الولائية واليونيسف عن التغذية والوفيات فى شمال كردفان، نوفمبر ٢٠٠٩، النتائج المعروضه هنا تم تحليلها بواسطة اليونيسف.

٨ سوء التغذية الحاد وسوء التغذية الشديد هوالهزال، حسب تعريف منظمة الصحة العالمية هو الوزن المنخفض للطول (اقل من القيمة الوسيطة بانحرافين معيارين وثلاث للشديد)

٩ حسابات الصحة القومية، ادارة التخطيط والسياسات والبحوث، وزارة الصحة ٢٠٠٨

الشكل ١١,٦: ولاية شمال كردفان لديها معدلات سوء التغذية أعلى من متوسط المعدل القومى فى المؤشرات الثلاث: نقص الوزن، التقزم والهزال (الأطفال تحت خمس سنوات)



تسجيل المواليد

كل طفل له الحق فى التسجيل عند الولادة، وفقاً للمادة ٧ من إتفاقية حقوق الطفل (CRC) . ومع ذلك، فقط ٤٩,٥ بالمائة من الأطفال دون سن الخامسة تم تسجيلهم عند الميلاد، و ذلك يعادل عشر نقاط مئوية أقل من المعدل القومى. حالياً تبذل الولاية جهوداً لوضع سياسة تُمكن نظام التسجيل من الوصول إلى أكبر عدد من الأطفال غير المسجلين فى المناطق الريفية.

تسجيل المواليد هو أمر أساسى لمتابعة بقاء الطفل ونمائه الصحى كما يساعد فى معرفة الولاية لحجم الأطفال عند التخطيط للموازانات وتخصيص الموارد للصحة والتعليم والخدمات الأساسية الأخرى. فمن السهل تسجيل الأطفال وإبقائهم فى المدرسة عندما يتم تسجيل هوياتهم وأعمارهم رسمياً. إن فرض قوانين ضد الزواج المُبكر وتجنيد الأطفال فى الأعمال العسكرية وكعمالة الأطفال تعتمد على التحقق من عمر الطفل. بعض الولايات أبتكرت بعض المبادرات المجتمعية التى أثبتت نجاحها فى زيادة تسجيل المواليد. على سبيل المثال، فى ولاية النيل الأزرق أنشأت وزارة الرعاية الإجتماعية فرق تسجيل متنقلة بشراكة مع قادة المجتمعات المحلية والمحاكم المحلية والعاملين فى المجال الصحى. وفى عام ٢٠١٠ سجلت فرق التسجيل ٥,٨٧٦ طفلاً فى بعض الأماكن النائية حيث يصعب وصول الأسر إلى نظم التسجيل.[١٠]

الأطفال غير المصحوبين والمنفصلين

الأطفال الذين يعيشون بمفردهم هم مصدر قلق متزايد، لا سيما فى المناطق الحضرية مثل الأبيض حيث يقضى الأطفال غير المصحوبين والمنفصلين أوقاتهم فى الأسواق وغيرها من مناطق التجارة. ففى شمال كردفان، ووفقاً لتعداد عام ٢٠٠٨، فقد أكثر من ٥٣,٠٠٠ طفل تحت سن ١٥ سنة واحد أو كلا الوالدين (٤ بالمائة). مصادر البيانات الآخرى تُبين نسبة أعلى من ذلك، فطبقاً لبيانات المسح السودانى لصحة الأسرة لعام ٢٠١٠، هناك ٧ بالمائة من الأطفال دون سن ١٨ عاما فقدوا أحد والديهم أو كليهما – ثانى أعلى مرتبة فى السودان. وأظهرت الدراسة التقييمية التى أجراءها المجلس الولائى لرعاية الطفولة (SCCW) أن معظم هؤلاء الأطفال « أطفال الشوارع» هم من الفتيان الذين تتراوح أعمارهم بين ١١ و١٥ ويتزايد عدد الفتيات بين ٦ و١٠ سنة[١١]. بعض الأسباب الأخرى الدافعة للأطفال لمغادرة منازلهم، تتمثل فى الفقر والعنف.

إن نجاح برنامج لم شمل الاطفال (الأطفال المنفصلين عن ذويهم وغير المصحوبين) فى جنوب كردفان أدى لتكراره فى الأُبيض والنهود والرهد. ففى فترة تنفيذ هذا البرنامج من أغسطس ٢٠٠٨ إلى أكتوبر ٢٠٠٩، حصل ٥١١ طفل من الأطفال المنفصلين وغير المصحوبين على خدمات الرعاية ولم الشمل. أثبت نجاح هذه المبادرة، الحاجة إلى بناء قدرات أكبر فى مجالات أخرى، على سبيل المثال، الحاجة للمزيد من خدمات الرعاية البديلة لهؤلاء الأطفال الذين لا يمكن جمع شملهم مع أسرهم.

إن بدائل الرعاية المحدودة للأطفال الذين لا يمكن جمع شملهم مع أسرهم يقود غالباً للعودة للشارع.

١٠ طبقا لسلطات ولاية النيل الأزرق

١١ المجلس الولائى لرعاية الطفولة واليونيسف» جنوب كردفان، شمال كردفان وابيى، تقييم حماية الاطفال، مارس ٢٠١٠ (وثيقة داخلية)

ختان الإناث

يقف السودان فى مصاف المعدلات العالية لختان الإناث فى العالم بمعدل يبلغ ٦٦ بالمائة. ولاية شمال كردفان، لديها معدل أعلى من ذلك بكثير (٧١ بالمائة). ومع ذلك، فإن التقدير الصحيح غير معروف إذ أن الممارسة فى كثير من الأحيان لا يتم التبليغ عنها.
يُسبب ختان الإناث أذىً جسدى ونفسى للفتيات والنساء لا يمكن حصره. وتشمل آثاره المباشرة العدوى وتقرحات الأعضاء التناسلية، فى حين أنه فى المدى البعيد قد يؤدى الختان إلى تسمم الدم والولادة المُتعسرة.
ممارسة الختان راسخة إجتماعيا، على الرغم من أن العديد من النساء يختلفن مع ختان الإناث، الأ أنهن مستمرات فى ممارستها. ويعتقد الكثيرون أنه على الرغم من الضرر الذى تسببه، إلا أن الانعكاسات الإجتماعية لعدم الممارسة سوف تكون أكثر تدميراً لحياة الفتاة بتدمير شرف العائلة وأهلية الفتاة للزواج.

النساء هن السبب الرئيسى فى إستمرار ختان الإناث، كما هو فى غالب الحال، فالجدات والقابلات التقليديات هن الأكثر حرصاً على إجراء هذه الممارسة. فما نسبته ٥٢ بالمائة من النساء فى الفئة العمرية (١٥-٤٩)، من اللآئى سبق لهن الزواج، أبلغن عن رغبتهن فى ممارستها على بناتهن.
وجدت الدراسات أن أكثر المُتغيرات إرتباطا بالختان هى العرقية، كما وأن الختان عميق الجذور فى العادات الإجتماعية على مستوى المجتمع المحلي. الحملات المُجتمعية مثل «حملة سليمة» إستهدفت تغيير السلوك الإجتماعى من أجل التخلى عن الممارسة . كانت «حملة السليمة» تكاتفاً ما بين المجلس الولائى لرعاية الطفولة ووزارة الشؤون الإجتماعية بدعم من اليونيسف، يجمع بين مختلف العناصر الإجتماعية الفاعلة فى المجتمع لرفع الوعى حول أضرار هذه الممارسة. منذ إنشائها فى عام ٢٠٠٨، أعلن ٢٤ مجتمع محلى من أصل ٤٠ فى ولاية شمال كردفان التخلى عن ختان الإناث.[١٢] هنالك أيضا تغيير فى مواقف الناس تجاه هذه الممارسة رغم بطئه. وأنخفضت نسبة النساء فى عمر (١٥-٤٩) اللآئى يعتقدن أنه ينبغى إستمرار ختان الإناث بنسبة ١٠ نقاط مئوية من ٥٥ بالمائة فى عام ٢٠٠٦ الى ٤٥ بالمائة فى عام ٢٠١٠ كما ظهر فى بيانات الجولة الثانية للمسح السودانى لصحة الأسرة الشكل (١١,٧).

الشكل ١١,٧: زادت نسبة النساء المعترضات على ختان الأناث فى شمال كردفان بين عامى ٢٠٠٦-٢٠١٠
(النساء فى الفئة العمرية ١٥-٤٥)

فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز

عدد النساء والأطفال المصابون بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز غير معروف. وأنشأت ولاية شمال كردفان نظاماً فعالاً لتنسيق الجهود والمبادرات لتوفير الحماية الإجتماعية للعائلات المصابة، فى أطار مناقشة الإحتياجات وإتخاذ تدابير للتوعية وإستقطاب الدعم والتأييد يجتمع بصفة دورية البرنامج القومى لمكافحة الإيدز ومقدمى الخدمات الإجتماعية العامة والخاصة والأشخاص المتعائشون مع مرض الإيدز (PLWA). نتيجة لذلك، أصبح الأشخاص المتعائشون مع الايدز يحصلون على الزكاة بالإضافة للمواد الغذائية كما هو الحال مع مرضى السُل والفشل الكلوى. إن استمرارية هذه الجهود تُمثل الأساس لصياغة الحماية الإجتماعية للأسر المُتضررة من فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز على مستوى الولاية والمستوى الاتحادى.

١٢ المعلومات من التقرير السنوى للمجلس القومى لرعاية الطفولة ، ٢٠١١

نداء للعمل

- تحسين الإطار القانونى لحماية حقوق الطفل، وقد تمت مراجعة قانون الطفل بشمال كردفان بواسطة المدعى العام وتبقت إجازته من مجلس الوزراء
- ضمان وصولٍ ميزانيات البرامج والخدمات الإجتماعية مثل التعليم والصحة والتغذية والحماية والمياه والصرف الصحى، للمجموعات المُحتاجة فعلاً.
- رفع مستوى الوعى للحاجة إلى المياه والصرف الصحى والنظافة الصحية، وتشجيع الممارسات الجيدة بين المُجتمعات المحلية وذلك للحد من الوفيات بين الأطفال.
- تحسين سياسات ونظام تسجيل المواليد من أجل الوصول إلى سكان المناطق الريفية والنائية.
- تحسين الوصول إلى الأطفال الغير مصطحبين والمنفصلين عن طريق توسيع البرنامج المذكور أعلاه، ووضع خيارات الرعاية البديلة للأطفال للم شملهم مع أسرهم.
- زيادة جهود المجتمع فى تقديم رسائل إيجابية تُشجع على التخلى عن ختان الإناث وتقييم محتوى المواد والرسائل الإعلامية لضمان إستناد الحملات المستقبلية على أساس التواصل العلمى.
- الإستمرار فى جمع البيانات الجديدة التى تُعزز صنع القرار وتساهم فى رصد التقدم المحرز فى مجال حقوق الأطفال.

١٢ ولاية جنوب كردفان

بعض من المؤشرات الاساسية – المسح السودانى لصحة الاسرة ٢٠١٠	
تسجيل المواليد	٤٩,٤
تغطية التحصين	٤٢,٧
انتشار نقص الوزن العالمى	٤٠,٣
التقزم العالمى	٣٦,٦
سوء التغذية العالمى	١٧,٤
استخدام مصادر مياه شرب محسنة	٧٢,٨
استخدام مرافق صرف صحى محسنة	١٦,٩
الالتحاق بالتعليم قبل المدرسى[١]	٥١,٦
الاستيعاب الظاهري بمرحلة الاساس	٨٠,٨
الاستيعاب الظاهري بمرحلة الثانوي	٣٣,٥
السكان ذوى الاعاقة[٢]	٥,٩
انتشار ختان الاناث (تشويه/ قطع الأعضاء التناسلية للانثى)	٦٦,١
الزواج المبكر (دون ال ١٨ عام)	٤٨,١
الولادة بحضور مقدم خدمة مؤهل	٦١,٤
وضع قانون الطفل- تم سن القانون	نعم
وضع قانون الطفل- تضمين حظر ختان الأناث	نعم مع قانون منفصل للختان
معدل وفيات الرضع[٣](لكل ١٠٠٠ ولادة حية)	١٠٠
معدل وفيات الأمهات (لكل ١٠٠,٠٠٠)	٥٩١

أنهى التوقيع على إتفاق السلام الشامل فى السودان رسميا ٢١ عاماً من الصراع، وبشر بحقبة جديدة وشاقة لبناء السلام وإعادة الإعمار بولاية جنوب كردفان والتى تقع على طول الحدود بين السودان وجنوب السودان، مما يعنى إصلاح النسيج الإجتماعى للولاية التى كانت نموذجاً للتعايش السلمى. تأثرت العلاقات التاريخية بين القبائل أثناء الحرب، سلبا بسبب فقدان الارواح والثروات. مما لا شك فيه أن الأطفال المتضررين من هذه الصراعات هم المجموعات الأكثر ضعفا فى الولاية.

وحدت إتفاقية السلام الشامل ولايتى جنوب وغرب كردفان، الولاية الجديدة أعتبرت واحدة من المناطق الإنتقالية الثلاث المُتضررة مباشرة من الحرب، جنبا إلى جنب مع ولاية النيل الأزرق ومنطقة أبيي. وبالتالى حصلت الولاية على إهتمام خاص فى إتفاق السلام الشامل، وخضعت لبروتوكول خاص لمُعالجة قضايا الإستقرار فى الولاية.

موقع منطقة أبيي الإدارية على الحدود بين السودان وجنوب السودان جعلها جزء من الحرب فى الفترات السابقة. حالياً تم إعطاؤها وضعية إدارية خاصة تُمكن من إدارتها على نحو سلس.-

الوضع الحالي لأبيي جعل من الصعب إدراجها فى المسح السودانى لصحة الأسرة. إلا أن، المسح مُتعدد المؤشرات (MICS) الذى تم إجراؤه بواسطة منظمة قول فى أوائل عام ٢٠١٠ يجعل من الممكن إعطاء لمحة سريعة عن الحالة الراهنة للأطفال فى هذه المنطقة. بالرغم من إنخفاض مستوى التعليم إلا أنه يتحسن ببطء. وهنالك فقط ٦٢ بالمائة من الأطفال فى سن ٦-١٦ سنة إستطاعوا الوصول إلى المدرسة خلال العام الماضى للمسح، ومعدلات الإلتحاق تناقصت كثيراً من تعليم الأساس (٥٩,٣ بالمائة) إلى التعليم الثانوى (٢,٩ بالمائة).

أفرزت النزاعات المسلحة عدداً كبيراً من الأطفال المنفصلين والغير مصطحبين كتأثير مباشر للحرب على الأطفال. جعل عدم وجود نظام لتسجيل المواليد من الصعب جداً تحديد عدد هؤلاء الأطفال، ولم شملهم مع أسرهم. وكإفراز آخر لا تزال الألغام الأرضية والذخائر غير المنفجرة تشكل مصدر قلق كبير.

أكثر من نصف سكان الولاية هم دون ١٨ سنة، أى ما يعادل ٧٦٠,٣٠٠ طفل تقريباً ، منهم ٢٦٠,٢٠٠ (١٩ بالمائة) دون سن الخامسة[٤]. وغالبية سكان الولاية من الشباب، حيث أن تزويد هؤلاء الشباب بمعينات الحياة الضرورية من صحة وتعليم، وكفالة الأطفال الذين يعيشون فى تلك البيئة، يُمكن ولاية جنوب كردفان من ضمان الأمن والإزدهار لسكانها مستقبلاً.

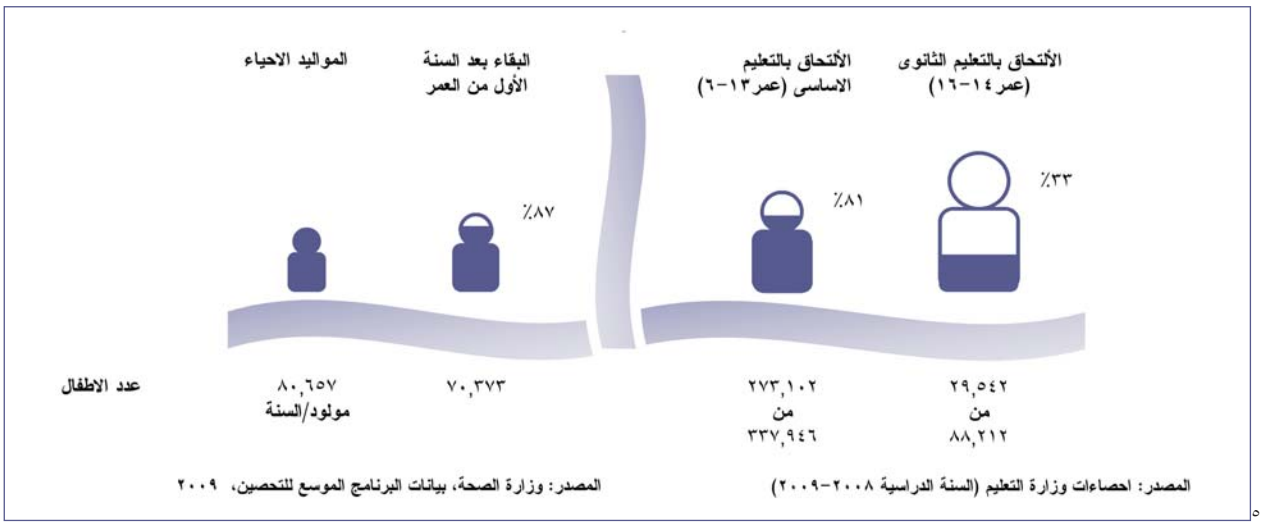
١ جميع احصاءات التعليم من وزارة التعليم العام، أحصاءات التعليم، ٢٠٠٨-٢٠٠٩

٢ الأشخاص المعوقين، لديهم نوع من العجز الجزئي لكنهم غالبا ما تتطور لديهم قدرات فائقة أخرى لتعويض عجزهم (بيانات تعداد ٢٠٠٨)

٣ مصدر معدل وفيات الرضع والامهات الجهاز المركزى للاحصاء، تعداد ٢٠٠٨

٤ المصدر: تعداد السكان والمساكن، ٢٠٠٨

الشكل:١٢,١ بقاء الرضع والالتحاق بالمدرسة فى جنوب كردفان



[٥]

القضايا الرئيسية

الصحة

جنوب كردفان واحدة من أدنى الولايات ترتيباً من حيث المؤشرات الصحية. فمعدل وفيات المواليد الرضع والأطفال دون خمس سنوات على حد سواء[٦]، أعلى من المتوسط القومى. و٢٦ بالمائة[٧] فقط من المرافق الصحية تقدم خدمات الإدارة المتكاملة لأمراض الطفولة الشائعة، والتحصين ضد الحصبة أقل من المعدل القومى (٨١ بالمائة)[٨]. ربما تكون هذه المؤشرات الصحية المتدنية إنعكاسا لضعف البنية الأساسية الصحية، لكن الحقيقة أن الولاية لا تزال فى مرحلة التعافى من الحرب والمناوشات القبلية.

التغذية

أظهرت البيانات أن من مجموع ٥٣,٠٠٠ من الأطفال الذين ولدوا أحياء فى غضون ال١٢ شهراً السابقة لتعداد ٢٠٠٨، كان هنالك حوالي ٤٧,٤٠٠ (٩٠ بالمائة) على قيد الحياة فى وقت التعداد. إنخفاض الوزن عند الولادة هو السبب الوحيد الأكثر شيوعاً لوفيات الأطفال حديثى الولادة فى ولاية جنوب كردفان، والناجم عن حالات مثل سوء التغذية عند الأمهات والعدوى والملاريا وإلتهاب الكبد وفقر الدم. فاقمت معدلات سوء التغذية المرتفعة من أمراض الطفولة وساهمت بشكل كبير فى إرتفاع معدلات وفيات الأطفال دون الخامسة، مما جعل الولاية تحتل ثانى أعلى نسبة وفيات أطفال مرتفعة حسب مسح صحة الأسرة لعام ٢٠٠٦. أظهرت المسوحات الأخيرة (مسح صحة الأسرة فى السودان، ٢٠١٠) إنخفاضاً شديداً للتغذية فى جنوب كردفان. فنسبة إنتشار نقص الوزن تبلغ ٤٠ بالمائة، التقزم ٣٧ بالمائة وسوء التغذية الحاد (الهُزال) ١٧,٤ بالمائة (الشكل ١٢,٢). كلا المعدلين (سوء التغذية الحاد والهُزال) يفوق معدل الطوارئ لمنظمة الصحة العالمية (١٥ بالمائة، وإنتشار سوء التغذية الحاد ٤,٤ بالمائة).

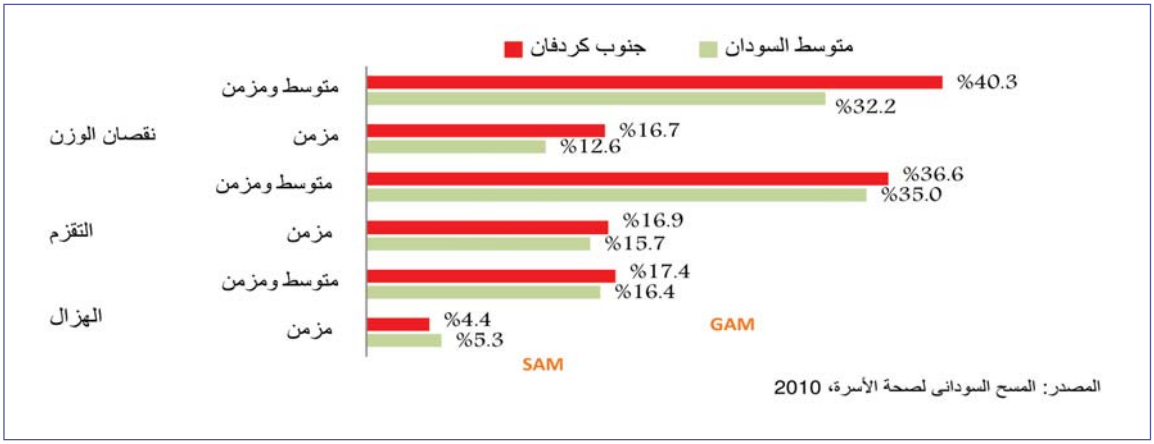
٥ عدد الأطفال الملتحقين تشمل الأطفال من جميع الأعمار، في حين المقام يحتوى على السكان فى الأعمار من ٦-١٣ بالنسبة للتعليم الأساسى، بينما للتعليم الثانوي السكان فى الفئة العمرية ١٤-١٦. و قد يؤدي هذا إلى ارتفاع معدل الالتحاق بالمدارس من الواقع

٦ المصدر: المسح السودانى لصحة الاسرة ٢٠٠٦، معدلات الوفيات غير متوفرة لمسح ٢٠١٠

٧ المصدر: وزارة الصحة الاتحادية، وحدة الادارة المتكاملة لامراض الطفولة، ٢٠١٠

٨ المصدر: وزارة الصحة الاتحادية، وحدة البرنامج الموسع للتحصين، ٢٠١٠

شكل ١٢,٢: معدلات سوء التغذية بولاية جنوب كردفان اعلى من المعدل القومى.
(الاطفال تحت خمس سنوات)

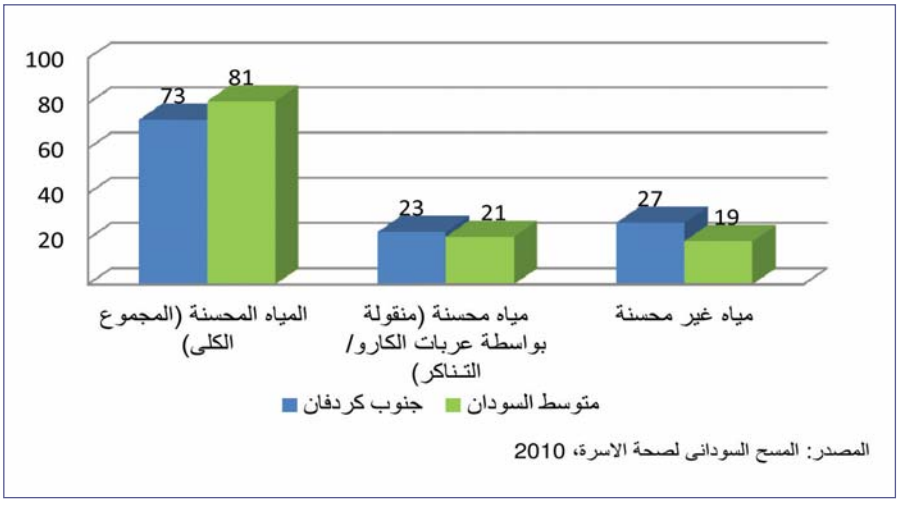


علاج سوء التغذية الحاد على نحو فعال فى السودان أنقذ تقريبا ٢٠٠,٠٠٠ حالة وفاة كانت محتملة الحدوث بين الأطفال دون الخامسة فى عام ٢٠١٠. أما الجهود التى بُذلت مؤخراً لتوسيع نطاق العلاج فقد أظهرت تحسناً ملموساً. فقد إرتفعت أعداد الأطفال الذين تحصلوا على خدمات تعزيز ومراقبة النمو، فضلاً عن برامج تغذية الرُضع وصغار الأطفال (IYCF) بين عامي ٢٠٠٩ و٢٠١٠. تدريب العاملين الصحيين فى حزم التغذية الأساسية (ENPs) كانت أكثر فاعلية فى تعزيز المعرفة والمواقف والممارسات بين الأمهات فيما يتعلق بصحة الفئة العمرية من صفر الى خمسة أشهر الذين يرضعون رضاعة طبيعية (٣٢,٣ بالمائة).[٩]

بدأت الولاية بنجاح فى عام ٢٠١٠، فى إدماج نموذج الإدارة المجتمعية لسوء التغذية الحاد (CMAM) فى المرافق الصحية، وذلك قد زاد كثيراً من فرص الحصول على الخدمات بشكل كبير وعلاج عدد مقدر من الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية. إن الإدارة المجتمعية لسوء التغذية الحاد تسمح للمرضى بتلقي العلاج فى المنزل بإستخدام المُكملات الغذائية مثل "Nut Plumpy"، وبالتالي تُقلل العبء على المستشفيات وإتاحة الفرصة لعلاج عدد أكبر من المرضى. مثل هذه المبادرات قليلة التكلفة وذات فاعلية كبيرة فى تحسين التغذية العامة فى جنوب كردفان.

المياه والصرف الصحي والنظافة

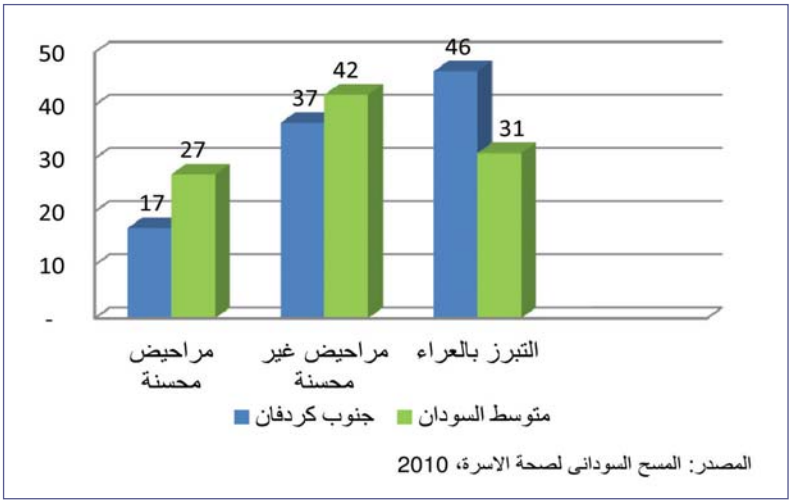
الشكل ١٢,٣: الحصول على مياه الشرب المحسنة



السبب الرئيسى للوفاة بين الأطفال الصغار يتمثل فى حالات أمراض الإسهال الناجمة عن شُرب المياه غير المُحسنة و ممارسات الصرف الصحى غير الصحية. ومع ذلك، فالتحسن الأخير أعطى الأمل فى التغير. تُعد جنوب كردفان الثانية بين ولايات السودان من حيث إرتفاع معدل وفيات الأطفال دون الخامسة، بعد النيل الأزرق، وفقاً لتعداد عام ٢٠٠٨. أظهر المسح السودانى لصحة الاسرة الثانى أن نسبة إستخدام مصادر المياه المُحسنة تقدر ب ٧٣ بالمائة ، منهم ٢٣ بالمائة يستخدمون المياه التى يتم نقلها بواسطة عربات تجرها الدواب(الكارو) أو الناقلات (التناكر) (الشكل ١٢,٣). أما إستخدام مرافق الصرف الصحى المُحسنة فلا يزال مُنخفضاً للغاية حيث لا يوجد سوى ١٧ بالمائة من سكان الولاية يستخدمون المراحيض المُحسنة و٣٧ بالمائة يستخدمون مراحيض غير مُحسنة، بينما ٤٦ بالمائة من السكان يمارسون التبرز فى العراء.
كذلك رُبع السكان الذين يتحصلون على مياه مُحسنة يجب عليهم السير لمسافة ٣٠ دقيقة أو أكثر للوصول إلى المصدر، ومعظمهم من النساء والفتيات. أما الأسر التى تعتمد على الشرب من مصادر غير محسنة، فنادراً جداً ما تستخدم الوسائل المناسبة لمُعالجة مياه الشرب.

٩ المسح السودانى لصحة الأسرة، ٢٠١٠

الشكل ١٢,٤: الوصول الي مرافق الصرف الصحي المحسنة



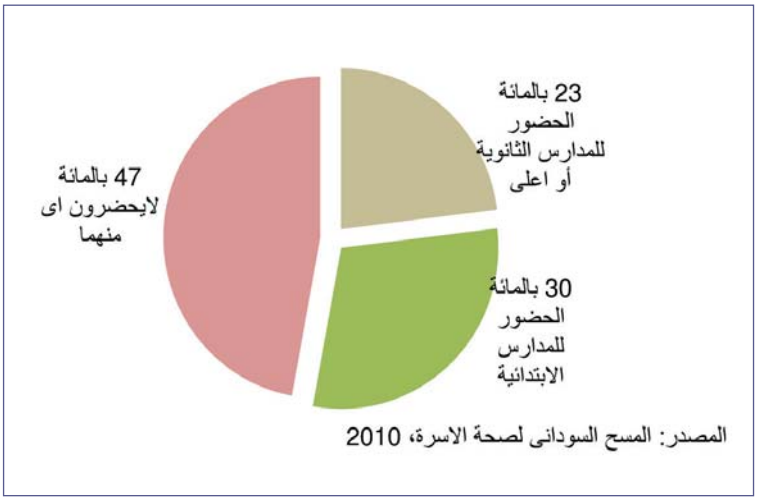
وأكثر من ٩٣ بالمائة من الأسر لم تستخدم أي وسائل لمعالجة المياه. وقد أظهر مسح منفصل من قبل وزارة التربية والتعليم، أن ٥٠ بالمائة فقط من المدارس لديها ما يكفى من مرافق الصرف الصحى.

وترجع الزيادة فى الحصول على مصادر المياه المُحسنة إلى الجهود التى تبذلها الحكومة والمنظمات الإنسانية الدولية، والذين ساهموا بشكل كبير فى بناء المضخات اليدوية وأحواض المياه. هذه الجهود لا تزال غير مستدامة بسبب إنعدام الشعور بالملكية وضعف المعرفة بنظم التشغيل الفعال والصيانة. ومع ذلك، يبقى المطلوب إيجاد حلول أكثر إستدامة. من ناحية أخرى، يُعزى إنخفاض تغطية الصرف الصحى لعدم وجود وعى مجتمعى، ولعدم وجود سياسات وإستراتيجيات واضحة للصرف الصحى بجانب قلة الإهتمام الحكومى والوكالات الداعمة.

التعليم

مؤشرات التعليم أيضاً منُخفضة مثل المؤشرات الصحية. حيث أن ٦٨ بالمائة فقط من الأطفال فى سن الإلتحاق بتعليم الأساس كانوا فى المدرسة، وفقا للمسح السودانى لصحة الاسرة ٢٠١٠، فى حين أن ٢٣ بالمائة فقط من الأطفال فى سن التعليم الثانوى كانوا بالمدارس الثانوية (أو أعلى)[١٠]. كذلك بين كل الفئات العمرية، نسبة حضور الذكور تفوق الإناث بحوالى ٦ الى ٨ نقطة.

شكل ١٢,٥: نسبة الطلاب فى سن التعليم الثانوى ويحضرون للمدارس الثانوية أقل بجنوب كردفان.



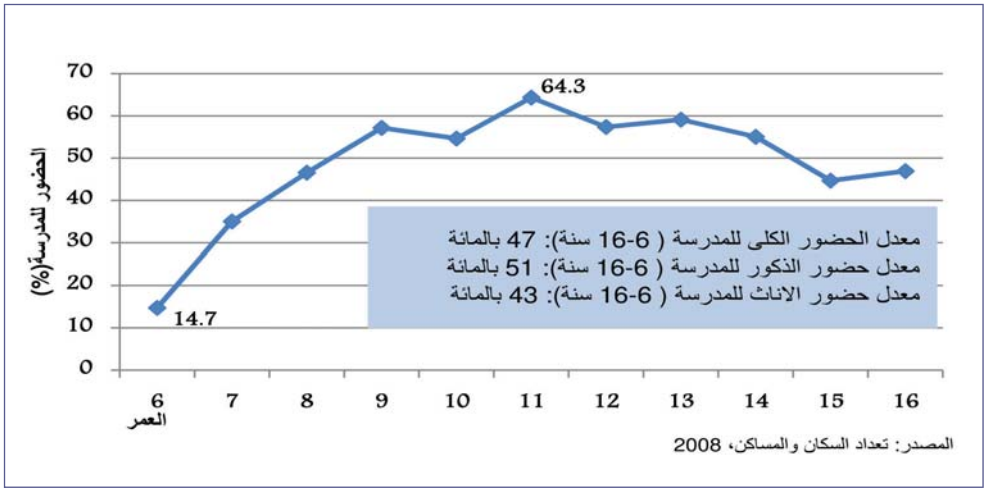
كذلك نسبة الإلتحاق المتأخر بالمدرسة ونسب الإعادة المرتفعة، ويظهر ذلك مع وجود ٣٠ بالمائة من الأطفال فى سن الإلتحاق بمدارس الثانوى ملتحقون بمدارس الأساس (الشكل ١٢,٥). كذلك نسبة التسرب بالولاية هى الأعلى فى كل السودان، مع وجود ٦٧ بالمائة فقط من الأطفال الذين يدخلون الصف الأول يستمرون حتى الصف الثامن.

يُظهر التعداد القومى للسكان لعام ٢٠٠٨ أن الحضور للمدارس يصل القمة فى سن ١١ سنة، ومن ثم ينخفض تدريجياً مع تقدم الأطفال فى السن (الشكل ١٢,٦). قد يكون هذا الأمر نتيجة لأن الأسر تسحب أطفالها من المدرسة لرعى الماشية وممارسة الأنشطة المدرة للدخل، والفتيات للعمل فى المنازل أو الزواج. يُبين الشكل أيضاً إتجاه الإنخراط فى عمر متأخر فى الصف الأول من مدرسة الأساس، ونسبة الأطفال الملتحقين بالمدارس فى السادسة من عمرهم أقل من ١٥ بالمائة.

إن النقص فى عدد المعلمين المدربين هو الآخر ساهم فى إنخفاض نسبة الحضور. خلال العام الدراسى ٢٠١٠/٢٠٠٩ كان عدد المعلمين ٧,٨٨٥ (٤٣ بالمائة من الإناث)، مما أدى إلى زيادة نسبة التلاميذ إلى المعلمين (١:٣٥)، ومع ذلك تم تدريب ما يزيد قليلاً عن النصف (٥٥ بالمائة) من مجموع المعلمين.[١١]

١٠ النسبة المئوية للالتحاق بمرحلة الأساس ٨٠,٨ بالمائة والالتحاق بالثانوى ٣٣,٥ بالمائة، احصاءات التعليم، ٢٠٠٩/٢٠٠٨، ص ٣٨ و ٤١.
١١ وزارة التعليم العام، احصاءات التعليم، ٢٠٠٩/٢٠٠٨.

شكل ١٢,٦: معدلات الحضور للمدرسة بولاية جنوب كردفان
(الاطفال فى عمر ٦-١٦ سنة)



يلاحظ مما توفر من نتائج المسوحات أن معدلات التسرب خلال سنوات المراهقة مرتفعة بين الجنسين. والجدير بالثناء، أن ولاية جنوب كردفان نجحت فى تسجيل وإستبقاء الطلاب الملتحقين بالمدارس فى عام ٢٠١٠ – الذين تتراوح أعمارهم بين ١٠-١٤ سنة- والإبقاء عليهم خلال سنوات المراهقة المُبكرة أكثر من أي فئة عمرية أخرى (١٠٣,٣٧٩، ٤٥ بالمائة من الإناث). ومع ذلك ، فإن عدد الطلاب الحاليين فى الفئة العمرية ١٥ -١٩ تناقص بمقدار النصف تقريباً (٥٣,٣٨٠) مما يشير إلى تسرب أعداد كبيرة من هؤلاء الطلاب خلال السنوات القادمة. المسؤوليات الأسرية هى السبب الرئيسى لترك المدرسة. فعند كبر الأولاد وإشتداد عودهم، تعتمد عليهم الأسر للمساعدة فى الماشية والأنشطة المدرة للدخل. يُساهم الزواج المُبكر والعمل المنزلى فى إرتفاع معدلات التسرب بين الفتيات.

الأطفال غير المصحوبين والمنفصلين

بالإضافة إلى الأسباب المذكورة أعلاه، فالكثير من الأطفال يتركون المدرسة لأنهم تركوا ديارهم. ويُشكل الأطفال الذين يعيشون فى الشوارع أكبر مجموعة من الأطفال غير المصطحبين والمنفصلين. فى نهاية عام ٢٠٠٩، أجرى مجلس الولاية لرعاية الطفولة واليونيسف تقييماً عن حماية الطفل من أجل فهم أفضل لهذه المجموعة الضعيفة من الأطفال. وجدت الدراسة أن معظم الفتيان تتراوح أعمارهم بين ١١ و١٥ سنة، فى حين يتزايد عدد الفتيات فى الفئة العمرية ١٢-١٧سنة. وقد زادت الولاية مؤخراً من جهودها لتحديد أعداد هؤلاء الأطفال، حيثما أمكن، ليتسنى لم شملهم مع أسرهم.
أوضح المسح السودانى لصحة الأسرة الثانى أن جنوب كردفان لديها أعلى نسبة من الأطفال دون سن ١٨ عاما من الذين لا يعيشون مع أحد الوالدين البيولوجيين (٦,٥ بالمائة وهو ما يقارب ١١,٠٠٠ طفل).

الألغام الأرضية والذخائر غير المنفجرة

وفقاً للإتحاد الدولى[١٢](IFRC)، ٢٠ بالمائة من مساحة الولاية تحتوى على ألغام أرضية وذخائر غير منفجرة. خلال فترة التقرير، أفادت جمعية الهلال الأحمر السودانى عن ١٩ حالة وفاة و٥ إصابات فى ٧ من محليات ولاية جنوب كردفان. تقارير أخرى من (UNMAO) أشارت إلى أن ٤٥ حالة من الإصابات بسبب الذخائر غير المنفجرة / الألغام الأرضية حدثت بين يونيو ويوليو ٢٠١١. قد تكون هذه من العوامل التى ساهمت فى إرتفاع عدد الأطفال ذوى الاعاقة (ما يقارب من ٥,٨٠٠) والتى تشكل أكثر من ٧ بالمائة من السكان ذوى الإعاقة.

ختان الاناث (تشويه/ قطع الأعضاء التناسلية للأُنثى)

يُمارس ختان الإناث (شكل من أشكال العنف القائم على الجنس) على نطاق واسع في ولاية جنوب كردفان. ووفقاً للمسح السودانى لصحة الأسرة (٢٠١٠) إن ٦٦ بالمائة من النساء فى الفئة العمرية ٠-٥٠ سنة، تعرضن للممارسة، مع تغيير طفيف فى النسبة التى أوردها مسح عام ٢٠٠٦ (٦٦,٦ بالمائة). بالرغم من أن الولاية أصدرت فى عام ٢٠٠٨ قانون الولاية لختان الإناث لملء غياب القوانين القومية التى تُحرم التقاليد الضارة، إلا أن التنفيذ يبقى صعباً، للرسوخ العميق للختان فى التقاليد المحلية لا سيما بين قبائل الرحل.

١٢ عملية نداء الطوارئ، تحديث ٢٦ أغسطس

وجدت دراسة أُجريت فى عام ٢٠٠٧ فى ولاية جنوب كردفان، أن الأمهات والجدات هن المدافعات الرئيسيات عن هذه الممارسة الضارة، بإعتقادهن أن الممارسة ستحسن فرص الزواج لبناتهن وسوف تحمى عفتهن[١٣]. وحسب بيانات المسح السودانى لصحة الاسرة الثانى، هنالك ٥٣ بالمائة من النساء المتزوجات فى الفئة العمرية ١٥-٤٩ ينوين الإستمرار فى ممارسة الختان لبناتهن، أي بزيادة طفيفة من ٥٢ بالمائة التى سجلت فى مسح عام ٢٠٠٦. فى الواقع، ترتبط جميع الولادات الصعبة والعدوى والنزيف والمشاكل النفسية بالتقاليد الضارة.

لتصحيح هذا الاتجاه، تم إطلاق المبادرات المجتمعية مثل «حملة السليمة» (سليمة، كاملة، فتاة صحية) فى عام ٢٠١٠ لتعزيز قيم جديدة وتحويل النقاش على مستوى المجتمع المحلى من التركيز على المشكلة لإيجاد الحلول بإستخدام رسائل إيجابية للتخلى عن ختان الإناث على مستوى الأسرة والمجتمع المحلى. تم تشكيل شبكة من مختلف الجهات الفاعلة بما فى ذلك البرلمانيون والمجتمع المدنى والجماعات الدينية والشباب والنساء الناشطات لبناء توافق على التخلى عن الممارسات الضارة بشكل جماعى. والمشروع يستهدف ٨٥ مجتمع محلى ممارس لختان الإناث فى ولاية جنوب كردفان، وقد أعلنت ٢٣ منها التخلى عن الختان فى السنة الأولى من البرنامج.

فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز

جنوب كردفان من بين الولايات السبع التى يرتفع بها إنتشار فيروس نقص المناعة البشرية/الايدز، وهذا ما سوف تؤكده الدراسة البيولوجية السلوكية الجارية. فى المقابل، حال الوضع الأمنى وضعف النظام الصحى دون تقديم الخدمات الجيدة. فى عام ٢٠١٠ إستهدف ٢,٤٦٤ شخص لإختبار فيروس نقص المناعة البشرية، فقط ٢٥٠ شخصاً تم إختبارهم ومنهم ٤٠ مصابون بالفيروس.

نداء للعمل

- تعزيز الحوار القائم لزيادة الموارد والإلتزام بالسياسات لتحسين حياة ورفاه النساء والأطفال.
- تسليط الضوء على القضايا المذكورة أعلاه من خلال تكثيف حملات الإتصال والدعوة من أجل ضمان إدراجهم كأولويات سياسية عليا.
- دمج المياه والصرف الصحى والنظافة والتغذية والتعليم فى مبادرات بناء السلام وخطط السكان العائدين، لأن هذه الخدمات الأساسية والحيوية تساهم فى منع نشوب الصراعات فى المستقبل.
- ضمان الحصول على التعليم الجيد لجميع الأطفال من خلال بناء فصول دراسية جيدة وصديقة للطفل، ووضع ميزانيات لتدريب المزيد من المعلمين، وتحسين المياه ومرافق الصرف الصحى فى المدارس.
- تعزيز نظام الرعاية الإجتماعية من خلال تطوير الخطط التى تُسهل البحث عن المفقودين وجمع شمل أسر الأطفال الذين انفصلوا بسبب النزاع بالإضافة لوضع ترتيبات بديلة.
- تشجيع المبادرات القائمة لحماية المجتمع مثل «حملة السليمة» لتغيير القواعد الإجتماعية حول ختان الإناث، مع تحسين إنفاذ القوانين القائمة.
- الدعوة لحظر الألغام الأرضية، وتطهير الذخائر غير المنفجرة (ذكرت UNMAO حدوث ٤٥ حالة من الإصابات بسبب الألغام الأرضية/الذخائر غير المنفجرة ما بين يونيو ويوليو ٢٠١١ فقط)
- الإستمرار فى جمع البيانات الجديدة التى ستساهم فى تعزيز صنع القرار ورصد التقدم المحرز فى مجال حقوق الأطفال.

١٣ اليونيسف، « تقييم حماية الاطفال: شمال كردفان، جنوب كردفان ومنطقة ابيى، مايو ٢٠١٠، ص:٨

١٣ ولاية شمال دارفور

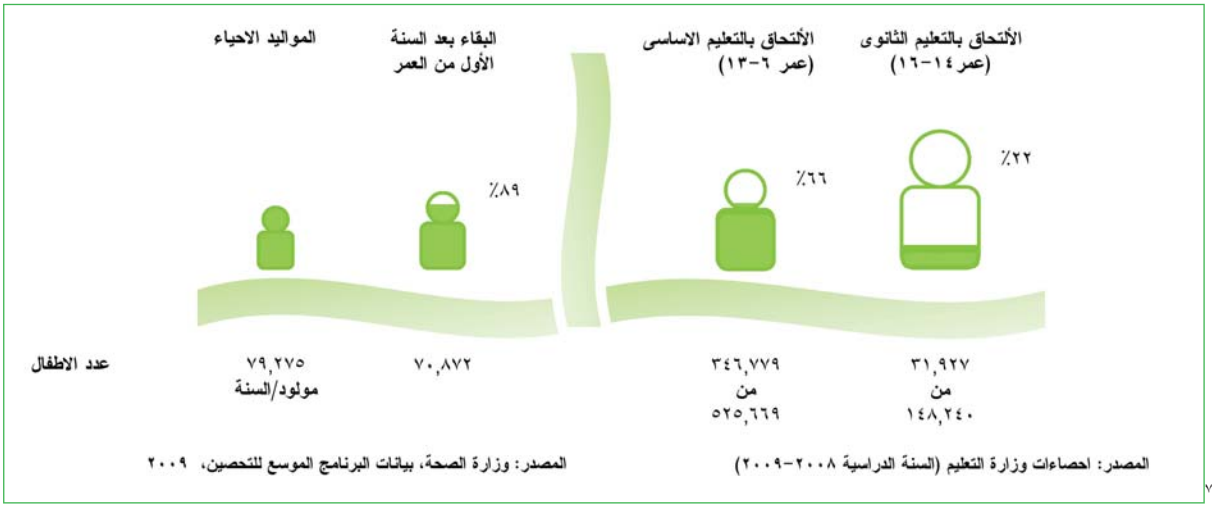
بعض من المؤشرات الرئيسية - المسح السودانى لصحة الاسرة ٢٠١٠ (٪)	
تسجيل المواليد	٥٨,٨
تغطية التحصين	٤٣,٤
انتشار نقص الوزن العالمى	٣٥,٧
التقزم العالمى	٣٥,٣
سوء التغذية العالمى	٢١,٦
إستخدام مصادر مياه شرب محسنة	٧٨,٤
استخدام مرافق صرف صحى محسنة	١٨,٤
الالتحاق بالتعليم قبل المدرسى[١]	٣١,٨
الاستيعاب الظاهري بمرحلة الاساس	٦٦
الاستيعاب الظاهري بمرحلة الثانوي	٢١,٥
السكان ذوي الاعاقة[٢]	٥,٠
انتشار ختان الاناث (تشويه/ قطع الأعضاء التناسلية للانثى)	٦٠,٥
الزواج المبكر (دون ال ١٨ عام)	٣٣,٩
الولادة بحضور مقدم خدمة مؤهل	٦٥,٢
وضع قانون الطفل- تم سن القانون	نعم
وضع قانون الطفل- تضمين حظر ختان الأناث	لا
معدل وفيات الرضع[٣](كل ١٠٠٠ ولادة حية)	٥٩
معدل وفيات الامهات (لكل ١٠٠,٠٠٠)	٦١٨

بعد سنوات من العنف بدأت بوادر هدوء الأوضاع تشير إلى التحول ببطء من دائرة الصراع والعنف إلى العودة لمربع الإستقرار والتنمية. ففى يوم ١٧ يوليو ٢٠١١ وقعت الحكومة وحركة التحرير والعدالة إتفاق سلام فى الدوحة. وبدأ بعض النازحين داخلياً العودة الطوعية إلى بلادهم وذلك بدعم وتشجيع من الحكومة والمنظمات الإنسانية. وحالياً وبمساعدة المجتمع الدولى تبذل الحكومة جهوداً كبيرة لإعادة بناء مجتمعات العائدين بتحسين مستوى الخدمات الأساسية.

شمال دارفور، موطن ل ٢,١ مليون شخص، والأطفال يُشكلون أكثر من نصف عدد السكان (١,١ مليون)، ١٥ بالمائه منهم دون سن الخامسة (٣١٣,٦٠٠). تبلغ نسبة السكان الذين يعيشون تحت خط الفقر ٧١ بالمائة مما يُشير لإتساع دائرة الفقر فى شمال دارفور، وبلغ نصيب الفرد من معدل إستهلاك الأسرة الشهرى ١٠٥ جنيه فقط (الشكل ١٣,٢)[٤]. وأفرزت الحرب أكثر من ٥٠٠,٠٠٠ نازح يعيشون فى معسكرات النازحين. وحالياً هناك مؤشرات بتحول معسكرات النزوح المؤقتة إلى مستوطنات دائمة حيث ظل النازحون فى أماكن إقامتهم مما يعنى زيادة فى معدل النمو الحضرى للولاية الريفية[٥]. ونتيجة لذلك، يظل الأطفال، فى بعض هذه المناطق، هم الفئات الأكثر ضعفاً فى الولاية[٦].

١ جميع احصاءات التعليم من وزارة التعليم العام، أحصاءات التعليم، ٢٠٠٨-٢٠٠٩
٢ الأشخاص المعوقين، لديهم نوع من العجز الجزئي لكنهم غالبا ما تتطور لديهم قدرات فائقة أخرى لتعويض عجزهم (بيانات تعداد ٢٠٠٨)
٣ مصدر معدل وفيات الرضع والامهات الجهاز المركزى للاحصاء، تعداد ٢٠٠٨
٤ المسح الاساسى للاسر المعيشية- السودان، ٢٠٠٩
٥ الامم المتحدة المفوضية العليا لشؤون اللاجئين، النداء العالمى تحديث ٢٠١١: استعادة الأمل وإعادة بناء الحياة ، جنيف، ٢٠١١، ص ٥٤.
٦ لاتزال بعض المناطق بالولاية تعانى بسبب النزاعات القبلية وهجمات الميليشيات المسلحة، وذلك ما أعاق تقديم خدمات الصحة والتغذية والتعليم والخدمات الأساسية الأخرى.

الشكل:١٣,١ بقاء الرضع والالتحاق بالمدرسة فى شمال دارفور



[٧]

شكل ١٣,٢: شمال دارفور بها أقل معدل استهلاك شهرى للاسر

القضايا الرئيسية

الصحة

الوضع الصحى للأطفال والنساء فى شمال دارفور أفضل نسبياً بالمقارنة مع ولايات أخرى كثيرة بما فى ذلك ولايات غرب وجنوب دارفور. فجميع مؤشرات الوفيات الثلاث (حديثى الولادة، تحت خمس سنوات والأمومة)[٨] أقل من المعدل القومى. ومع ذلك، فهنالك بعض المؤشرات التى تحتاج إلى المزيد من الإهتمام والعمل وتشمل بصفة خاصة، الإدارة المتكاملة لأمراض الطفولة حيث أن ٤٠ بالمائة فقط من المرافق الصحية تقدم خدمات الإدارة المتكاملة لأمراض الطفولة الشائعة. مجال آخر هو التحصين، والذى بلغت فيه نسبة تغطية التطعيم بجرعات الخُماسى الثلاث ٨٥ بالمائة فقط ونسبة تغطية الحصبة[٩] ٧٦ بالمائة حسب بيانات ٢٠١٠، وقد يرجع ذلك لعدم وصول الخدمات للفقراء أو لبعض المناطق النائية. وتُظهر البيانات تدنى ملحوظ فى مؤشرات العوامل التى تُساهم فى وفيات الأمهات حيث أن ٥٠ بالمائة فقط من الولادات تشرف عليها قابلات مدربات، وتغطية خدمات طوارىء الولادة لا تتجاوز ٢٢ بالمائة[١٠]ونسبة الولادة القيصرية ١,٨ بالمائة.

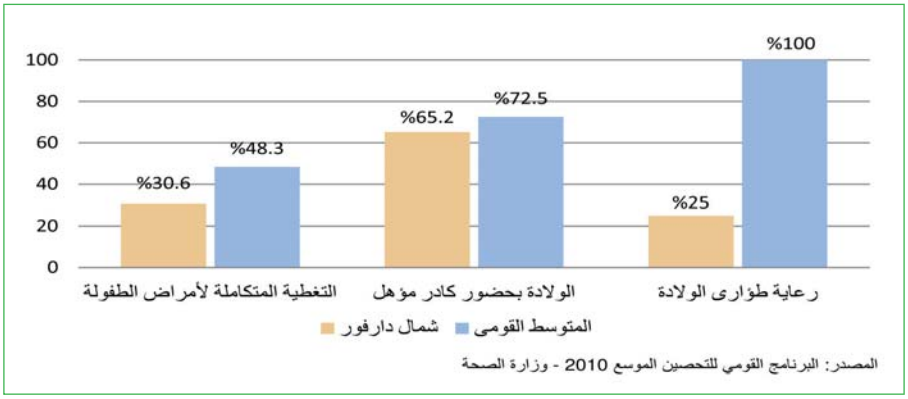
٧ عدد الأطفال الملتحقين يشمل الأطفال من جميع الأعمار، في حين المقام يحتوى على السكان فى الأعمار من ٦-١٣ بالنسبة للتعليم الأساسى، بينما للتعليم الثانوي السكان فى الفئة العمرية ١٤-١٦. و قد يؤدي هذا إلى ارتفاع معدل الالتحاق بالمدارس من الواقع

٨ المصدر: المسح السودانى لصحة الاسرة، ٢٠٠٦. بيانات الوفيات لمسح ٢٠١٠ غير متوفرة.

٩ المصدر: بيانات الادارة القومية للتحصين الموسع، ٢٠١٠

١٠ المصدر: وزارة الصحة الاتحادية، وحدة الصحة الانجابية، ٢٠٠٨

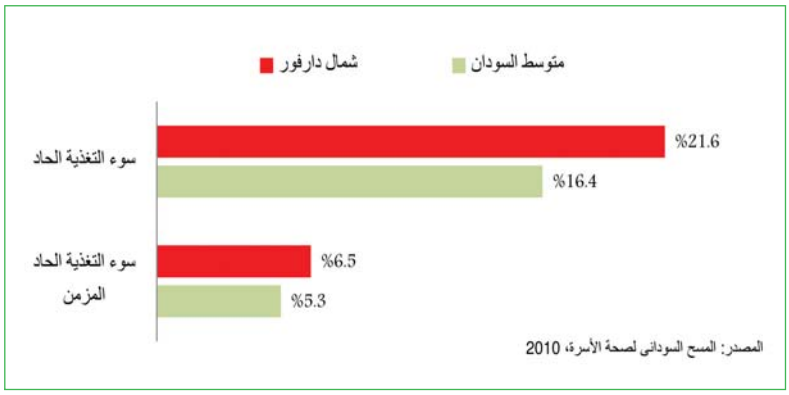
شكل ١٣,٣: النسبة المئوية لتغطية الادارة المتكاملةلامراض الطفولة، الولادة بحضور كادر مؤهل وخدمات طؤارى الولادة بولاية شمال دارفور، ٢٠١٠



التغذية

أظهرت بيانات تعداد ٢٠٠٨ أن من بين ٦٧,٠٠٠ طفل ولدوا أحياء فى غضون ال ١٢ شهراً السابقة لتعداد ٢٠٠٨، حوالى ٥٧,٠٠٠ (٨٥ بالمائة) كانوا على قيد الحياة وقت التعداد[١١]. ما زال المُساهم الرئيسى لوفيات الأطفال هو الإرتفاع الخطير لمعدلات سوء التغذية الحاد والشديد (الهُزال) وسوء التغذية الحاد (نقص الوزن) (شكل ١٣,٤)[١٢]. إن معدل إنتشار سوء التغذية الحاد الشديد (الهُزال) أعلى من المعدل القومى (٦,٥ بالمائة مقارنة مع ٥,٣ بالمائة). أما معدلات سوء التغذية الحاد فى معسكرات النازحين داخلياً والمناطق الريفية فتتراوح ما بين ١٥,٦ بالمائة الى ٢٨,١ بالمائة وذلك وفقاً لمسوحات التغذية المحلية الأخيرة[١٣]. إن مثل هذه المستويات من سوء التغذية أعلى بكثير من نسبة الطوارئ حسب ما حددته مؤشرات منظمة الصحة العالمية (١٥ بالمائة) مما يتطلب التدخل الفورى والمُكثف. أيضاً مستويات التقزم فى شمال دارفور تتساوى مع المعدل القومى (٣٥ بالمائة) وتُصنف بأنها "عالية" وفقاً للمؤشرات المرجعية لمنظمة الصحة العالمية[١٤]. وبسبب الكثافة السكانية العالية فى شمال دارفور، نجد أن عدد الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية (سواء الحادة أوالمزمنة) مرتفعاً بالرغم من أن الولاية ليست الأعلى فى نسب سوء التغذية سواء الحادة أو المزمنة.

شكل ١٣,٤: ولاية شمال دارفور بها معدل للهزال اعلى من المتوسط فى السودان (الوزن المنخفض للطول)الاطفال تحت خمس سنوات



على الرغم من جهود الإغاثة الإنسانية، لا تزال هناك تقلبات موسمية فى سوء التغذية ، كما هو واضح من الاحصاءات الروتينية لمراكز التغذية ومسوحات التغذية التى أُجريت. إن الفجوة الغذائية فى موسم الأمطار (من مايو - أكتوبر) بسبب عدم ظهور إنتاج المواد الغذائية المزروعة وتعذر الوصول للمناطق الريفية بسبب الفيضانات ووجود الأودية الموسمية التى تعزل كثيراً من المناطق.

وأظهرت بعض المبادرات الأخيرة تحسناً فى الإتجاهات السلبية التى كانت سائدة فى مجال التغذية. على سبيل المثال، برامج إدارة المجتمع لعلاج حالات سوء التغذية الحاد (CMAM)، ساهمت فى شفاء أكثر من ٨٠ بالمائة من الأطفال دون سن الخامسة خلال عام ٢٠١٠. كذلك وسعت وزارة الصحة الولائية من نطاق عمل برامج إدارة المجتمع لعلاج حالات سوء التغذية الحاد من خلال دمجه فى برامج تغذية الرُضع وصغار الأطفال. وقد تم تدريب اختصاصيي التغذية والعاملين الصحيين والقيادات الدينية فى نهج متكامل لتعزيز ما تم إنجازه فى مجال الرضاعة الطبيعية وممارسات التغذية السليمة. بالإضافة إلى ذلك، تم إدخال نظام مراقبة التغذية فى عام ٢٠٠٥ بهدف رصد التقدم من خلال التحديثات الشهرية على مستوى الولاية. ورغم ذلك فالعديد من التحديات لا تزال قائمة، وتشمل محدودية الموارد المالية والبشرية وصعوبة الوصول إلى المناطق ذات الحوجة العالية.

١١ طبقا لبيانات تعداد ٢٠٠٨

١٢ سوء التغذية الحاد (نقص الوزن) وسوء التغذية الحاد الشديد (الهزال) هو الهزال الشديد، يعرف بانه الوزن المنخفض جدا للطول (اقل من انحرافين معياريين لنقص الوزن وثلاث انحرافات معيارية للهزال عن القيمة الوسيطية لمعيار منظمة الصحة العالمية)

١٣ استنادا على ١١ مسح محلى للتغذية ، اجرتها وزارة االصحة الولائية، المنظمة الدولية للإغاثة والصليب الأحمر الألماني و جمعية الهلال الأحمر السوداني في أواخر عام ٢٠١٠.

١٤ الحالة البدنية: استخدام وتفسير الأنثروبومترية. تقرير لجنة خبراء منظمة الصحة العالمية، ١٩٩٥ الفصل ٥ ص٢٠٨ و ٢١٢

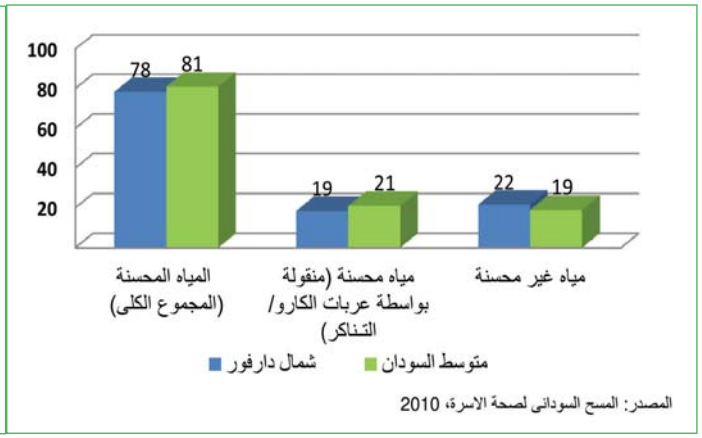
المياه والصرف الصحى والنظافة

إن آثار تغير المناخ يتفاقم بتأثير الأنشطة البشرية حيث وسعت من دائرة التهديدات على البيئة في دارفور. فالنمو السكانى السريع يعنى زيادة إستهلاك الموارد الغابية الطبيعية مما يقود لندرة المياه وإزالة الغابات. فالأمطار مهمة جداً لتغذية المياه الجوفية المتناقصة، والتي هى مصدر مياه الشُرب الرئيسى لسكان الحضر. فولاية شمال دارفور فقيرة فيما يتعلق بالموارد المائية، ونتيجة لذلك يتحرك الرحل جنوباً بعد شهرين من نهاية موسم الأمطار فى شمال دارفور، ويستخدم السكان المياه التى تُحجز فى أحواض المياه وتدفقات المجارى خلال موسم الأمطار.

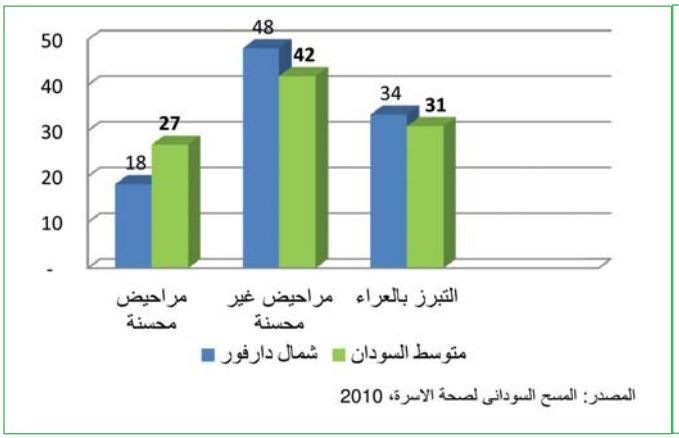
ووفقا لأحدث بيانات المسح السودانى لصحة الاسرة، فإن ٧٨ بالمائة من السكان يستخدمون مصادر مُحسنة لمياه الشرب. منهم ١٩ بالمائة يحصلون على المياه من عربات تجرها الدواب (الكارو) أو الناقلات (تناكر المياه) (الشكل ١٣,٥). من ناحية أخرى، نجد أن إستخدام مرافق الصرف الصحى المُحسنة لا يزال منخفضاً للغاية (١٨ بالمائة)، مع ٤٨ بالمائة من السكان يستخدمون مرافق صرف صحى غير مُحسنة. وهنالك ٣٤ بالمائة من السكان يُمارسون التبرز فى العراء (الشكل ١٣,٦)، كواحدة من أخطر الممارسات المُرتبطة بسرعة إنتشار الأمراض.

رغم الإتجاه الإيجابى الظاهر فى ما يتعلق بمياه الشُرب، إلا أن المعلومات تعكس وضعاً يجب أخذه فى الإعتبار. فعلى ٢٩ بالمائة من الأشخاص الذين يستخدمون مياه الشرب المُحسنة السير لمسافات طويلة -٣٠ دقيقة أو أكثر - للوصول إلى المصدر، وبإضافة أعداد الذين يستخدمون مصادر المياه غير المُحسنة، فإن النسبة تزيد عن ٤٤ بالمائة (ضعف المعدل القطرى) الشكل (١٣,٧). وفى ذات الوقت، هناك نسبة قليلة (أقل من واحد بالمائة) من الذين يستخدمون مصادر غير مُحسنة لمياه الشُرب تتم مُعالجتها بشكل صحيح. (بيانات المسح السودانى لصحة الأسرة، ٢٠١٠).

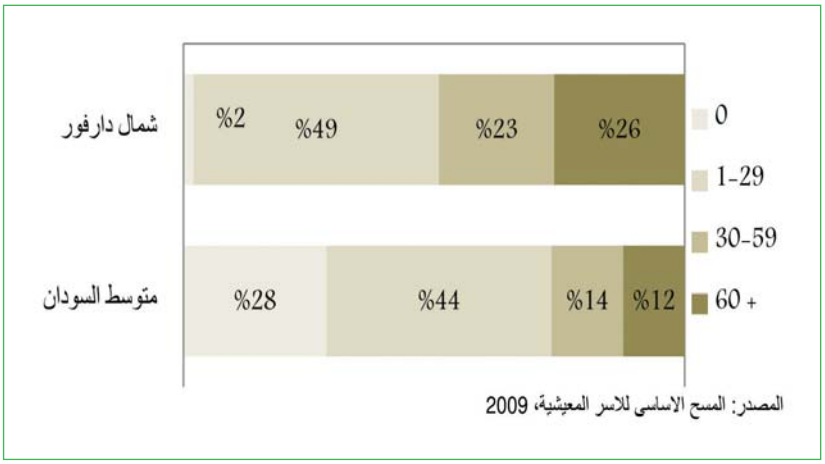
الشكل ١٣,٥: الحصول على مياه الشرب المحسنة



الشكل ١٣,٦: الوصول الي مرافق الصرف الصحي المحسنة



الشكل ١٣,٧: السكان بولاية شمال دارفور يسافرون لمسافات اطول من المعدل القومى
(يحسب الزمن بالدقائق باعتبار الذهاب فقط لمصدر مياه الشرب)



هنالك العديد من العوامل التى تُشكل تحدياً أمام التقدم، منها محدودية قدرة المؤسسات وضعف السياسات والهياكل وعدم كفاية الموظفين والمعدات وعدم معرفة نمو أعداد الماشية وإستخدام المياه، والوصول للمناطق التى يصعب الوصول إليها من القرى الريفية.

تتأثر النساء والفتيات بشكل غير متناسب بقلة المياه والصرف الصحى والنظافة. وغالباً ما يُنظر إلى جمع المياه بأنه «عمل المرأة» لأنه يُستخدم إما للطبخ والتنظيف أو للشُرب أو الإستحمام أو للأغراض المنزلية الأخرى. فى شمال دارفور، تتحرك النساء والفتيات (ومعظمهن فوق سن ١٥) فى رحلات طويلة تستغرق ٦٢ بالمائة من الوقت إلى مصادر المياه. بجانب جلب المياه، على النساء تقع مسئولية الإهتمام بأفراد الأسرة الذين يمرضون بسبب الأمراض التى تنقلها المياه.

تعوق هذه الأنشطة ذهاب الفتيات للمدارس وتمنع فرص مشاركة النساء فى أى نشاطات إقتصادية. بالإضافة إلى ذلك، تم الإبلاغ عن حدوث إنخفاض كبير فى حضور الفتيات للمدارس بسبب سوء المرافق الصحية لا سيما فى الفصول العليا من مرحلة الأساس. ساهمت هذه العوامل فى إنخفاض معدل إلتحاق الفتيات بالمدارس، فقط ٥٨ بالمائة[١٥] من الفتيات فى سن ١٥-١٧ ملتحقات بمدارس الأساس أو الثانوية.[١٦]

ومع ذلك، هنالك علامات واضحة للتحسن. فقد حددت الولاية، المياه والصرف الصحى بإعتبارها من المسائل ذات الأولوية، وضاعفت الميزانيات المخصصة ووضعت خطة إستراتيجية لفترة ٦ سنوات لتنفيذها. ولكن لا تزال هناك العديد من التحديات المتمثلة فى إنعدام الأمن فى بعض أجزاء الولاية الذى يحد من وصول الخدمات وأعداد النازحين التى تضغط على الموارد المتاحة وأيضاً على محدودية القدرة على تنفيذ وإدارة النُظم المناسبة.

التعليم

شهدت السنوات الأخيرة إتجاهات إيجابية فى مجال التعليم بولاية شمال دارفور. ففى عام ٢٠١٠، ومن مجموع ٥٧٣,٤٥٩ طفلا فى سن المدرسة، إلتحق٣٥٦,٧٤٧ طفلاً بالمدرسة. ويُظهر هذا المعدل (٦٢ بالمائة) زيادة طفيفة عن معدل عام ٢٠٠٨ بنسبة ٦٠ بالمائة. وبالنسبة للذين جلسوا للإمتحانات النهائية لمرحلة الأساس، زادت نسبة الذين نجحوا من ٥٠,٥ بالمائة فى عام ٢٠٠٨ إلى ٧٣,٥ بالمائة فى عام ٢٠١٠.[١٧]

و تُظهر بيانات المسح السودانى لصحة الاسرة بعض التحسن فى مجال التعليم، حيث إرتفع معدل الإلتحاق بمرحلة الأساس من٦٧ إلى ٧٩ ، فى حين تضاعف الإلتحاق بالمدارس الثانوية من ١٨ إلى ٣٨ بالمائة[١٨]. لولاية شمال دارفور أعلى معدل للأطفال فى سن المدرسة الثانوية الذين يحضرون المدرسة بلغ ٦٨ بالمائة، ومع ذلك ، فإن ٣٠ بالمائة من هؤلاء الأطفال ملتحقون بمرحلة الأساس بسبب الإلتحاق المتأخر وإرتفاع معدلات الإعادة .

خصصت الولاية فى عام ٢٠٠٩، ٤٣ بالمائة من نفقاتها العامة للتعليم – أعلى من المعدل القومى[١٩] ٣١ بالمائة، مما ساهم فى دعم الجهود الجارية لإعادة تأهيل وبناء الفصول الدراسية وبناء مراحيض منفصلة للفتيان والفتيات والحصول على لوازم التعليم وتدريب المعلمين ونشر الوعى بين أولياء الأمور من خلال وسائل الإعلام والتعبئة الاجتماعية. وقد إنعكست هذه الأنشطة إيجاباً فى الوصول إلى التقدم المشار إليه أعلاه.

متوسط الصرف على طالب التعليم الأساسى تبلغ ٢٦٢ جنيه، إلا أن ولاية شمال دارفور تنفق فقط ١٨٥ جنيه على كل طالب فى التعليم الأساسى، مسجلة واحد من أدنى النفقات فى السودان[٢٠]. نسبة المعلم إلى الطالب ١ إلى ٤٤، مما يجعل الأعداد المستوعبة فى بعض الفصول الدراسية كبيرة[٢١]. وعلى الرغم من الإنجازات التى تحققت، لا تزال العديد من المدارس غير مهيأة وبعض المعلمين غير مدربين والرسوم المدرسية مُرتفعة بالنسبة لكثير من العائلات. نتيجة لذلك، حوالي ٢٢١,١٠٠ طفل فى سن المدرسة لم ينالوا حقهم فى التعليم[٢٢].

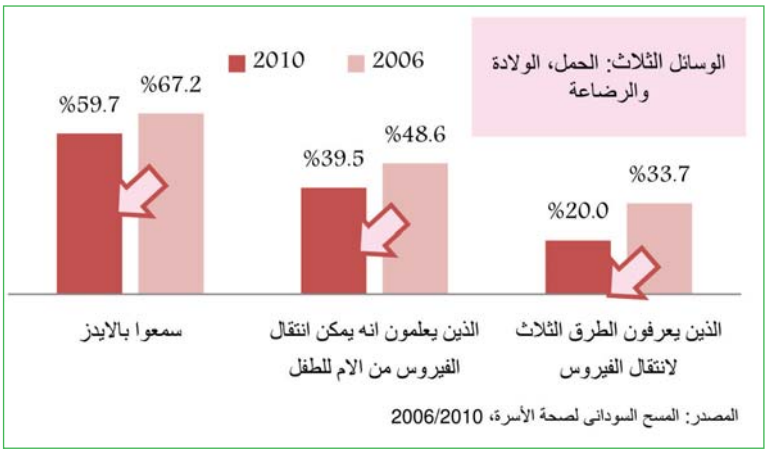
منطقة دارفور حالياً فى مرحلة إنتقال من حالة الطوارئ إلى مرحلة التنمية، لذا يستوجب وضع خطة لمعالجة إنخفاض مستويات التعليم بين العائدين، فسبع سنوات من الصراع، بدون أدنى شك، أثرت على جيل كامل من أطفال المدارس. وتُشير تقارير اليونسكو، الصادرة أخيراً، إلى أن نصف مدارس الأساس فى معسكرات النازحين توفر التعليم فى جميع الصفوف الثمانية، ناهيك عن التعليم الثانوى. إن الإسراع ببرامج التعليم هى الطريقة الوحيدة للمساعدة فى رفع مهارات القراءة والكتابة والحساب بين الأطفال العائدين. أثبت هذا النهج فعاليته فى ليبيريا بعد الحرب الأهلية، وساعد ٧٥,٠٠٠ طفل فى إكمال مرحلة التعليم الإبتدائى فى ثلاث سنوات بدلاً من ست. طرق أخرى فعالة للوصول إلى الشباب خارج المدرسة تشمل التدريب المهنى ودمج مهارات التعليم والتدريب فى برامج نزع السلاح والتسريح وإعادة الدمج وتعيين معلمين مهرة وتقديم الدعم النفسى والإجتماعى لتحسين الأداء المدرسى[٢٣].

فيروس نقص المناعة المكتسبة/ الأيدز

إنخفضت درجة المعرفة بفيروس نقص المناعة المكتسبة/الإيدز وسط النساء بولاية شمال دارفور فى عام ٢٠١٠ مقارنة بعام ٢٠٠٦ (الشكل ١٣,٨).

١٥ ٥٨ بالمائة هى نتيجة جمع ٣٦ بالمائة (الحضور للمدارس الثانوى واعلى) و ٢٢ بالمائة (الحضور لمرحلة الأساس).
١٦ المسح السودانى لصحة الأسرة، ٢٠١٠
١٧ وزارة التعليم العام، إحصاءات التعليم، ٢٠٠٩/٢٠٠٨.
١٨ النسبة المئوية للإلتحاق بمرحلة الأساس ٦٦ بالمائة والتعليم الثانوى ٢١,٥ بالمائة، إحصاءات التعليم، ٢٠٠٩/٢٠٠٨، ص ٣٨ و ٤١.
١٩ البنك الدولى «تقرير حالة قطاع التعليم » واشنطن ٢٠١٢.
٢٠ وزارة التعليم والبنك الدولى «تقرير حالة قطاع التعليم » واشنطن ٢٠١٢
٢١ وزارة التعليم والبنك الدولى تقرير حالة قطاع التعليم » واشنطن ٢٠١٢.
٢٢ طبقا لتعداد ٢٠٠٨، هنالك ٢٢١,١٣٣ طفل فى عمر ٦-١٦ التحق سابقا او لم يسبق له الالتحاق مطلقا بالمدرسة
٢٣ منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلوم والثقافة والتعليم، تقرير الرصد العالمي لبرنامج التعليم للجميع ٢٠١١ – الأزمة الخفية: النزاعات المسلحة والتعليم ، باريس، ٢٠١١، ص ١٥٨، ٢١٢، ٢٢٥ و ٢٢٦ ، ولويدC. ، الكوجالىS ، روبنسون، JP ، رانكين، J وراشد، A.، والتعليم والصراع في دارفور : نظرة سريعة لخدمات التعليم الأساسي للأطفال النازحين، نيويورك ، مجلس السكان / مجلس شئون الاجئين للنساء، ٢٠١٠

شكل ١٣,٨: انخفضت المعرفة بفيروس نقص المناعة المكتسبة/ الايدز بين عامى ٢٠٠٦/٢٠١٠ (النساء فى الفئة العمرية ١٥-٤٩)



إن نسبة النساء فى الفئة العمرية ١٥-٤٩ عام اللائى سمعن بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز إنخفضت من ٦٧ بالمائة فى عام ٢٠٠٦ الى ٦٠ بالمائة فى عام ٢٠١٠. واحدة فقط من خمس نساء تعلم أن الفيروس يُمكن أن ينتقل من الأم إلى الطفل أثناء الولادة والحمل والرضاعة، بإنخفاض أكثر من ١٤ نقطة عن عام ٢٠٠٦.

مجرد معرفة المرأة بمكان الفحص لا يعنى أنها سوف تجريه، مما يشير بوضوح للحواجز التى تعترض الفحص. فما نسبته ٩ بالمائة من النساء فى الفئة العمرية ١٥-٤٩، يقولون إنهن يعرفن مكان الفحص، ولكن ٢ بالمائة فقط أجرين الفحص وأستلمت الثلث نتائج الإختبار.

إن انخفاض معدلات الإختبار يؤكد عدم وجود بيانات موثوقة، ومع ذلك، أكدت سجلات ١٢ من مراكز المشورة والفحص الطوعى (VCT) فى عام ٢٠١٠ أن أكثر من ٩ بالمائة من الذين أجروا إختبار فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز كانت نتائج فحصهم إيجابيه.

قلة التمويل ومحدودية مشاركة المجتمع المحلى وإنخفاض مقدرة الشركاء لتقديم الخدمات، من الأسباب التى ساهمت فى التدهور الذى يشهده قطاع الوقاية الأولية. فبعض المناطق صعبة الوصول أو غير آمنة، مما يعيق تقديم خدمات الوقاية الأولية وغيرها من الخدمات. فحركة الرحل عبر الحدود تُمثل تهديداً آخر لإتخاذ تدابير وقائية ضد فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. يتنقل الرُحل فى كثير من الأحيان عبر الحدود إلى تشاد وأفريقيا الوسطى وأبعد من ذلك، وعدم درايتهم بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز وطرق إنتقاله والوقاية منه، تقلل من جهود الحد من إنتشار المرض.

ما لم يتم تبصير النساء والشباب بالمعرفة لحماية أنفسهم وأطفالهم، فإن شريحة النساء والشباب بوجه خاص سيكونون الأكثر عرضة للأصابة بالمرض، حيث أن تزايد حركة السكان وإكتظاظ معسكرات النازحين خلقا بيئة مؤاتية لسرعة إنتشار الفيروس وغيره من الأمراض التى تنتقل جنسياً.

نداء للعمل

- تحسين فرص الوصول لجميع المناطق وإنشاء آليات لضمان رصد الأوضاع فى جميع أنحاء الولاية وتوفير وتقديم المساعدة الإنسانية عند الحاجة.
- وضع ميزانيات صديقة للطفل بتخصيص المزيد من الموارد نحو الأطفال، من أجل ضمان وصول وإستمرارية الخدمات عند إنتقال الأطفال من معسكرات النازحين إلى مجتمعاتهم المحلية.
- ضرورة زيادة الإستثمار فى مجال الوقاية من سوء التغذية. وهذا يعنى الإستثمار فى الأسباب الكامنة وراءها، وأيضاً فى التدخلات المستندة على البيانات لمنع إنتشار هذا الوباء بين الأطفال دون سن العامين.
- زيادة الحوافز لكل من الطلاب والمعلمين من أجل تحسين التحصيل التعليمى، مثل مبادرات التغذية المدرسية وأفضل مواد التعليم والمزيد من المدارس الصديقة للطفل بجانب تحفيز المعلمين بتوفير تدريب أفضل ورواتب أعلى.
- تعزيز الشراكات بين قطاع المياه والصرف الصحى ووزارة الصحة الولائية والمحليات والمنظمات غير الحكومية لوضع خطط وسياسات ملموسة تشمل بناء القدرات.
- زيادة فرص الحصول على إختبار فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز وخدمات العلاج عن طريق بناء القدرات التقنية والبرمجية للسلطات الصحية القومية وغيرها من الجهات الفاعلة فى قطاع فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز (بما فى ذلك المنظمات غير الحكومية الوطنية والدولية). ويشمل هذا التوسع فى مراكز المشورة والفحص الطوعى الثابتة والمتنقلة فى جميع أنحاء الولاية.
- يجب بذل جهود أكبر لإجتذاب شركاء من المنظمات غير الحكومية المتخصصة للولاية. إن إعادة بناء قدرات المنظمات الوطنية غير الحكومية سيساهم فى ترقية نوعية تقديم الخدمات المنقذة للأرواح.

الإستمرار فى جمع بيانات جديدة من خلال نظم المراقبة والمسوحات ونظم الرصد العادية (الزيارات الميدانية) للمساهمة فى صنع القرار ورصد الإنجازات فى مجال حقوق الأطفال.

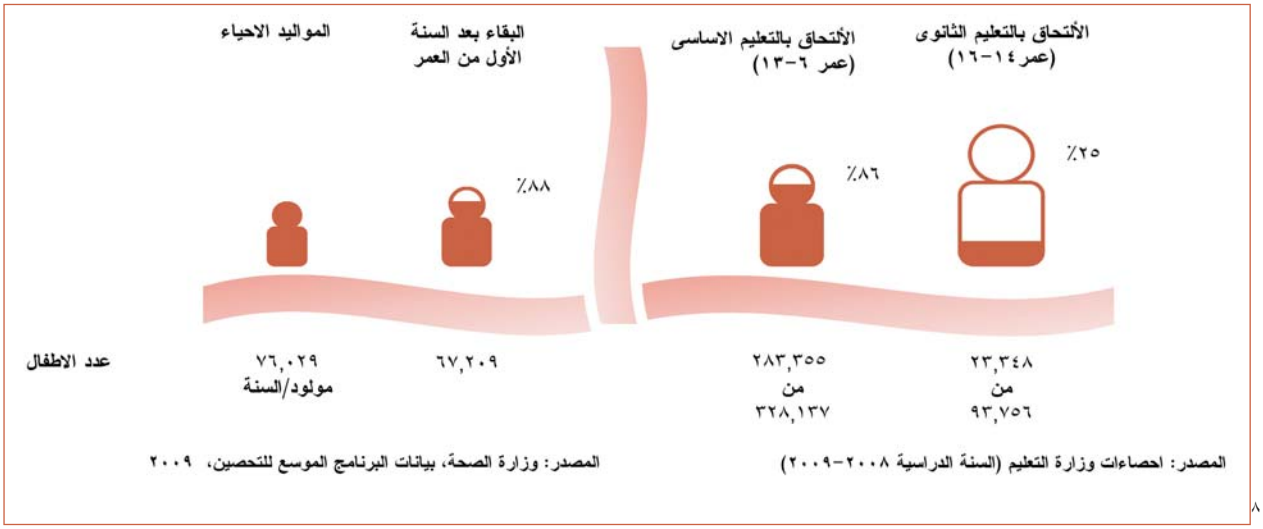
١٤ ولاية غرب دارفور

بعض من المؤشرات الرئيسية- المسح السودنى لصحة الاسرة ٢٠١٠ (٪)	
تسجيل المواليد	٢٣,٣
تغطية التحصين	٣٨,٦
انتشار نقص الوزن العالمى	٣٣,١
التقزم العالمى	٣٦,٦
سوء التغذية العالمى	١٨,٦
إستخدام مصادر مياه شرب محسنة	٥٤,٥
استخدام مرافق صرف صحى محسنة	٢٣,٧
الالتحاق بالتعليم قبل المدرسى[١]	٢٥,٥
الاستيعاب الظاهري بمرحلة الاساس	٨٦,٤
الاستيعاب الظاهري بمرحلة الثانوي	٢٤,٩
السكان ذوى الاعاقة[٢]	٦,٢
انتشار ختان الاناث(تشويه/ قطع الأعضاء التناسلية للانثى)	٤٦,٠
الزواج المبكر (دون ال ١٨ عام)	٤٩,٤
الولادة بحضور مقدم خدمة مؤهل	٣٣,٤
وضع قانون الطفل- صدر	نعم
وضع قانون الطفل- تضمين حظر ختان الأناث	لا
معدل وفيات الرضع[٣](لكل ١٠٠٠ ولادة حية)	٨٨
معدل وفيات الأمهات (لكل ١٠٠,٠٠٠)	٦١٥

آثار الصراع هى المهدد الأكبر للتنمية، خاصة والمنطقة تتطلع نحو فصل جديد فى مرحلة التنمية والتعافى والأستقرار بعد فترة طغت فيها مفردات الطوارئ. ولاية غرب دارفور، والتى هى موطن لحوالى ١,٣ مليون شخص، يصل مستوى الفقر بها لحوالى ٥٦ بالمائة[٤]. والتنمية ضرورة ملحة لمستقبل الولاية حيث يُمثل الأطفال النسبة الأعلى بين سكان الولاية[٥]، وهم القوة الدافعة للمستقبل (٥٥ بالمائة ما يعادل أكثر من ٧١١,٥٠٠). وسبعة عشر بالمائة من السكان هم من الأطفال دون سن الخامسة، ولكن الوفاة تأخذ بحياة الكثيرين، حيث أن وفيات الأطفال دون سن الخامسة بهذه الولاية هي ثالث أعلى نسبة فى السودان حسب نتائج مسح الأسرة فى ٢٠٠٦ (١٣٨ من كل ١,٠٠٠ ولادة حية)[٦]. أما نتائج التعداد فقد أوضحت أنه من بين ٤٧,٠٠٠ من الأطفال الذين ولدوا أحياء فى غضون ال ١٢ شهراً السابقة لتعداد ٢٠٠٨، وجد أن حوالى ٤٢,٠٠٠ (٩٠ بالمائة) منهم كانوا على قيد الحياة وقت التعداد[٧]. نجد أن إنخفاض معدل هطول الأمطار فى العامين الماضيين أثر على دخل السكان فى ولاية غرب دارفور متسبباً فى زيادة مستويات الفقر بين سكان الولاية. بجانب ذلك نجد أن النزاع احياناً بين قبائل الرحل والمزارعين كان مصدراً آخر للاضطرابات التى شهدتها الولاية فى العامين الماضيين. كل تلك الأحداث لم تمنع بعض النازحين داخلياً فى ولاية غرب دارفور واللاجئين فى تشاد من العودة الطوعية إلى مواطنهم الأصلية، وهى موجات العودة التى تمت بدعم من الحكومة.

١ جميع احصاءات التعليم من وزارة التعليم العام، أحصاءات التعليم، ٢٠٠٨-٢٠٠٩
٢ الأشخاص المعوقين، لديهم نوع من العجز الجزئي لكنهم غالبا ما تتطور لديهم قدرات فائقة أخرى لتعويض عجزهم (بيانات تعداد ٢٠٠٨)
٣ مصدر معدل وفيات الرضع والامهات الجهاز المركزى للاحصاء، تعداد ٢٠٠٨
٤ المسح الاساسى للاسر المعيشية، ٢٠٠٩
٥ تعداد السكان والمساكن، ٢٠٠٨
٦ المسح السودانى لصحة الأسرة، ٢٠٠٦
٧ تعداد السكان والمساكن، ٢٠٠٨

الشكل:١٤,١ بقاء الرضع والالتحاق بالمدرسة فى غرب دارفور

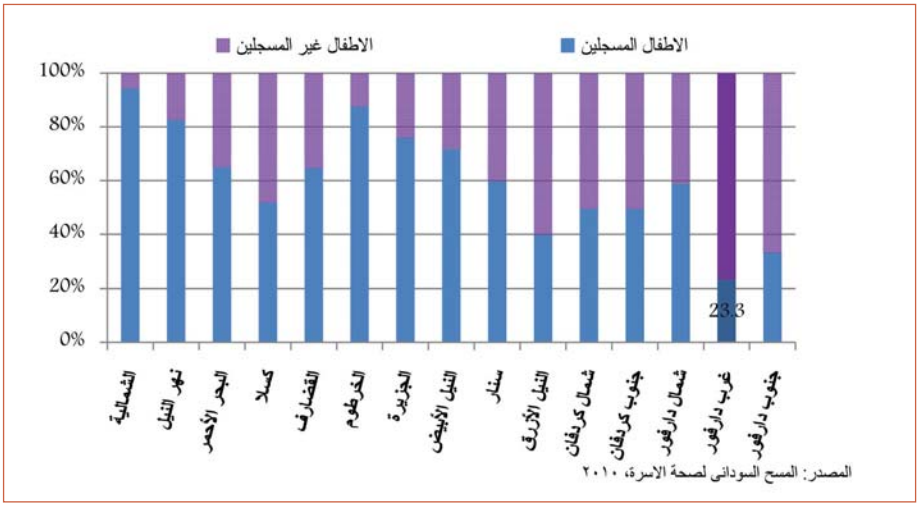


[٨]

القضايا الرئيسية

تسجيل المواليد

شكل ١٤,٢: غرب دارفور لديها أقل معدلات تسجيل المواليد (الاطفال تحت خمس سنوات)



تسجيل المواليد قد يكون واحداً من أهم التحديات التى تواجه ولاية غرب دارفور، والتى تعد حالياً من أقل الولايات تسجيلاً للمواليد، حسب المسح السودانى لصحة الأسرة ٢٠١٠، الشكل (١٤,٢). فمعدل التسجيل لم يتجاوز ٢٣ بالمائة فقط بينما المتوسط القومى ٥٩ بالمائة.

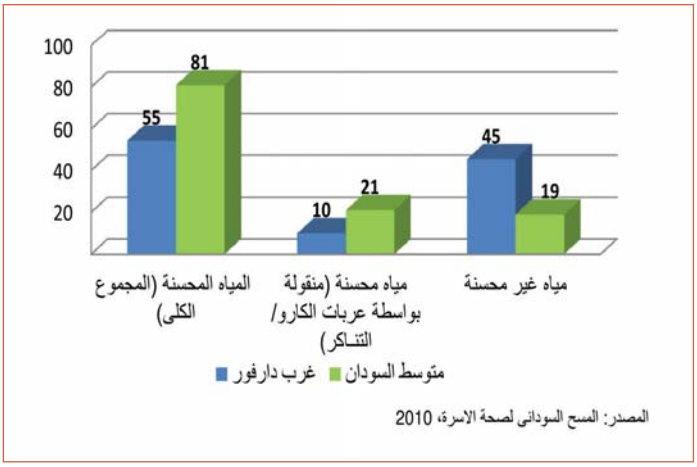
فى خضم التحولات التى تشهدها الولاية من حالة الطوارئ إلى الإستقرار وبداية عودة النازحين إلى ديارهم، يبقى فهم الهوية وإحتياجات الأطفال فى الولاية هو الإمتحان الحقيقي للتنمية المرجوة. إن معرفة هوية الأطفال ومجتمعاتهم ستساعد فى لم شمل الأطفال الذين إنفصلوا عن أسرهم أثناء الصراعات والترحال، وسيسهل على الحكومة والمجتمع التخطيط لعودة النازحين، وسيساهم أيضاً فى معرفة عدد المدارس والمرافق الصحية التى تحتاجها الولاية بجانب الخدمات الإجتماعية الأخرى.

إن تسجيل الأطفال ضرورة، ليس فقط بالنسبة للمستقبل القريب للولاية ولكن أيضاً على المدى الطويل. فالسجلات الرسمية للهوية تكفل حماية حقوق الطفل كمواطن وإنسان، مثل حق التصويت والحصول على العدالة من خلال النظام القانونى والحماية تحت قوانين محددة لسن الزواج والإنخراط فى القوات المسلحة.

وأعترافا بأهمية التسجيل، وضعت حكومة ولاية غرب دارفور خطة عمل فى عام ٢٠٠٩، ولكن محدودية القدرة على تنفيذ أنظمة التسجيل، وصعوبة الوصول لمرافق التسجيل، وتكلفة شهادات الولادة بجانب إنخفاض الوعى بأهمية تسجيل المواليد هى التحديات الماثلة ولا سيما فى المناطق الريفية.

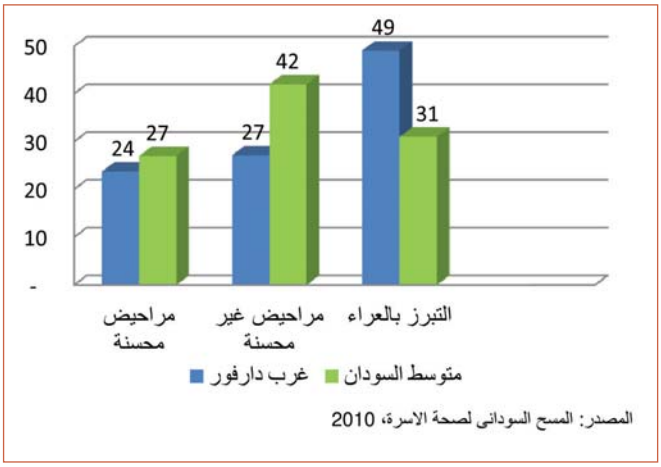
٨ عدد الأطفال الملتحقين تشمل الأطفال من جميع الأعمار، في حين المقام يحتوى على السكان فى الأعمار من ٦-١٣ بالنسبة للتعليم الأساسى، بينما للتعليم الثانوي السكان فى الفئة العمرية ١٤-١٦. و قد يؤدي هذا إلى ارتفاع معدل الالتحاق بالمدارس من الواقع الحالى.

شكل ١٤,٣: الحصول على مياه شرب محسنة



المصدر: المسح السودانى لصحة الاسرة، 2010

شكل ١٤,٤: الحصول على مراحيض محسنة



المصدر: المسح السودانى لصحة الاسرة، 2010

المياه والصرف الصحى و النظافة

لا يزال توفير خدمات المياه ومصادر الصرف الصحى المُحسنة الأدنى من بين جميع ولايات السودان. وأوضح المسح السودانى لصحة الأسرة ٢٠١٠، أن ٥٥ بالمائة فقط، من الأسر فى ولاية غرب دارفور تحصل على المياه المُحسنة (ثانى أدنى ولاية فى السودان). ومن بين ال ٥٥ بالمائة، ما يزال ١٠ بالمائة يحصلون على المياه من عربات تجرها الدواب (الكارو) أو الناقلات (التناكر).

وأوضح المسح أن ٢٤ بالمائة فقط من سكان الولاية يستخدمون مرافق صرف صحى مُحسنة، بينما ٢٧ بالمائة يستخدمون مرافق الصرف الصحى غير المُحسنة. من ناحيةٍ أخرى، نجد أن ٤٩ بالمائة من السكان يمارسون التبرز فى العراء، (فى المرتبة الثانية الأعلى بين ولايات السودان)، كواحدة من الممارسات التى تساعد فى نشر الأمراض.

إن فرص الحصول على خدمات صرف صحى مُحسن مُنخفضة أيضاً بالنسبة لأطفال المدارس والمرافق الصحية. وقدرت الخطة الإستراتيجية للمياه والصرف الصحى للفترة ٢٠١٦/٢٠١١ إمكانية الوصول إلى نسبة تغطية تبلغ ٢٧ بالمائة و٤٨ بالمائة للمدارس والمرافق الصحية بالولاية على التوالى.

ما زال هنالك ١٣ بالمائة من السكان يسافرون لأكثر من ٣٠ دقيقة للوصول إلى مصدر للمياه المُحسنة، وفى بعض الأحيان يسيرون عدة مرات فى اليوم الواحد (الشكل ١٤,٥). وفى أكثر من ٨٥ بالمائة من الأسر تكون الفتيات/النساء هن المسئولات عن جلب المياه - وهى أعلى نسبة فى السودان (الشكل ١٤,٥)، و٢٥ بالمائة من حالات جلب المياه من المصادر البعيدة، يكون الأطفال دون سن ١٥ عاماً هم المسئولون عنها.

شكل ١٤,٥: ولاية غرب دارفور التى بها أكبر نصيب من النساء والفتيات لجلب المياه (النسبة المئوية للاسر)

ملحوظة: النسب المئوية لا تشمل بيانات الاسر المفقودة ولا بيانات الاسر التى يجلب المياه فيها شخص غير معلوم

المصدر: المسح السودانى لصحة الاسرة، ٢٠١٠

تحقيق أى تقدم فى مجال تحسين خدمات الصرف الصحى والمياه والنظافة لا تزال هى التحديات الكبيرة التى تواجه الولاية، بجانب صعوبة الوصول للعديد من المناطق بسبب إنعدام الأمن والفيضانات التى تعيق الحركة فى فترة الأمطار. ومن المتوقع أن تكون القدرات المحدودة دافعاً لتذليل الصعوبات الكبيرة التى يتوجب تجاوزها رغم الحاجة لدعم مجهودات التحول من حالة الطوارئ للتعافى والتنمية. فى الوقت نفسه، ونظراً للكثافة السكانية العالية داخل معسكرات النازحين، فإن التكسب من جمع حطب الوقود سيؤدى حتماً لإستنزاف الموارد الغابية والتى يحتمل تأثيرها على هطول الأمطار مستقبلاً.

التغذية

تُصنف مستويات التقزم فى غرب دارفور بالمرتفعة، فى حين يقف مستوى الهُزال (سوء التغذية الحاد) عند مستويات حرجة.[٩] ويبلغ معدل مستوى سوء التغذية الحاد ٦,٧ بالمائة. هذه المستويات تجعل الولاية فى مستوى أفضل قليلاً من شمال دارفور ولكنها دون مستويات جنوب دارفور. وتسجل ولاية غرب دارفور أدنى مستوى للبدء المُبكر للرضاعة الطبيعية ٨٨,١ بالمائة من الأمهات يبدأن الرضاعة الطبيعية فى غضون ساعة واحدة من الولادة. فالبدء المُبكر (فى غضون ساعة واحدة من الولادة) للرضاعة الطبيعية يقلل بشكل ملحوظ من خطر وفيات حديثى الولادة، فالرُضع الذين يتأخرون فى الرضاعة الطبيعية إلى أكثر من ٢٤ ساعة بعد الولادة هم الأكثر عرضة بمقدار ٢,٤ مره للوفاة خلال الشهر الأول من حياتهم. ويزداد خطر الوفاة لما يقرب من أربعة أضعاف إذا إعتمد حديثى الولادة على الحليب السائل أو المواد الصلبة[١٠]. على الرغم من أن معدلات الولاية فوق المتوسط بالنسبة للسودان، إلا أن أقل من نصف الأطفال يعتمدون فى غذائهم على الرضاعة الطبيعية فقط (٤٨ بالمائة).

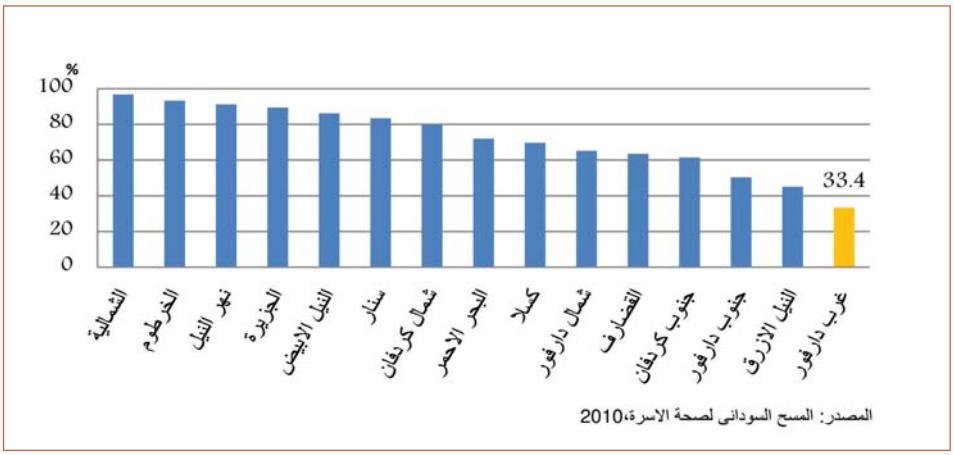
الأمومة الآمنة

تُشير بيانات صحة الأم والأمومة المأمونة إلى أن ولاية غرب دارفور هى واحدة من أقل الولايات التى تُوفر خدمات للأمهات بالسودان. فمن جملة ٤٧,٠٠٠ ولادة تمت فى غضون ١٢ شهراً سابقة لتعداد ٢٠٠٨، نجد أن حوالى ٣٢٥ (٠,٧ بالمائة) من الأمهات توفين، وهى نسبة أعلى من أى ولاية أخرى .كثير من حالات وفيات الأمهات تكون بسبب المُضاعفات التى يُمكن الوقاية منها وعلاجها على حد سواء، مثل فقر الدم والكزاز والملاريا وسوء التغذية. و مقابل كل أم تموت، على الصعيد العالمى، هناك ما يقدر بأكثر من ٢٠ أم أخرى تُعانى من مُضاعفات ما بعد الولادة.[١١]

عموماً، فإن إرتفاع معدلات وفيات الأمهات يعكس ضعفاً فى النظام الصحى الذى إما أنه غير فعال أو لا يُمكن الوصول إليه بالنسبة للكثير من النساء.بجانب ذلك، نجد أن عدم وجود عدد كافى من مقدمى الخدمات الصحية المدربين، من بين المشاكل التى تتسبب فى المعدلات العالية لوفيات الأمهات. ووفقاً لوزارة الصحة الولائية، فإن العدد الإجمالى للقابلات القرويات اللائى يعملن حالياً فى غربِ دارفور يبلغ ٦٨٩. وما نسبته ٤١ بالمائة من النساء الحوامل فى ولاية غرب دارفور لا يتلقين أي رعاية قبل الولادة على الإطلاق. ووفقاً للمسح السودانى لصحة الأسرة (٢٠١٠) هنالك واحدة فقط من كل عشرة ولادات تتم فى أحد المرافق الصحية حيث يمكن تلقى العلاجات الطبية المُنقذة للحياة، وهو معدل مُنخفض بالمقارنة مع معدلات الولاية الشمالية حيث أن المعدل هو واحدة من كل إثنين من النساء. علاوة على ذلك، فإن ثُلث النساء فقط يلدن بوجود أحد الكوادر المدربة - إنخفاض آخر (الشكل ١٤,٦). لذلك فبقليل من المجهودات، مثل زيادة الكوادر المدربة وتوسيع نطاق المرافق الصحية وزيادة الدعم المالى، يُمكن الحد من إرتفاع معدلات وفيات الأمهات. فى الواقع، يُمكن منع حوالى ٨٠ بالمائة من وفيات الأمهات من خلال زيادة فرص الحصول على الخدمات الأساسية وتوفير خدمات طوارئ الولادة الجيدة.[١٢]

شكل ١٤,٦: بولاية غرب دارفور اقل معدلات الولادة بوجود كادر مؤهل

(النساء فى الفئة العمرية ١٥-٤٩سنة)



المصدر: المسح السودانى لصحة الاسرة،2010

وجدت البحوث أن هناك إرتباطاً، لايُمكن إنكاره، بين زواج الأطفال والمضاعفات التى تحدث أثناء الحمل. وأظهر تقرير لليونيسف أن الحمل والولادة مسئولة عن ما يقربِ من ٧٠,٠٠٠ حالة وفاة تقع سنوياً بين الفتيات فى الفئة العُمرية ١٥-١٩ سنة[١٣]حول العالم. لذا فإنه ليس من المُستغرب، أن يكون لولاية غرب دارفور واحداً من أعلى معدلات وفيات الأمهات وأيضاً واحداً من أعلى معدلات الزواج المُبكر. ونجد تقريباً، أن نصف النساء تزوجن قبل عمر ١٨ سنة، و١٥ بالمائة قبل سن ١٥ سنة، وحوالى ٣٠ بالمائة من النساء اللآتى تتراوح أعمارهن بين ١٥-١٩ بدأن الإنجاب، بمعدل أعلى من أي ولاية أخرى.

٩ الحالة البدنية : استخدام وتفسير الأنثروبومترية. تقرير لجنة خبراء منظمة الصحة العالمية. ١٩٩٥ الفصل ٥ ص ٢٠٨ و ٢١٢

١٠ إدموند، زاندو، كويقلي، أمينقو إيتيقو، أوسو إيقي، كيركوود ٢٠٠٦ : تاخير الرضاعة الطبيعية للأطفال حديثي الولادة يزيد من احتمال وفيات الأطفال في هذه الفترة ،اخصائي الاطفال ٢٠٠٦، ٣٨٠،١١٧-٣٨٦

١١ اليونيسف تقرير اوضاع اطفال العالم ٢٠٠٩، صحة المواليد والأمهات، نيويورك، ٢٠٠٩، ص ٤ و٥٠.

١٢ اليونيسف تقرير اوضاع اطفال العالم ٢٠٠٩، صحة المواليد والأمهات، نيويورك، ٢٠٠٩، ص ٢.

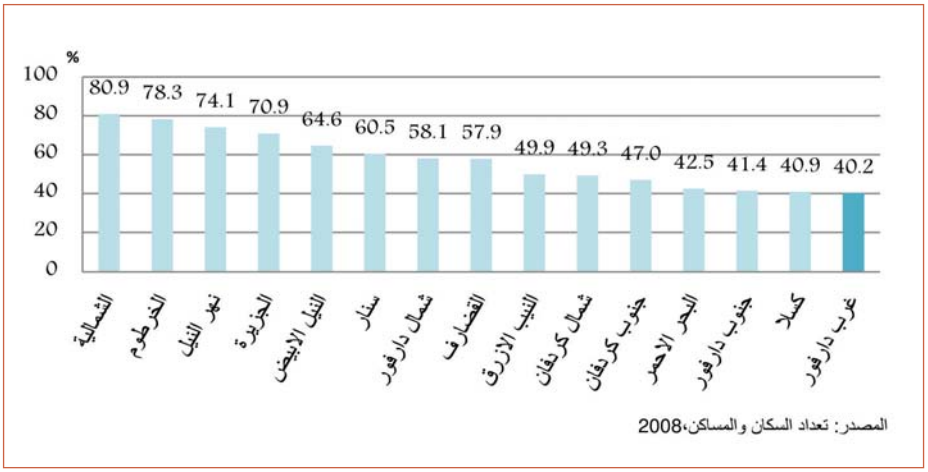
١٣ اليونيسف تقرير اوضاع اطفال العالم ٢٠٠٩، صحة المواليد والأمهات، نيويورك، ٢٠٠٩، ص ١٤.

المساواة بين الجنسين

ما يقرب من نصف الفتيات خضعن لعملية الختان، وهن إما غير مسجلات فى المدرسة أو إنقطعن مُبكراً، للمساعدة فى الأعمال المنزلية وتحمل مسؤوليات الكبار فى سن مُبكرة من خلال الزواج والولادة.

فى ظل غياب قانون إتحادى يمنع ختان الإناث، أجازت ولاية غرب دارفور قانون الطفل لعام ٢٠٠٨. بالمقارنة مع إرتفاع معدل الختان بالسودان ٦٦ بالمائة، فالوضع فى غرب دارفور أفضل حيث أن ٤٦ بالمائة من الفتيات والنساء مختونات. ومع ذلك، فإن الولاية تواجه تحديات للحد من الممارسة، ومزيد من العوامل الإجتماعية يتعين معالجتها بالإضافة إلى تفعيل الإجراءات القانونية. وهنالك ما يقرب من نصف النساء فى سن الإنجاب (١٥-٤٩) ٣١٠,٦٦٧ أبلغن أنهن يعتزمن الإستمرار فى ممارسة الختان لبناتهن. فى المقابل، تبنت ولاية غرب دارفور نهج تحريك المجتمع من خلال إعتماد (حملة سليمة) التى تقودها المجتمعات المحلية. وفى الفترة بين عامى ٢٠٠٩/٢٠١٠، بدأت مبادرة الحوار الإيجابى حول التخلى عن ختان الإناث بين ما يزيد على ٩,٥٠٠ من السكان فى أربعة مجتمعات.

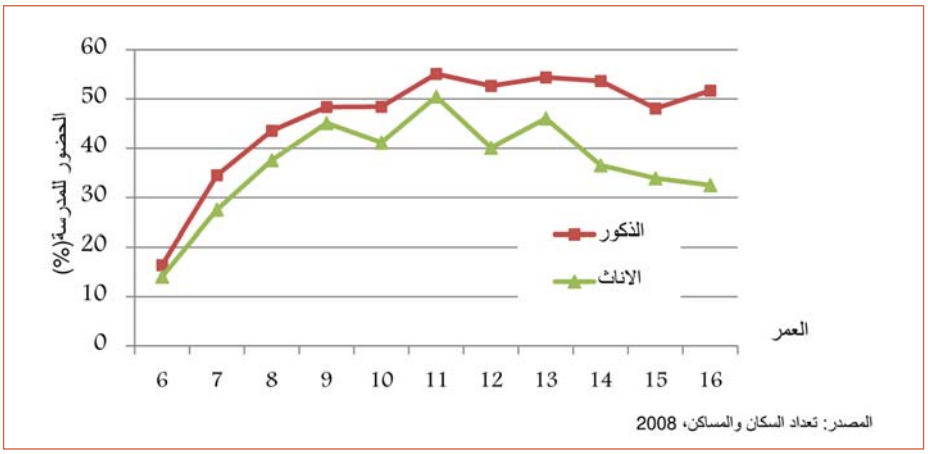
شكل ١٤,٧: ولاية غرب دارفور لديها أقل معدلات الحضور للمدرسة فى السودان (الاطفال ٦-١٦ سنه)



المصدر: تعداد السكان والمساكن،2008

على الرغم من إنخفاض معدل الحضور للمدارس فى ولاية غرب دارفور، إلا أنه أكثر إنخفاضاً بالنسبة للفتيات. ووفقاً لتعداد عام ٢٠٠٨، كانت نسبة الأطفال فى سن المدرسة (٦-١٦سنه) الذين يلتحقون بالمدارس ٤٠ بالمائة فقط (الشكل ١٤,٧). وتنخفض الى ٣٦ بالمائة للفتيات. ووفقاً لوزارة التعليم الولائية، فإن معدل الإلتحاق الإجمالى فى المدارس للأولاد بلغ ٥٨ بالمائة بالمقارنة مع ٤١ بالمائة فقط بالنسبة للفتيات. و أوضح المسح السودانى لصحة الأسرة (٢٠١٠) فوارق مماثلة، حيث أظهرت البيانات معدلات الإلتحاق بمرحلة الأساس ٦٧ بالمائة و٥٢ بالمائة على التوالى[١٤]. وفقاً لإحصاءات التعليم، فإن عدد الأطفال المسجلين، الذين تتراوح أعمارهم بين ٦-١٣ هو ٢٨٣,٥١٠ (٨٦,٤ بالمائة) من مجموع الأطفال فى سن المدرسة (٣٢٨,١٣٧). والأطفال خارج المدرسة ٤٤,٦٢٧، ما يعادل ١٣,٦ بالمائة من الأطفال فى سن المدرسة.

شكل ١٤,٨: حضور الفتيات للمدرسة فى ولاية غرب دارفور ينخفض بعد ان يصل لقمته فى عمر ١١ سنه.



المصدر: تعداد السكان والمساكن، 2008

وأظهرت إحصاءات تعداد عام ٢٠٠٨ أن الفتيات أكثر عرضة للتسرب من المدرسة خلال فترة المراهقة، (الشكل ١٤,٨). ولكل من الفتيان والفتيات فإن قمة نسبة الحضور للمدرسة هى سن ١١ سنة، وبعدها تبدأ معدلات الإلتحاق للفتيان والفتيات فى التحول. وينخفض الحضور للبنات من ٥٠,٥ بالمائة فى سن ١١ سنة إلى ٣٢,٥ بالمائة فى سن ١٦ سنة وهو إنخفاض بنسبة ٤٠ فى المائة. من ناحية أخرى، حافظ الأولاد على حضور ثابت فى حوالى ٥٠ بالمائة. يُعتبر الزواج المُبكر والعوامل الإقتصادية من الأسباب المُحتملة لإبقاء الفتيات فى المنزل والنتيجة

١٤ المسح السودانى لصحة الاسرة قاس معدلات الإلتحاقبمرحلة الأساس (الأطفال فى عمر ٧-١٤)

هى أدنى معدل للإلمام بالقراءة والكتابة بين الإناث فى السودان، ١٧ بالمائة فقط وفقاً للمسح السودانى لصحة الأسرة (٢٠١٠). في حين أظهرت بيانات تعداد ٢٠٠٨ معدلاً أفضل قليلاً ٢٩ بالمائة، ولا يزال معدل ولاية غرب دارفور هو الأدنى فى السودان، بما يزيد قليلاً على نصف معدل الإلمام بالقراءة والكتابة وسط الذكور فى الولاية. (الجدول ١٤,١)

جدول ١٤,١: معدلات الالمام بالقراءة والكتابة فى السودان

الولاية	معدل الالمام بالقراءة والكتابة للذكور (٪)	معدل الالمام بالقراءة والكتابة للاناث (٪)
الشمالية	٨٠,٤٢	٧١,٦٣
نهر النيل	٧٦,٢٨	٦٧,٣١
البحر الاحمر	٤٦,٠١	٤٠,٦٦
كسلا	٤٧,٩٢	٣٨,٧٧
القضارف	٦٥,٢٦	٤٩,٥٧
الخرطوم	٨٤,٦٦	٧٥,٣٣
الجزيرة	٧٨,٢٠	٦٣,٩٩
النيل الابيض	٦٦,٦٢	٥٣,٢٩
سنار	٦٧,٢٢	٥٢,٤٩
النيل الازرق	٥٥,٠٢	٣٧,٧٩
شمال كردفان	٥١,٢٣	٣٧,٨٤
جنوب كردفان	٥٣,٠٥	٣٦,٨٢
شمال دارفور	٥٦,١٢	٤٥,١١
غرب دارفور	٤٩,٦٦	٢٩,٤٣
جنوب دارفور	٤٦,٢٤	٣٣,٤٣

المصدر: تعداد السكان والمساكن: ٢٠٠٨

إن الزواج المبكر يجعل النساء عرضة لمخاطر أكبر من الحمل فى وقت مبكر، حيث أن إحتمال تعرض النساء للإستغلال وسوء المعاملة يكون أكبر. إن ٨٤ بالمائة من النساء فى ولاية غرب دارفور، أكثر من أي ولاية أخرى، أبلغن أنه من المقبول للزوج أن يضرب زوجته لأسباب تتراوح من الخروج دون علمه للجدال معه أو لحرق الطعام وغيرها.

نداء للعمل

- تعزيز التوسع فى سياسات ونُظم تسجيل المواليد الموجودة، والبحث عن شراكات مع المجتمعات المحلية.
- الدعوة وإستقطاب الدعم وتحريك الموارد لزيادة الأنشطة المشتركة وتوسيع نطاق التدخلات فى المناطق التى يصعب الوصول إليها فى الولاية لضمان التقارب بين مُعظم الأطفال المحتاجين.
- توسيع وتسريع إستراتيجيات بقاء الطفل والتنمية لتغطية المزيد من المحليات.
- تنفيذ نهج مُجتمعى متكامل للإنتعاش والتنمية، مع التركيز على تقديم الدعم للنساء والأطفال الذين يرغبون فى العودة إلى مواطنهم الأصلية.
- مع تزايد أعداد السكان العائدين إلى مناطقهم الأصلية، ينبغى تصميم التدخلات لتغطية الإستجابة المبكرة لمطلوبات التنمية والطوارئ. ينطبق هذا على خدمات المياه والصرف الصحى فضلاً عن قطاعات أخرى مثل الصحة والتغذية والتعليم وحماية الطفل.
- التركيز المستمر على المبادرات المجتمعية الداعمة لصحة الأم، وذلك بإستخدام وسائل جديدة تضمن مشاركة المجتمع المحلى فى المراحل المُبكرة جداً من تدخلات البرنامج.
- تحسين آليات رصد وتنفيذ القوانين القائمة المتعلقة بحماية الأطفال، بما فى ذلك الحد من ممارسة ختان الإناث. ويشمل هذا تقديم خدمات الرعاية الإجتماعية والقانونية للمناطق الواقعة خارج المناطق الحضرية.

١٥ ولاية جنوب دارفور

بعض من المؤشرات الاساسية – المسح السودانى لصحة الاسرة ٢٠١٠ (٪)	
تسجيل المواليد	٣٣,٠
تغطية التحصين	٣٤,١
انتشار نقص الوزن العالمى	٣١,٢
التقزم العالمى	٣١,١
سوء التغذية العالمى	١٤,٠
إستخدام مصادر مياه شرب محسنة	٨٢,٦
استخدام مرافق صرف صحى محسنة	٤,٩
الإلتحاق بالتعليم قبل المدرسى[١]	٣٨,٢
الإستيعاب الظاهرى بمرحلة الاساس	٣٩,٥
الإستيعاب الظاهرى بمرحلة الثانوي	١٧,١
السكان ذوى الاعاقة[٢]	٤,٤
انتشار قطع/ ختان الاناث	٦٠,٩
الزواج المبكر (دون ال ١٨ عام)	٥٣,٩
الولادة بحضور شخص مؤهل	٥٠,٣
وضع قانون الطفل- تم التفعيل	لا (ولكن تم التوقيع)
وضع قانون الطفل- مسودة	نعم
وضع قانون الطفل- تضمين منع ختان الإناث	نعم
معدل وفيات الرضع[٣] (لكل ١٠٠٠ ولادة حية)	٧٠
معدل وفيات الأمهات (لكل ١٠٠,٠٠٠)	٥٨١

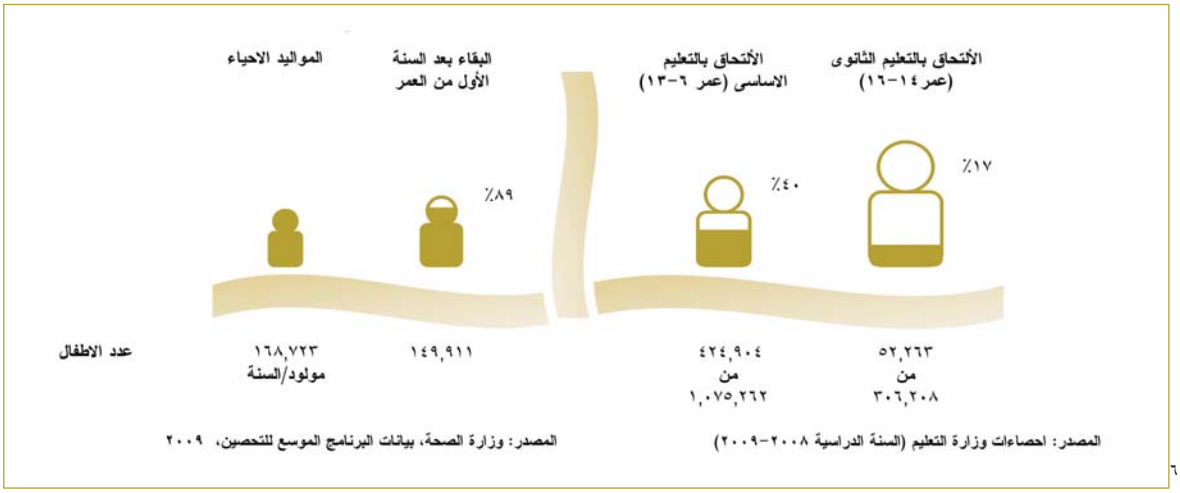
ينتقل الوضع ببطء فى ولايات دارفور من الصراع إلى العودة والإستقرار والتنمية. بدعم من الحكومة والمنظمات الإنسانية، بدأ بعض النازحين داخلياً بالعودة طواعية إلى قراهم، ومن المقرر أن تتم عمليات إعادة البناء وتحسن أوضاع المجتمعات المحلية بفضل دعم الحكومة والمجتمع الدولى. ومع ذلك، فإن التحديات التى تواجه ثانى أكبر الولايات حجماً من حيث السكان لا تزال قائمة. فولاية جنوب دارفور تعانى من الفقر بوجود ما يقرب من ٦٠ بالمائة من السكان يعيشون تحت خط الفقر[٤].

فى حين أن الوضع آخذ فى التحسن فى ولاية جنوب دارفور وفى غيرها من الولايات، لا تزال الحاجة ماسة للمساعدات الإنسانية لتقديم الخدمات للمحتاجين فى المناطق الطرفية. فالرُحل وبالرغم من أنهم يمثلون ٢٤ بالمائة من سكان الولاية - أعلى معدل فى السودان - الأ أنه يصعب الوصول اليهم، وهم الأكثر إحتياجاً. وعلاوة على ذلك، فإن بعض أجزاء الولاية لا تزال تعانى من هجمات الملشيات المسلحة مما يعوق وصول الخدمات، ونتيجة لذلك فإن الأطفال والنساء فى هذه المناطق هم الأكثر عرضة للخطر فى الولاية.

لم يتمكن جامعى البيانات فى تعداد ٢٠٠٨ وفى المسح السودانى لصحة الأسرة من الوصول إلى مناطق معينة لأنها غير آمنه، مما أسفر عن رسم صورة غير مكتملة من أحدث مصدرين للمعلومات. ومع ذلك، فالأطفال الذين ولدوا فى عام ٢٠١٠ لديهم فرصة أفضل للبقاء على قيد الحياة من الأطفال الذين ولدوا قبل أربعة أعوام. فقد تحسنت خدمات التغطية بالتطعيم، وزاردت فرص الوصول إلى مصادر مياه نظيفة، وأتسعت دائرة التغطية بخدمات الرعاية أثناء الحمل. فالمُحافظه والإستمرار فى هذا التقدم فى مرحلة ما بعد انتهاء الصراع لعدد ٢,٢ مليون طفل فى الولاية (٥٤ بالمائة من السكان)، سيكون التحدى الذى يتطلب إلتزاماً وجهداً كبيراً[٥].

١ جميع احصاءات التعليم من وزارة التعليم العام، أحصاءات التعليم، ٢٠٠٨-٢٠٠٩
٢ الأشخاص المعوقين، لديهم نوع من العجز الجزئي لكنهم غالبا ما تتطور لديهم قدرات فائقة أخرى لتعويض عجزهم (بيانات تعداد ٢٠٠٨)
٣ مصدر معدل وفيات الرضع والامهات الجهاز المركزى للاحصاء، تعداد ٢٠٠٨
٤ مسح البيانات الأساسية للاسر، ٢٠٠٩
٥ بناء على بيانات تعداد ٢٠٠٨

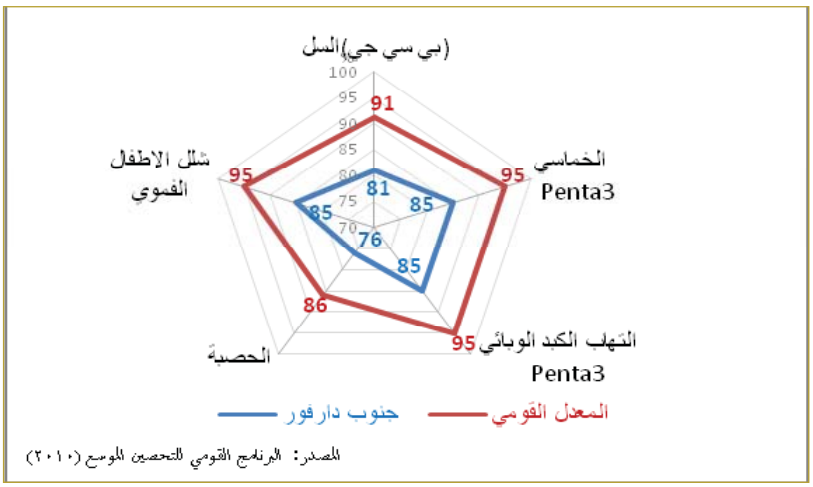
الشكل:١٥,١ بقاء الرضع والالتحاق بالمدرسة فى جنوب دارفور



القضايا الرئيسية

الصحة والتغذية

الشكل ١٥,٢ ولاية جنوب دارفور معدلات التغطية بالتحصين اقل من المعدل القومي



أظهرت بيانات التعداد ٢٠٠٨ أن من بين ١٠٧,٢٠٠ طفل ولدوا أحياء فى غضون ١٢ شهراً السابقة لتعداد ٢٠٠٨، هنالك حوالى ٩٣,٠٠٠ (٨٧ بالمائة) كانوا على قيد الحياة وقت التعداد،[٧] ومن المُمكن أن تكون تغطية التحصين المنخفضة وراء وفاة ١٣٪ الذين توفوا خلال هذه الفترة. تحسنت نسبة التغطية بالتطعيم فى جنوب دارفور بنسبة ١٠ نقاط منذ عام ٢٠٠٦ لتصل إلى ٣٤ بالمائة، إلا أنه لا تزال بالولاية أدنى نسبة للأطفال فى سن ١٢ إلى ٢٣ شهراً تم تحصينهم بالكامل مقارنة بالولايات الأخرى وفقاً لمسح صحة الأسرة السودانى الثانى.[٨]

مع ذلك، فالبيانات عن نسبة التغطية بالتحصين مختلفة. فالبيانات التى تم جمعها فى عام ٢٠١٠، من وزارة الصحة «برنامج التحصين الموسع، على سبيل المثال، تُظهر مُعدلات أعلى بكثير للأطفال دون السنة[٩]. فتغطية الحصبة ٧٦ بالمائة، لقاح (بى سى جى) للسُل ٨١ بالمائة، والجرعات الثلاث من الخُماسى ٨٥ بالمائة، والتغطية بالجرعات الثلاث اللآزمة من اللقاح الفموى (لقاح شلل الأطفال عن طريق الفم) ٨٥ بالمائة.[١٠] ومع ذلك، وبهذه المُعدلات لا تزال التغطية متدنية إذ أن معظم هذه النسب دون المعدل القومى (١٥,٢ الشكل). فالمشاكل الأمنية بولاية جنوب دارفور أثرت سلباً على تنفيذ خدمات التحصين. ومن المؤشرات الصحية المُنخفضة التى تحتاج إلى إهتمام فورى التغطية بخدمات الإدارة المتكاملة لأمراض الطفولة (فقط ٣٢ بالمائة من المرافق الصحية تقدم خدمات الإدارة المتكاملة لأمراض الطفولة الشائعة[١١])، القابلات المدربات فقط ٥٠ بالمائة، التغطية بخدمات طوارىء الولادة ٢٢ بالمائة[١٢] و معدل العمليات القيصرية ٢,٦ بالمائة.

٦ عدد الأطفال الملتحقين يشمل الأطفال من جميع الأعمار، في حين المقام يحتوى على السكان فى الأعمار من ٦-١٣ بالنسبة للتعليم الأساسى، بينما للتعليم الثانوى السكان فى الفئة العمرية ١٤-١٦. و قد يؤدى هذا إلى ارتفاع معدل الإلتحاق بالمدارس من الواقع.

٧ بناءً على بيانات تعداد ٢٠٠٨

٨ استخدم مسحى صحة الأسرة تعريفين مختلفين للتطعيم الكامل. بالنسبة للجولة الاولى من المسح، المطعمين بالكامل هم الأطفال الذين تلقوا جرعات البى سى جى، الحصبة، وجرعات الثلاثى (الدفتريا، التتانوس والسُعال الديكى) والجرعات الفموية الثلاث للشلل. بالنسبة للجولة الثانية للمسح، الأطفال المُطعين بالكامل هم الذيت تلقوا البى سى جى، الحصبة، الجرعات الفموية الثلاث لشلل الاطفال وثلاث جرعات من الخُماسى.

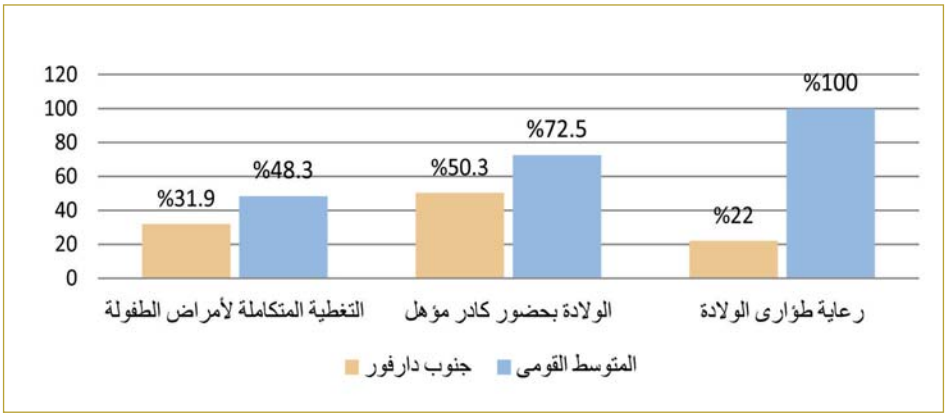
٩ يستخدم برنامج التحصين الموسع الرضع على قيد الحياة (جميع الولادات ناقص الوفيات في السنة الأولى من العمر) كمقام، باستثناء البى سى جى، والذي يستخدم مجموع عدد الولادات الحية. المسح السودانى لصحة الأسرة يستخدم الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ١٢-٢٣ شهرا باعتباره مقام.

١٠ اللقاح الخماسي يشمل (الدفتيريا والسعال الديكي، والكزاز، والتهاب الكبد الوبائي (ب) ولقاح (هيموفلس نوع B))، ويتطلب ثلاث جرعات للحصول على الحماية الكاملة. بدأ التطعيم الخماسى فى السودان فى الفترة من يناير ٢٠٠٨.

١١ المصدر: وحدة الصحة الانجابية- وزارة الصحة الاتحادية، ٢٠٠٨

١٢ المصدر: وحدة الصحة الانجابية- وزارة الصحة الاتحادية، ٢٠٠٨

شكل ١٥,٣: النسبة المئوية للتغطية بخدمات الادارة المتكاملة لامراض الطفولة (IMCI)، القابلات الماهرات (SBA) وخدمات طوارئ الولادة (EMOC) – جنوب دارفور (٢٠١٠)



إن الوضع الغذائى فى جنوب دارفور أفضل من المتوسط القومى[١٣]، ففى عام ٢٠١٠، بلغ معدل سوء التغذية الحاد (الهُزال) ٢,٣ بالمائه، كأدنى معدل بالسودان. مع أقل من ثلث الأطفال يعانون من التقزم و/أو نقص الوزن، وهذه مستويات تُصنف على أنها «عالية» على الصعيد العالمى[١٤]. ونتائج مسوحات التغذية المحلية التى أجريت فى عام ٢٠١٠ تُظهر تأثر إنتشار سوء التغذية بالموسم الزراعى، مع إنخفاض معدلات الإنتشار فى أشهر ما بعد الحصاد (ديسمبر إلى مارس) وعلى الرغم من جهود الإغاثة الإنسانية، لا تزال هناك تقلبات موسمية فى سوء التغذية نتيجة للفجوة الغذائية التى تتكرر خلال فترة الأمطار بين شهر مايو حتى أكتوبر. هنالك حاجة ماسة لدراسات تحدد أسباب سوء التغذية لتحديد نوعية وكيفية التدخلات اللآزمة. وأطلقت البيانات الأخيرة للمسح السودانى لصحة الأسرة تنبيهاً بشأن الوضع التغذوى للأطفال. فهنالك ٢٣ بالمائة فقط من الأطفال فى عمر ٦-٢٣ شهراً ، تلقوا متطلبات الحد الأدنى للوجبة[١٥]. وفقط طفل واحد من كل ثلاثة أطفال يحظى برضاعة طبيعية خلال الأشهر الستة الأولى، وهذه واحدة من أدنى المعدلات فى البلاد. إن الرضاعة الطبيعية ضرورية لتعزيز نظام المناعة للطفل ولمنع نقص التغذية[١٦]. وقد أظهرت الدراسات أن التغذية المثلى للرُضع وصغار الأطفال، كالرضاعة الطبيعية والمستمرة جنباً إلى جنب مع التغذيه بالأطعمة التكميلية الكافية والآمنة، يمكن أن تمنع ما يقدر بنحو ١٩ بالمائة من مجموع وفيات الأطفال تحت خمس سنوات فى العالم النامى.[١٧]

قد يرجع الفضل فى التحسن فى مجال الصحة والتغذية لتزايد معسكرات النازحين، حيث يسهل وصول التطعيم وبرامج التغذية للأطفال[١٨]. والأمل معقود عند تنفيذ الخطة الرامية لتسهيل عودة النازحين، بالعمل أيضاً على تعزيز النظم الصحية فى أماكن العودة وذلك لضمان إستمرار تقديم الخدمات. وهذا يشمل تحسين فرص الوصول إلى المناطق التى يصعب الوصول إليها بسبب سوء حالة الطرق وهجمات الملشيات على العاملين فى المجال الإنسانى. وعلى حكومة الولاية زيادة الإنفاق على الصحة، والذى كان فى عام ٢٠٠٨ فى مستوى متدنى يقدر بحوالى ٣,٦ دولار فى السنة (الشكل ١٥,٤)[١٩].

شكل ١٥,٤: أقل معدل انفاق للفرد فى الصحة العامة بالسودان يوجد بولاية جنوب دارفور

تسجيل المواليد

وفقاً للجولة الثانية للمسح السودانى لصحة الأسرة، تقف جنوب دارفور فى ثانى أدنى معدل تسجيل للأطفال دون سن الخامسة، فمعدل تسجيل المواليد بالولاية بلغ ٣٣ بالمائة، أى ما يعادل نصف المعدل القومى. وهناك تحسنًا ملحوظاً مقارنة بالمعدل المتدنى لعام ٢٠٠٦ عندما كان نصيب الولاية من تسجيل المواليد فقط ١٩ بالمائة، لذا فإن بذل وتضافر المزيد من الجهود أمر ضرورى لتحسين حالة الأطفال فى جنوب دارفور.

١٣ سوء التغذية الحاد MAS هو الهزال الشديد، يعرف بانه الوزن المنخفض جدا للطول (اقل من انحرافين معيارين عن القيمية الوسيطية لمعيار منظمة الصحة العالمية)
١٤ الحالة البدنية: استخدام وتفسير الأنثروبومترية. تقرير لجنة خبراء منظمة الصحة العالمية، ١٩٩٥ الفصل ٥ ص٢٠٨ و ٢١٢
١٥ عدد الأطفال ٦-٢٣ شهر الذين تلقوا طعام صلب اوشبه صلب او ناعم (بالاضافة للحليب للاطفال الذين لايرضعون) على الاقل وجبتين او اكثر، حسب حالة الرضاعة خلال اليوم السابق
١٦ TENSWEF أفاق للسودان: دارفور. مايو- ديسمبر ٢٠١٠.
١٧ صندوق الأمم المتحدة للطفولة، تتبع التقدم المحرز بشأن تغذية الأطفال والأمهات: أولوية البقاء والتنمية ، نيويورك، ٢٠٠٩ ص ١٣.
١٨ اليونيسف وحكومة السودان، حكومة السودان وصندوق الأمم المتحدة للطفولة ٢٠٠٩ - ٢٠١٢ التقييم النصفى للبرنامج القطري: تحديث وتقييم وتحليل حالة الأطفال والنساء فى شمال السودان، الخرطوم، أبريل ٢٠١١ (وثيقة داخلية)
١٩ حسابات الصحة القومية، إدارة التخطيط والسياسات والبحوث، وزارة الصحة، ٢٠٠٨.

إن الغالبية العظمى من الأطفال الصغار، ما يقرب من ٤١٩,٠٠٠ (٦٧ بالمائة) ليسوا ضمن خطط وبرامج الولاية والقوانين الإتحادية على الرغم من أن فهم هوية وإحتياجات الأطفال فى الولاية ضرورة حتمية للتنمية.[٢٠] إن معرفة هوية ومجتمعات هؤلاء الأطفال ستمكن من مساعدتهم فى لم شملهم مع أسرهم التى انفصلوا عنها فى أوقات الصراعات والترحال. كما سيسهل عملية التخطيط عند عودة النازحين بمعرفة حجم إحتياجات العائدين. ويُمكن من الحصر بشكل أفضل لعدد المدارس والمرافق الصحية اللآزمة فى جميع أنحاء الولاية، جنباً إلى جنب مع غيرها من الخدمات الإجتماعية الأساسية الأخرى.

إن تسجيل الأطفال اليوم هو ضرورى ليس فقط بالنسبة للمستقبل القريب للولاية ولكن أيضاً على المدى الطويل. فالسجلات الرسمية للهوية تكفل حماية الحقوق المكفولة للطفل كمواطن وإنسان أذ يعنى إنه أو إنها ستكون قادرة على التصويت، والحصول على العدالة من خلال النظام القانونى، وتظل محمية بقوانين تحدد سن الزواج وسن الإنخراط فى الأعمال العسكرية.

المياه والصرف الصحي والنظافة

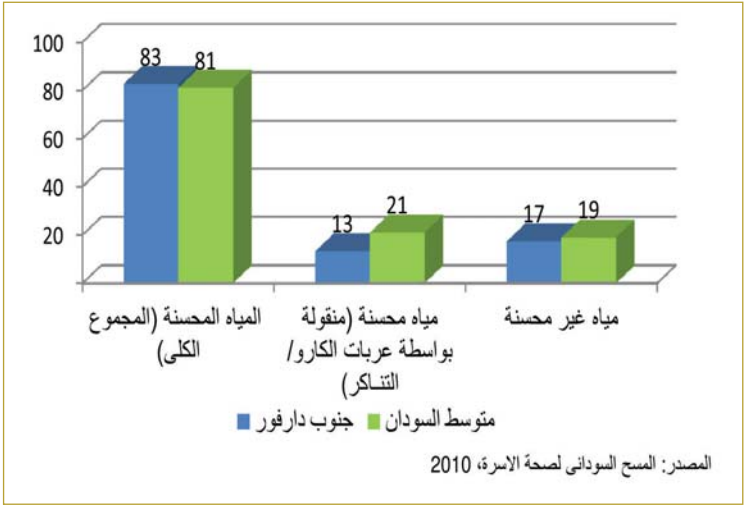
تُظهر البيانات الجديدة للجولة الثانية للمسح السودانى لصحة الأسرة، تحسناً كبيراً فى معدلات الحصول على المياه المُحسنة، وعلى العكس، من ذلك تبين الإنخفاض الشديد فى الحصول على مرافق صرف صحى مُحسنة (الشكل ١٥,٥ ، ١٥,٦). فحالياً يحصل حوالي ٨٣ بالمائة من سكان الولاية على مياه محسنة، منهم ١٣ بالمائة يحصلون عليها من عربات تجرها الدواب(الكارو) أو الناقلات (التناكر). أما مرافق الصرف الصحى فقط ٥ بالمائة من سكان الولاية يستخدمون مرافق الصرف الصحى المُحسنة، و٥٦ بالمائة يستخدمون مرافق الصرف الصحى غير المُحسنة، بينما ٣٩ بالمائة منهم يمارسون عادة التبرز فى العراء كواحدة من أكثر الممارسات ضرراً لتسببها فى سرعة إنتشار الأمراض. إن الإنجاز فى هذا المجال مُنخفض ويحتاج إلى رفع وعى المجتمع، وإيجاد سياسات وإستراتيجيات واضحة للصرف الصحى والإهتمام من قبل المؤسسات الحكومية والوكالات الممولة لدعم تحسين مرافق الصرف الصحى.

إن فرص الحصول على مرافق الصرف الصحى المُحسنة مُنخفضة بالنسبة لأطفال المدارس، وحسب الخطة الإستراتيجية للمياه والصرف الصحى للأعوام ٢٠١١-٢٠١٦، فيقدر أن ترتفع إمكانية الحصول على مرافق الصرف الصحى المحسنة للمدارس والمرافق الصحية بالولاية لنسبة ٢٣ بالمائة و٩٨ بالمائة على التوالى.

تتأثر صحة النساء والفتيات فى جنوب دارفور بشكل مطرد بمياه الشرب غير المُحسنة وتدنى المستوى الصحى للبيئة. وتستغرق رحلة الوصول لمصادر مياه الشرب النقية، السير إلى أكثر من ٣٠ دقيقة، تمثل ٤٠ فى المائة من الوقت، وفى بعض الأحيان يتكرر الأمر عدة مرات فى اليوم الواحد (الشكل ١٥,٧). وفى أكثر الأحيان، يكون على النساء والفتيات القيام بهذه الرحلة، بجانب رعاية أفراد الأسرة الذين يصابون بالمرض بسبب الأمراض التى تنقلها المياه. ليس بمستغرب أن يكون فقر المياه والصرف الصحي، على الصعيد العالمى، واحداً من أكثر الأسباب شيوعاً لغياب الفتيات عن المدرسة.[٢١]

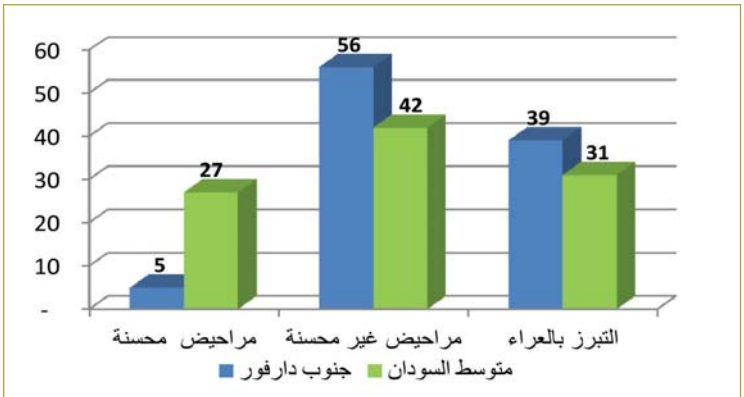
فى الوضع الراهن لولاية جنوب دارفور، يُعتبر تحسين شبكات المياه والصرف الصحى تحدياً كبيراً. تعوق موارد التمويل المحدودة التنفيذ، إضافة لإنعدام الأمن فى بعض أجزاء الولاية وسوء حالة الطرق. ومؤخراً أُنشئت وزارة جديدة بالولاية للموارد المائية والبيئة مما يبعث الأمل بإمكان إستدامة هذه الجهود.

شكل ١٥,٥: الحصول على مياه شرب محسنة



المصدر: المسح السودانى لصحة الاسرة، 2010

شكل ١٥,٦: الحصول على مراحيض محسنة

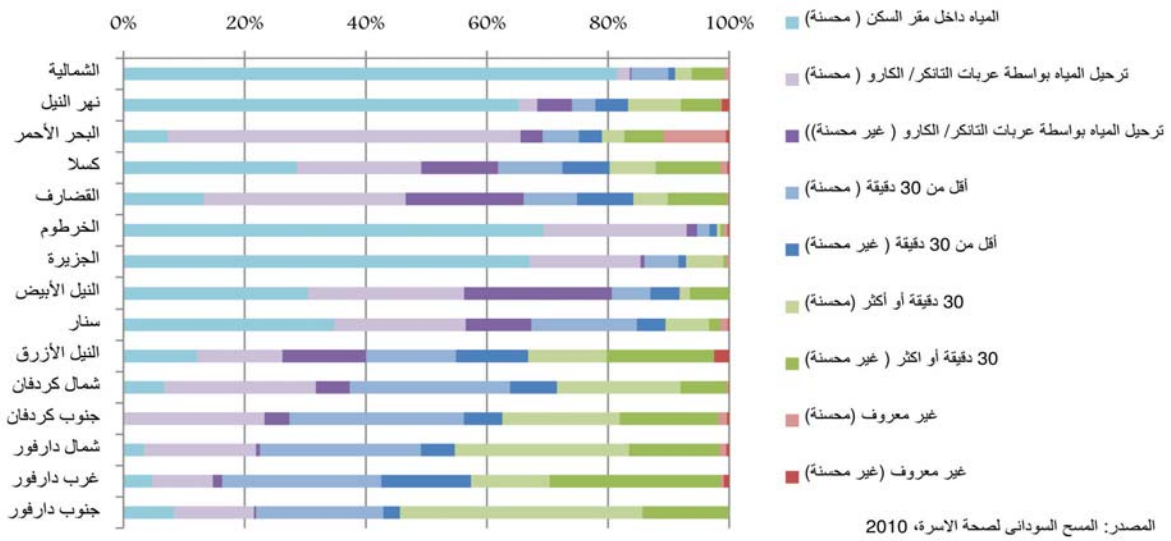


المصدر: المسح السودانى لصحة الاسرة، 2010

٢٠ طبقا لتعداد ٢٠٠٨ هنالك ٠٦٢٥,٥٦٠ طفل تحت سن الخامسة بالولاية.

٢١ صندوق الأمم المتحدة للطفولة ، التقدم من أجل الأطفال: بطاقة التقرير عن المياه والصرف الصحي والنظافة . oN.٥، اليونيسف، نيويورك ٢٠٠٦ ص ٦

شكل ١٥,٧: سكان جنوب دارفور يسافرون لمسافات ابعد للوصول لمصادر المياه.

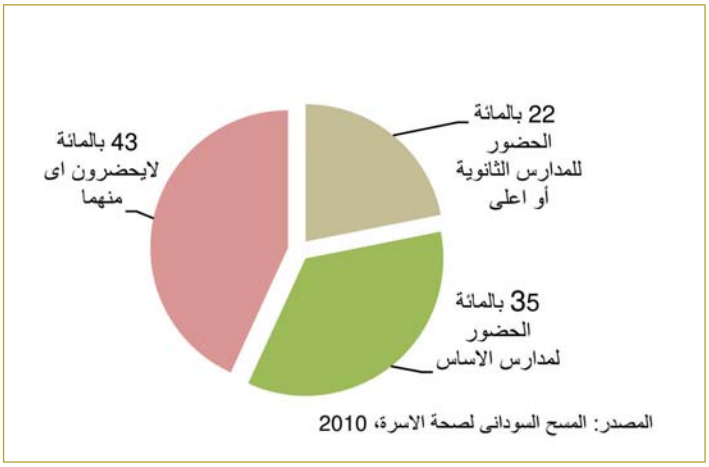


التعليم

بلغت نسبة الإلتحاق بمرحلة الأساس ثمانية وستين بالمائة من أطفال الولاية يحضرون للمدرسة. ومتوسط الإلتحاق للذكور (٧٤ بالمائة) أعلى من الإناث (٦٢ بالمائة). ووفقاً للإحصاء التربوى فقط ٣٩,٥ بالمائة ملتحقون بمرحلة الأساس مع (٦٥٠,٥٣٣) طفل خارج المدرسة. فيما يتعلق بالتعليم الثانوى فقد بلغت نسبة الإلتحاق ١٧ بالمائة وهى أدنى نسبة بين الولايات. كذلك فإن متوسط نسبة الأطفال فى سن الإلتحاق بالمرحلة الثانوية وهم فى مرحلة الأساس كبيرُ، حيث أن ٣٥ بالمائة منهم بمرحلة الأساس مقارنة ب ٢٢ بالمائة فى مرحلة الثانوى (الشكل ١٥,٨). ووفقاً لبيانات حديثة، يُعتبر الإلتحاق بالتعليم الرسمى فى وقت متأخر أمراً شائعاً، فتعداد ٢٠٠٨ وجد أن ١٩١,٢٠٠ ما يعادل ٣٤ بالمائة من الذين تتراوح أعمارهم بين ٦-٩ سنوات كانوا يحضرون المدرسة وقت التعداد، ويتضاعف هذا العدد فى الفئة العمرية ١٠-١٤ ليصل إلى ٢٨٦,٧٠٠ (٤٨ بالمائة). وفى أغلب الأحيان فإن قمة سن الإلتحاق بالمدارس تكون فى سن ١١ سنة، وتعادل ٥٣ بالمائة من إجمالى الإلتحاق.

هذه الظاهرة شائعة فى عدة ولايات، ويُمكن تفسير جزء منها عن طريق برامج التعلم السريع .حيث يُحضر الأطفال خلال السنوات الأولى من حياتهم برامج التعلم السريع وبين من يتم نقلهم إلى التعليم الرسمى عندما يتقدموا فى السن. مثل هذه البرامج ضرورية فى حالات ما بعد النزاعات حيث تتيح للأطفال تعويض سنواتهم الضائعة من التعليم.

شكل ١٥,٨: نسبة الأطفال فى عمر المدرسة الثانوية ويحضرون للمدرسة منخفضة بولاية جنوب دارفور



ووفقاً للمسح السودانى لصحة الأسرة (٢٠١٠)، فإن معدل البقاء فى المدرسة يُعد من بين أدنى المعدلات فى السودان، ٧٢ بالمائة فقط من الأطفال الذين يدخلون الصف الأول يبقون فى المدرسة حتى الصف الثامن. وهنالك تباين نوعى ملحوظ بين الجنسين فى الأطفال الأكبر سناً، ٧٤ بالمائة من الأولاد يلتحقون بمرحلة الأساس أو الثانوية مقارنة مع ٤٢ بالمائة فقط من البنات. فالبنات هن أكثر عُرضة للتخلى عن التعليم، مما يساهم فى إنخفاض معدلات معرفة القراءة والكتابة بين النساء (٣٥ بالمائة).

هناك حاجة ماسة لسياسات تتبع نهجاً مستداماً لتحسين التعليم ولا بد من دعمها بالموارد الكافية، لتوفير تعليم جيد النوعية، فالفصول مُكتظة وجزء من المعلمين غير مدربين ولوازم التعليم والإجلاس غير كافية، وقد أجريت مؤخراً دراسة من قبل وزارة التربية والتعليم فى ولاية جنوب دارفور، أظهرت الحاجة إلى ما لا يقل عن ١٠,٨٨١ معلم إضافى، لا سيما فى المناطق

المتضررة من النزاع[٢٢]. وبسبب الحوافز غير الكافية، يترك المعلمون مدارسهم ويلتحقون بالمناطق الحضرية والمناطق الخالية من النزاعات. وقد دعمت اليونيسف مؤخراً وزارة التربية والتعليم بالولاية لتوفير المعلمين المتطوعين كما قامت بالدعم والتدريب أثناء العمل، ولكن هذا ليس سوى حل مؤقت[٢٣].

ختان الإناث (تشويه/ قطع الأعضاء التناسلية للأنثى)

أكثر من ٦٠ بالمائة من الفتيات والنساء في جنوب دارفور خضعن للختان، وبالمقارنة مع إرتفاع متوسط الختان بالسودان ٦٦ بالمائة، يُعتبر الوضع في جنوب دارفور أفضل قليلاً. ومع ذلك، فإن ما يُنذر بالخطر هو مواقف السكان تجاه هذه الممارسة. كما هو الحال في أجزاء السودان الأخرى، المرأة هي أقوى المدافعين عن ممارسة ختان الإناث. وما يلفت للنظر حقا، أن الولاية تمتلك أكبر نسبة ٦٧ بالمائة من النساء من دعاة استمرار الممارسة. و هناك أكثر من ٧١ بالمائة من النساء المتزوجات في الفئة العمرية ١٥-٤٩ أبلغن بأنهن يعتزمن الاستمرار في ممارسة الختان لبناتهن، وهي النسبة الأعلى بين ولايات السودان.

نداء للعمل

- تحسين الوصول إلى جميع المناطق وإنشاء آليات تضمن تقييم الأوضاع في جميع أنحاء الولاية وتقديم المساعدات الإنسانية وتوفيرها عند الحاجة.
- وضع وتنفيذ ميزانيات صديقة للطفل بتخصيص المزيد من الموارد لخدمات الأطفال، من أجل ضمان وصول وإستمرار تقديم الخدمات بما في ذلك معسكرات النازحين.
- الإستثمار في الشباب، حيث أن التغيير وبناء السلام بشكل مباشر يحفظ حياة الأطفال والشباب والمراهقين، ويمنع العديد من الصراعات القبلية التي يمكن تجنبها.
- من الضروري زيادة الإستثمار في الوقاية من سوء التغذية. وهذا يعني الإستثمار في معالجة الأسباب الكامنة وراءه، وكذلك التدخلات المستندة على البيانات لمنع إنتشاره بين الأطفال دون سن العامين.
- زيادة الحوافز لكل من الطلاب والمعلمين من أجل تحسين التحصيل التعليمي، مثل مبادرات التغذية المدرسية ، وأفضل المواد التعليمية، والمزيد من المدارس الصديقة للطفل وللمعلم وتوفير تدريب أفضل ورواتب أعلى.
- تقديم الدعم للخدمات الصحية من خلال توسيع شبكات تقديم الخدمات، وتحسين المهارات التقنية واللوجستية وتعزيز نظام الإحالة في حالات الطوارئ والعمل على تحسين وتشجيع الفحص الطوعي للصحة الإنجابية ولفيروس نقص المناعة البشرية.
- زيادة الإستثمار من أجل تحسين خدمات المياه والصرف الصحي والنظافة، لا سيما في المناطق الريفية والمدارس. ولا بد من بذل المزيد من الجهود لجلب المزيد من الشركاء من الجهات الفاعلة من المنظمات غير الحكومية الوطنية والدولية للولاية. فإعادة بناء هذه الشراكات سيؤدي لزيادة كبيرة في نوعية وكمية الخدمات المنقذة للأرواح.
- الإستمرار في جمع البيانات الجديدة التي تُعزز صناعة القرار وترصد التقدم المُحرز في مجال حقوق الأطفال. أيضا زيادة الجهود المبذولة للوصول إلى المناطق التي أستبعدت من المسوحات والتقييمات الأخيرة.

٢٢ المسح الاساسي للتعليم بالولايات الشمالية، وزارة التعليم، ٢٠٠٨
٢٣ اليونيسف وحكومة السودان، حكومة السودان وصندوق الأمم المتحدة للطفولة ٢٠٠٩ - ٢٠١٢ التقييم النصفي للبرنامج القطري: تحديث وتقييم وتحليل حالة الأطفال والنساء في شمال السودان، الخرطوم، أبريل ٢٠١١ (وثيقة داخلية)

الولايات باللون الاحمر هي ذات مؤشرات مثيرة للقلق.
الولايات باللون الاخضر هي ذات مؤشرات افضل نسبيا.

بطاقة ملخص التقرير

	السكان (بالمليون)	الترعرع	البحيرة	الشمالية	نهر النيل	القلب الاحمر	الصعيد	شمال كردفان	جنوب كردفان	شمال دارفور	جنوب دارفور	غرب دارفور	شرق	القلب الاخضر	السودان	الانحراف المعياري
		5.27	3.58	0.70	1.12	1.73	1.35	2.92	1.41	1.29	2.11	1.79	1.31	0.83	1.40	4.09	30.9	
MDG 1	نقص الوزن لدى الأطفال	19.9	23.5	22.2	32.2	34.1	38.6	41.4	40.3	42.6	35.7	38.5	33.1	31.7	49.2	31.2	32.2	8.05
	التقزم	21.9	29.7	24.0	30.3	37.0	39.7	46.7	36.6	47.1	35.3	49.1	36.6	37.1	54.1	31.1	35.0	9.16
	سوء التغذية الحاد العالمي	12.8	13.2	12.9	18.5	18.1	17.1	18.1	17.4	21.6	21.6	16.7	18.6	16.2	28.5	14.0	16.4	4.08
MDG 2	الالتحاق بالتعليم قبل المدرسي	42.0	42.7	64.0	62.7	41.4	36.3	31.8	51.6	14.3	31.8	17.2	25.5	20.3	63.0	38.2	30.2	16.21
	الاستيعاب الظاهري بمرحلة الاساس	93.7	89.4	84.7	88.5	84.5	69.4	77.2	80.8	79.4	66.0	44.8	86.4	64.3	36.1	39.5	66.1	18.74
MDG 3	الاستيعاب الظاهري بمرحلة الثانوي	65.4	59.0	50.7	47.4	38.3	31.5	24.8	33.5	31.9	21.5	14.6	24.9	20.3	17.0	17.1	29.7	15.93
	انتشار ختان الاناث	64.8	66.6	83.8	83.4	71.7	50.4	70.5	66.1	67.4	60.5	78.9	46.0	48.7	76.5	60.9	65.5	11.80
	الزواج المبكر (قبل 18)	27.5	28.2	20.5	27.3	35.7	48.8	37.1	48.1	39.5	33.9	46.2	49.4	62.2	33.2	53.9	37.6	11.65
MDG 4	تغطية التحصين	60.9	62.6	60.4	40.0	54.9	58.8	37.0	42.7	65.1	43.4	40.6	38.6	64.7	35.1	34.1	49.4	11.90
	معدل وفيات الرضع	7.5	7.0	6.5	6.9	7.9	10.2	8.1	10.0	9.0	5.9	7.6	8.8	13.7	6.6	7.0	8.2	1.98
MDG 5	الولادة بحضور مقدم خدمة مؤهل	93.3	89.4	96.7	91.2	86.2	63.5	80.2	61.4	83.4	65.2	69.7	33.4	45.1	72.0	50.3	87.0	19.00
	معدل وفيات الأمهات	0.389	0.422	0.437	0.443	0.503	0.564	0.532	0.591	0.509	0.618	0.466	0.615	0.578	0.556	0.581	0.417	0.07
MDG 6	نسبة المعرفة الشاملة بفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز	9.0	5.8	4.8	3.8	7.1	11.0	3.7	5.1	2.0	3.5	4.8	0.8	5.4	4.2	5.4	5.7	2.54
MDG 7	استخدام مصادر مياه شرب محسنة	96.3	97.6	93.2	81.1	64.3	61.3	78.8	72.8	82.4	78.4	68.5	54.5	54.0	85.6	82.6	81.1	14.01
	استخدام مرافق صرف صحي محسنة	51.3	34.4	73.5	42.4	20.2	28.4	20.3	16.9	17.3	18.4	22.1	23.7	5.3	24.1	5.0	27.0	17.74
Child Protection	تسجيل المواليد	87.6	75.9	94.3	82.6	71.7	64.7	49.5	49.4	59.7	58.8	51.8	23.3	39.8	65.0	33.0	59.3	20.10
	السكان ذو الإعاقة	4.1	4.5	2.5	5.0	4.7	4.9	5.9	5.9	5.0	5.0	4.5	6.2	4.6	3.7	4.4	4.9	0.92
		الترعرع	البحيرة	الشمالية	نهر النيل	القلب الاخضر	الصعيد	شمال كردفان	جنوب كردفان	شمال دارفور	جنوب دارفور	غرب دارفور	شرق	القلب الاحمر	السودان	الانحراف المعياري		

الخاتمه

متحدون من أجل أطفال السودان

الأطفال فى السودان مبشرون بحقبة جديدة (١٥ مليون طفل)، والسودان اليوم مختلفاً عن سودان أبائهم. لقد تغيرت الجغرافيا والإقتصاد بعد أن إنفصل جنوب السودان. ومن المحتمل أن يُنهى التوقيع على إتفاق السلام الذى تم فى يوليو ٢٠١١ بالدوحة حداً لسنوات من الصراع المدمر فى دارفور. وفى الشرق الإنتعاش مستمر منذ توقيع إتفاق سلام شرق السودان فى عام ٢٠٠٦. إن التحدي الآن هو أن نبنى على هذه الأحداث التاريخية من خلال الإستثمار الصحيح فى الأطفال. بالفعل، الأطفال الذين يولدون اليوم أفضل حالاً مما كانوا عليه من قبل إعلان الأهداف الإنمائية للألفية (MDGs) منذ عقد مضى. كما أظهر هذا التقرير المزيد من الأطفال الذين يبقون على قيد الحياة خلال الأشهر والسنوات الأولى الهشة من الحياة، المزيد من الأطفال يلتحقون ويستمرون فى المدرسة حيث أن معدلات الإلتحاق بمدارس الأساس والثانوى أعلى من قبل. عدد أقل من الفتيات تهدر حقوقهن الأساسية الخاصة بهن عن طريق الزواج المُبكر وختان الإناث وقطع وتشويه الاعضاء التناسلية للأنثى.

على الرغم من ذلك ١٥,٨ مليون شخص لا يزالون لا يستطيعون الحصول على المياه من مصادر مُحسنة و٢٢,٣ مليون شخص لا يزالون يستخدمون مرافق صرف صحى غير مُحسنة أو يمارسون التبرز فى العراء مع وجود تفاوت واسع بين الولايات والمحليات. النازحون داخلياً فى المعسكرات، إزدادت فرصهم للحصول على الخدمات الأساسية من أي وقت مضى، إلا أنه لا يزال من غير الواضح ما إذا كانت الولايات لديها القدرة على الحفاظ على التغطية حين عودة النازحين إلى ديارهم. سوف تستمر التغيرات المناخية فى تغيير معيشة الأسر، الأمر الذى دفع الحكومات القومية والولائية لتطوير النُظم التى تحمى الأطفال من الجفاف والفيضانات والموارد المتناقصة.

حاول هذا التقرير إستعراض وضع النساء والأطفال فى السودان من خلال إستخدام أفضل البيانات المتاحة. إن المعلومات موجودة، لذا يجب إتخاذ الخطوات القادمة التى من شأنها الإستمرار فى تعزيز التقدم الحالى.

مزيد من الإلتزام

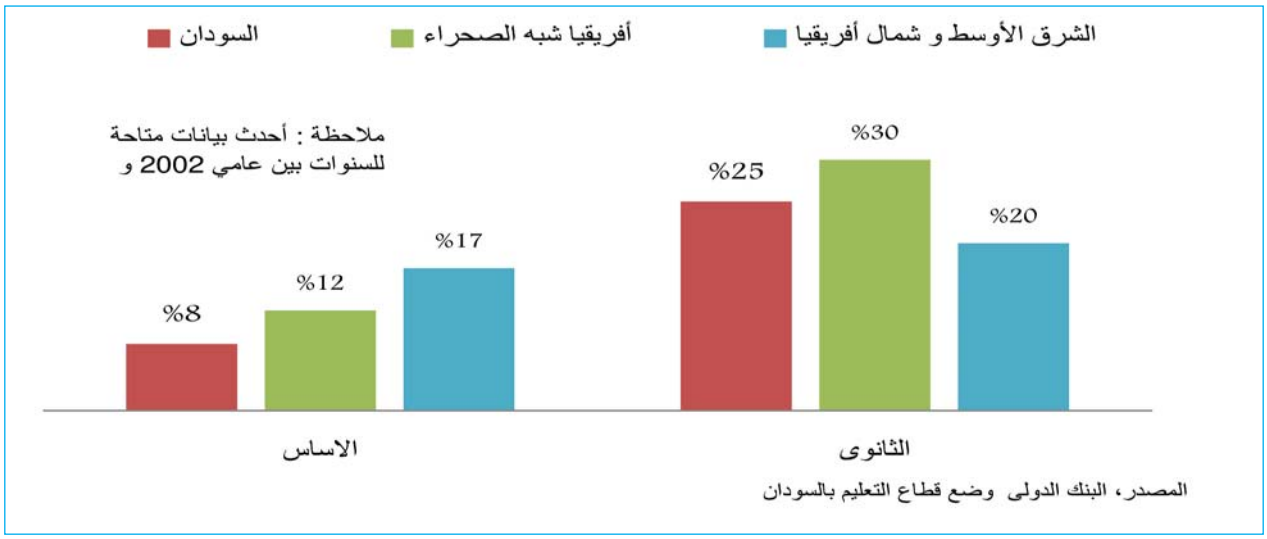
القاسم المشترك فى هذا التقرير هو الحاجة لمزيد من الإلتزام من كل الأطراف لتحقيق التنمية العادلة للأطفال على المستوى الولائى والإتحادى. وللحفاظ على هذه المُنجزات ومواصلة إحراز التقدم ينبغى تحديد القطاعات التى تتطلب قدراً أكبر من الإهتمام وزيادة المخصصات المالية لها. هناك حاجة إلى تشريعات قوية تطبق بشكل صحيح لتحديد الأطفال المُعرضون للخطر وحماية حقوقهم.

الإستثمار في الأطفال

الإنفاق على التعليم إزداد بشكل ملحوظ على مدى العقد الماضى، حيث وصل إلى ٢,٧ بالمائة من إجمالى الناتج المحلى، إلا أن الإنفاق على التعليم الأساسى لا يزال أقل من المتوسط لمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (مينا) ، متوسط الإنفاق العام على كل طالب فى التعليم الأساسى كنسبة مئوية من الناتج المحلى الإجمالى للفرد الواحد هو ثمانية بالمائة فقط، فى حين أن متوسط منطقة الشرق الأوسط هو ١٧ بالمائة (الشكل ١). على الرغم من سياسة الدولة فى توفير التعليم الأساسى المجانى للجميع، إلا أن العائلات فى الواقع تتحمل الغالبية العظمى من التكاليف المرتبطة بالمدرسة. أُجريت مؤخراً دراسة من قبل البنك الدولى قدرت النفقات العامة للتكاليف الجارية فى المدرسة بحوالى ١٢ جنيه للطالب الواحد سنوياً، تغطى فى الغالب النفقات المُتكررة. مماجعل الأسر تدفع نحو ١٥ جنيه للطالب الواحد سنوياً لتغطية تكاليف تشغيل المدارس مثل صيانة المدارس والمياه والكهرباء، ومصروفات إضافية. بالإضافة إلى مساهمتها فى تكاليف تشغيل المدارس، تدفع الأسر رسوماً أخرى مثل الكتب الدراسية والزى المدرسى.

١ولكن، التحديات لا تزال قائمة ومن شأنها أن تستمر لما بعد الموعد النهائى للألفية عام ٢٠١٥. على الرغم من أن الإلتحاق بالتعليم الأساسى إزداد بنحو ١,٦ مليون طفل فى ثمانى سنوات منذ العام الدراسى ٢٠٠٠-٢٠٠١ (بمعدل نمو سنوى خمسة بالمائة)، إلا أن واحداً من ست أو ما يقرب من مليون شخص ما زالوا لا يستطيعون الوصول إلى المدرسة فى٢٠١٠ .

شكل ١ : الصرف العام على الطالب فى السودان أقل مقارنة بدول شبه الصحراء ومنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا



ذكرت منظمة الصحة العالمية واليونيسف مؤخراً أن الإستثمار فى توصيل المياه بالأنابيب مباشرة إلى البيوت يُمكن أن يُساهم فى التقدم. بين عامى ١٩٩٠ و٢٠٠٨، ٦١ مليون شخص فى شمال أفريقيا أستطاعوا الحصول على هذه الخدمة وبالتالى، كان لعدد أكبر من الناس سهولة الحصول على المياه المُحسنة، وعدد أقل من ١٤ مليون شخص إعتمد على المضخات اليدوية والآبار وغيرها من المصادر المشتركة[٢]. وكما أظهر هذا التقرير، غالباً ما تقضى النساء والأطفال وقتاً ثميناً فى جلب المياه ، الوقت الذى يُمكن أن ينفق فى المدرسة، وكسب الدخل للأسرة، أو رعاية الأطفال. أظهر المسح السودانى لصحة الأسرة الثانى أن حوالى الثلث فقط من السكان (٣٣ بالمائة) يمتلكون مواسير المياه فى مساكنهم أو أماكن تجمعهم، مما يترك مجالاً كبيراً للتحسين.

وفقاً لصندوق الأمم المتحدة للسكان[٣] يُمكن خفض وفيات الأمهات بنسبة ٧٥ بالمائة إذا إستطاعت النساء الحصول أكثر على خدمات طوارئ الولادة، والولادة بقابلة مُدربة. النقص فى الموظفين المتدربين والنسبة الكبيرة لسكان الريف حدت من توافر هذه الخدمات. لهذا السبب، أوصى تقييم حديث من مجلس السكان العالمى "يجب على حكومة السودان أن تنظر فى وضع سياسات تُشجع مقدمى الرعاية الصحية على العمل فى المناطق النائية، على سبيل المثال، دفع رواتب إضافية أو إعفائهم من الضرائب." على وزارة الصحة مواصلة العمل على تعزيز مدارس القابلات التى تم إفتتاحها مؤخراً، وتضمين تدريب الممرضات والقابلات لإدارة طوارئ الولادة. وقد ثبت نجاح مبادرات مماثلة فى ملاوى وموزامبيق.

يُمكن أيضاً أن يُنظر إلي الإستثمارات الحكومية الناجحة. كما أظهر هذا التقرير، عندما تستثمر الولايات فى الأطفال، تظهر النتائج. على سبيل المثال، أدى الإستثمار فى ولاية نهر النيل فى مجال التعليم لزيادة نسبة الحضور، وزيادة المساواة بين الجنسين وتحسين نوعية التعليم. فى ولاية النيل الأزرق، إنشاء فرق متنقلة لتسجيل المواليد ضمنت للمزيد من الأطفال فى المناطق النائية تسجيلهم رسمياً من قبل الولاية. فى شمال كردفان، أنشأ المجلس الولائى لرعاية الطفولة (SCCW) برنامج جمع شمل الأطفال المنفصلين والغير المصطحبين والمفقودين و البحث عن عائلاتهم وتم التوصل لمئات، إن لم يكن الآلاف من الأطفال الى الرعاية الابوية مع خدمات الرعاية ولم الشمل.

هناك خطر حقيقي علي توفير هذه الخدمات، فضلا عن إمكانات جودتها، بسبب الوضع الإقتصادى. من المتوقع أن تكون هنالك تحديات إقتصادية مع فقدان عائدات النفط إنخفاض بنحو ٧٥ بالمائة [٤] فى أعقاب إنفصال جنوب السودان، وضاعف من ذلك إنخفاض المساعدات الخارجية لأن العالم لا يزال يكافح للتعافى من الأزمة المالية. يجب بذل كل جهد مُمكن للحفاظ على البرامج التى تساعد الأطفال، حتى لا يضيع التقدم المُحرز على مدى السنوات العديدة الماضية. برامج وشبكات الأمان الحكومية، مثل التحويلات النقدية المشروطة، وبرامج الغذاء مقابل التعليم، جعل من المُمكن إستقرار ألاطفال فى المدارس، وضمان صحة وتغذية الأطفال، وحمايتهم من حالات الإستغلال. هذه هى تدابير تم إتخاذها لمواجهة التقلبات الدورية ومن شأنها إستباق حماية السكان المُعرضين للخطر فى أوقات الأزمات الإقتصادية أو الركود.

٢ منظمة الصحة العالمية واليونيسف، التقدم فى الصرف الصحى ومياه الشرب: تحديث ٢٠١٠، جنيف ونيويورك، ٢٠١٠ ص ٢٥
٣ صندوق الأمم المتحدة للسكان ، لايجب أن تموت المرأة وهي تهب الحياة ، حقائق وأرقام ١، ورد ذكرها فى خدمات الصحة للأمومة وحديثى الولادة بالسودان : نتائج تحليل الاوضاع (مجلس السكان) المشروع – الخرطوم فبراير ٢٠١٠
٤ صندوق النقد الدولى ، آفاق الاقتصاد الاقليمى : الشرق الأوسط آسيا الوسطى ، ٢٠١١ ص ١٨

إنشاء الأُطُر القانونية الوقائية

يجب وضع حقوق الطفل فى أولويات الولايات وحمايتها وتطبيقها بصرامة بموجب قوانين محددة. على الصعيدين القومى والولائى، فقد تم بالفعل الكثير من التقدم المُحرز فى تقديم وتصديق تشريعات هامة تثبت الحماية الإجتماعية وشبكات الأمان للأطفال. بعض الولايات، مثل ولاية جنوب كردفان، إستمرت ونجحت فى هذا المجال على الرغم من النزاع المسلح. القوانين التالية هى بالفعل موجودة، وتكون بمثابة أمثلة على ما يُمكن إنجازه من أجل حقوق الطفل:

- قانون الطفل (٢٠١٠): أصدر السودان قانون الطفل الإتحادى فى مارس ٢٠١٠. قانون جديد يُحدد المعالم ويصف الطفل بأنه أى شخص يقل عمره عن ١٨ سنة، ويزيد من سن المسؤولية الجنائية من سبع سنوات إلى ١٢ سنة، ويُجرم إستغلال الأطفال وسوء المعاملة. ويُحدد القانون أيضاً نظام قضاء شامل للأحداث، ويحظر تجنيد الأطفال فى القوات والمجموعات المسلحة ويتضمن أحكاماً لإطلاق سراحهم وإعادة الإدماج.
- قوانين ولائية تُجرم ختان الإناث: قانون الطفل القومى لا يُجرم ختان الإناث، ومع ذلك هذه الممارسة غير قانونية فى أربع ولايات : جنوب كردفان (قانون الختان، ٢٠٠٨)، البحر الاحمر (قانون الطفل الولائى ٢٠١١) القضارف (قانون الطفل الولائى ٢٠٠٩)، وغرب دارفور (قانون الطفل الولائى ٢٠٠٨). النسخ المتماثل للقانون القومى هو أمر حتمى، جنباً إلى جنب مع المزيد من التنفيذ حيثما وجد بالفعل.
- خطة العمل القومية لتسجيل المواليد: لقد تم بالفعل صياغة خطة وتوضيح مهام مختلف الأطراف المعنية وتشمل السجل المدنى - وزارة الداخلية، ووزارة الصحة والجهاز المركزى للإحصاء.
- قانون القوات المسلحة السودانية (٢٠٠٧) : تمشياً مع قانون الطفل، قانون القوات المسلحة السودانية يحظر تجنيد أشخاص دون سن ١٨ عاما فى القوات المسلحة.
- مُسودة سياسة المياه والصرف الصحى: فى الوقت الراهن فى عملية الموافقة من قبل مجلس الوزراء، تهدف السياسة إلى توفير فرص الحصول على المياه وتحسين خدمات الصرف الصحى فى جميع المدارس بحلول عام ٢٠١٦.

التقدم المُحرز فى إصلاح التشريعات جدير بالثناء. ومع ذلك، فقد ظهرت بعض الفجوات بين تنفيذ حقوق الطفل والتشريعات الأخرى القائمة. يجري حالياً صياغة الدستور السودانى الجديد. إن إدماج مواد محددة بشأن حقوق الطفل فى هذا الدستور الجديد بمثابة ضمان لدمج معايير حماية الطفل فى جميع القوانين القومية. يجب توسيع الموارد والإلتزام من أجل ضمان تنفيذ القوانين القائمة.
لقد وفر إنشاء وحدات حماية الأسرة والطفل التابعة لقوات الشرطة فى ١٤ ولاية لبنة فى تحقيق العدالة للأطفال. نوعية الخدمات تتطلب المزيد من التعزيز لمكافحة الإفلات من العقاب لمرتكبى العنف ضد الأطفال، وضمان حقوق الأطفال المتهمين بإرتكاب جرائم. مطلوب أيضاً بذل جهد كبير لتعزيز قدرات الباحثين الإجتماعيين فى تنفيذ مسئولياتهم القانونية عن رعاية وحماية الأطفال.

التصدى للتباين وعدم المساواة

أوضح هذا التقرير أن التباين وعدم المساواة موجود فى كل ولاية. الفقر والأمية ظواهر ريفية إلى حد كبير. الذكور فى المناطق الحضرية الأكثر إحتمالاً للتسجيل والبقاء فى المدرسة، بينما الإناث فى المناطق الريفية والرُحل الأقل إحتمالاً. الأطفال فى الخُمس الأغنى من السكان يحصلون على الضعف من اللقاحات اللآزمة لحماية أنفسهم من الخُمس الأشد فقر. أطفال الرحل أعلى نسبة في عدم التسجيل عند الميلاد، مما يجعلها شريحة غير مرئية للولاية. إحتمالات حصول أطفال الحضر على مرافق الصرف الصحى المُحسنة ثلاثة أضعاف أطفال الريف تقريباً. حتى داخل المناطق الحضرية ذات الأداء الأفضل، لا تزال شريحة أطفال الشوارع مستبعدة من الخدمات الإجتماعية الأساسية.
هذه الفوارق ناتجة عن قلة الموارد والتخصيص غير المتكافئ لموارد القطاعين العام والخاص، بالإضافة إلى الحلول الآنية لبعض المشاكل، بالإضافة إلى ذلك، فقد أغفلت الجهود المبذولة للوصول إلى تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية فى كثير من الأحيان الأطفال الأكثر حوجة والفئات الأضعف فى صالح تلك الفئات التى يسهل الوصول إليها.

الوصول إلى الأطفال الأكثر ضعفاً حتمى للمساواة الإجتماعية والنمو الإقتصادى. وجدت دراسة حديثة لليونيسف أن إستهداف المناطق النائية يمُكن فى الواقع من تسريع التقدم نحو تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية. مقابل صرف ١ مليون دولار أمريكى، يُمكن تجنب إضافة نحو ٦٠ بالمائة من الوفيات. سبب هذه العوائد المرتفعة يرجع إلى أن معظم الفئات الضعيفة من السكان يميلون إلى: ارتفاع معدلات الخصوبة وبالتالي انجاب عدد اكبر من الأطفال وارتفاع معدلات وفيات الأطفال الناجمة عن الأسباب التي يمكن تجنبها بسهولة، والاستفادة اكثر من التدخلات عالية المردود.[٥]

٥ صندوق الأمم المتحدة للأطفال (اليونسيف) ، تقليص الفجوات للوفاء بالأهداف ، مدينة نيويورك ،٧ سبتمبر ٢٠١٠

الخطوة الأولى هى تحديد الأطفال الأكثر عرضة للخطر. البيانات الموثوقة التى جُمعت من خلال المسح السودانى لصحة الأسرة (٢٠١٠) ، والمسح القومى الأساسى للأسر المعيشية، والتعداد والمسوحات القومية الأخرى هي مكان الإنطلاق لإبراز الفئات ومناطق التدخلات . البيانات هى أداة قوية لقيادة السياسات والبرامج، التى كثيراً ما تهمل الأكثر ضعفاً. على سبيل المثال، سياسات مثل التعليم المجانى والإلزامى ومجانية تسجيل المواليد مهمة، ولكن البيانات تُظهر أنه ما تزال هناك حواجز لإستخدامها فى المناطق الريفية. وقد أثبتت حوافز مثل التحويلات النقدية وبرامج التغذية المدرسية فعالية فى زيادة الإلتحاق بالمدارس بين الفتيات والفئات الأكثر ضعفاً [٦]. فى حالاتٍ أخرى، المسألة مجرد بناء القدرات من خلال زيادة وتحسين الموارد، مثل المزيد من المرافق الصحية مع توفير الموظفين المؤهلين.

فى ولاية النيل الأزرق ،على سبيل المثال ، أدى الجمع بين بناء وتأهيل فصول صديقة للأطفال وتدريب المعلمين وبرنامج التغذية المدرسية فى زيادة إلتحاق أطفال الصف الأول بين عامي ٢٠٠٩ و٢٠١٠ ، بما فى ذلك ١٣٢٠ من أطفال الرُحل. خلال الفترة نفسها، إرتفعت نسبة الفتيات المسجلات فى الصف الأول من ٤٣ الى ٤٧,٦ بالمائة.

فيما يتعلق بالمياه والصرف الصحى، تم الإنتهاء مؤخراً من السياسة القومية للمياه والصرف الصحى (فى إطار عملية الإجازة) هنالك بيانات واضحة عن أولويات المجتمع المحلى على مستوى المياه والصرف الصحى فى الحصول على الخدمات التى سوف تساعد على تقليل الفوارق.

ضمان الإنتقال من الصراع إلى التنمية

الصراعات المسلحة فى بعض أجزاء السودان كان لها التأثيرات المباشرة وغير المباشرة على نوعية ومستوى الأداء فى البلاد وتأخير التقدم المُحرز نحو تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية. ينبغى فى ظل هذه الظروف، تعزيز الجهود المبذولة لوضع آليات التصدى لحقوق الأطفال فى مكانها. وتشمل :

- توفير التعليم الآمن فى حالات الطوارئ؛
- تسريح وإعادة دمج الأطفال المرتبطين بالجماعات المسلحة.
- تحديد وجمع شمل الأطفال المُنفصلين عن أُسرهم أثناء حالات النزاع.
- توفير الوصول الآمن للعاملين فى المجال الإنسانى إلى المناطق المُتضررة من النزاع.
- ضمان إستمرارية الصحة والتعليم والمياه والصرف الصحى وغيرها من الخدمات الأساسية عند عودة النازحين إلى ديارهم ومجتمعاتهم.

هناك آمال كبيرة لعصر جديد من السلام فى ولايات دارفور، على طول الحدود بين السودان وجنوب السودان. مع ذلك، فإن إنتهاء الصراع يثير مجموعة جديدة من التحديات. ما يقدر ب ٢,٥ مليون نازح يعيشون فى السودان. الآن، الحكومة والأمم المتحدة تدعمان العودة الطوعية للنازحين داخلياً، لا سيما فى منطقة دارفور. ولذا فمن المهم تحسين الوضع فى أماكن عودة العائدين بحيث يكون الحصول على الخدمات الأساسية كافياً.

فى جنوب دارفور، تفيد تقارير وزارة التعليم (SMoE) الولائية بأن ما لا يقل عن ٣٨٥ مدرسة لا تعمل بسبب إنعدام الأمن. ويتفاقم النقص فى المرافق مع محدودية المعلمين واللوازم. فى غرب دارفور، لا يوجد سوى ١٠ مستشفيات و ١٣ مركزاً صحياً لخدمة الولاية بأكملها بعدد سكانها ال ١,٣ مليون شخص(تعداد عام ٢٠٠٨ [٧]). الألغام الأرضية والذخائر غير المنفجرة لا تزال تشكل تهديداً كبيراً فى ولاية جنوب كردفان. حددت أحد الدراسات أن ٤٨ لغم يؤثر على ٢٩٣,٠٠٠ من السكان فى المجتمعات المتأثرة بالألغام. هذا العدد من المرجح أن يزداد فى ضوء الصراع فى عام ٢٠١١ [٨]. لضمان إستمرار التقدم لابد من بذل جهود كبيرة ومستمرة.

فى غياب سياسة وطنية للنازحين، لا بد من تعزيز المبادئ التوجيهية الدولية لتأمين الحماية والمساعدة للنازحين داخلياً فى أوقات النزوح وكذلك أثناء العودة وإعادة الإدماج. المبادئ التوجيهية حول النزوح الداخلى وإطار الحلول الدائمة[٩]، على سبيل المثال، ينبغى نشرها وأخذها فى الاعتبار عند تحديد استدامة العودة[١٠].

٦ منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلوم والثقافة والتعليم (اليونسكو)، التقرير العالمي لرصد التعليم للجميع ٢٠١١ : الأزمة الخفية : النزاعات المسلحة والتعليم ، باريس ٢٠١١ ص ٨٠
٧ حكومة السودان، الجهاز المركزى للاحصاء «الكتاب الاحصائى لعام ٢٠٠٩»، الخرطوم ٢٠٠٩ ص ٢٣١.
٨ مكتب اللامم المتحدة للالغام، مسح تاثيرات الالغام الارضية، ٢٠١٠
٩ الذي أعده ممثل الأمين العام للأمم المتحدة المعني بالنازحين داخليا في أعقاب طلب من الجمعية العامة للأمم المتحدة ومفوضية الأمم المتحدة لحقوق الإنسان؛ وثيقة الأمم المتحدة. E/CN٤/١٩٩٨/٥٣Add٢؛ متاح في إطار مكتب تنسيق الشؤون الإنسانية، المبادئ التوجيهية بشأن التشرد الداخلي، سبتمبر ٢٠٠٤.
١٠ بروكينغز، مشروع بشأن النزوح الداخلي، "عندما ينتهي النزوح"، إطار الحلول دائمة للنازحين داخليا، مايو ٢٠٠٧.

الشراكات

التقدم المُحرز حتى الآن تم دعمه وتعزيزه من شركاء يعملون معاً من أجل الأطفال. هؤلاء الشركاء ليسوا فقط مؤسسات حكومية ومُنظمات غير حكومية ولكن أيضاً المجموعات المحلية والمنظمات الدينية والآباء والأطفال أنفسهم.
أحد الأمثلة الجيدة فى الشراكة هو الشروع مؤخراً فى نهج المجموعات من خلال إنشاء مجموعات عمل قطاعية. هذه المجموعات توفر إستجابة منسقة لحالات الطوارئ من خلال الإعتماد على الخبرات الفردية للمُنظمات المتعددة. تلعب المؤسسات الحكومية دوراً رئيسياً وقيادياً على المستوى الميدانى.

واحدة من أكبر العقبات التى تواجه الشراكات اليوم هى محدودية الوصول إلى بعض أكثر المناطق ضعفاً فى السودان .
وثمة تحدٍ آخر هو العمل من أجل الحفاظ على الشراكات فى غير المناطق المتضررة من الصراع، فى ظل المناخ المالى الصعب السائد اليوم. الأزمات الحالية فى أبيي وجنوب كردفان ودارفور تحول الإنتباه بعيداً عن الصراعات اليومية فى بعض المناطق. فى البحر الأحمر، على سبيل المثال، الشراكة الهامة بين اليونيسف وبرنامج الغذاء العالمى فى برنامج الغذاء مقابل التعليم ستحل عام ٢٠١٢ بإنسحاب برنامج الغذاء العالمى من الولاية بسبب القيود المالية. عندما توضع الميزانيات، ويُستقطب الدعم، يجب ألا يُنسى الأطفال فى هذه الولاية.

جمع البيانات

البيانات المُصنفة حسب النوع والعمر والدخل ومكان السكن شرط مسبق لفهم أفضل السبل للإستجابة لإحتياجات الأطفال. توجه البيانات عملية صنع القرار فى جميع المجالات، من تخطيط التعليم إلى تحديد مطلوبات المعدات للعيادات الصحية، والتحضير لعودة وإعادة توطين المشردين داخلياً. للسودان إنجاز كبير فى مجال جمع البيانات.
على سبيل المثال، ساهم المسح الأساسى للأسرة الذى أجراه الجهاز المركزى للإحصاء، فى تحليل وفهم الظروف المعيشية فى السودان من خلال المسوحات الثلاث (١٩٦٧ ، ١٩٧٨ ، ٢٠٠٩). التعداد السكانى أيضاً له أثر كبير فى تتبع الإتجاهات الديموغرافية منذ عام ١٩٥٧. المساهم الأخير لبيانات الأطفال هو المسح السودانى لصحة الأسرة، الذى تم أجراؤه شراكة بين حكومة السودان ومنظمة اليونيسف. وسيتم تحديث بيانات موقع (SudanInfo (http://www.devinfo.info/sudaninfo تبعاً لذلك.

يتزايد التركيز على أهمية جمع البيانات. بعض المؤسسات مثل المجالس الولائية لرعاية الطفولة (SCCWs) تعمل على تطوير قدرات نظام جمع المعلومات إستناداً على متطلبات برامج الوكالات. هذه البيانات يتم إستخدامها أساساً لتلبية متطلبات التقارير، كما ويستفاد منها فى صنع القرار. تجدر الإشارة أيضاً لفرق الباحثين الإجتماعيين التى تصل إلى المجتمعات المحلية وتوثق الحالات.

قطاع المياه والصرف الصحى والنظافة يحافظ على أمتداد البلاد على قاعدة بيانات فعالة تُقدم تقارير جيدة وأنظمة خرط تضم حوالى ٣٠,٠٠٠ سجل من مرافق المياه المتاحة والصرف الصحى والنظافة الصحية على مستوى المجتمع المحلى والمدارس. الموقع الإلكترونى للقطاع ايضاً فعال ويُقدم التقارير الفنية والإدارية للمياه والصرف الصحى. ومع ذلك، لا تزال هناك حاجة للتحسينات فى نوعية وإكتمال والإستفادة من المعلومات.

كذلك هناك بعض التحسن فى نظام المعلومات الصحية والتغذية. نتائج الدراسة التى اجُريت حول الحسابات الصحية القومية توفر فهماً أفضل لإستخدام خدمات صحة الأسرة، والنفقات الصحية ومصادر تمويل الصحة ومقدمو الخدمات الصحية الرئيسيين فى السودان.

مشروع تطوير نظام إدارة معلومات التعليم (EMIS)، الذى أطلقته وزارة التعليم، يلبى الإحتياجات لوجود نظام لإدارة المعلومات كما ويمكن من رصد مُخرجات التعلم ومساعدة واضعى السياسات فى إتخاذ القرارات القائمة على الدلائل لإدارة قطاع التعليم العام وصياغة السياسات.

ولكن التحديات لا تزال قائمة. كما فى بعض الحالات، مثل منطقة جبل مرة بجنوب دارفور، ضُعف جمع البيانات هو إشارة لمحدودية الإتصال بين أصحاب المصلحة والمجتمعات المحلية. مجال حماية الطفل خصوصاً يفتقر لبيانات موثوق بها.

يجب الإستمرار فى تطوير نُظم جديدة وتحسين نُظم جمع البيانات القائمة بحيث تكون روتينية ومُصنفة حسب النوع والدخل والجغرافيا والعمر وأكثر قدرة على تحديد الفئات الضعيفة. البيانات النوعية ضرورية أيضاً للتحليل العميق وخاصة فى مجالات الأسباب الجذرية للقضايا الحساسة والمعقدة، مثل ختان الإناث وغيرها من الممارسات التقليدية التى تؤثر على الأطفال والنساء.
لبناء توافق فى الآراء بشأن إستراتيجيات جمع البيانات وتفادى الإزدواجية فى الجهود، يحتاج الجهاز المركزى للإحصاء إلى التعاون مع الوكالات الوطنية وكذلك مع المنظمات الدولية لتوحيد الأدوات والأساليب فى تنفيذ مسوحات الأسرة، ودعم إنشاء قواعد البيانات القطاعية. وينبغى لليونيسف وغيرها من وكالات الأمم المتحدة دعم قدرة الحكومة فى ضمان الجودة وتقنيات المسح التحليلى.

معاً من أجل النساء والأطفال

مما لا شك فيه أن التقدم المُحرز خلال السنوات الأخيرة قد أنقذ العديد من الأرواح. الآن، الفرصة فى متناول اليد. تمر البلاد الآن بعهد جديد من السلام، ينبغى أن يصاحبه عهداً جديداً من التقدم. لا حاجة للإنتظار فالمعلومات والبيانات للعمل موجودة وتقود لتركيز وتحديد أوضح للمناطق والإحتياجات المطلوبة والإنجازات المحتملة. مع إرادة سياسية قوية وإلتزامات مالية كافية وشراكة مكرسة ليستطيع السودان ضمان حماية وإثراء أهم موارده: أبنائه.

يونيسف
معاً من أجل الأطفال

منظمة الأمم المتحدة للطفولة. مكتب السودان. ص.ب ١٣٥٨. قطعة رقم ٦،
المنشية. السودان، تلفون: ٦٧٠ ٥٥٣ ١٥٦ (٠) ٢٤٩+
بريد الكتروني: khartoum@unicef.org
الموقع الكتروني: www.unicef.org/sudan/Arabic

المجلس القومي لرعاية الطفوله - الأمانة العامة
شارع البرلمان - جنوب مركز تطوير الإدارة
البريد الكتروني: info@nccw.gov.sd
الموقع الكتروني: www.nccw.gov.sd