

يونسف  
لكل طفل



الأطفال ذوو الإعاقة  
في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا:  
لمحة إحصائية عن عافيتهم



© منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف)، شعبة البيانات والتحليل والتخطيط والرصد، تشرين الأول/أكتوبر 2022  
يمنع إعادة إنتاج أي جزء من هذا المنشور بدون إذن مسبق. يمنح الإذن بالنشر مجاناً للمنظمات التعليمية واللاربحية. لطلب الإذن أو أي معلومات أخرى عن هذا المنشور، يرجى التواصل مع:

قسم البيانات والتحليل في اليونيسف

شعبة البيانات والتحليل والتخطيط والرصد

United Nations Plaza, New York, NY 10017, USA 3

هاتف: +12123267000 بريد إلكتروني: data@unicef.org

اتخذت اليونيسف جميع الاحتياطات للتأكد من صحة المعلومات الواردة في هذا المنشور. للاطلاع على البيانات المحدثة بعد الإصدار، يرجى زيارة <data.unicef.org>.

المرجع الأساسي: اليونيسف، **الأطفال ذوو الإعاقة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا: لمحة إحصائية عن عافيتهم**، اليونيسف، نيويورك، 2022.

مصادر الصور: الغلاف: © Elwa Design Studio, © Eric Krull on Unsplash, Adobe © Stock: © ProstoSvet, © isavira, © bigjom, © ronstik, © Noey smiley, © Anneke, © Adam Ján Figel, © Jarretera, © Irina Vorontsova, © chitlada, © arinahabich, © Gudellaphoto, © converse677, © charles taylor, © klavdiyav, © igishevamaría, © mariesacha, © Alrandir, © Дарья Колпакова, © vejaa, © Tierney, © Moon Safari, © kzdанowska, © New Africa, © \_nastassia, © UNICEF/UN0276039/Herwig; Page 4: © Elwa Design Studio, © Alis Photo, © Arcansél, © converse677, © kzdанowska; Back cover: © Elwa Design Studio

قادت كلوديا كايا (قسم البيانات والتحليل، مقر اليونيسف) عملية إعداد هذا المنشور بدعم من الاستشارية المستقلة كلير تومسون. وساهم منخبادار جغدر (قسم البيانات والتحليل، مقر اليونيسف) في معالجة البيانات. وساعد الاستشاري المستقل براشانت رانجان فيرما في ميزات الوصول. وتولى لويس جنسن تحرير التقرير وصممه إيرا بورت (وهما استشاريان مستقلان). وقدم ملاحظات ومساهمات قيّمة كل من روكايا أيدارا، وبرتراند بينفيل، وشيرين كياني، وأديل خضر، وليوناردو مينشيني (من مكتب اليونيسف الإقليمي للشرق الأوسط وشمال أفريقيا)، وأنتوني مكدونالد (يونيسف قطر)، وتايلر أندرو بورت وجيفر ريكيجو (قسم البيانات والتحليل في مقر اليونيسف). يتضمن التقرير مواد من تقرير اليونيسف العالمي: **الاهتمام، والرعاية، والإدماج: استخدام البيانات لتسليط الضوء على عافية الأطفال ذوي الإعاقة**، الذي أُعد بمساهمات عدد من الخبراء الإضافيين. للاطلاع على قائمة المساهمين كاملة، يرجى الرجوع إلى التقرير المذكور.

تم إعداد هذا التقرير بتمويل أساسي لليونيسف وبمنحة سخية من وزارة الخارجية والتجارة الأسترالية. وقد أُعد من أجل مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية 2022.

# المحتويات



26 لكل طفل الحق في بيئة  
أسرية حاضنة خالية من  
العنف



20 لكل طفل الحق في  
العيش والازدهار



12 لكل طفل الحق في  
الرعاية



6 مقدمة



5 توطئة



46 الملحق الفني

52 الملاحظات



42 إعمال حقوق جميع  
الأطفال في منطقة  
الشرق الأوسط وشمال  
أفريقيا



38 لكل طفل الحق في  
حياة سعيدة خالية من  
التمييز



32 لكل طفل الحق في  
التعلم

الأطفال ذوو الإعاقة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا: لمحة إحصائية عن عاقبتهم





## توطئة

ذوي الإعاقة، ودفعت إلى إجراء تحليلات جديدة وأسفرت عن معرفة أكبر. وتستخدم هذه الأدوات تعريفاً شاملاً للإعاقة يقوم على الصعوبات الوظيفية مقابل التشخيص الطبي. وتعتبر الإعاقة سلسلة متصلة تشمل الاعتلالات التي لا تكون مرئية أو واضحة بسهولة ولكنها تؤثر على قدرة الطفل على ممارسة الحياة اليومية. وهذه المعلومات تساعد الحكومات في صياغة برامج مناسبة وموجهة بعناية.

في العام الفائت، أصدرت اليونسيف تقرير **الاهتمام، والرعاية، والإدماج: استخدام البيانات لتسليط الضوء على عافية الأطفال ذوي الإعاقة**. وتضمن أول تقديرات عالمية وإقليمية عن الأطفال ذوي الإعاقة وعافيتهم في أبعاد متعددة. والتقرير الحالي هو منتج ثانوي لذلك التحليل العالمي ويقدم بيانات جمعت من الشرق الأوسط وشمال إفريقيا. وهو يركز على أربع دول أجرت المسح العنقودي متعدد المؤشرات في السنوات الأخيرة، وهي الجزائر والعراق ودولة فلسطين وتونس. ويزود صناع القرار بأدلة حاسمة من أجل وضع سياسات وبرامج تمنح جميع الأطفال - وخاصة ذوي الإعاقة - فرصاً متساوية في الحياة.

انضموا إلينا في الرحلة لتحقيق هذا التغيير!

### أديل خضر

مديرة مكتب اليونسيف الإقليمي  
في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا

هناك أكثر من 20 مليون طفل من ذوي الإعاقة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. بكلمة أخرى، هناك طفل من كل سبعة أطفال في المنطقة لديه صعوبات وظيفية. والإعاقة ليست ظاهرة دوماً، وغالباً ما يغفل عنها الآخرون.

ومعظم الأطفال ذوي الإعاقة في المنطقة معزولون عن المجتمع أو يواجهون الإقصاء ضمن مجتمعاتهم. وهم غالباً لا يستطيعون التعلم، وبناء الصداقات، واللعب، والاستمتاع بالأنشطة الترفيهية. وكثيراً ما يُحرمون من حقهم في الرعاية المناسبة والتغذية الكافية والخدمات الصحية الجيدة والتعليم، ناهيك عن الحماية الاجتماعية، أو تنال هذه اهتماماً ثانوياً. يحدث هذا رغم التزامات الدول بدعم هؤلاء الأطفال، والمصادقة شبه الشاملة من دول المنطقة على اتفاقية حقوق الطفل واتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، وكذلك مصادقتها على أجندة التنمية المستدامة 2030 وتعهدتها بعدم إهمال أحد.

ومنذ سنوات عديدة، يساهم نقص البيانات والتحليلات الدقيقة في تقليل تقديرات عدد الأطفال ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى خدمات، مما أدى في كثير من الأحيان إلى الإقصاء والإهمال الشديدين. وتتواصل هذه الانتهاكات وهذا التهميش للحقوق بعد بلوغ الأطفال سن المراهقة وتؤدي بالعديد منهم إلى حياة التبعية والفقير.

والحقيقة أن هذا الواقع ليس قدرًا محتوماً. فالأدوات الجديدة لجمع البيانات - التي اعتمدها برامج مسح الأسر المعيشية كالمسوح العنقودية متعددة المؤشرات وعمليات التعداد السكاني - زادت بشكل كبير من توفر البيانات عن الأطفال

## مقدمة

هناك قرابة 21 مليون طفل من ذوي الإعاقة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. ولكل واحد منهم - كأبي طفل في العالم - الحق في التنشئة السليمة والدعم من خلال رعاية وتعليم ملائمين، وتغذية كافية وحماية اجتماعية، والتمتع باللعب وأوقات الفراغ. بيد أنهم يُحرَمون من هذه الحقوق في أحيان كثيرة. ولهذا الحرمان أسباب متنوعة بينها الوصم، ونقص توفر الخدمات، وتغليب الطابع المؤسسي، والحواجز المادية، لكن العواقب هي نفسها للأسف. عندما يُهمَّش هؤلاء الأطفال في المجتمع، تتضاءل فرصهم في العيش والازدهار، وكذلك آفاقهم في تحقيق مستقبل مشرق.

في عام 2015، تمحورت أجندة التنمية المستدامة 2030 حول التعهد بعدم إهمال أي شخص. فهي تدعو إلى الالتزام بضمان تحقيق جميع أهداف التنمية المستدامة السبعة عشر، التي تتضمن 169 مقصداً، لصالح جميع أفراد المجتمع. وتشدد على الوصول أولاً إلى الفئات الأكثر إهمالاً، وضمنهم حكماً الأطفال ذوو الإعاقة وأسراهم. ولطالما تعرقل رصد عملية إدراج الأطفال ذوي الإعاقة في مشاريع التنمية بسبب الافتقار إلى بيانات دقيقة وشاملة. ولكن السنوات الأخيرة شهدت جهوداً متجددة لسد هذا النقص في البيانات. وأدى ابتكار أدوات جديدة لجمع البيانات إلى زيادة كبيرة في توفر وجودة البيانات عن الأطفال ذوي الإعاقة، وتعزيز التحليلات الجديدة والمساهمة في زيادة توليد المعرفة.

وهذا التقرير يمثل شهادة على هذه الجهود. ويتضمن بيانات قابلة للمقارنة دولياً من أربعة بلدان في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا ويغطي 18 مؤشراً لعافية الأطفال - من التغذية والصحة والتعليم إلى الحماية من العنف والاستغلال والتمييز. كما يعرض تقديرات عالمية وإقليمية للأطفال ذوي الإعاقة مستمدة من أكثر من 1000 مصدر بيانات، بينها 95 مصدراً من دول الشرق الأوسط وشمال أفريقيا.

يهدف التقرير إلى تشجيع استخدام هذه البيانات لإلقاء مزيد من الضوء على أوضاع الأطفال ذوي الإعاقة في المنطقة، والتوصل إلى فهم أكمل لتجاربهم الحياتية. وهو يقدم لصناع القرار أدلة حاسمة لتنفيذ الالتزامات، الأخلاقية والقانونية على حد سواء، بمنح جميع الأطفال فرصاً متساوية في الحياة.



## فهم الإعاقة عند الأطفال

في تأدية الوظائف. على سبيل المثال، الأطفال المصابين بالحسر (قصر البصر) ولا يستطيعون الحصول على خدمات تشخيص ونظارات سيجدون صعوبة في الرؤية، بينما الذين يحصلون عليها لن يواجهوا هذه الصعوبة.

علاوة على ذلك، تتفاوت مشاركة الأطفال الذين يواجهون صعوبات وظيفية متشابهة في المجتمع بسبب الحواجز المادية والثقافية ومعوقات التواصل. لذلك فإن الوصول إلى الأجهزة المساعدة والتكنولوجيا والخدمات، فضلاً عن العيش ضمن علاقات تربوية سليمة وأعراف ومعتقدات اجتماعية إيجابية، عوامل بالغة الأهمية لتعزيز دمج جميع الأطفال، بغض النظر عن إعاقاتهم.

### الاهتمام بالأطفال ذوي الإعاقة

يمثل توفر بيانات عن الأطفال ذوي الإعاقة تحدياً دائماً بسبب القيود المرتبطة باستخدام تعاريف ضيقة وغياب منهجية موحدة لجمع البيانات. صحيح أن معظم البلدان أعدت تقديرات لعدد الأشخاص ذوي الإعاقة، لكن استخدام أدوات قياس مختلفة يحد من صحة البيانات وقابليتها للمقارنة. فتعريف الإعاقة المستخدم في أداة معينة لجمع البيانات هو الذي يقرر من الذي يوصف بأنه من ذوي الإعاقة ومن سيدرج في تقييم الأدلة. والتصورات النظرية المختلفة والاختلافات في تطبيق مفهوم الإعاقة يؤثر تأثيراً مباشراً على جودة البيانات المجمعة وفائدتها. تاريخياً، ركزت مقاييس الإعاقة على جوانب الأداء الجسدي والحسي، بينما أُغفلت المجالات الأخرى بدرجة كبيرة، لا سيما تلك المتعلقة بالأداء النفسي والاجتماعي. كما شاع استخدام لغة الوصم أو إصدار الأحكام المسبقة في بعض الدراسات الاستطلاعية المستخدمة لتعريف الإعاقة.

من القيود الإضافية على إنتاج بيانات عالية الجودة عن الأطفال ذوي الإعاقة تلك المتعلقة بالبروتوكولات المستخدمة لجمعها. فالتقريب غير الشاملة في جمع البيانات وتحليلها يمكن أن تؤدي إلى استخلاص أدلة غير دقيقة أو غير كاملة أو غير ذات صلة أو مضللة<sup>1</sup>. وغياب الشمولية قد يؤدي إلى إهمال ذوي الإعاقة وال فشل في تحديدهم، وهذا يفاقم الإقصاء ويمنع تنفيذ الجهود في المجالات التي تشتد فيها الحاجة إليها. وإضافة إلى الاعتبارات الخاصة بقياس الإعاقة بشكل عام، فإن تحديد الأطفال ذوي الإعاقة يفرض تحديات إضافية. فمجالات الأداء الوظيفي التي تشير إلى وجود إعاقة عند الطفل الصغير تختلف عن تلك الموجودة لدى الأطفال الأكبر سناً وبالغين.

الأطفال ذوو الإعاقة فئة شديدة التنوع من السكان. فهي تضم الأطفال الذين ولدوا مع مرض وراثي يؤثر على نموهم البدني أو العقلي أو الاجتماعي؛ أو الذين تعرضوا لإصابة خطيرة أو نقص في التغذية أو عدوى ساهمت في صعوبات وظيفية طويلة الأمد؛ أو الذين تعرضوا لسموم بيئية سببت تأخراً في النمو. وتشمل هذه الفئة أيضاً الأطفال الذين أصيبوا بالقلق أو الاكتئاب نتيجة أحداث مُكرّبة في الحياة.

الإعاقة مفهوم معقد ومتطور باستمرار، يشمل جوانب من وظائف الجسم وهيكله (الإعاقات)، والقدرات (ومقياسها هو القدرة على ممارسة الأنشطة الأساسية دون أي شكل من أشكال المساعدة)، والأداء (ويُقاس بقدرة الفرد على ممارسة هذه الأنشطة الأساسية نفسها باستخدام التكنولوجيات المساعدة والمساعدات المتاحة). وبحسب اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، تنشأ الإعاقة من التفاعل بين حالات صحية أو إعاقات معينة وبين بيئة غير ملائمة تعيق مشاركة الفرد الكاملة والفعالة في المجتمع على قدم المساواة مع الآخرين. ويعتمد إطار التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والعجز والصحة نموذجاً من ثلاثة مستويات لوصف مفهوم الإعاقة. فبحسب هذا التصنيف، يمكن أن تحدث الإعاقة بأحد الأشكال التالية:

- ضعف في الأداء الوظيفي للجسم أو في بنيته (مثال: السادّ أو إعتام عدسة العين، الذي يمنع مرور الضوء ويضعف البصر أو يدمره)
- محدودية في النشاط (مثال: ضعف الرؤية أو عدم القدرة على الرؤية أو القراءة أو المشاركة في أنشطة أخرى)
- تقييد المشاركة (مثال: الاستبعاد من المدرسة أو من المشاركة في فعاليات ومهام اجتماعية أو ترفيهية أو غيرها).

يعرّف إطار التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والعجز والصحة الإعاقة ضمن نموذج بيولوجي-نفسى-اجتماعي، يدمج العوامل المتعلقة بالفرد مع تلك المتعلقة ببيئته. في المقابل، يعرّف النموذج الطبي الإعاقة بأنها مشكلة ناتجة عن حالة طبية. وقد قاد الوعي بأهمية دور الظروف الاجتماعية في تعريف الإعاقة إلى صياغة النموذج الاجتماعي الذي يعرف الإعاقة ليس فقط كحالة طبية أو تشخيص طبي، بل بأنها فشل السياسات والبيئات الثقافية والمادية في استيعاب الاختلافات



أساساً أفضل لتحديد الأطفال ذوي الإعاقة. ولأغراض المشاركة الاجتماعية وتكافؤ الفرص، فإن وضع الأداء الوظيفي - وكيفية تأثيره على حياة الشخص المعني - له أهمية أكبر من السبب (الطبي أو غير الطبي) لأن الأطفال الذين لديهم الحالات أو الإعاقات نفسها قد يواجهون درجات مختلفة جداً من الصعوبات.

على سبيل المثال، قد يعاني طفل مصاب بالشلل الدماغي من ضعف طفيف في الكلام ولكن يمكن فهمه بسهولة بينما قد لا يستطيع طفل آخر يعاني من الحالة نفسها التحدث إطلاقاً، مما يجعل التواصل معه في غاية الصعوبة. وبعض هذه الصعوبات يُعدّ «إعاقة» بينما بعضها الآخر ليس كذلك. يتكون **نموذج القدرات الوظيفية للطفل** من استبيانين، أحدهما يتضمن 16 سؤالاً للأطفال الفئة العمرية 2-4 سنوات والآخر 24 سؤالاً للفئة العمرية 5-17 سنة. تُطرح الأسئلة على الأمر أو القائم الأساسي على رعاية الطفل المعني. وهي مصممة لتحديد الصعوبات بناء على نطاق من الشدة. ولتعكس درجة الصعوبة الوظيفية بشكل أدق، يتم تقييم كل مجال على مقياس للتصنيف. بالإضافة إلى جمع البيانات عن المجالات المتعلقة بالأداء الجسدي والحسي والمعرفي، يتضمن نموذج القدرات الوظيفية للطفل أسئلة عن صعوبات الأداء النفسي والاجتماعي. وهذه الأسئلة تحدد الأطفال الذين يواجهون صعوبات في التعبير عن المشاعر والتحكم بها، وقبول التغييرات، والتحكم في السلوك، وتكوين الصداقات. ففي حين يعاني جميع الأطفال أحياناً من الهموم أو الحزن أو القلق، فقد تكون هذه المشاعر لدى بعض الأطفال أكثر حدة وتكراراً لدرجة تزيد مخاطر تسربهم من المدرسة أو انسحابهم من الحياة الأسرية أو المجتمعية أو حتى إيذاء أنفسهم. ينبغي تفسير الإبلاغ عن القلق أو الاكتئاب كمؤشر على تلك الحالات، وليس بوصفه تشخيصاً سريرياً. ولا ينبغي استخدام النتائج لتقييم الخصائص الوبائية لأي مرض أو إعاقة؛ فهذه النتائج تمثل مؤشرات على مدى انتشار الصعوبات الوظيفية المتوسطة أو الشديدة التي يمكن أن تعرض الأطفال، لدى اجتماعها مع مختلف المعوقات الأخرى، لخطر متزايد بعدم المشاركة والإقصاء.

ومع أن نموذج القدرات الوظيفية للطفل وُضع واختُبر في الأصل للاستخدام مع الدراسات الاستطلاعية والتعدادات السكانية، فإن العمل متواصل لتجريب استخدامه مع مصادر البيانات الأخرى، بما فيها السجلات الإدارية. وتشمل هذه الجهود اختبار الأسئلة في نظم إدارة معلومات التعليم والصحة. لقد أعدّ نموذج القدرات الوظيفية للطفل بالتشاور مع منظمات معنية بذوي الإعاقة، وأطراف معنية أخرى.

على سبيل المثال، السؤال عن صعوبات الرعاية الذاتية مناسب للأطفال الأكبر سناً لكنه غير مناسب للأطفال الصغار. كما أن قياس الصعوبات الوظيفية معقد لأن الأطفال، خاصة الأصغر عمراً، يتطورون بمعدلات متفاوتة. لذلك، فإن تحديد الصعوبات الوظيفية لدى الأطفال يحتاج إلى معرفة الاختلاف المعتاد في النمو بالمقارنة مع تأخر النمو أو نتيجة إعاقة معينة. ويتطلب قياس الإعاقة بين الأطفال أدوات مصممة خصيصاً لتعكس اتساع المجالات الوظيفية ذات الصلة بالأطفال. وفي مرحلة الطفولة، يعني ذلك مراعاة جميع مجالات الوظائف الجسدية والنفسية والاجتماعية والحسية والمعرفية. كما ينبغي أن يشمل المقياس الشامل للإعاقة جميع أنواع العوامل الفردية والبيئية التي يمكن أن تمنع الأطفال من تنمية المهارات وبناء علاقات جديرة بالثقة وتمنع مشاركتهم الكاملة والفعالة في المجتمع على قدم المساواة مع الآخرين.

### طريقة جديدة لتحديد الأطفال ذوي الإعاقة في جهود جمع البيانات

لمعالجة مشكلة نقص البيانات عن أوضاع الأطفال ذوي الإعاقة على الصعيد العالمي، طورت اليونيسف وفريق واشنطن المعني بإحصاءات الإعاقة نموذج القدرات الوظيفية للطفل لاستخدامه في التعداد السكاني والدراسات الاستطلاعية. يهدف النموذج إلى تقديم تقديرات لعدد ونسبة الأطفال الذين يواجهون صعوبات وظيفية من إجمالي السكان. وهو يغطي أطفال الفئة العمرية 2-17 عاماً ويقيّم صعوبات أدائهم في مجالات مختلفة<sup>2</sup>. ويتوافق مع النموذج البيولوجي-النفسي-الاجتماعي للإعاقة، مع التركيز على وجود صعوبات وظيفية ومستوياتها وليس على بنية الجسم أو حالته الصحية. على سبيل المثال، قد يكون تقييد الحركة ناجماً عن شلل دماغي أو فقدان أطراف أو عن شلل أو حثل عضلي أو إصابات في النخاع الشوكي. وقد تنجم المشكلات السلوكية عن التوحد أو اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه أو عن اضطرابات نفسية. إن اعتماد إحصاءات الإعاقة على أسئلة تستفسر عن حالات صحية قابلة للتشخيص أمر إشكالي. فالكثير من القائمين على الرعاية قد لا يعرفون تشخيص حالة أطفالهم، خصوصاً إذا كانت تنطوي على اضطرابات عقلية ونفسية-اجتماعية؛ ومعرفة التشخيص مرهونة غالباً بمستوى التعليم وبالحالة الاجتماعية والاقتصادية والوصول إلى الخدمات الصحية، وكلها قد تسبب التحيز في البيانات المجمعة. والأسئلة التي تركز على الأفعال الأساسية، كتلك الموجودة في نموذج القدرات الوظيفية للطفل، توفر

تم إنشاء 76 مصدراً للبيانات باستخدام مجموعة متنوعة من الأدوات، اعتمدت على تعاريف متنوعة، وتطرح أعداداً مختلفة من الأسئلة ذات الصياغة المختلفة (الجدول 1). بيد أن استخدام أدوات غير معيارية إشكالي، لأن المنهجيات والأساليب المختلفة قد تنتج تقديرات مختلفة جداً عن الأطفال ذوي الإعاقة، حتى ضمن البلد نفسه، ويتمخض عنها بيانات متفاوتة الجودة والنطاق (الشكل 1). وبالفعل، تباينت نسب الأطفال ذوي الإعاقة الذين تم تحديدهم من مصادر البيانات المختلفة المذكورة في بلدان الشرق الأوسط وشمال أفريقيا تبايناً كبيراً، حيث تراوحت التقديرات من 0.1% بين أطفال الفئة العمرية 0-14 سنة في مصر (تعداد 1976)، إلى 29% بين أطفال الفئة العمرية 2-9 سنوات في اليمن (المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2006).

في ضوء ما سبق، تجدر الإشارة إلى أن معظم عمليات جمع البيانات من السكان في هذه المنطقة طوال العقد الماضي استخدمت أدوات مثل نموذج القدرات الوظيفية للطفل وقائمة فريق واشنطن المختصرة حول القدرات الوظيفية، وكليهما ينتج بيانات قابلة للمقارنة دولياً. ويمثل هذا الاتجاه خطوة إيجابية نحو تعزيز توفر وجودة البيانات عن الأطفال ذوي الإعاقة في المنطقة. ومع استمرار وتوسع جهود جمع البيانات في مختلف بلدان الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، يجب على تلك البلدان مواصلة إعطاء الأولوية لجمع البيانات عن الأطفال ذوي الإعاقة باستخدام نموذج القدرات الوظيفية للطفل. وبفعل ذلك، تستطيع ضمان أعمال حقوق جميع الأطفال في الاهتمام والرعاية وعدم الإهمال.

**الجدول 1** عدد مصادر البيانات عن الأطفال ذوي الإعاقة في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، حسب الأداة المستخدمة لتحديد هؤلاء الأطفال

عدد مصادر البيانات	
5	نموذج القدرات الوظيفية للطفل
14	قائمة فريق واشنطن المختصرة
76	أدوات أخرى

كان دور المنظمات المذكورة مفيداً جداً في تصميم النموذج، بما في ذلك مشاركتها في اختبارها ميدانياً. كما خضع النموذج لمراجعة مكثفة من قبل خبراء آخرين وجرى اختبارها في بلدان عديدة لتحديد جودة الأسئلة ومدى فهمها. وفي آذار/مارس 2017، أوصى بيان مشترك صادر عن العديد من وكالات الأمم المتحدة ودولها الأعضاء ومنظمات معنية بذوي الإعاقة وأطراف معنية أخرى باستخدام النموذج كأداة مناسبة لتصنيف بيانات أهداف التنمية المستدامة للأطفال 5. وأدى تصميم نموذج القدرات الوظيفية للطفل وتعميمه في إطار برنامج المسح العنقودي متعدد المؤشرات، لأول مرة، إلى إصدار بيانات قابلة للمقارنة على الصعيد الوطني بشأن الأطفال ذوي الإعاقة. كما قامت بلدان عديدة أيضاً بإدراج النموذج في الدراسات الاستطلاعية ذات التمثيل الوطني. وقد أصدر أكثر من 50 دولة تقديرات بحلول أيلول/سبتمبر 2022، ويتوقع توفر البيانات من 10 دراسات استطلاعية أخرى على الأقل خلال العامين المقبلين.

## توفر البيانات عن الأطفال ذوي الإعاقة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا

إن القيود التي تعيق توفر بيانات الأطفال ذوي الإعاقة وجودتها وإمكانية مقارنتها في عموم العالم موجودة أيضاً في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. فقد جمعت كل بلدان هذه المنطقة بعض البيانات عن الأطفال ذوي الإعاقة، ومعظمها لديه أكثر من مصدر واحد للبيانات، مما يعني أن البيانات جُمعت على فترات متكررة. وخلال العقود الستة الماضية، قام أكثر من 95 مصدراً بإنتاج بيانات على مستوى السكان عن الأطفال ذوي الإعاقة (51 تعداداً و44 دراسة استطلاعية). ويعود أقدم تلك المصادر إلى عام 1964 وأحدثها إلى عام 2020. وقد استند خمسة من هذه المصادر الخمسة والتسعين إلى نموذج القدرات الوظيفية للطفل؛ واستخدم أربعة من هذه المصادر الخمسة نموذج القدرات الوظيفية للطفل في إطار المسوح العنقودية متعددة المؤشرات المنفذة بين عامي 2018 و2020. وقام 14 مصدراً بجمع بيانات عن الأطفال باستخدام قائمة فريق واشنطن المختصرة عن القدرات الوظيفية، رغم حقيقة أن هذا النموذج المكون من ستة أسئلة صمّم لإنتاج بيانات قابلة للمقارنة دولياً عن البالغين ذوي الإعاقة 6. وبالتالي فهو لا يقدر بدقة نسب الأطفال ذوي الإعاقة (انظر الملحق الفني) ولا ينصح باستخدامه لجمع البيانات عن هذه الفئة السكانية.

واستبيانات المسح كلها معيارية بطبيعتها ويمكن تعديلها أو إعادة تصميمها لتلائم احتياجات البلد المعني. وتُجرى فرق عمل ميدانية مدربة مقابلات مع أفراد الأسر حول مجموعة متنوعة من الموضوعات - مع تركيز أساسي على القضايا ذات التأثير المباشر على حياة الأطفال والنساء. ويعد المسح العنقودي متعدد المؤشرات جزءاً لا يتجزأ من سياسات وخطط العديد من الحكومات في العالم ومصدر بيانات رئيسي لأكثر من 30 مؤشراً لأهداف التنمية المستدامة.

واعتباراً من عام 2016، أصبح نموذج القدرات الوظيفية للطفل وقائمة فريق واشنطن المختصرة بشأن القدرات الوظيفية للطفل جزءاً من المسح العنقودي متعدد المؤشرات، ويستخدمان لجمع البيانات عن أطفال الفئة العمرية 17-2 عاماً والنساء والرجال البالغين من الفئة العمرية 18 عاماً فأكثر، على التوالي. ويُدراج هاتين الأداتين، أصبح برنامج المسح العنقودي متعدد المؤشرات أكبر مصدر للبيانات القابلة للمقارنة دولياً عن الأطفال والبالغين ذوي الإعاقة. وعند تحليل البيانات المذكورة بمقارنتها مع المؤشرات الأخرى للمسح العنقودي متعدد المؤشرات، يمكن استخدامها لتوثيق أوجه اللامساواة التي يعاني منها ذوو الإعاقة في العالم أجمع.

صُمم برنامج المسح العنقودي متعدد المؤشرات لمساعدة البلدان في جمع وتحليل البيانات المتعلقة بأوضاع النساء والأطفال. ومنذ انطلاقه في منتصف تسعينيات القرن العشرين، مكن هذا المسح قرابة 120 دولة من جمع بيانات تمثيلية على المستوى الوطني وقابلة للمقارنة دولياً عن أكثر من 100 مؤشر رئيسي في مجالات مثل التغذية وصحة الطفل والوفيات والتعليم والمياه والصرف الصحي وحماية الأطفال وفيروس نقص المناعة البشرية ومرض الإيدز.

تولت اليونيسف إعداد المسح، بما فيه الاستبيانات والنماذج الأساسية حول مواضيع محددة، بالتشاور مع خبراء متخصصين من مختلف منظمات الأمم المتحدة و فرق الرصد المشتركة بين الوكالات. أما الدراسة الاستطلاعية، فتتولى تصميمها فرق قطرية وتنفذها مؤسسات محلية (المكاتب الإحصائية الوطنية عادة). والاستبيانات الأساسية هي استبيان الأسر المعيشية، واستبيان فردي للفتيات والنساء من الفئة العمرية 15-49 عاماً، واستبيان فردي للفتيان والرجال من الفئة العمرية 15 عاماً فأكثر، واستبيان عن الأطفال دون سن الخامسة (يوزع على الأمهات أو القائمين الأساسيين على الرعاية)، واستبيان عن أطفال الفئة العمرية 5-17 عاماً (يوزع أيضاً على الأمهات أو القائمين الأساسيين على الرعاية).

### الشكل 1: كيف يؤثر تصميم الاستبيان على تقديرات نسب الأطفال الذين يصنفون بين ذوي الإعاقة: مثال تونس



## لكل طفل الحق في الرعاية

توفر البيانات الأساس اللازم لفهم الأطفال ذوي الإعاقة ونطاق وعمق الحرمان الذي يعانون منه. ويمكنها تغيير حياة البشر عند استخدامها في جهود المناصرة وصياغة سياسات وبرامج تحويلية.

## المؤشرات ومصادر البيانات المستخدمة في هذا الفصل

وهذه تتضمن:

- الرؤية حتى باستخدام النظارات
- السمع حتى باستخدام تجهيزات سمع مساعدة
- المشي حتى باستخدام أجهزة أو بمساعدة آخرين
- فهمهم لحديث الآخرين أو فهم الآخرين لحديثهم
- التقاط الأشياء الصغيرة بأيديهم
- تعلم الأشياء
- اللعب

أطفال الفئة العمرية 5-17 عاماً الذين يظهرون غالباً أعراض شديدة من التوتر أو العصبية أو القلق أو الاكتئاب أو الحزن بشكل يومي و/أو يواجهون 'صعوبات كبيرة في أداء وظائف معينة' أو 'لا يستطيعون أداءها أبداً'. وهذه تتضمن:

- الرؤية حتى باستخدام نظارات أو عدسات لاصقة
- السمع حتى باستخدام تجهيزات سمع مساعدة
- المشي على الأرض المستوية حتى باستخدام أجهزة أو بمساعدة آخرين
- أداء نشاطات الرعاية الذاتية كتناول الطعام وارتداء الملابس بأنفسهم
- فهمهم عند التحدث مع الأشخاص داخل أسرهم أو خارجها
- تعلم الأشياء
- تذكر الأشياء
- التركيز على نشاطات يستمتعون بها
- قبول التغييرات في نظام حياتهم المعتاد
- السيطرة على سلوكهم
- التعرف على أصدقاء جدد

يتضمن الأطفال الذين يعانون من أكثر من صعوبة وظيفية واحدة جميع الأطفال الذين يواجهون صعوبات وظيفية في أكثر من مجال من المجالات المحددة أعلاه.

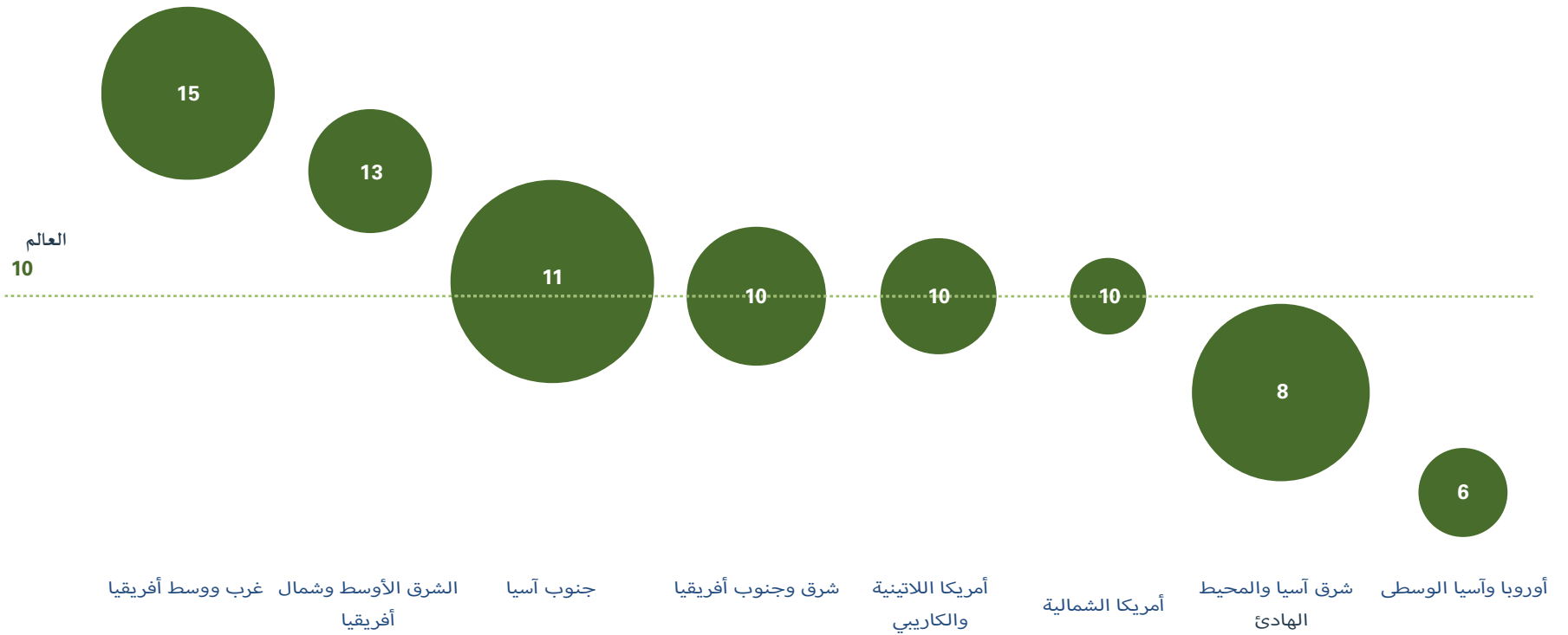
يهدف هذا التقرير إلى توليد أدلة عن الأطفال ذوي الإعاقة متوائمة إلى أقصى درجة ممكنة مع اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة والنموذج البيولوجي-النفسي-الاجتماعي للإعاقة. وقد استندت عملية وضع التقديرات العالمية والإقليمية على هذا الهدف الذي يتجسد في البيانات القطرية المجمعّة باستخدام نموذج القدرات الوظيفية للطفل. وانسجاماً مع هذا النهج، يكون معنى عبارة 'الأطفال ذوو الإعاقة' المستخدمة في الرسوم البيانية والجداول الواردة في هذا التقرير هو 'الأطفال الذين يواجهون صعوبات وظيفية'.

تعتمد التقديرات الإقليمية والعالمية الواردة هنا على معلومات عن الصعوبات أو القيود الوظيفية لدى الأطفال جمعت من أكثر من 100 مصدر بيانات مع بعض المقارنات الدولية. تضمن اختيار مصادر البيانات عملية شاملة لجمع البيانات وإجراء مشاورات مع خبراء وطنيين لمعالجة قيود توفرها وإمكانية مقارنتها لضمان عكس آرائهم في عملية اختيار البيانات وموائمتها وفي عملية وضع التقديرات. وفي حالة بلدان الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، تستند التقديرات الإقليمية على بيانات مأخوذة من 10 بلدان، خمسة منها طبقت نموذج القدرات الوظيفية للطفل وخمسة استخدمت قائمة فريق واشنطن المختصرة. تضم هذه البلدان العشرة 73% من أطفال المنطقة. ولاستخدام البيانات المستخلصة بواسطة أدوات مختلفة، استندت عملية وضع التقديرات على تحليلات بَعْدِيّة لنسب اعتبرت مناسبة لتفسير تفاوتات البيانات. يتضمن الملحق الفني في نهاية التقرير معلومات فنية تفصيلية عن وضع التقديرات ومصادر البيانات.

البيانات الواردة في هذا الفصل مأخوذة من المسح العنقودي متعدد المؤشرات الذي أجري في الجزائر والعراق ودولة فلسطين وتونس في الفترة 2018-2020. وتشمل فئة الأطفال الذين يعانون من صعوبة وظيفية واحدة أو أكثر:

أطفال الفئة العمرية 2-4 أعوام الذين يرفسون أو يعضون أو يضربون الأطفال الآخرين أو البالغين بشكل أكبر بكثير من الأطفال الآخرين بالعمر ذاته أو يعانون من 'صعوبات كبيرة' في أداء وظائف معينة أو 'لا يستطيعون أداءها أبداً'.

**يعاني 13 في المئة من أطفال الشرق الأوسط وشمال أفريقيا من إعاقات**  
الشكل 2: نسب أطفال الفئة العمرية 0-17 عاماً الذين لديهم إعاقات



من أصل 240 مليون طفل من ذوي الإعاقة في العالم ، يعيش 20.9 مليون في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا

الشكل 3: عدد أطفال الفئة العمرية 0-17 عاماً الذين لديهم إعاقات

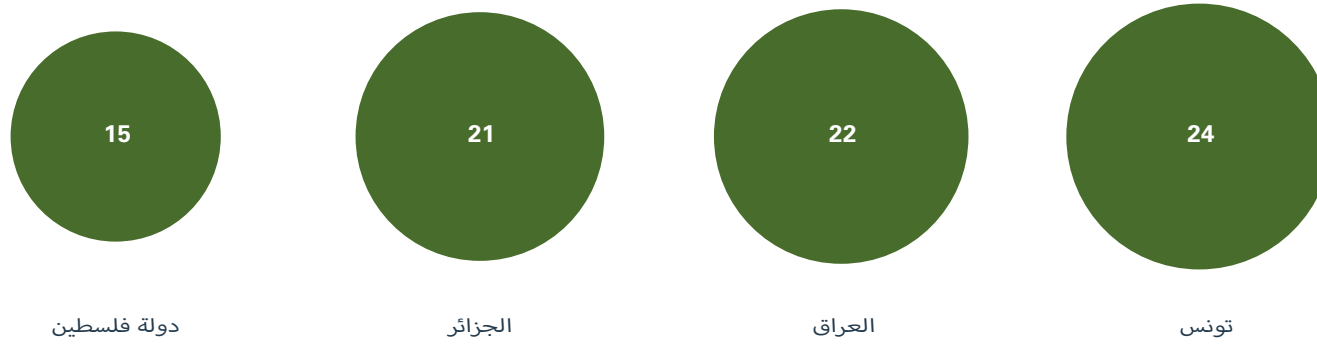


ملاحظة: تستند التقديرات العالمية إلى مجموعة فرعية من 103 بلدان ومناطق تضم 84% من من أطفال الفئة العمرية 0-17 سنة في العالم. أما التقديرات الإقليمية فتتمثل ببيانات تغطي قرابة 50% من أطفال المناطق المعنية.

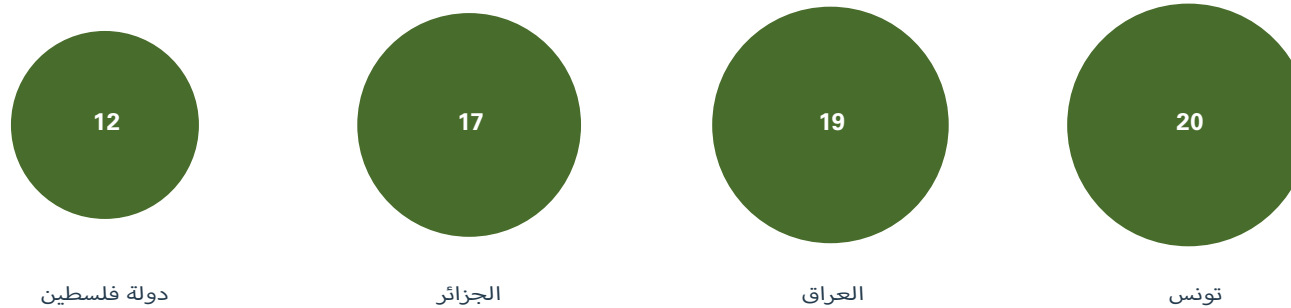
تتفاوت نسب الأطفال ذوي الإعاقة تفاوتاً كبيراً بين بلد وآخر، ولكنها الأعلى في تونس بين الأطفال من جميع الأعمار  
الشكل 4: نسب أطفال الفئة العمرية 4-2 عاماً الذين لديهم صعوبة وظيفية واحدة أو أكثر



الشكل 5: نسب أطفال الفئة العمرية 17-5 عاماً الذين لديهم صعوبة وظيفية واحدة أو أكثر

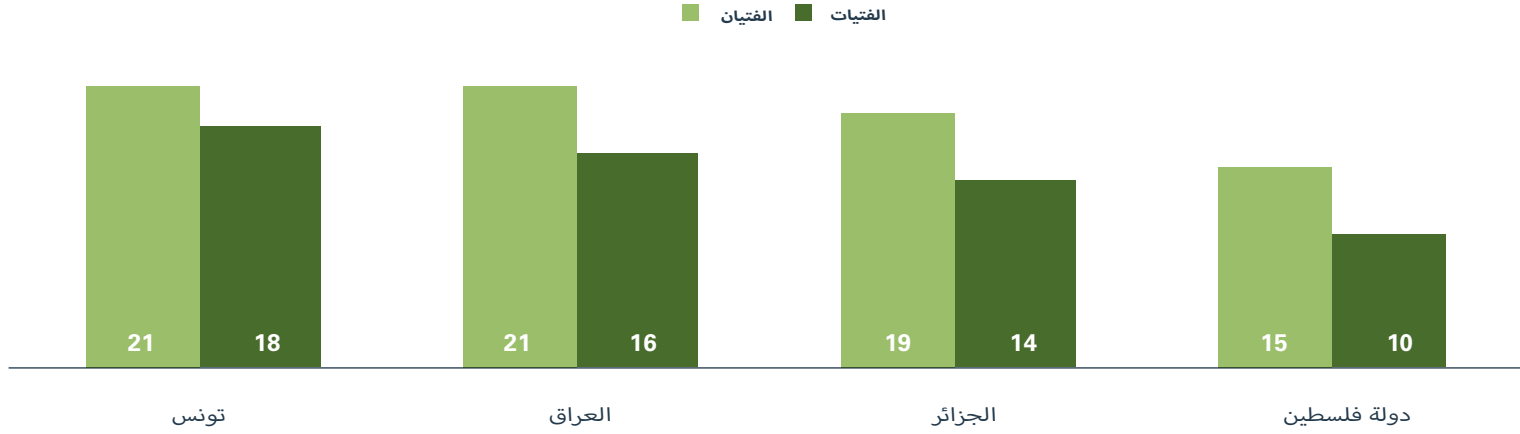


الشكل 6: نسب أطفال الفئة العمرية 17-2 عاماً الذين لديهم صعوبة وظيفية واحدة أو أكثر





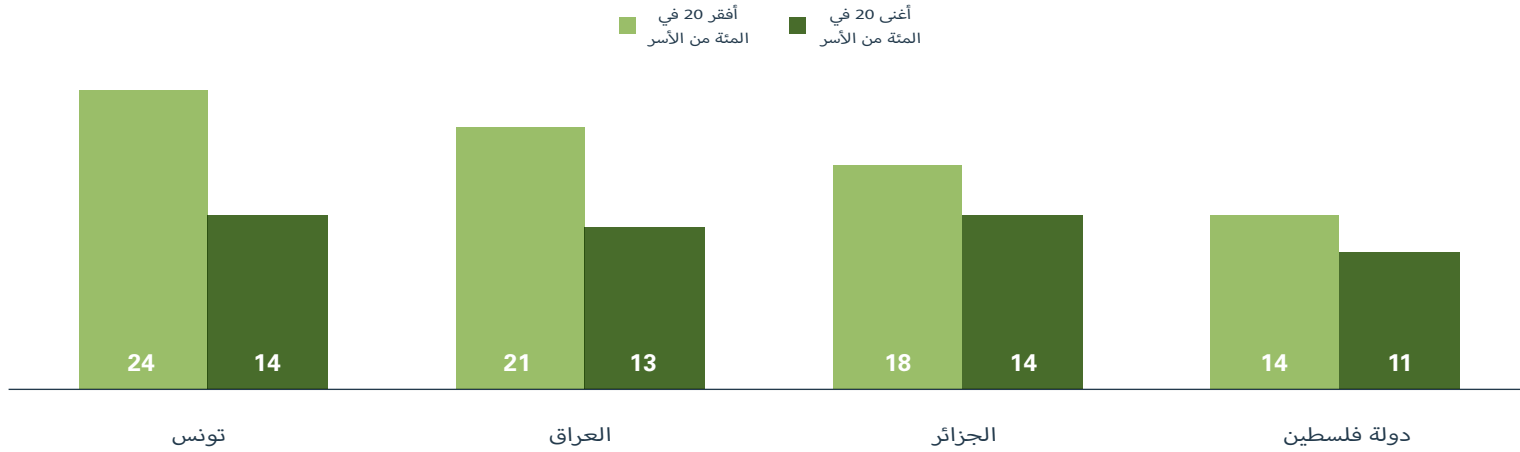
في معظم البلدان، تكون نسبة الفتيان الذين يواجهون صعوبات وظيفية أعلى بكثير من الفتيات  
**الشكل 7:** نسب أطفال الفئة العمرية 2-17 عاماً الذين لديهم صعوبة وظيفية واحدة أو أكثر



ملاحظة: الاختلافات في حالة تونس ليست مهمة إحصائياً.

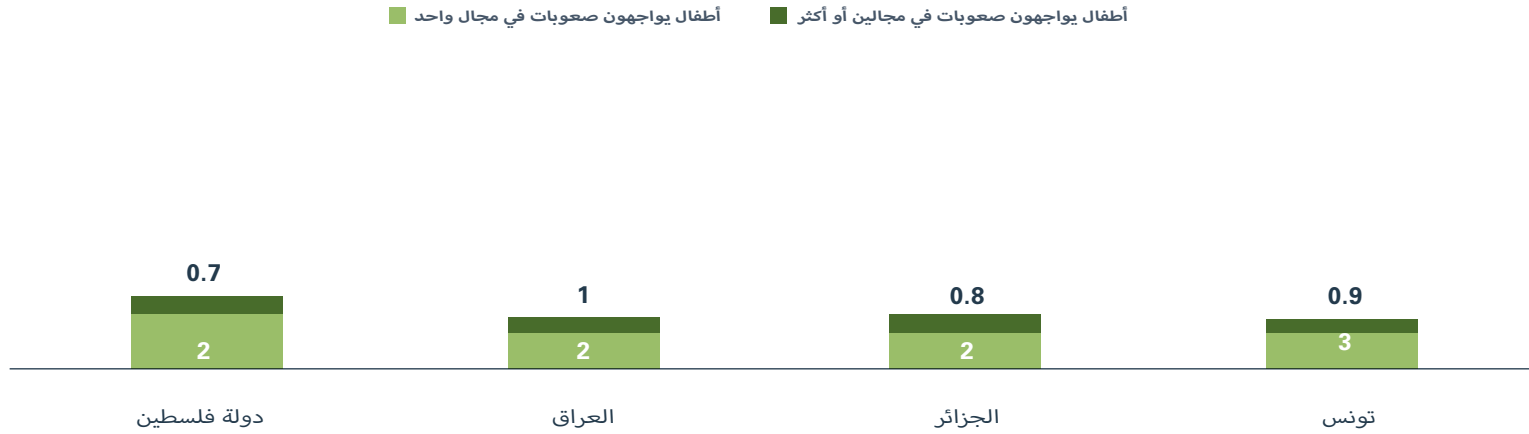
أطفال الأسر الأفقر يواجهون صعوبات وظيفية بنسب أعلى من أطفال الأسر الأغنى

**الشكل 8:** نسب أطفال الفئة العمرية 2-17 عاماً الذين لديهم صعوبة وظيفية واحدة أو أكثر



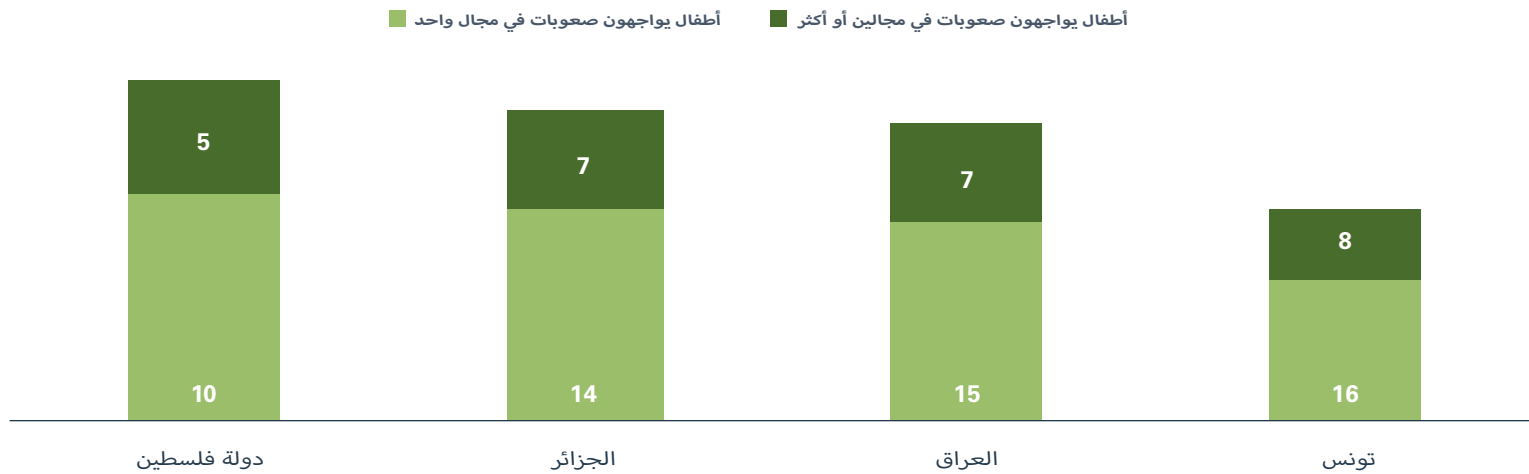
ملاحظة: الاختلافات في حالة دولة فلسطين ليست مهمة إحصائياً.

**الشكل 9: نسب أطفال الفئة العمرية 2-4 أعوام الذين لديهم صعوبة وظيفية واحدة أو أكثر يعاني معظم الأطفال ذوي الإعاقة من صعوبات وظيفية في مجال واحد فقط**



ملاحظة: بعض القيم في هذا الشكل غير متطابقة مع قيم الشكل 4 بسبب التقريب.

**الشكل 10: نسب أطفال الفئة العمرية 5-17 عاماً الذين لديهم صعوبة وظيفية واحدة أو أكثر**



تتفاوت نسب الأطفال الذين يواجهون صعوبات وظيفية بشكل كبير من مجال إلى آخر، ولكن الصعوبات النفسية-الاجتماعية هي الأعلى في جميع البلدان  
**الجدول 2:** نسب أطفال الفئة العمرية 2-17 عاماً الذين لديهم صعوبة وظيفية واحدة أو أكثر

تونس	دولة فلسطين	العراق	الجزائر		
0.9	0.6	0.7	0.9	الرؤية	17-2 عاماً
0.3	0.4	0.3	0.4	السمع	
1	1	2	1	المشي	
0.9	0.6	0.9	1	التواصل	
1	1	1	1	التعلم	
3	2	1	2	السيطرة على السلوك	4-2 أعوام
0.4	0.4	0.4	0.3	المهارات الحركية الدقيقة	
0.6	0.4	0.7	0.5	اللعب	
0.9	0.5	0.9	0.8	الرعاية الذاتية	71-5 عاماً
1	0.9	1	1	التذكر	
2	0.6	0.8	1	التركيز	
3	1	2	3	قبول التغيير	
2	1	1	1	التعرف على أصدقاء جدد	
17	10	16	13	علامات القلق	
4	2	7	4	علامات الاكتئاب	

## لكل طفل الحق في العيش والازدهار

لجميع الأطفال الحق في العيش والازدهار في حياة خالية من الأمراض أو الحالات الصحية الأخرى التي تؤثر على عافيتهم وأفاقهم المستقبلية<sup>7</sup> والحصول على تغذية كافية ورعاية صحية جيدة، بما فيها اللقاحات، عامل مهم جداً في منح هذا الحق لجميع الأطفال.

## المؤشرات ومصادر البيانات المستخدمة في هذا الفصل

البيانات الواردة في هذا الفصل مأخوذة من المسح العنقودي متعدد المؤشرات الذي أجري في الجزائر والعراق ودولة فلسطين وتونس في الفترة 2018-2020. انتشار أعراض التهابات الجهاز التنفسي الحادة: نسب أطفال الفئة العمرية 24-59 شهراً الذين أبلغت أمهاتهم عن إصابتهم بأعراض التهابات الجهاز التنفسي الحادة في آخر أسبوعين.

انتشار الإسهال: نسب أطفال الفئة العمرية 24-59 شهراً الذين أبلغت أمهاتهم عن إصابتهم بنوبة إسهال في آخر أسبوعين.

انتشار الحمى: نسبة أطفال الفئة العمرية 24-59 شهراً الذين أبلغت أمهاتهم عن إصابتهم بنوبة حمى في آخر أسبوعين.

انتشار نقص الوزن المتوسط والشديد: نسب أطفال الفئة العمرية 24-59 شهراً الذين يقل وزنهم بدرجتين معياريتين عن متوسط الوزن بالنسبة للعمر حسب معايير نمو الأطفال التي وضعتها منظمة الصحة العالمية.

انتشار تأخر النمو المتوسط والشديد: نسب أطفال الفئة العمرية 24-59 شهراً الذين يقل طولهم بدرجتين معياريتين عن متوسط الطول بالنسبة للعمر حسب معايير نمو الأطفال التي وضعتها منظمة الصحة العالمية.

## مشكلات التعاريف وتفسير البيانات

ظهر بعض النتائج في هذا الفصل وجود بعض القيود. فنظراً لأن نموذج القدرات الوظيفية للطفل لا يسجل المعلومات عن الأطفال إلا بعد بلوغهم السنتين من العمر، فإن هذه البيانات لا تغطي بعض النتائج المتعلقة بالصحة والتغذية التي قد تؤثر على الأطفال ذوي الإعاقة قبل هذا العمر. وهذا مهم لأنه قبل عمر عامين يكون احتمال إصابة الأطفال مرتفعاً، وقد تظهر تحديات أمام تقديم التغذية المبكرة لهم (صعوبات في الرضاعة الطبيعية مثلاً).

تظهر النتائج المتعلقة بأعراض الأمراض وتطورات الأمراض المبلغ عنها وجود بعض القيود. حيث يتم جمع أعراض التهابات الجهاز التنفسي الحادة لكشف



يشكل الأطفال ذوو الإعاقة نسبة كبيرة من الأطفال الذين لا يملكون بيانات أنثروبومترية (مقاييس الجسم). والسببان الرئيسيان لعدم وجود بيانات هما إما عدم أخذ مقاييس الأطفال أو جمع بيانات غير منطقية مقارنة بمعايير النمو المرجعية لدى منظمة الصحة العالمية. ولكن رغم أن النتائج المعروضة في هذا الفصل لا تحدد سبب غياب البيانات، فإنها تقدم فكرة عن صعوبات قياس أطوال وأوزان الأطفال ذوي الإعاقة، ومنها: (1) صعوبة أخذ مقاييس الأطفال ذوي الإعاقة (مثلاً، عند تشوه الأطراف نتيجة الإصابة بشلل الأطفال، وعدم إمكانية استخدام أدوات القياس بشكل صحيح)، وهذا قد ينتهي بعدم إجراء القياس نهائياً، (2) تدني جودة القياس بسبب عدم قدرة الطفل على الوقوف بشكل صحيح، وهذا يؤدي إلى أخذ مقاييس غير صحيحة، (3) معيار النمو المستخدم لتوليد الدرجات المعيارية لكل طفل قد يعطي قيمة غير منطقية. وهذا يعود إما إلى طريقة نمو الأطفال الذين لديهم إعاقات معينة أو إلى أخطاء في القياس تتفاقم بسبب حالة الطفل، مما يؤدي إلى استبعاد هؤلاء الأطفال من التقديرات. نتيجة هذه الأسباب مجتمعة، قد لا تصف النتائج المعروضة حالة تغذية جميع الأطفال ذوي الإعاقة بدقة.

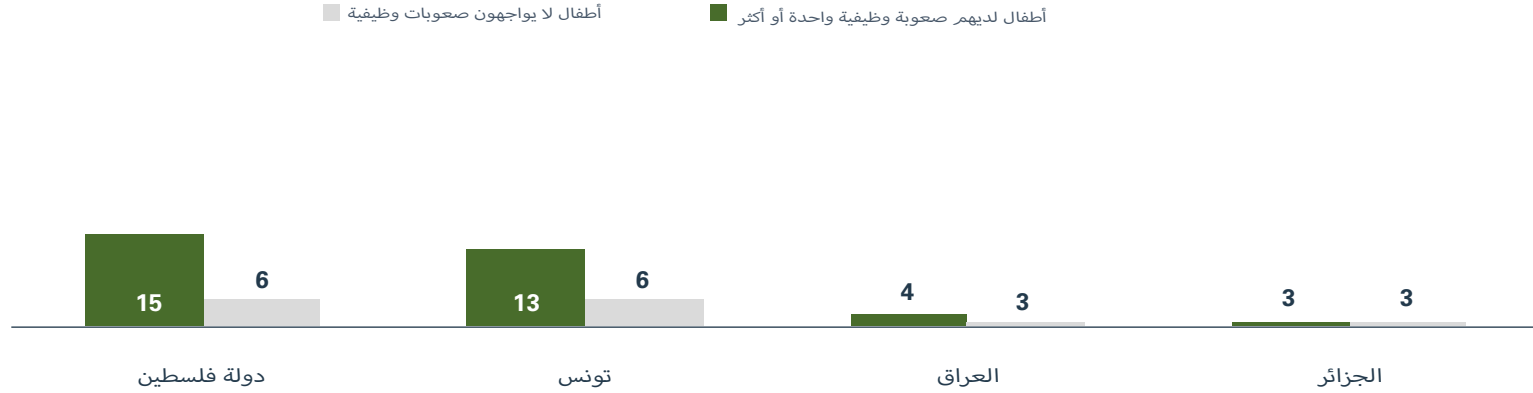
أعراض الالتهاب الرئوي الذي يعتبر سبباً رئيسياً في وفاة الأطفال دون سن الخامسة. وفي البيانات التي جرى تحليلها، اعتبر الطفل مصاباً بأعراض التهابات الجهاز التنفسي الحادة عند قيام الأم بالإبلاغ عن إصابته بمرض يتضمن السعال وسرعة التنفس أو صعوبته خلال الفترة المحددة (قبل المسح بأسبوعين)، واعتبرت هذه الأعراض ناتجة عن وجود مشكلة في الصدر أو انسداد الأنف أو سيلانه. واتباع هذا النهج منطقي في المسوحات الأسرية متعددة الموضوعات، ولكن يجب مراعاة تعاريف الحالات البسيطة عند تفسير النتائج وإمكانية الإبلاغ عن التحيزات وتذكرها. كما أن الإسهال والحمى والتهابات الجهاز التنفسي الحادة قد تكون مرتبطة بمواسم معينة وتتصف بسرعة انتشار أمراض متفشية محلية من منطقة إلى أخرى في فترات زمنية مختلفة. بالتالي، قد يؤثر توقيت المسح وموقع الفرق بشكل كبير على النتائج. لذلك، يجب تفسير هذه البيانات بحذر، وعدم استخدامها لتقييم الخصائص الوبائية للأمراض المسببة للحالة، فهي تقدم فقط مؤشراً على انتشار الأمراض في فترة زمنية قصيرة. وتستخدم هذه البيانات عموماً لتحديد السكان الذين يحتاجون إلى معالجة، وليس لقياس مدى الانتشار الفعلي. أخيراً، يجب عدم تفسير البيانات المتعلقة بأعراض التهابات الجهاز التنفسي الحادة ونوبات الإسهال والحمى حسب حالة الإعاقة على أنها تظهر وجود علاقة سببية. ولكنها قد تشير إلى وجود مستوى معين من الارتباط.

ولذلك، يجب توخي الحذر في تفسير النتائج المتعلقة بحالة التغذية. وإجراء القياسات البدنية في المسح العنقودي متعدد المؤشرات يتم عادة على يد مختصين مدربين وفق شروط موحدة تشمل استخدام موازين وألواح قياس رقمية معيارية. مع ذلك، يواجه جمع بيانات نمو الأطفال ذوي الإعاقة صعوبات أخرى. فالأطفال الذين لديهم إعاقات معينة قد لا ينمون بالطريقة ذاتها التي ينمو بها الأطفال الأصحاء. وهذا يؤدي إلى عدم إمكانية قياس صحتهم ونموهم باستخدام الأدوات القياسية بشكل صحيح أثناء المسوحات الأسرية كالمسح العنقودي متعدد المؤشرات. كما أن قياس طول ووزن الأطفال الذين لديهم إعاقات معينة قد يؤدي إلى أخطاء أكبر في القياس. أخيراً، تجدر الإشارة إلى أن منظمة الصحة العالمية وضعت معايير النمو الخاصة بها استناداً إلى أطفال ليس لديهم أي إعاقات جسدية. لذلك، بالرغم من إمكانية أخذ طول الأطفال ووزنهم، قد تكون مؤشرات التغذية القياسية (المستخدمة لقياس نقص الوزن وتأخر النمو) غير مناسبة لتقييم نمو الأطفال ذوي الإعاقة، ما يزيد صعوبة تفسير النتائج.



في دولة فلسطين وتونس، احتمال إصابة الأطفال ذوي الإعاقة بأعراض التهابات الجهاز التنفسي الحادة يفوق ضعف احتمال إصابة الأطفال الأصحاء بها

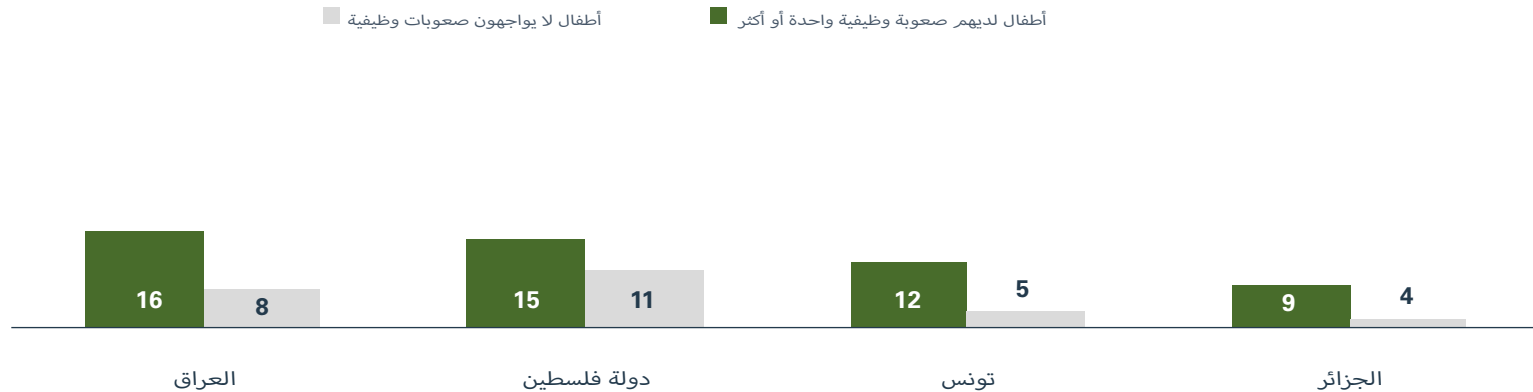
**الشكل 11:** نسب أطفال الفئة العمرية 24-59 شهراً الذين أبلغت أمهاتهم عن إصابتهم بأعراض التهابات الجهاز التنفسي الحادة في آخر أسبوعين



ملاحظة: الاختلافات في حالي الجزائر والعراق ليست مهمة إحصائياً.

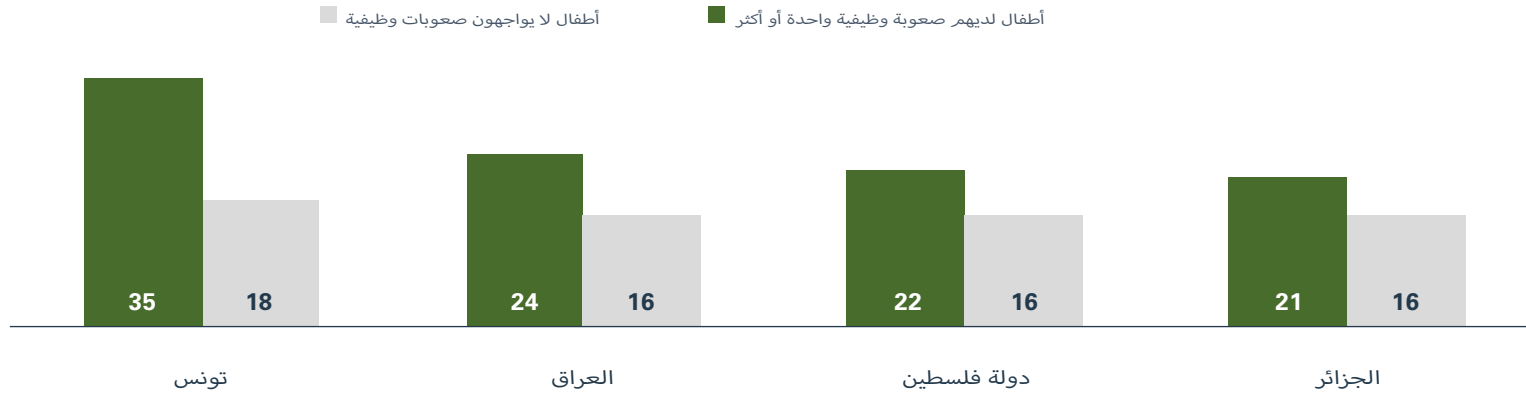
في جميع البلدان باستثناء دولة فلسطين، الأطفال ذوو الإعاقة أكثر عرضة للإصابة بنوبة إسهال مبلغ عنها مقارنة بالأطفال الأصحاء

**الشكل 12:** نسب أطفال الفئة العمرية 24-59 شهراً الذين أبلغت أمهاتهم عن إصابتهم بنوبة إسهال في آخر أسبوعين



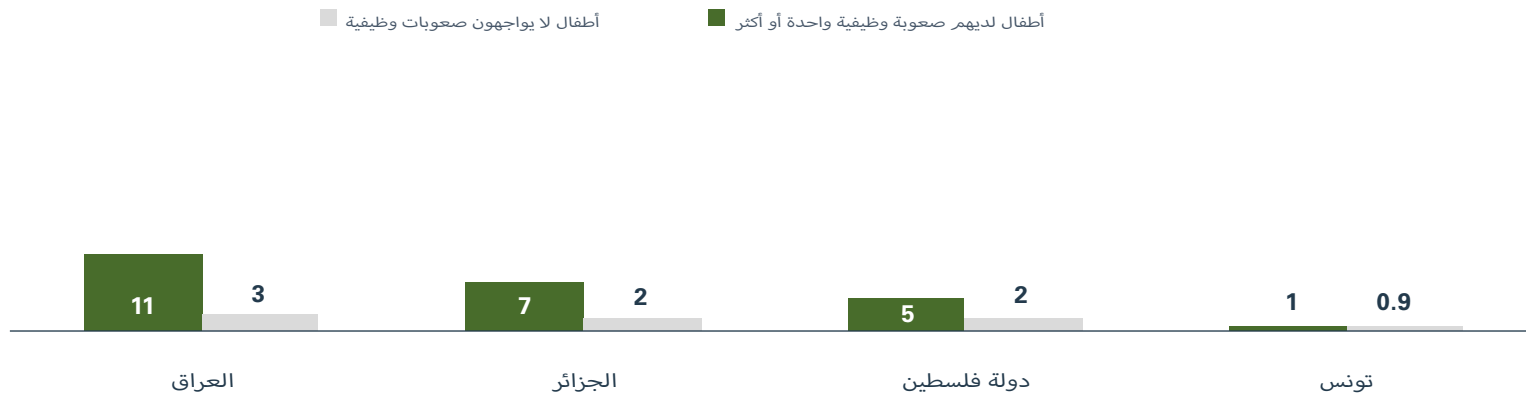
ملاحظة: الاختلافات في حالة دولة فلسطين ليست مهمة إحصائياً.

**في تونس، احتمال إصابة الأطفال ذوي الإعاقة بنوبة حمى مبلغ عنها أعلى بمرتين تقريباً من الأطفال الأصحاء**  
**الشكل 13:** نسب أطفال الفئة العمرية 24-59 شهراً الذين أبلغت أمهاتهم عن إصابتهم بنوبة حمى في آخر أسبوعين



ملاحظة: الاختلافات في حالي الجزائر ودولة فلسطين ليست مهمة إحصائياً.

**في العراق والجزائر، احتمال إصابة الأطفال ذوي الإعاقة بنقص الوزن أعلى بثلاث أضعاف مقارنة بالأطفال الأصحاء**  
**الشكل 14:** نسب أطفال الفئة العمرية 24-59 شهراً الذين يعانون من نقص الوزن

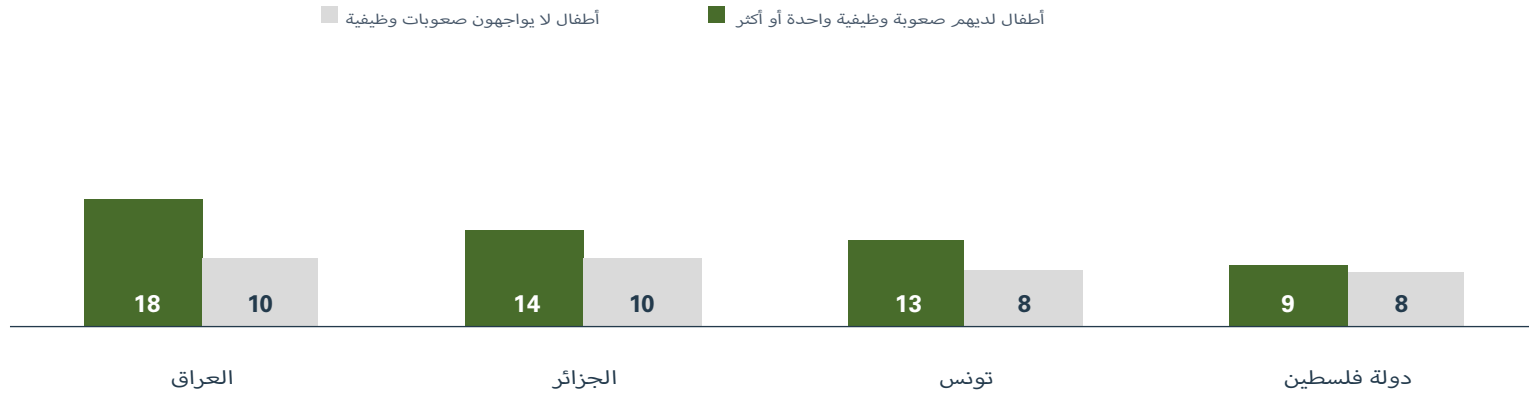


ملاحظة: الاختلافات في حالي دولة فلسطين وتونس ليست مهمة إحصائياً.



## في العراق، احتمال إصابة الأطفال ذوي الإعاقة بتأخر النمو أعلى بكثير من الأطفال الأصحاء

**الشكل 15:** نسب أطفال الفئة العمرية 24-59 شهراً الذين يعانون من تأخر النمو



ملاحظة: الاختلافات في حالات الجزائر ودولة فلسطين وتونس ليست مهمة إحصائياً.



## لكل طفل الحق في بيئة أسرية حاضنة خالية من العنف

لجميع الأطفال الحق في العيش في بيئة أسرية تخمرهم بالحب وتوفر لهم التغذية، والحماية من العنف، وفرص التعلم المبكر والرعاية الجيدة اللازمة للبقاء والنمو والازدهار.

دون عمر خمسة أعوام. ولكن، الأطفال دون عمر سنتين غير ممثلين في البيانات لأن نموذج القدرات الوظيفية للطفل لا يشملهم. بالتالي، لا تشمل النتائج الأطفال الأصغر سناً الذين يعتبر حرمانهم من الرعاية الجيدة والألعاب أمراً حاسماً.

يجب توخي الحذر عند تفسير النتائج المتعلقة بأساليب التأديب العنيفة بسبب عدم الإبلاغ عن استخدام هذه الأساليب مع نسبة كبيرة من الأطفال الذين يواجهون صعوبات وظيفية. فبالنسبة لهؤلاء الأطفال، كانت نتيجة الإجابة لم يتم الإبلاغ عن استخدام أي أسلوب تأديب أكثر بخمسة أضعاف من الأطفال الأصحاء، ما يعني وجود مشكلات في هذا المؤشر قد يكون لها تفسيرات متعددة. جُمعت بيانات هذا المؤشر من خلال طرح منظم المقابلة سؤالاً عن تعرض الأطفال لأساليب تأديب مختلفة إيجابية وسلبية. لذا، قد تختلف الأساليب المستخدمة مع الأطفال ذوي الإعاقة بشكل كبير عن تلك المستخدمة مع الأطفال الأصحاء. ولكن، لم يتم تسجيل هذه الأساليب بسبب عدم ذكرها في هذا المسح. وقد تشير إلى عدم تفاعل الوالدين مع الأطفال ذوي الإعاقة، وعدم تخصيص الوقت والجهد لتأديبهم، إيجابياً أو سلبياً.



© UNICEF/UN0445936/Karimi

## المؤشرات ومصادر البيانات المستخدمة في هذا الفصل

البيانات الواردة في هذا الفصل مأخوذة من المسح العنقودي متعدد المؤشرات الذي أجري في الجزائر والعراق ودولة فلسطين وتونس في الفترة 2018-2020.

التحفيظ المبكر والرعاية الجيدة: نسب أطفال الفئة العمرية 24-59 شهراً الذين شاركوا مع أحد أفراد الأسرة البالغين في أربع نشاطات أو أكثر لتقديم التحفيظ المبكر والرعاية الجيدة في آخر ثلاث أيام. تشمل النشاطات قراءة الكتب أو مشاهدة الكتب المصورة مع الأطفال، والغناء للأطفال أو بمشاركتهم، واصطحابهم للتنزه خارج المنزل، واللعب معهم، وتسمية الأشياء وعدها ورسمها للأطفال أو بمشاركتهم.

توفر كتب الأطفال: نسب أطفال الفئة العمرية 24-59 شهراً الذين لديهم ثلاثة كتب أطفال أو أكثر.

توفر الألعاب: نسب أطفال الفئة العمرية 24-59 شهراً الذين يلعبون بنوعين أو أكثر من الألعاب. تشمل الألعاب تلك المصنوعة في المنزل كالدمى والسيارات أو أي ألعاب أخرى مصنوعة في المنزل، والألعاب التي تباع في المتاجر، والأواني المنزلية كالصحن والقدر، والأشياء الموجودة في الخارج كالعصي والصخور وأصداف الحيوانات وأوراق الشجر.

العقاب الجسدي القاسي: نسب أطفال الفئة العمرية 2-14 عاماً الذين تعرضوا لعقوبة جسدية قاسية من القائمين على الرعاية في آخر شهر.

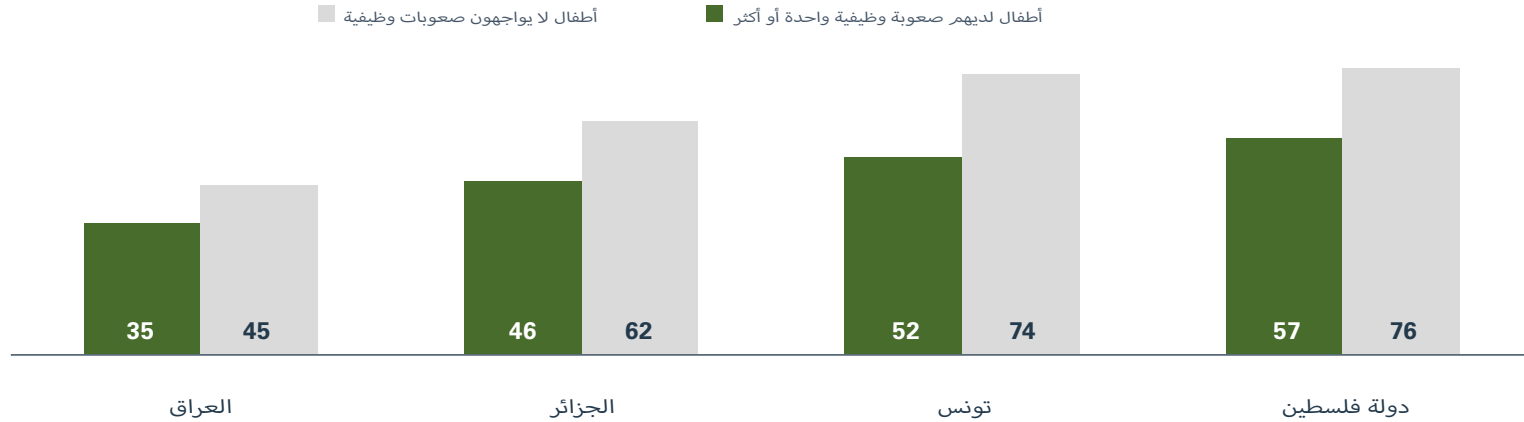
المواقف من العقاب الجسدي: نسبة أمهات أطفال الفئة العمرية 2-14 عاماً اللواتي يعتقدن أن العقاب الجسدي ضروري لتربية أطفالهن وتعليمهم بشكل صحيح.

## مشكلات التعاريف وتفسير البيانات

يتعلق أحد القيود العامة التي تنطبق على بعض المؤشرات بعمر الأطفال الذين تم قياسهم. مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة التي تناول التحفيظ المبكر والرعاية الجيدة، وتوفر كتب الأطفال والألعاب جميعها مؤشرات تقيس استجابات الأطفال

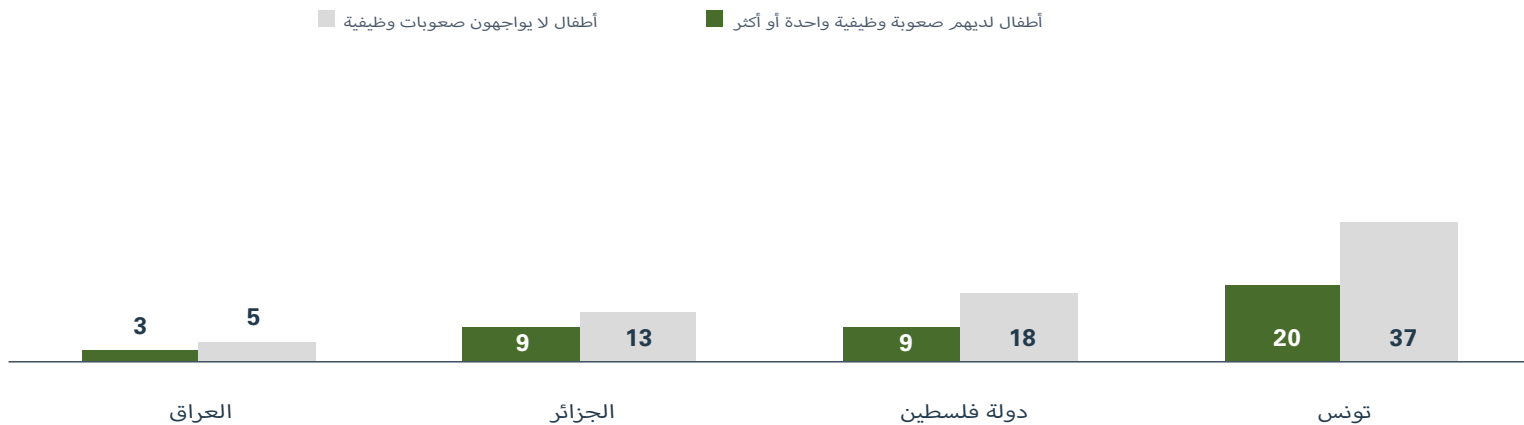
### احتمال تلقي الأطفال ذوي الإعاقة التحفيز المبكر والرعاية الجيدة أقل بكثير منها بين الأطفال الأصحاء

**الشكل 16:** نسب أطفال الفئة العمرية 24-59 شهراً الذين شاركوا مع أفراد أسرة بالغين في أربع نشاطات أو أكثر لتقديم التحفيز المبكر والرعاية الجيدة في آخر ثلاثة أيام



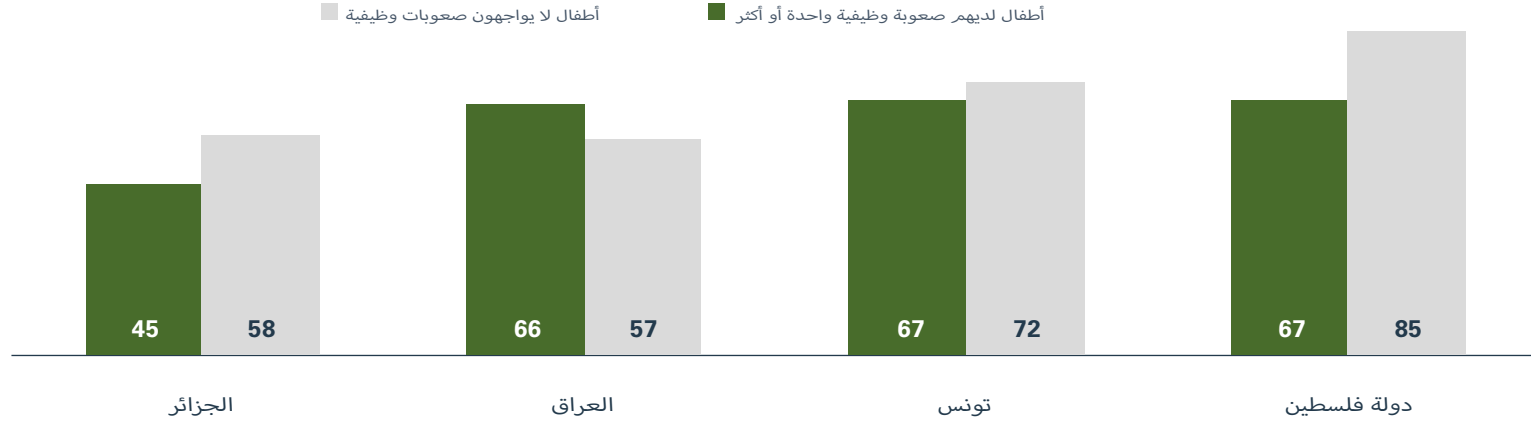
### في تونس، نسب الأطفال ذوي الإعاقة الذين لديهم ثلاثة كتب أطفال أو أكثر أقل بكثير منها بين الأطفال الأصحاء

**الشكل 17:** نسب أطفال الفئة العمرية 24-59 شهراً الذين يمتلكون ثلاثة كتب أطفال أو أكثر



ملاحظة: الاختلافات في حالات الجزائر والعراق ودولة فلسطين ليست مهمة إحصائياً.

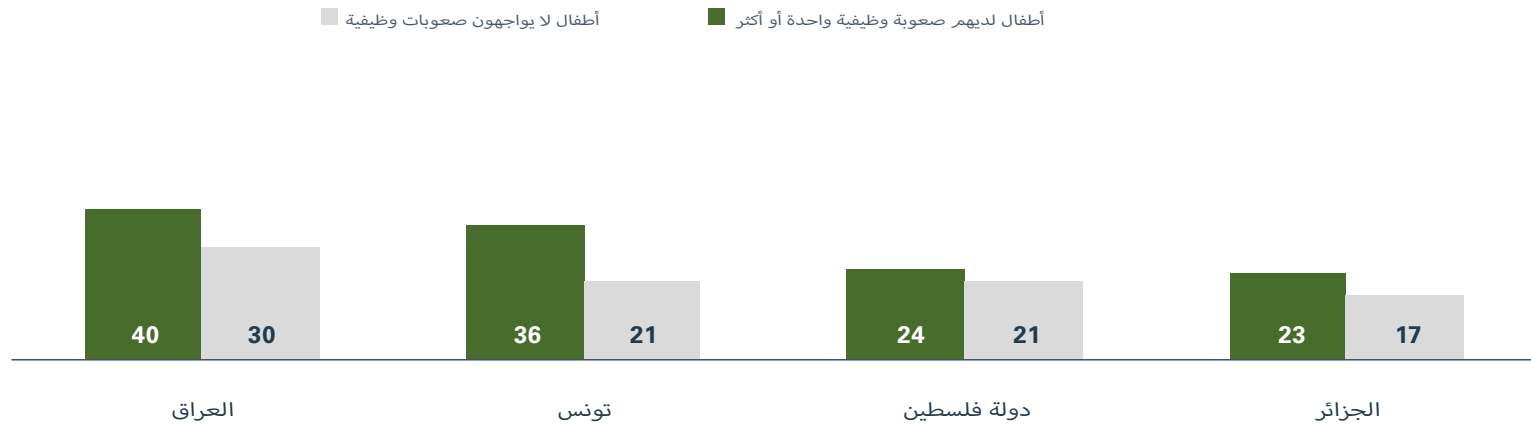
**نسب الأطفال ذوي الإعاقة في الجزائر ودولة فلسطين الذين لديهم نوعان أو أكثر من الألعاب أقل منها بين الأطفال الأصحاء**  
**الشكل 18:** نسب أطفال الفئة العمرية 24-59 شهراً الذين يلعبون بنوعين أو أكثر من الألعاب



ملاحظة: الاختلافات في حالة دولة فلسطين ليست مهمة إحصائياً.

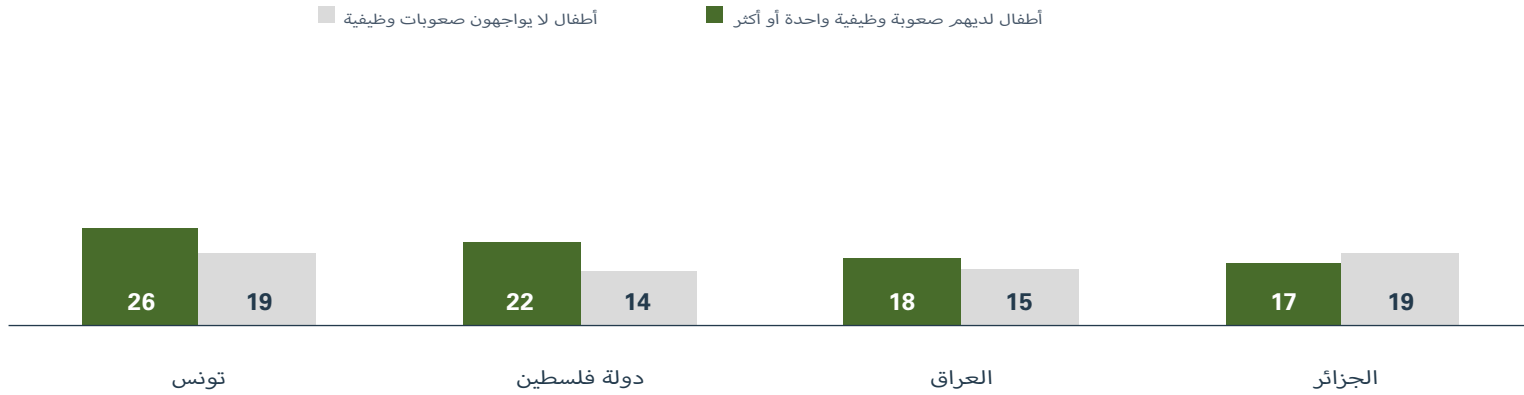
**في العراق وتونس والجزائر، نسب الأطفال ذوي الإعاقة الذين يتعرضون لعقاب بدني قاسي أعلى منها بين الأطفال الأصحاء**

**الشكل 19:** نسب أطفال الفئة العمرية 2-14 عاماً الذين تعرضوا لعقوبة جسدية قاسية من القائمين على الرعاية في آخر شهر



ملاحظة: الاختلافات في حالة دولة فلسطين ليست مهمة إحصائياً.

في معظم البلدان، تعتقد أغلب أمهات الأطفال ذوي الإعاقة أن العقاب الجسدي ضروري لتربية أطفالهن بشكل صحيح  
الشكل 20: نسبة أمهات أطفال الفئة العمرية 2-14 عاماً اللواتي يعتقدن أن العقاب الجسدي ضروري لتربية وتعليم أطفالهن بشكل صحيح





## لكل طفل الحق في التعلم

يزود التعليم الأطفال بالمعارف والمهارات التي يحتاجونها للنمو والازدهار، ما يسهم في تعزيز عافيتهم وفتح الآفاق أمامهم نحو فرص المستقبل والحياة الصحية. ويتطلب ضمان فرص النجاح في المدرسة لجميع الأطفال المساواة والإشراك لضمان الوصول والمشاركة والتقدم وتحقيق نتائج التعلم الرئيسية. وهذا يستلزم معالجة جميع جوانب المسار التعليمي للأطفال، وإنهاء الفوارق والحواجز التي تبدأ في مرحلة مبكرة من الحياة وتتراكم أثناء الطفولة وتولد عوائق إضافية للأطفال الأكثر تهميشاً بمن فيهم الأطفال ذوو الإعاقة.





تقيس استيعاب التعليم ونتائجه، فإنها قاصرة عن إظهار الصورة الكاملة لتجارب الأطفال ذوي الإعاقة في الحصول على التعليم والعوائق التي يواجهونها. لذلك، من الضروري زيادة المعلومات ومصادر البيانات للحصول على مثل هذا الفهم.

من القيود الأخرى على البيانات عدم القدرة على التمييز بين الأطفال في التعليم العام وأطفال المدارس المخصصة لذوي الإعاقة. وهذا مهم لأن معظم البلدان تطبق على الأطفال ذوي الإعاقة أنظمة تعليم تتسم بدرجة عالية من الفصل. مثلاً، قد تكون الأمور التي تعتبر تقدماً في مدارس التعليم المخصص مختلفة كثيراً عن نظيراتها في المدارس العامة، وهذا يغير تماماً الإجابات على الأمور التي تعتبر أن الطفل 'يحقق المستوى المطلوب'. فإذا أمكن تحديد هذا الفارق، فمن المرجح ازدياد أوجه اللامساواة المبلغ عنها بين الأطفال ذوي الإعاقة والأطفال الأصحاء.

تستند النتائج عن الالتحاق بالمرحلة الأعلى من التعليم الثانوي على أطفال تقل أعمارهم عن 18 عاماً في وقت إجراء المسح. لذلك، ينبغي تفسير هذه النتائج بحذر لأنها لا تشمل الأشخاص الذين تجاوزت أعمارهم 18 عاماً ولم ينهوا بعد المراحل الأعلى من التعليم الثانوي.

ثمة اعتبار أخير هو أن القواسم المشتركة المستخدمة في بعض المؤشرات لا تعكس كل الأطفال الذين تمثلهم العينة. مثلاً، لا تمثل مؤشرات الأطفال خارج المدرسة سوى الذين لم يلتحقوا بالمدارس أبداً. فمن المعروف أن الأطفال الأكثر تهميشاً في المجتمع بمن فيهم ذوو الإعاقة يمثلون نسبة كبيرة من الأطفال خارج المدارس إما لأنهم لم يلتحقوا بالمدارس أبداً أو لأنهم تسربوا منها لاحقاً. لذلك، النتائج التي تظهر معلومات مفصلة عن التقدم الدراسي للأطفال الأصحاء وذوي الإعاقة توضح تجارب مجموعة فرعية من الأطفال تواجه، في جميع الاحتمالات، عوائق أقل أمام التعليم من الأطفال الذين لم يستطيعوا الالتحاق بالمدارس أصلاً.

## المؤشرات ومصادر البيانات المستخدمة في هذا الفصل

البيانات الواردة في هذا الفصل مأخوذة من المسح العنقودي متعدد المؤشرات الذي أجري في الجزائر والعراق ودولة فلسطين وتونس في الفترة 2018-2020. الالتحاق بتعليم مرحلة الطفولة المبكرة: نسب أطفال الفئة العمرية 36-59 شهراً الذين يلتحقون ببرامج تعليم الطفولة المبكرة.

معدلات الأطفال خارج المدارس: نسب الأطفال:

- بعمر التعليم الأساسي غير الملتحقين بتعليم مرحلة الطفولة المبكرة أو التعليم الأساسي أو المراحل اللاحقة
- بعمر المراحل الأدنى من التعليم الثانوي غير الملتحقين بالتعليم الأساسي أو المراحل الأدنى أو الأعلى من التعليم الثانوي أو المراحل اللاحقة
- بعمر المراحل الأعلى من التعليم الثانوي غير الملتحقين بالتعليم الأساسي أو المراحل الأدنى أو الأعلى من التعليم الثانوي أو المراحل اللاحقة.

الكتب والقراءة:

- نسب أطفال الفئة العمرية 7-14 عاماً الذين لديهم ثلاثة كتب أو أكثر متاحة للقراءة في منازلهم
- نسب أطفال الفئة العمرية 7-14 عاماً الذين يقرؤون كتباً أو يوجد من يقرأها لهم في منازلهم.

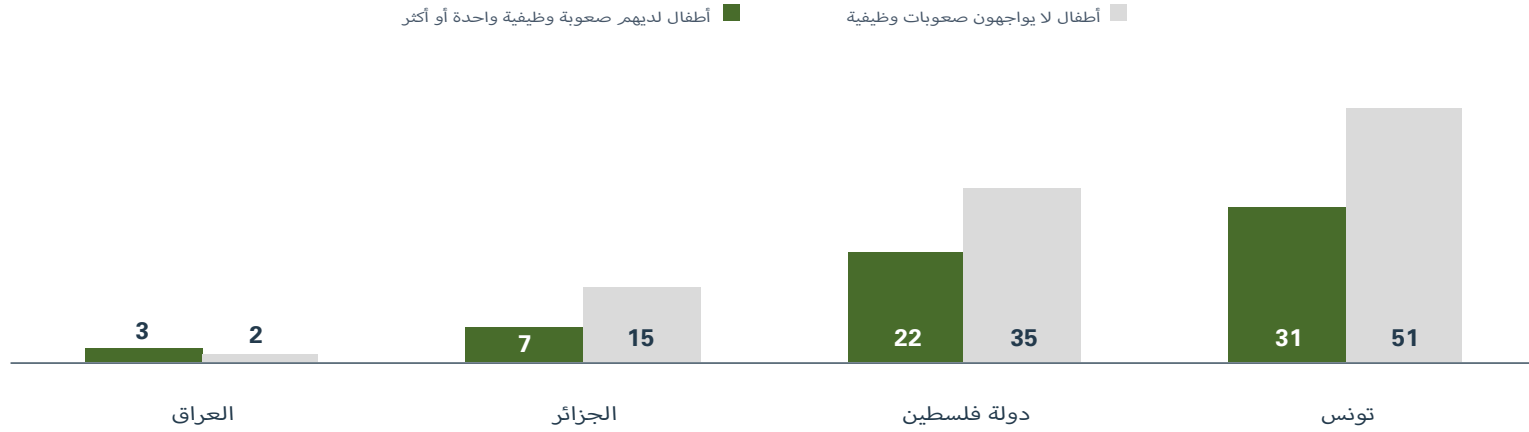
## مشكلات التعاريف وتفسير البيانات

ثمة مشكلات منهجية متعددة يجب حلها لتفسير نتائج هذا الفصل بشكل صحيح.

أحد الاعتبارات المهمة هو محدودية البيانات في تقديم سرد شامل لجميع العوامل التي تؤثر على تجارب تعلم الأطفال. ومع أن المؤشرات المستخدمة هنا

## في الجزائر وتونس، نسبة التحاق الأطفال ذوي الإعاقة بتعليم مرحلة الطفولة المبكرة أقل بكثير من الأطفال الأصحاء

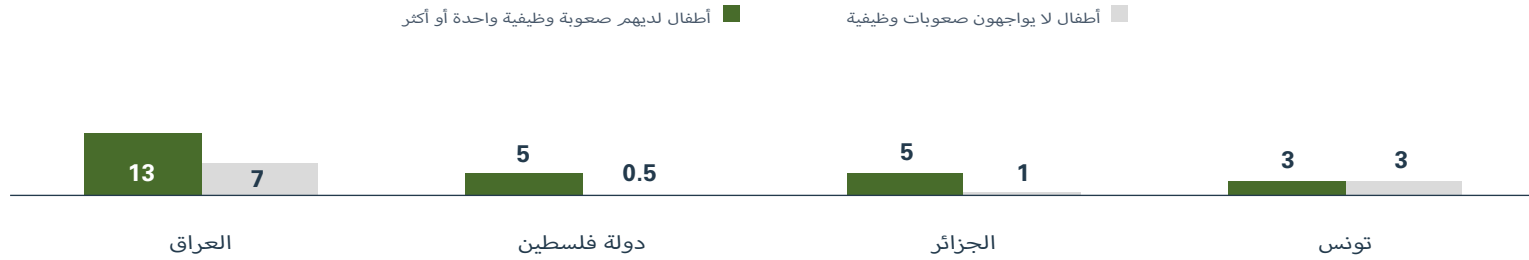
الشكل 21: نسب أطفال الفئة العمرية 36-59 شهراً الملتحقين ببرامج تعليم الطفولة المبكرة



ملاحظات: الاختلافات في حالي العراق ودولة فلسطين ليست مهمة إحصائياً. تستند قيم الأطفال الذين يعانون من صعوبة وظيفية واحدة أو أكثر في تونس إلى 25-49 ملاحظة غير مرجحة.

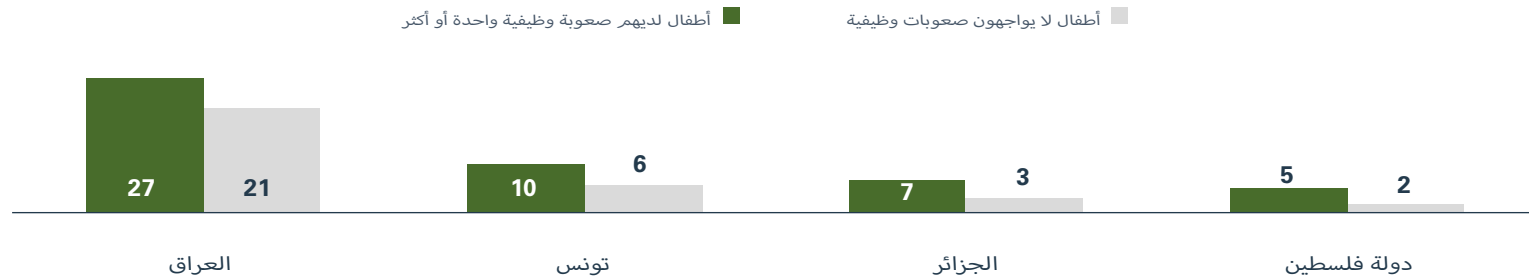


**في معظم البلدان، نسب تسرب الأطفال ذوي الإعاقة أعلى منها بين الأطفال الأصحاء في جميع مراحل التعليم**  
**الشكل 22:** نسب الأطفال بعمر التعليم الأساسي غير الملحقين بالتعليم الأساسي أو المراحل اللاحقة



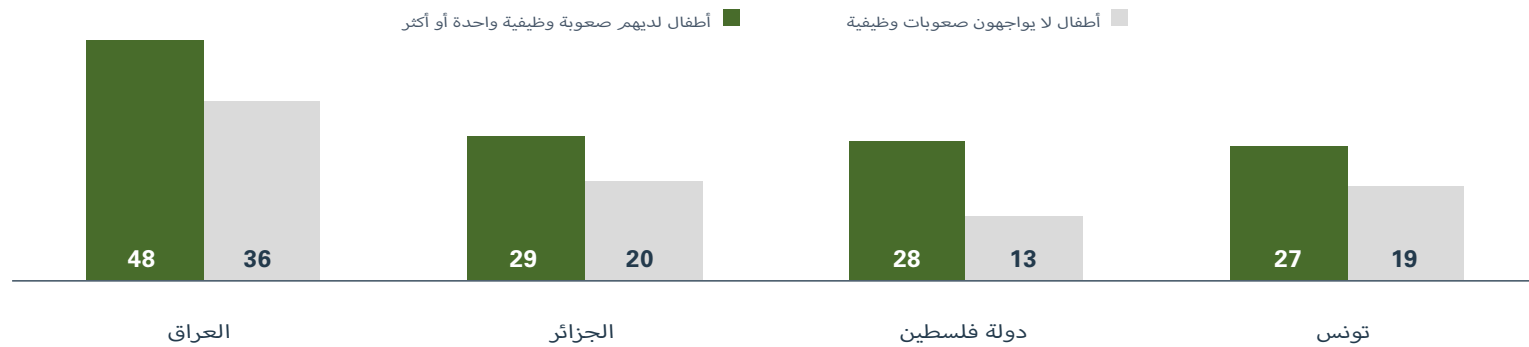
ملاحظة: الاختلافات في حالة تونس ليست مهمة إحصائياً.

**الشكل 23:** نسب الأطفال بعمر المراحل الأدنى من التعليم الثانوي غير الملحقين بالتعليم الأساسي أو المراحل الأدنى أو الأعلى من التعليم الثانوي أو المراحل اللاحقة

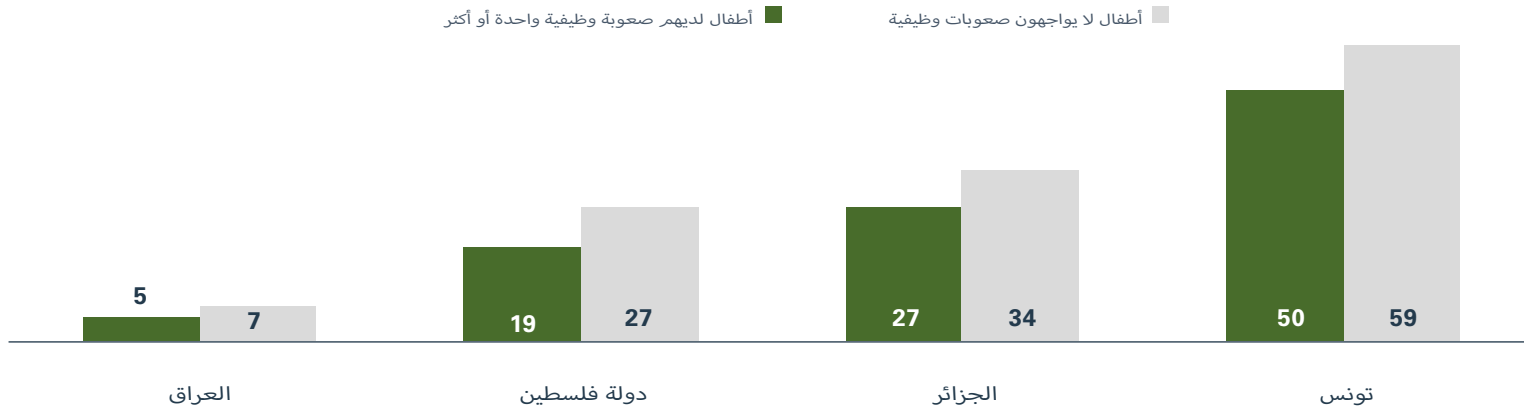


ملاحظة: الاختلافات في حالتي العراق وتونس ليست مهمة إحصائياً.

**الشكل 24:** نسب الأطفال بعمر المراحل الأعلى من التعليم الثانوي غير الملحقين بالتعليم الأساسي أو المراحل الأدنى أو الأعلى من التعليم الثانوي أو المراحل اللاحقة

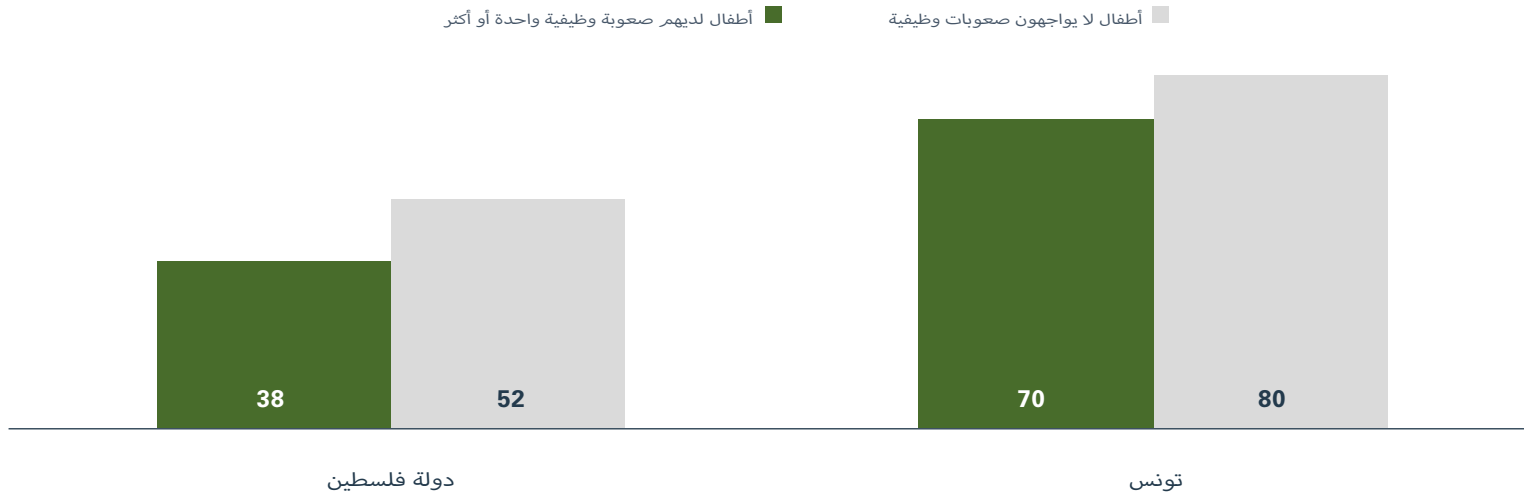


**في جميع البلدان باستثناء العراق، الأطفال ذوو الإعاقة أقل احتمالاً لامتلاك ثلاثة كتب أو أكثر متاحة للقراءة في منازلهم**  
**الشكل 25:** نسب أطفال الفئة العمرية 7-14 عاماً الذين لديهم ثلاثة كتب أو أكثر متاحة للقراءة في منازلهم



ملاحظة: الاختلافات في حالة لعراق ليست مهمة إحصائياً.

**في دولة فلسطين وتونس، نسب الأطفال ذوي الإعاقة الذين يقرؤون الكتب أو يوجد من يقرأها لهم في منازلهم متدنية جداً**  
**الشكل 26:** نسب أطفال الفئة العمرية 7-14 عاماً الذين يقرؤون الكتب أو يوجد من يقرأها لهم في منازلهم



ملاحظة: البيانات المتعلقة بهذا المؤشر غير متوفرة للجزائر والعراق.



## لكل طفل الحق في عيش حياة سعيدة خالية من التمييز

تنشأ أوجه اللامساواة والنتائج السلبية للأطفال ذوي الإعاقة غالباً عن التمييز والتحرش والوصم والصور النمطية السلبية.<sup>9</sup>



## المؤشرات ومصادر البيانات المستخدمة في هذا الفصل

البيانات الواردة في هذا الفصل مأخوذة من المسح العنقودي متعدد المؤشرات الذي أجري في الجزائر والعراق ودولة فلسطين وتونس في الفترة 2018-2020.

التمييز: نسبة المراهقين بعمر 15-17 عاماً الذين أبلغوا عن تعرضهم للتمييز أو المضايقة في آخر 12 شهراً بسبب إعاقتهم أو أحد أسباب التمييز الأخرى المحظورة بموجب القانون الدولي لحقوق الإنسان.

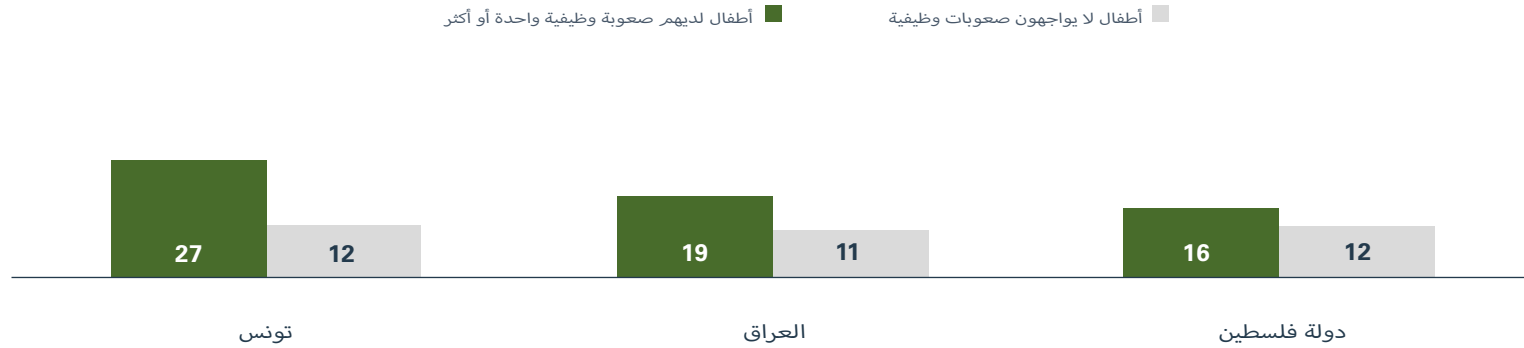
السعادة: نسبة المراهقين بعمر 15-17 عاماً الذين قالوا بأنهم سعدون جداً أو إلى حد ما.

## التعاريف وتفسير البيانات

أحد القيود التي تؤثر على النتائج المتعلقة بالتمييز والعافية الشخصية هو ارتفاع نسبة المعلومات غير المتوفرة عن الأطفال الذين يواجهون صعوبات في مجالات معينة. جمعت هذه البيانات عبر استبيان موجه مباشرة للمراهقين بعمر 15-17 عاماً. لذلك، لم يتسن إجراء مقابلات مع مراهقين يواجهون صعوبات معينة بسبب قيود الإقامة خلال فترة إجراء المسح.

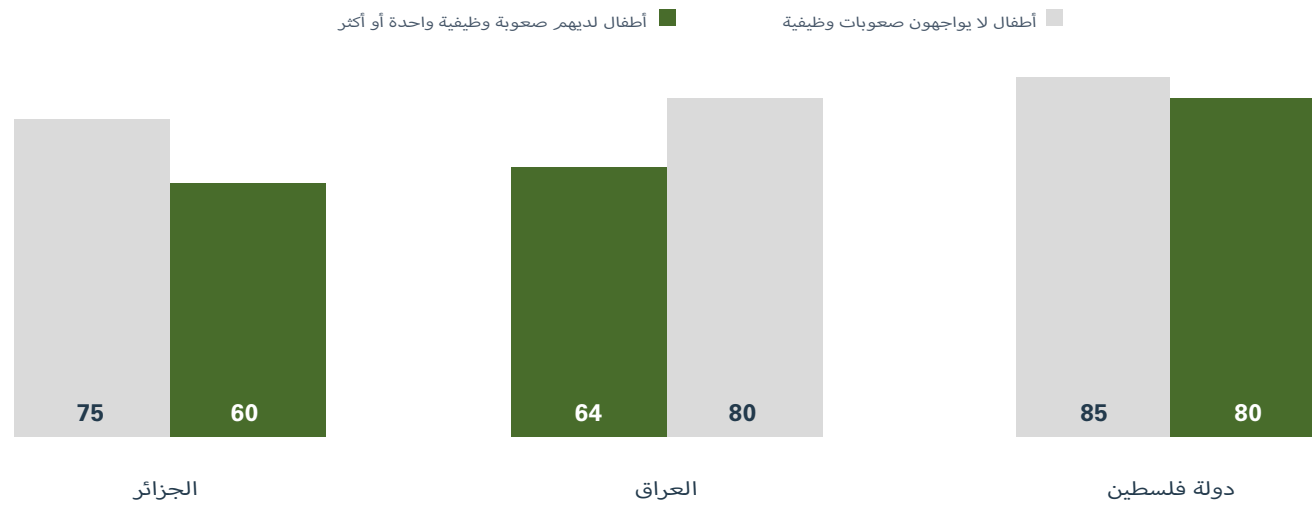
أحد القيود الأخرى بشأن التمييز هو التحدي الكامن في الأسئلة التي تعتمد على الإدراك. صحيح أن النتائج المتعلقة بالتمييز قادرة على قياس إحساس المراهقين بالتمييز ضدهم سواء بسبب إعاقتهم أو لأسباب أخرى، لكن لا يمكن لهذه النتائج الجزم بحدوث التمييز فعلاً. ولذلك، يجب اعتبار أنها تستند على الإدراك.

**في تونس، ترتفع نسبة التمييز ضد الأطفال ذوي الإعاقة بالمقارنة مع الأطفال الأصحاء**  
**الشكل 27:** نسبة المراهقين بعمر 15-17 عاماً الذين أبلغوا عن تعرضهم للتمييز أو المضايقة في آخر 12 شهراً بسبب إعاقاتهم أو لأحد أسباب التمييز الأخرى المحظورة بموجب القانون الدولي لحقوق الإنسان



ملاحظات: الاختلافات في حالي العراق ودولة فلسطين ليست مهمة إحصائياً. البيانات المتعلقة بهذا المؤشر غير متوفرة للجزائر.

**نسب الأطفال ذوي الإعاقة في الجزائر والعراق الذين يصفون أنفسهم بأنهم سعداء جداً أو إلى حد ما أقل منها بين أقرانهم الأصحاء**  
**الشكل 28:** نسبة المراهقين بعمر 15-17 سنة الذين قالوا بأنهم سعداء جداً أو إلى حد ما



ملاحظات: الاختلافات في حالة دولة فلسطين ليست مهمة إحصائياً. البيانات المتعلقة بهذا المؤشر غير متوفرة لتونس.





## إعمال حقوق جميع الأطفال في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا

إشراك الأطفال ذوي الإعاقة في جميع مناحي الحياة يجب أن يكون على رأس الأولويات في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا وجميع أنحاء العالم. فلدى جميع الأطفال في كل مكان أشياء يمكنهم تقديمها. وطاقاتهم ومواهبهم وأفكارهم يمكن أن تحدث فرقاً في أسرهم ومجتمعاتهم والعالم أجمع.

أخيراً، سُجّلت فوارق كبيرة في العافية الشخصية بين الأطفال الأصحاء والأطفال ذوي الإعاقة. ففي تونس، ترتفع نسبة التمييز ضد الأطفال ذوي الإعاقة بأكثر من ضعفين مقارنة بالأطفال الأصحاء. وأيضاً في الجزائر والعراق، كانت نسب الأطفال ذوي الإعاقة الذين قالوا إنهم سعداء جداً أو إلى حد ما قليلة جداً بالمقارنة مع الأطفال الأصحاء.

توضح هذه البيانات، إجمالاً، أوجه الحرمان التي يعاني منها الأطفال ذوي الإعاقة في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. وتظهر تباين تجاربهم الحياتية بشكل كبير. وتقدم النتائج نقطة انطلاق يمكن بناء عليها صياغة سياسات تعالج أوجه اللامساواة وتضمن فرصاً متساوية لجميع الأطفال.

### الانتقال من المعرفة إلى التنفيذ

يستحق جميع الأطفال ذوي الإعاقة فرصة للازدهار. ولتحقيق ذلك، على الحكومات مراعاة جميع احتياجات هؤلاء الأطفال وأسرههم أثناء تقديم البرامج والخدمات. وعليها أيضاً العمل مع الأشخاص ذوي الإعاقة ومنظماتهم لضمان ما يلي:

- توفير جميع الخدمات والبيئات الاجتماعية للجميع وإتاحتها بسهولة لكي تصبح الرعاية والمساعدة المجتمعية والمعلومات المهمة وفرص اللعب والمشاركة في متناول جميع الأطفال في أوقات الاستقرار كما في ظروف الطوارئ الإنسانية.
- تعليم شامل ومتاح للجميع ليتمكن الأطفال ذوو الإعاقة من الذهاب إلى المدارس المحلية والتعلم إلى جانب أقرانهم الأصحاء.
- حماية الأطفال ذوي الإعاقة من العنف والانتهاكات والإهمال والاستغلال، وتمكينهم من الاستفادة من تسجيل الولادات والدعم الأسري، والحصول على دعم ملائم للأطفال ويشمل ذوي الإعاقة والوصول إلى العدالة عند انتهاك حقوقهم.
- حصول الأطفال ذوي الإعاقة على دعم نفسي-اجتماعي يمكنهم من الحفاظ على عافيتهم وتلقي الرعاية لمشكلات الصحة العقلية كالقلق والاكتئاب.

## الإحصاء والتوثيق والفهم

يعاني قرابة 21 مليون طفل في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا اليوم من أحد أشكال الإعاقة.

تقدم البيانات المقارنة من أربعة بلدان في المنطقة أفكاراً عن خصائص هؤلاء الأطفال وعافيتهم. وعلى الرغم من تفاوت نسب الأطفال ذوي الإعاقة من 12% في دولة فلسطين إلى 20% في تونس، يعاني معظم أطفال البلدان الأربعة المذكورة من صعوبات في مجال وظيفي واحد فقط. وتؤثر الصعوبات النفسية-الاجتماعية، ولا سيما علامات القلق، على القسم الأكبر من الأطفال.

في كثير من الدول، يرتفع احتمال تعرض الأطفال ذوي الإعاقة لعواقب صحية وغذائية سلبية. ففي تونس، مثلاً، كان احتمال تعرض هؤلاء لنوبات إسهال وحمى وأعراض التهابات الجهاز التنفسي الحادة أعلى في الأسبوعين السابقين مقارنة مع الأطفال الأصحاء. وصحيح أن نسب الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية في المنطقة متدنية، لكن احتمال إصابة الأطفال ذوي الإعاقة في العراق بنقص الوزن وتأخر النمو أعلى من الأطفال الأصحاء.

لوحظت فوارق مهمة في أساليب تنشئة الأطفال ذوي الإعاقة. فقد سجلت البلدان الأربعة المشمولة في الدراسة نسباً متدنية من الأطفال ذوي الإعاقة الذين يتلقون تحفيزاً مبكراً ورعاية جيدة كافيتين من الأفراد البالغين في أسرهم. وفي العراق وتونس والجزائر، احتمال تعرض الأطفال ذوي الإعاقة لعقاب بدني شديد أعلى بكثير مقارنة مع الأطفال الأصحاء. وفي العراق ودولة فلسطين وتونس، تعتقد أغلب أمهات الأطفال ذوي الإعاقة أن العقاب الجسدي ضروري لتربية أطفالهن بشكل صحيح.

نسب الأطفال ذوي الإعاقة في الجزائر وتونس الملتحقين ببرامج طفولة مبكرة متدنية جداً، وفي جميع البلدان، نسب الأطفال ذوي الإعاقة خارج المدارس أعلى من أقرانهم الأصحاء. كما أن نسب الأطفال ذوي الإعاقة في دولة فلسطين وتونس ممن لديهم ثلاثة كتب أطفال أو أكثر أو يقرؤون الكتب أو يوجد من يقرأها لهم في منازلهم قليلة.

## الإطار 2 مركز التميز لبيانات الأطفال ذوي الإعاقة

ينبغي على جميع البلدان جمع بيانات عالية الجودة وبانتظام عن الأطفال ذوي الإعاقة. وإحدى الخطوات الأولى المهمة هي تبني أدوات لجمع بيانات تقيس نطاق وعمق الصعوبات الوظيفية لديهم. ويجب أن تظهر البيانات أيضاً حجم القيود التي تعيق مشاركتهم بوصفهم أفراداً فاعلين في المجتمع. وهذا يستلزم جمع بيانات إضافية عن أماكن عيشهم، والمعوقات في بيئاتهم، ومدى مشاركتهم في مختلف المجالات، ووصولهم إلى الخدمات والبرامج الأساسية. ويجب تعميم جمع البيانات الدقيقة عن الأطفال والبالغين ذوي الإعاقة على الأوضاع الإنسانية، وأن يشمل هذا أيضاً الأطفال في دور الرعاية والمشردين في الشوارع.

يتطلب إحصاء جميع الأطفال بناء القدرات لتبني معايير الجودة في الإحصاءات الرسمية عن الإعاقة على مستوى العالم. وينبغي دعم جهود البلدان لجمع البيانات عن الأطفال ذوي الإعاقة وتحليلها ونشرها. ويجب أن يشمل هذا إشراك وتمكين جميع الأطراف المعنية بمن فيها منظمات الأشخاص ذوي الإعاقة.

لدعم هذه الجهود، أطلقت اليونيسف مركز التميز لبيانات الأطفال ذوي الإعاقة. وهو مركز يسهم في سدّ النقص في البيانات وتلبية الاحتياجات المتزايدة للتنسيق ومراقبة الجودة والخبرات الفنية اللازمة في هذا المجال. ويدعم مجموعة واسعة من النشاطات لبناء قدرات جامعي البيانات ومستخدميها، ويسهل تصميم أساليب وأدوات جديدة، ويدعم جمع البيانات وتحليلها وتفسيرها واستخدامها وبناء المعارف.

مهمة المركز هي تعزيز قدرة الأطراف المعنية على اتخاذ قرارات سريعة وتستند على بيانات الأطفال ذوي الإعاقة. وإنجاز هذه المهمة، سينفذ مجموعة متنوعة من النشاطات اعتماداً على مبادئ الشراكة والابتكار وإشراك الجميع. يعمل المركز تحت إشراف المجموعة الاستشارية الاستراتيجية التي تضم الأطراف المعنية الرئيسية التي تقدم الاستشارات بشأن نشاطاته والتوجيهات العامة.

نطاق عمل المركز عالمي، وهو ملتزم بتحقيق الأهداف آفة الذكر. وهذا يشمل التعاون مع الأطراف المعنية في مختلف دول العالم وضمنها بلدان الشرق الأوسط وشمال أفريقيا.

- إنهاء الوصم والتمييز ضد الأطفال ذوي الإعاقة وأسرتهم، والاستماع إلى آرائهم.
- منح الأطفال ذوي الإعاقة وأسرتهم حماية اجتماعية كافية تلبى احتياجاتهم الفردية وتربطهم بالخدمات الأساسية وتساعدتهم في كسر حلقة الفقر والحرمان والإقصاء.
- دعم والدي الأطفال ذوي الإعاقة والقائمين على رعايتهم بهدف تنشئتهم بأفضل طريقة ممكنة مع المحافظة على صحتهم العقلية وعاقتهم.
- جمع بيانات دقيقة ومفيدة وشاملة في فترات منتظمة.

## إشراك جميع الأطفال

تُظهر درجة حرمان الأطفال ذوي الإعاقة وشعورهم بالتمييز وفقدان الأمل أن المجتمعات لا تبذل جهوداً كافية لضمان حقوق الإنسان الأساسية لجميع الأطفال. بالنتيجة، تستمر حلقة الإقصاء والحرمان المفرغة في ترك الأطفال ذوي الإعاقة فريسة للإهمال. بيد أن إدراك أن المشكلة تكمن في العوائق التي يضعها المجتمع، وهي اختيارية وليست حقائق ثابتة، تعني إمكانية إحداث التغيير. ويشكل الاحتفاء بالأطفال ذوي الإعاقة وتبني النوع بجميع أشكاله جزءاً من هذا التغيير.

وهو يبدأ من هنا والآن. فلدَى الاهتمام بالأطفال ذوي الإعاقة ورعايتهم، يصبحون موجودين ويصبح الوعد بإشراكهم احتمالاً حقيقياً.

بيد أن الخطوات المطلوبة لتحقيق ذلك تعتمد على جميع الأطراف المعنية. وهي تشمل المسؤولية المشتركة والمساءلة والعمل معاً لضمان قدرة جميع الأطفال، بمن فيهم ذوو الإعاقة، على تحقيق إمكاناتهم الكامنة.



## الملحق الفني

يشير تعريف الإعاقة الوارد في **تقرير منظمة الصحة العالمية بشأن العبء العالمي للمرض لعام 2004** (الذي تستند إليه تقديرات عام 2011 الخاصة بالأطفال) إلى فقدان الصحة لفترة قصيرة أو طويلة بسبب حالة صحية، وهو لا يطابق تعريف **التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والعجز والصحة**. وقد تعرض مقياس الإعاقة هذا للانتقاد بسبب عدم مراعاته المبادئ الأساسية القائمة على المشاركة والحقوق ولأنه تمييزي بشأن قيمة الأشخاص ذوي الإعاقة<sup>12</sup>. وأحد القيود الأخرى لهذا النهج هو أن الأوزان المعطاة لكل نوع من الإعاقة لا تأخذ في الحسبان اختلاف أثر الإعاقة على الأفراد نتيجة للظروف المحيطة<sup>13</sup>. ولأن الأوزان التي يستخدمها تقرير العبء العالمي للمرض لا تختلف باختلاف المناطق الجغرافية، فإنها تتجاهل عوامل الظروف المتعددة التي يمكن أن تضعف الأداء الوظيفي للأشخاص الذين لديهم الإعاقات نفسها<sup>14</sup>.

استخدام المفاهيم الطبية للإعاقة له تبعاته هو الآخر على جودة البيانات. ويعتمد الإبلاغ عن هذه الإعاقات عادة على وعي الوالدين بالأعراض والتشخيص الموجود سابقاً. لذلك، لا يزال قصور التحديد يمثل مشكلة لأن التشخيص يعتمد على توفر مرافق رعاية صحية يمكن فحص الأطفال فيها. حققت التقديرات الأحدث تحسينات، مثل زيادة الاتساق الداخلي لمصادر مختلفة من البيانات باستخدام نهج التحليل البعدي وتعديل التقديرات في ضوء وجود أمراض مصاحبة<sup>15</sup>. بيد أن هذه التقديرات الحديثة لا تزال تركز إلى حد كبير على عبء الإعاقات والحالات الطبية المختلفة، بدلاً من الصعوبات الوظيفية أمام الأطفال ذوي الإعاقة أو القيود المفروضة على مشاركتهم.

يستند هذا التقرير إلى دراسة عالمية نشرتها اليونيسف في عام 2021 بعنوان: الاهتمام، والرعاية، والإدماج: استخدام البيانات لتسليط الضوء على عافية الأطفال ذوي الإعاقة. ويهدف العمل الفني لتلك الدراسة إلى وضع تقديرات لعدد الأطفال ذوي الإعاقة متوافقة مع اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة ومع المفهوم البيولوجي-النفسي-الاجتماعي للإعاقة. تعتمد التقديرات الإقليمية والعالمية الواردة فيه اعتماداً أساسياً على معلومات عن الصعوبات أو القيود الوظيفية لدى الأطفال، جمعت من مصادر تتصف بدرجة من قابلية المقارنة العالمية. ورغم أن معظم مصادر البيانات المدرجة في التقديرات تورد بيانات جُمعت من عام 2017 فصاعداً، فإن نقاط البيانات المستخدمة لبعض البلدان ليست الأحدث، ولكنها الأكثر توافقاً مع مفهوم الإعاقة المعتمد في التقديرات العالمية.

لم يُجرى، قبل هذا التقرير، أي تقدير لعدد الأطفال ذوي الإعاقة في العالم يأخذ بعين الاعتبار مجموعة كبيرة من الصعوبات الوظيفية إلى جانب المشاكل السلوكية ومشاكل الصحة العقلية.

والتقدير الوحيد المتاح لسنوات عديدة يذكر أن 10% من سكان العالم لديهم شكل من أشكال الإعاقة<sup>10</sup>. في عام 2011، تم تحديث هذه النسبة إلى 15%، ووضع تقدير لعدد الأطفال بعمر 14 عاماً أو أقل ممن لديهم إعاقة متوسطة أو شديدة: 93 مليون طفل، أو 5% من أطفال الفئة العمرية المذكورة<sup>11</sup>. وتتأثر هذه التقديرات العالمية بالقيود المعروفة التي تعيق قياس الإعاقة.



## كيف تم اختيار البيانات

تحتفظ اليونسيف بقاعدة بيانات عالمية عن مصادر بيانات الإعاقة من 194 دولة. وتتضمن القاعدة أكثر من 1000 نقطة بيانات بالإضافة إلى معلومات عن الجوانب المنهجية التي تؤثر عادة على عدد الأطفال الذين تقرر أن لديهم إعاقة. تَصَمَّن اختيار مصادر البيانات عملية واسعة النطاق لجمع البيانات والتشاور مع الخبراء القُطريين لإزالة القيود المفروضة على توفر البيانات وقابليتها للمقارنة، ولضمان تجسيد آرائهم في عملية اختيار البيانات ومواءمتها وتقديرها.

بعد معاينة قاعدة البيانات العالمية للإعاقة، تم استبعاد مصادر البيانات المجمعة قبل 2005، وكذلك البيانات غير المأخوذة من التعدادات السكانية أو المسوح الأسرية. وركز معيار اختيار آخر على تحديد البيانات المتوافقة قدر الإمكان مع مفهوم الإعاقة المعروف سابقاً. وهذا يعني اختيار مصادر البيانات التي جمعت باستخدام أدوات قياس تجمع المعلومات عن الصعوبات الوظيفية وليس عن الإعاقات أو الحالات الصحية المحددة. وتمثل معيار اختيار آخر في

استخدام مقياس تصنيف لتحديد شدة الصعوبات الوظيفية، بدلاً من استخدام أسئلة «نعم» أو «لا».

وبناء على هذه الاعتبارات وبالتشاور مع الخبراء، تم اختيار 103 مصادر بيانات (مصدر واحد لكل دولة)، بينها 10 مصادر من بلدان في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. وتمثل هذه المصادر مجتمعة 84% من أطفال العالم وقرابة 50% من الأطفال في كل منطقة (الجدول 3).

## المشاورات الفنية

يُعد عدم التجانس بين مصادر البيانات مشكلة شائعة عند وضع تقديرات عالمية. صحيح أنه يمكن معالجة ذلك باستخدام نهج إحصائي صارم، لكن دمج الخبرة على المستوى القطري في عملية اختيار البيانات وتنسيقها يبقى عاملاً مهماً.

جرى إعداد التقديرات في إطار عملية متكررة تضمنت ثلاث استشارات فنية مع خبراء في مجال البيانات المتعلقة بالأطفال ذوي الإعاقة. وكان بينهم مهنيون

**الجدول 3: البلدان والمناطق، أدوات التغطية السكانية وجمع البيانات**

أنواع الأدوات	البلدان والمناطق		نسبة الأطفال إلى السكان	أدوات أخرى
	العدد المدرج في التحليل	العدد الإجمالي		
المؤشر العالمي	قائمة فريق واشنطن المختصرة	نموذج القدرات الوظيفية للطفل	80	1
0	5	10	16	33
0	7	5	13	25
20	1	9	31	55
0	3	10	14	37
0	5	5	10	19
0	0	2	2	2
0	1	3	5	8
0	3	9	12	24
<b>5</b>	<b>25</b>	<b>53</b>	<b>103</b>	<b>203</b>



على سبيل المثال، نموذج القدرات الوظيفية للطفل معدّ للتوزيع على الأمهات (أو على القائم الأساسي على رعاية الطفل إذا كانت الأم متوفاة أو تعيش في منزل آخر)، بينما القائمة المختصرة توزع عادة على رب الأسرة. ويوضح الجدول 4 الاختلافات بين تقديرات هاتين الأداتين في سبعة بلدان.

ولتصحيح التقديرات المخفضة لنسب الأطفال ذوي الإعاقة، تم تعديل نقاط البيانات على أساس القائمة المختصرة. وجرت العملية على النحو التالي: أولاً، جرت معالجة البيانات التفصيلية من 36 دولة استخدمت نموذج القدرات الوظيفية للطفل لاستخلاص نتائج على المستوى القطري لنسب أطفال الفئة العمرية 5-17 عاماً الذين تقرر أنهم يواجهون واحداً أو أكثر من الصعوبات الوظيفية بناء على: (أ) المجموعة الكاملة المكونة من 12 مجالاً وظيفياً، (ب) المجموعة الفرعية المكونة من ستة مجالات وظيفية مشتركة بين المقياسين. ثانياً، استُخدمت نماذج الانحدار الخطي للتنبؤ بالنتائج القطرية للمجالات الوظيفية الاثني عشر بناء على النتائج القطرية للنطاقات الوظيفية الستة ومعدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة في البلد المعني.

**الجدول 4:** نسب أطفال الفئة العمرية 5-17 عاماً الذين لديهم صعوبات وظيفية، مقاسة بالمجالات الستة في القائمة المختصرة، وبالمجالات الستة نفسها في نموذج القدرات الوظيفية للطفل والمجالات الاثني عشر في نموذج القدرات الوظيفية للطفل

نموذج القدرات الوظيفية للطفل (12 مجالاً)	نموذج القدرات الوظيفية للطفل (6 مجالات)	قائمة فريق واشنطن المختصرة (6 مجالات)	
21.1	7.1	4.0	كوستاريكا
17.5	5.6	2.2	غويانا
11.2	4.1	1.5	المكسيك
17.9	5.0	2.5	باكستان
14.9	3.0	1.5	دولة فلسطين
9.8	2.7	1.4	تونغا
10.1	4.9	4.7	زيمبابوي

من المكاتب الإحصائية الوطنية ومنظمات الأشخاص ذوي الإعاقة والأوساط الأكاديمية. بعد إجراءات بروتوكولية معيارية، سعت المشاورات للحصول على آراء الخبراء بشأن معدلات الأطفال الذين يواجهون صعوبات وظيفية في بلدانهم. وخصّص الجزء الأول من المشاورات لبناء فهم مشترك للإعاقة يتماشى مع التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والعجز والصحة واتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة. أعقب ذلك مناقشة معمقة للمعلومات المتوفرة على المستوى القطري ونتائج تحليلات اتساق البيانات وأعمال التقدير. وفي كل استشارة، قدمت اليونيسف تفاصيل عن العملية وعن منهجية التقدير بالإضافة إلى مصادر بيانات مختارة لكل منطقة وكل بلد. وتم إدراج مساهمات الخبراء في منهجية مواءمة البيانات وانعكست في التقديرات الإقليمية والعالمية.

## مواءمة البيانات

مواءمة الفئات العمرية: تمت مواءمة النتائج حسب الفئة العمرية لتناسب مع الفئتين العمريتين لنموذج القدرات الوظيفية للطفل (الفئة 2-4 سنوات والفئة 5-17 سنة). في بعض مصادر البيانات، تم حساب انتشار الفئات العمرية المنسقة مباشرة من النتائج التجريبية القطرية المتوفرة. في المصادر المتبقية، استُخلصت النتائج المنسقة حسب الفئة العمرية باستخدام المتوسطات المرجحة لنقاط البيانات المتاحة.

تعديل قائمة فريق واشنطن المختصرة: تقدم الأدوات التي تجمع البيانات بناء على عدد محدود من المجالات الوظيفية تقديرات أقل عادة لنسب الأطفال ذوي الإعاقة. فنتائج العديد من البلدان التي استخدمت نموذج القدرات الوظيفية للطفل وقائمة فريق واشنطن المختصرة معاً تُظهر أن عدد أطفال الفئة العمرية 5-17 عاماً الذين تقرر أنهم يواجهون صعوبات وظيفية في المجالات الستة التي تغطيها القائمة المختصرة أقل بكثير من العدد الذي توصلت إليه المجالات الـ 12 في النموذج (الجدول 4). ورغم أن هذا الخطأ في التقديرات يرجع في الغالب إلى العدد الأكبر من المجالات في نموذج القدرات الوظيفية للطفل، يجب النظر في مصادر أخرى لهذا الخطأ في التقدير، لأن الأداتين تُستخدمان عادة في ظروف مختلفة.

## استنتاج التقديرات الخاصة بالأطفال دون الثانية من العمر

هناك ندرة في البيانات المتعلقة بالإعاقة لدى الأطفال دون سن الثانية. فحتى الآن، لم يتم التحقق من أي أسئلة عن الصعوبات الوظيفية يمكن استخدامها لجمع البيانات عن الأطفال الصغار في الدراسات الاستطلاعية واستخلاص نتائج دقيقة وقابلة للمقارنة بين الدول. وعلى الرغم من أن معظم الإعاقات الشديدة تظهر في وقت مبكر، وحتى قبل الولادة أحياناً، فإن العديد من الصعوبات الوظيفية لا تظهر إلا مع نمو الأطفال. وبالتالي، فإن قياس الصعوبات الوظيفية لدى الأطفال دون سن الثانية، في إطار الدراسات الاستطلاعية أو التعدادات السكانية، أمر معقد لأن الأمهات أو القائمين الأساسيين على الرعاية قد لا يكونوا لاحظوا هذه الصعوبات، خاصة إذا لم تكن شديدة. ولكن استبعاد هذه الفئة من الأطفال قد يؤدي باستمرار إلى تقديرات أقل من الواقع لعدد الأطفال ذوي الإعاقة. وتتراوح تقديرات الإعاقات الجسيمة والشديدة عند الولادة بين الأطفال الأحياء، واضطرابات النمو العصبية والمعرفية بين الأطفال الخُدج والولادات النظامية، بين 2.4% و2.8%<sup>6</sup>. ورغم أن هذه التقديرات تقتصر على الإعاقات والحالات الأكثر شدة، إلا أنها تقدم دليلاً على ضرورة توقع حدوث صعوبات وظيفية منذ الولادة معدل انتشار بهذا الحجم على الأقل. أخيراً، ولأن بعض الصعوبات الوظيفية لا تظهر للأمهات إلا مع تقدم الأطفال في السن، فمن المنطقي أيضاً أن نتوقع الإبلاغ عن نسبة أعلى من الأطفال الذين يواجهون صعوبات وظيفية خلال أول سنتين من العمر. لذلك، بناء على هذه الاعتبارات، من المنطقي افتراض أن تقدير الأطفال دون سن الثانية يمكن أن يستفيد من المعلومات المتوفرة عن تقديرات أطفال الفئة العمرية 2-4 أعوام في كل بلد.

## تقدير الأعداد الإقليمية والعالمية للأطفال ذوي الإعاقة

تستخدم التقديرات تقريب التحليل البعدي لحساب الأعداد الإقليمية والعالمية للأطفال ذوي الإعاقة. تم تنفيذ التحليل البعدي للنسب باستخدام معدلات انتشار الأطفال ذوي الإعاقة لكل بلد، وفواصل الثقة 95%، والسكان الأطفال لجميع الفئات العمرية.

تم تحويل معدلات الانتشار على المستوى القطري إلى عدد الحالات بين السكان الأطفال. ووضعت التقديرات الإقليمية باستخدام نماذج التأثيرات العشوائية مع الأخذ في الاعتبار أنه رغم جهود المواءمة، بقيت الطرق المستخدمة لتقدير انتشار الإعاقة غير متجانسة، وافترض هذا النهج أيضاً أن تقديرات الانتشار من البلدان التي لم تُدرج في التحليل استندت إلى معلومات أفضل نتيجة استخدام نموذج التأثيرات العشوائية. يقوم التحليل البعدي للتأثيرات العشوائية بدمج جوانب اللاتجانس في الانتشار بين البلدان بدلاً من اعتماد معدلات الانتشار في البلدان الأكبر، كما يفترض نموذج التأثيرات الثابتة. كان الاستثناء الوحيد هو منطقة أمريكا الشمالية، حيث استخدمت بلدانها (كندا والولايات المتحدة) الأداة نفسها مع نموذج التأثيرات الثابتة. وفي تقديرات جميع المناطق الأخرى، استخدم نموذج التأثيرات العشوائية لإدراج التباينات بين البلدان وضمن كل بلد. ثم استخدمت التقديرات الإقليمية لوضع التقدير العالمي المرجح بعدد السكان (الجدول 5).

## التحليل باستخدام البيانات التفصيلية القطرية

تم الحصول على جميع البيانات من مجموعات بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات المتاحة للجمهور. وتصميم هذا المسح يتبع الطريقة الاحتمالية، المجمعة، الطبقيّة متعددة المراحل لأخذ العينات لتوليد مؤشرات تمثل جميع السكان في البلد المعني، وكذلك المدينة والريف ومجالات أخرى (المناطق عادة)، وفق استراتيجية التقسيم الطبقي في كل بلد.

وفي أيلول/سبتمبر 2022، كانت البيانات متاحة من أربعة بلدان في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. تمت معالجة البيانات لوضع متغيرات أداء الطفل، وأكثر من 40 مؤشراً قياسيياً، ومتغيرات التصنيف ذات الصلة.

يجب توخي الحذر في تفسير نتائج التحليلات القطرية التي تستند إلى 25-49 ملاحظة غير مرجحة. وقد جرى تقريب جميع الأرقام ضمن الأشكال إلى أقرب قيمة صحيحة، باستثناء التي قيمتها أقل من واحد.

## الجدول 5: التقديرات الإقليمية والعالمية

أطفال الفئة العمرية 0-17 عاماً				أطفال الفئة العمرية 5-17 عاماً				أطفال الفئة العمرية 0-4 عاماً				
عدد الأطفال ذوي الإعاقة (بالآلاف)	الحد الأعلى	الحد الأدنى	%	عدد الأطفال ذوي الإعاقة (بالآلاف)	الحد الأعلى	الحد الأدنى	%	عدد الأطفال ذوي الإعاقة (بالآلاف)	الحد الأعلى	الحد الأدنى	%	
43,121	9.1	6.7	7.8	37,788	11.6	7.5	9.5	5,333	3.8	3.3	3.5	شرق آسيا والمحيط الهادئ
28,865	11.3	9.5	10.4	24,356	14.4	11.2	12.8	4,509	6.0	4.5	5.2	شرق وجنوب أفريقيا
10,814	6.0	4.9	5.5	9,299	7.4	5.6	6.5	1,515	3.1	2.4	2.7	أوروبا وآسيا الوسطى
19,080	10.8	9.6	10.2	17,102	13.7	11.5	12.6	1,978	4.5	3.3	3.8	أمريكا اللاتينية والكاريبي
20,940	15.1	11.3	13.1	18,694	20.5	13.5	16.9	2,246	6.0	3.3	4.5	الشرق الأوسط وشمال أفريقيا
8,016	10.4	9.5	9.9	7,073	12.7	11.3	12.0	943	4.9	3.9	4.4	أمريكا الشمالية
64,431	12.2	9.0	10.5	58,177	16.1	10.2	13.0	6,254	4.7	2.9	3.7	جنوب آسيا
41,083	17.2	12.8	14.9	34,944	22.7	15.3	18.9	6,139	7.9	5.8	6.8	غرب ووسط أفريقيا
<b>236,350</b>	<b>10.6</b>	<b>9.7</b>	<b>10.1</b>	<b>207,433</b>	<b>13.3</b>	<b>11.7</b>	<b>12.5</b>	<b>28,917</b>	<b>4.6</b>	<b>4.1</b>	<b>4.3</b>	<b>العالم</b>

بلدان منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا هي: الجزائر، البحرين، مصر، إيران، العراق، إسرائيل، الأردن، الكويت، لبنان، ليبيا، المغرب، عمان، قطر، المملكة العربية السعودية، دولة فلسطين، سوريا، تونس، الإمارات العربية المتحدة، اليمن. للاطلاع على قائمة كاملة بالبلدان في المناطق والمناطق الفرعية، انظر <[data.unicef.org/regionalclassifications](http://data.unicef.org/regionalclassifications)>. البيانات الديموغرافية مأخوذة من: الأمر المتحدة، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، شعبة السكان، التوقعات السكانية في العالم 2019، التنقيح الأول، إصدار عبر الإنترنت.

## الحواشي

1. United Nations Children's Fund, 'Producing Disability-Inclusive Data: Why it matters and what it takes', UNICEF, New York, 2020.
2. The inclusion of questions regarding children younger than 2 years was one objective of the Child Functioning Module. However, to date, no universal functioning questions have been identified for these very young children that could be implemented in surveys and that would elicit valid, reliable and cross-nationally comparable results.
3. Loeb, Mitchell, et al., 'The Development and Testing of a Module on Child Functioning for Identifying Children with Disabilities on Surveys. I: Background', *Disability and Health Journal*, vol. 11, no. 4, 2018, pp. 495-501.
4. Massey, Meredith, 'The Development and Testing of a Module on Child Functioning for Identifying Children with Disabilities on Surveys. II: Question development and pretesting', *Disability and Health Journal*, vol. 11, no. 4, 2018, pp. 502-509.
5. International Disability Alliance, 'Joint Statement by the Disability Sector: Disability data disaggregation', <[www.internationaldisabilityalliance.org/data-joint-statement-march2017](http://www.internationaldisabilityalliance.org/data-joint-statement-march2017)>, accessed 19 May 2021.
6. The Washington Group Short Set is comprised of questions on difficulty with functioning in six basic activity domains (seeing, hearing, walking, remembering or concentrating, washing all over or dressing, and communicating), and each has four possible response categories (no difficulty, some difficulty, a lot of disability and cannot do at all).
7. United Nations, Universal Declaration of Human Rights, United Nations, Paris, 10 December 1948, article 3; United Nations, Convention on the Rights of the Child, United Nations, New York, 20 November 1989, article 23; United Nations, Convention on the Rights of Persons with Disabilities, 30 March 2007, United Nations, New York, articles 10 and 25.
8. World Health Organization, United Nations Children's Fund and World Bank Group, *Nurturing Care for Early Childhood Development: A framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential*, WHO, Geneva, 2018. Responsive care refers to interactions that are emotionally supportive and entail engagement of a child with a parent or caregiver; they can include responsive feeding, playing, singing or talking. See United Nations Children's Fund, *Early Moments Matter for Every Child*, UNICEF, New York, 2017.
9. Mephram, Sarah, 'Disabled Children: The right to feel safe', *Child Care in Practice*, vol. 16, no. 1, 2010, pp. 19-34; Smythe, Tracey, Jaimie Adelson and Sarah Polack, 'Systematic Review of Interventions for Reducing Stigma Experienced by Children with Disabilities and their Families in Low- and Middle-Income Countries: State of the evidence', *Tropical Medicine and International Health*, vol. 25, no. 5, 2020, pp. 508-524.
10. World Health Organization, 'Disability Prevention and Rehabilitation: Report of the WHO Expert Committee on Disability Prevention and Rehabilitation', Technical Report Series 668, WHO, Geneva, 1981.
11. World Health Organization, *World Report on Disability*, WHO, Geneva, 2011.
12. Arnesen, Trude, and Erik Nord, 'The Value of DALY Life: Problems with ethics and validity of disability adjusted life years', *British Medical Journal*, vol. 319, no. 7222, 1999, pp. 1423-1425.
13. Anand, Sudhir, and Kara Hanson, 'Disability-Adjusted Life Years: A critical review', *Journal of Health Economics*, vol. 16, no. 6, 1997, pp. 685-702.
14. Mont, Daniel, 'Measuring Health and Disability', *The Lancet*, vol. 369, no. 9573, 2007, pp. 1658-1663.
15. Olusanya, Bolajoko O., et al. 'Global Burden of Childhood Epilepsy, Intellectual Disability, and Sensory Impairments', *Pediatrics*, vol. 146, no. 1, July 2020, pp. 1-17.
16. Bourke, Jenny, et al., 'Predicting Long-Term Survival without Major Disability for Infants Born Preterm', *The Journal of Pediatrics*, vol. 215, 2019, pp. 90-97.





منظمة الأمم المتحدة للطفولة  
قسم البيانات والتحليل  
شعبة البيانات والتحليل والتخطيط والرصد  
3 United Nations Plaza  
New York, NY 10017, USA

البريد الإلكتروني: [data@unicef.org](mailto:data@unicef.org)  
الموقع الإلكتروني: [/https://data.unicef.org](https://data.unicef.org)

يونسف   
لكل طفل