

Distr.
LIMITED

E/ICEF/2000/P/L.21
4 May 2000
ARABIC
ORIGINAL: ENGLISH

المجلس الاقتصادي والاجتماعي



للعلم

منظمة الأمم المتحدة للطفولة

المجلس التنفيذي

الدورة السنوية

٢٦-٢٢ أيار/مايو ٢٠٠٠

البند ٧ من جدول الأعمال المؤقت*

موجز استعراضات منتصف المدة والتقييمات الرئيسية

للبرامج القطرية

منطقة غرب ووسط أفريقيا

موجز

أعد هذا التقرير استجابة لمقرر المجلس التنفيذي ٨/١٩٩٥ (E/ICEF/1995/9/Rev.1) الذي طلب إلى الأمانة أن تقدم إلى المجلس موجزاً لنتائج استعراضات منتصف المدة والتقييمات الرئيسية للبرامج القطرية، يحدد، في جملة أمور، النتائج المحققة والدروس المستفادة، والحاجة إلى أي تعديل في البرنامج القطري، على أن يقوم المجلس بالتعليق على التقارير وتوفير التوجيه للأمانة إذا لزم الأمر. وقد أجريت استعراضات منتصف المدة والتقييمات الموصوفة في هذا التقرير خلال عام ١٩٩٩.

مقدمة

١ - في منطقة غرب ووسط أفريقيا، قامت ثمانية برامج قطرية في عام ١٩٩٩، تمتد دوراتها من ١٩٩٧ إلى ٢٠٠٢، بإجراء استعراضاتها لمنتصف المدة. وقد أجري معظم الاستعراضات في سياق من ازدياد الفقر، وثقل عبء الديون، وزيادة تفشي وباء فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، وانتشار عدم الاستقرار السياسي. ففي جمهورية أفريقيا الوسطى، مثلاً، تأثرت القطاعات الاجتماعية باستتالة أمد الاضطرابات السياسية، وتواتر العصيان العسكري والافتقار المزمّن إلى الموارد، وهي عوامل نابعة كلها من الفقر. وقد تفاقمَت الصعاب من جراء الصراع المسلح في جمهورية الكونغو الديمقراطية المجاورة مما أدى إلى وفود آلاف من اللاجئين الفارين إلى البلد. وفي كوت ديفوار، عملت ديون بلغت ١٣٠ بليون دولار كما عمل انعدام فعالية الحكم على حرمان السكان من فوائد النمو الاقتصادي الذي تحقق منذ تخفيض قيمة فرنك الاتحاد المالي الأفريقي في عام ١٩٩٤. والفقر منتشر ومعدلات الوفيات في ازدياد من جراء التفشي الواسع لفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز في المنطقة. أما غابون، وهي أحد البلدان التي تنعم بشئ من الاستقرار السياسي، ومعدل النصيب الفردي فيه من الناتج القومي الإجمالي هو أعلى المعدلات في المنطقة، فقد سجلت انخفاضاً في التنمية الاجتماعية. وقد وصل عبء الديون الدولية إلى مستوى باهظ يجعله يضعف آفاق التنمية في البلد.

٢ - ولا تزال غينيا من أفقر البلدان في المنطقة، فقاعدة الموارد البشرية فيها شديدة الهزال كما أن التنمية الاجتماعية فيها منخفضة. وقد أجبرت الصراعات الجارية في غينيا - بيساو وسيراليون المجاورتين لها آلاف من المهاجرين على المجئ إلى غينيا مما أدى إلى زيادة الطلب على المساعدة التي يكاد البلد يعجز عن تقديمها. وفي نيجيريا، التي يبلغ عدد سكانها ٤٠ في المائة من مجموع سكان المنطقة، أجرى استعراض منتصف المدة أثناء فترة كان البلد يجاهد فيها من أجل الانتعاش من آثار الانعزال لعدة سنوات عن شركاء التمويل، بسبب الحكم العسكري، وتكرر انتهاكات حقوق الإنسان، وسوء إدارة الموارد وارتفاع الديون الدولية إلى مستوى باهظ بلغ نحو ٣٠٠ بليون دولار. وقد استؤنف النمو الاقتصادي في السنغال، غير أن أثره الإيجابي على رفاه السكان لم يظهر بعد. ونشأت عن الصراع الذي دام ١٨ عاماً في كازامانس حاجة شديدة إلى المساعدة في هذا الجزء من البلد. وتعاني توغو أيضاً من انقطاع معظم المانحين عن تقديم الدعم في أعقاب انتخابات عام ١٩٩٨. ونظراً لصلالة الاستثمار في القطاعات الاجتماعية، فإن نظامي الصحة والتعليم ينهاران، والأحوال المعيشية للسكان - لا سيما الأطفال والنساء - آخذة في التدهور.

استعراضات البرامج القطرية في منتصف المدة

جمهورية أفريقيا الوسطى

٣ - بدأت عملية استعراض منتصف المدة في تشرين الأول/أكتوبر ١٩٩٨ بعد الانتهاء من تحديد جوانب الاستعراض ووضع خطة العمل. وقد حضر اجتماع الاستعراض شركاء من منظومة الأمم المتحدة والمنظمات غير الحكومية. وأجريت دراسات لمواضيع محددة وعقدت مقابلات لاستطلاع رأي مجموعات من الأفراد وتم القيام بزيارات ميدانية لجمع بيانات لتقييم أداء البرنامج القطري.

٤ - حالة الطفل والمرأة - كان التقدم المحرز في مجال تحسين حالة الطفل والمرأة مختلطاً: فمعدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة شديد الارتفاع (١٥٧ لكل ١٠٠٠ مولود حي). وانخفض معدل وفيات الرضع من ١١١ إلى ٩٧ لكل ١٠٠٠ مولود حي في الفترة ما بين ١٩٩٤/٩٥ و ١٩٩٨، لكن معدل الوفيات بالنسبة للأطفال الذين يتراوح سنهم بين سنة واحدة و ٤ سنوات ارتفع ارتفاعاً ضئيلاً (٦٢ إلى ٦٧ لكل ١٠٠٠ مولود حي) في الفترة نفسها. ويعود السبب في ارتفاع معدل الوفيات على هذا النحو إلى انهيار النظام الصحي. وقد تدهور البرنامج الوطني الموسع للتحصين، وتقلصت تغطية التحصين، التي كانت من أوسع التغطيات في المنطقة، من ٨٠ في المائة إلى ما يقل عن ٥٠ في المائة. ومن ثم فقد تعرض البلد لطفرة في تفشي أمراض مثل الملاريا والتهابات الجهاز التنفسي الحادة والإسهال. وسوء التغذية منتشر: فقد تبين من استقصاء أجري في عام ١٩٩٨ أن ٨٤ في المائة من الأطفال الذين يتراوح سنهم ما بين ٦ أشهر و ٣٦ شهراً يعانون من فقر الدم الناجم عن نقص الحديد وأن ٦٨ في المائة يعانون من نقص فيتامين ألف. ويعاني ما يربو على نصف عدد النساء البالغات من فقر الدم الناجم عن نقص الحديد و ١٧ في المائة من نقص فيتامين ألف. وإصابة نحو ٢٠ في المائة من الحوامل بفيروس نقص المناعة البشرية ثابتة، ونسبة التفشي البالغة ٨ في المائة بين عموم السكان ترتفع إلى ١٥ في المائة في العاصمة بانغي. وقد ساهم وباء فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، الذي يعتبر حالياً أحد أخطر التهديدات التي يتعرض لها البلد، مساهمة كبيرة في ارتفاع معدل الوفيات، وهو يعمل على إضعاف آفاق التنمية في البلد. كما أنه السبب في ٨٥ في المائة من وفيات المدرسين. ومعدل وفيات الأمهات يزداد أيضاً، وذلك أساساً بسبب الإيدز وانهيار النظام الصحي. ولم تطرأ أية زيادة على معدل الالتحاق بالمدارس البالغ ٦٣ في المائة منذ عام ١٩٩٥. ويعود هذا الانعدام للتقدم إلى تدهور المرافق المدرسية، وتقلص عدد المدرسين، وتواتر الإضرابات وانخفاض الإنفاق الوطني على التعليم. وقد ساهمت هذه العوامل في ازدياد عدد أطفال الشوارع، ومعظمهم من التاركيين للدراسة أو من يتامى الإيدز.

٥ - الإنجازات والقيود: رغم شدة سوء الحالة السياسية والاقتصادية، حقق البرنامج القطري نتائج ملحوظة بالتعاون مع شركاء التنمية. فقد وسّع مبادرة باماكو لتشمل ١٦ منطقة صحية، تضم ٤٥ في المائة من مجموع سكان البلد؛ ورفع معدل التحصين ضد شلل الأطفال فوصل إلى ٨٢ في المائة من الأطفال حتى سن الخامسة؛ ووسع نطاق استهلاك الملح المعالج باليود فوصل إلى ٨٧ في المائة من الأسر المعيشية؛ ووسع

ممارسة الرضاعة الطبيعية دون غيرها فوصلت إلى ٣٠ في المائة من النساء المرضعات؛ وأنشأ محاكم للأحداث. ويمد برنامج المياه والمرافق الصحية البيئية ٧٠ في المائة من السكان في المناطق المشمولة بالمشروع (بالمقارنة بنسبة ٤٠ في المائة لعموم البلد) بمياه الشرب. وقد أزاح الإمداد بالمياه عن كاهل البنات مسؤولية الأعمال المنزلية مما أفضى إلى زيادة نسبة التحاق البنات بالمدارس في المنطقتين اللتين يركز فيهما البرنامج القطري تدخلاته. وعلى مدى سنتين زادت نسبة التحاق البنات بالمدارس من ٣٥ إلى ٤٥ في المائة، وبذلك ضاقت الفجوة بينها وبين نسبة التحاق البنين بالمدارس. وزاد استعمال المرافق الصحية بفضل إدخال استعمال المراحيض في الأسر المعيشية، وتشجيع النظافة البيئية في منطقة تركيز البرنامج وفي مدينتين رئيسيتين. وقد انطوى وضع قاعدة بيانات جغرافية فيما يتعلق بالأطفال والنساء على تحسين عملية التخطيط والرصد لا مركزيا. وأنشئت لجان للتنمية في ٣٢٠ قرية في منطقة تدخل البرنامج القطري. ويساهم برنامج الدعوة والاتصال الاجتماعي، عن طريق برامج تلفزيونية وإذاعية أسبوعية، في زيادة الوعي بوباء فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز وبحقوق الطفل والمرأة.

٦ - والإضطرابات السياسية الطويلة الأمد التي تتسم بتواتر وقوع عمليات العصيان وبمحدودية الموارد - لا سيما الموارد المخصصة للقطاعات الاجتماعية - تشكل أخطر القيود التي تكتنف تنفيذ البرنامج. وبالإضافة إلى ذلك، لا تزال الحكومة عاجزة عن تنفيذ السياسة الوطنية للأخذ باللامركزية. وضعف القدرات الوطنية في كل المجالات تقريبا، ومنها مجال التخطيط والرصد، وعدم كفاية التنسيق بين الشركاء في قطاع الصحة، يشكلان قيدين آخرين واجههما البرنامج خلال فترة السنتين والنصف الماضية.

٧ - تقييم استراتيجيات البرنامج: الدروس المستفادة - رغم عدم الاستقرار السياسي والاجتماعي، حقق البرنامج القطري لجمهورية أفريقيا الوسطى نتائج طيبة، بفضل الدور القيادي لليونيسيف، ومشاركة المجتمعات المحلية وتطبيق اللامركزية. وشركاء الحكومة يتدخلون بنشاط في إدارة البرنامج وتنفيذه، ولهم نصيبهم من الفضل في مؤشرات جودة أداء البرنامج. وقد أدى ذلك إلى مساعدة البرنامج القطري على زيادة التزام شركاء الحكومة بالمشاركة على نحو أكثر فعالية في تنفيذ الأنشطة وعلى كفاءة الشعور بالانتماء إلى البرنامج. وتبين أن تنفيذ الأنشطة على صعيد المجتمع المحلي يمثل استراتيجية سليمة ساعدت البرنامج على مواصلة تنفيذ أنشطته في القرى، رغم القلاقل السياسية في البلد. والإشراف من جانب المجتمع المحلي، كجزء من عملية تطبيق اللامركزية والمشاركة، لا يزال أمرا جديدا ويقتصر على ٢٧ قرية، غير أن الطلب على اتباع هذه الاستراتيجية يتزايد من جانب مجتمعات محلية وعناصر قيادية أخرى. وقد أوصى استعراض منتصف المدة أيضا بتكييف عدد من أهداف البرنامج القطري مع قدرات البلد وموارد البرنامج.

٨ - خطة إدارة البرنامج القطري - أوصى استعراض منتصف المدة بإدماج برنامج المياه والمرافق الصحية البيئية في برنامج الصحة والتغذية لتحقيق الحد الأقصى من أثر الإمداد بالمياه على الصحة. وينبغي تكييف ملاك موظفي البرنامج مع الهيكل المقترح. وقد اشتركت اليونيسيف في وضع التقييم القطري الموحد

وقد تمت الدعم لتحديد مؤشرات ستستعملها منظومة الأمم المتحدة في رصد التدخلات. وتجري حاليا عملية إطار الأمم المتحدة للمساعدة الإنمائية.

كوت ديفوار

٩ - بدأت عملية استعراض منتصف المدة في كوت ديفوار بالاستعراض السنوي لعام ١٩٩٨، تليه عملية مراجعة حسابات البرنامج التي أجريت في تشرين الثاني/نوفمبر ١٩٩٨، واستعراض نهاية الدورة لبرنامج الفترة ١٩٩٢-١٩٩٦، وتنقيح أهداف البرنامج. وقد أدرجت نتائج كل المجموعات القطاعية في مشروع استعراض منتصف المدة، الذي قام مستشارون من المكتب الإقليمي بتوسيعه. وشارك في الاجتماع ممثلون للمنظمات غير الحكومية وبرلمان الأطفال وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي وصندوق الأمم المتحدة للسكان وبرنامج الأغذية العالمي ومنظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة (اليونيسكو) وشركاء ثنائيين.

١٠ - حالة الطفل والمرأة - ارتفع معدل وفيات الرضع في الفترة ما بين ١٩٩٤ و ١٩٩٩، من ٩٤ إلى ١١٢ لكل ١٠٠٠ مولود حي. وفي الفترة ذاتها، ارتفع معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة من ١٥٠ إلى ١٨١ لكل ١٠٠٠ مولود حي، ويرجع ذلك في المقام الأول إلى اتساع نطاق تفشي فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، والملاريا، واضطرابات الجهاز التنفسي الحادة، ومرض الإسهال. ومعدل انتشار فيروس نقص المناعة البشرية في المناطق الحضرية يتراوح بين ١٠ و ١٥ في المائة ويبلغ نحو ٦ في المائة في المناطق الريفية. ويموت أسبوعا بسبب مرض الإيدز نحو سبعة مدرسين، منهم خمسة في مرحلة التعليم الابتدائي. واتساع نطاق تفشي فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز فيما بين المدرسين على هذا النحو يضعف بصورة خطيرة الإنجازات التي يحققها النظام الوطني للتعليم. وقد تيمم ٧٧ ٠٠٠ طفل في عام ١٩٩٨ بسبب مرض الإيدز، ويقدر أن هذا الرقم سيرتفع إلى ٦٠٠ ٠٠٠ بحلول عام ٢٠٠١، بالنظر إلى ارتفاع معدل تفشي فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز فيما بين الحوامل (٩ في المائة). وقد ركد معدل الالتحاق بالمدارس الابتدائية عند نسبة تبلغ نحو ٧١ في المائة، في حين تتدنى نسبة القبول في الصف الأول. ويترك ٢٠٠ ٠٠٠ طفل سنويا الدراسة بالمدارس الابتدائية، يتحول عدد كبير منهم إلى أطفال شوارع. والأداء التعليمي منخفض: فالتلميذ يحتاج في المتوسط إلى ١٠ سنوات لإكمال مرحلة دراسية مدتها ست سنوات. والأسر المعيشية التي تستطيع الحصول على المياه المأمونة لا تتعدى أسرة واحدة من كل ثلاث في المناطق الريفية، وثلاث أسر من كل أربع في المناطق الحضرية. وفي المناطق الريفية، لا يتمتع بخدمات الصرف الصحي الملائمة إلا ٥٥ في المائة من السكان.

١١ - الإنجازات والقيود - وسع برنامج الصحة استراتيجية الرعاية الصحية الأولية لتشمل ٣ مناطق صحية إضافية، وبذلك أصبحت تضم حاليا ١٣ منطقة من مناطق البلد البالغ عددها ٤٢. وقد عمل على تنشيط ٨٢ مركزا صحيا وتقوية مشاركة المجتمع المحلي وتدريب موظفي الصحة في المجتمعات المحلية على التثقيف الغذائي ورصد نمو الأطفال حتى سن الثالثة. وتم إدخال تقديم المشورة وإجراء الفحوص للحوامل فيما يتعلق بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، ووافقت ٣ ٥٠٠ منهن على الفحوص؛ وعادت ٢ ٤٠٠ منهن للحصول

على نتائج الفحوص؛ وثبتت إصابة ١٠٩ منهن بفيروس نقص المناعة البشرية وافقن على معالجتهن بعقار زيدوفودين. وأعطى برنامج المياه والمرافق الصحية البيئية أولوية للقضاء على مرض الإصابة بدودة غينيا وحقق تخفيضاً بنسبة ٥٠ في المائة في عدد الحالات، من ٧٩٤ ٢ إلى ٤١٤ ١ في الفترة ما بين ١٩٩٦ و ١٩٩٨. والحالات التي تم الإبلاغ بها في عام ١٩٩٩ لا تتجاوز ٢٦٢ حالة من ١٧٦ قرية. وفي الوقت الحالي فإن إشراف المجتمع المحلي على هذا المرض يشمل كل القرى الموبوءة به. كما قام البرنامج بتشجيع ودعم النظافة والمرافق الصحية في المدارس الواقعة في منطقة تركيزه وقام بتركيب ٢٥٠ مرحاضاً. وركز التعليم الأساسي على تشجيع تعليم البنات، وتدريب المدرسين في الجزء الشمالي من البلد، وتزويد المدارس بالكتب المدرسية، وإنشاء مراكز لمحو الأمية، وتزويد التلميذات بأدوات زراعية تساعدن على ممارسة أنشطة تدور لهن الدخل، وإجراء دراسة حول التنميط الجنساني في الكتب المدرسية.

١٢ - غير أن توافر الخدمات الاجتماعية الأساسية يتدنّى. وتأييد السكان لتكاليف صيانة المرافق الصحية لا يزال ضعيفاً كما أن شعور البلديات بالانتماء إلى تدخلات البرنامج القطري غير كاف أيضاً. ويعاني البرنامج من الضعف، لا سيما في مجالي الصحة والتغذية، أمام عوامل مثل قصور التنسيق فيما بين شركاء التنمية وعدم كفاية رصد تنفيذ البرنامج والإشراف عليه.

١٣ - تقييم استراتيجيات البرنامج: الدروس المستفادة - يحتاج الأمر إلى تقوية أنشطة الاتصال والتعبئة الاجتماعية من أجل دعم الأنشطة القطاعية الأخرى. كما يجب تعزيز القدرة التقنية للحكومة والمنظمات غير الحكومية في مجال التخطيط والتنفيذ. وحجم السكان المستهدفين في منطقة تركيز البرنامج القطري حجم مفرط الطموح، بالنظر إلى الموارد المتوفرة وضعف التنسيق فيما بين الشركاء. وسينتقل التركيز الآن إلى مسائل مستجدة من قبيل فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز (بما في ذلك انتقاله من الأم إلى الطفل)، وصحة المراهقين، والأعمال المنزلية الواقعة على كاهل البنات، والرعاية في مرحلة الطفولة المبكرة من أجل النمو والنماء، والتعليم غير الرسمي للبنات ومحو أمية النساء.

١٤ - خطة إدارة البرنامج القطري - في الفترة ما بين ١٩٩٧ و ١٩٩٩، زادت الموارد العادية بما يربو على ٢٢ في المائة؛ وتمت تعبئة ٥٠ في المائة من الموارد الأخرى. وقد بقي هيكل البرنامج على حاله، غير أن من الضروري دمج الأنشطة في المستقبل من أجل تحقيق مزيد من الأثر على المجموعات المستهدفة. وستركز البرامج الشاملة لعدة قطاعات - الدعوة والاتصال، والتخطيط الاجتماعي، والرصد والتقييم - على تشجيع التنمية المجتمعية، وتغيير السلوك، ورصد حالة المجموعات المستهدفة، واستعمال البيانات والدروس المستفادة لأغراض الدعوة والحوار حول السياسات. ومن المقرر إجراء التقييم القطري الموحد في عام ٢٠٠٠.

غابون

١٥ - أنشئت أربعة أفرقة عاملة قطاعية لإعداد استعراض منتصف المدة، ضمت موظفين حكوميين رفيعي المستوى، ووكالات للأمم المتحدة (برنامج الأمم المتحدة الإنمائي ومنظمة الصحة العالمية وصندوق الأمم المتحدة للسكان)، ومصرف التنمية الأفريقي، وحكومات ألمانيا وفرنسا وكندا والولايات المتحدة، والاتحاد الأوروبي. وساهم الدعم الذي قدمه المكتب الإقليمي في نجاح العملية، وهي أول عملية من نوعها في غابون.

١٦ - حالة الطفل والمرأة - انخفض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة الذي يبلغ ١٤٥ لكل ١٠٠٠ مولود حي، وإن كان لا يزال مرتفعاً، عن مستواه في عام ١٩٩٦ البالغ ١٥٤ لكل ١٠٠٠ مولود حي. غير أن تغطية التحصين تتدنى. مثال ذلك أن معدل التحصين ضد الحصبة هبط من ٧٦ في المائة في عام ١٩٩٠ إلى ٥٧ في المائة في عام ١٩٩٩. وباب الالتحاق بالتعليم الابتدائي مفتوح أمام الجميع، غير أن صافي معدل الالتحاق بالمدارس الابتدائية (نحو ٨٦ في المائة) ينهض دليلاً على ارتفاع معدلات الإعادة، وسوء أداء نظام التعليم. والتفاوت في مستويات المعيشة واسع النطاق ويسود بين سكان مناطق الضواحي وانتشار فيروس نقص المناعة البشرية بين عموم السكان تبلغ نسبته ٤,٨ في المائة، لكنه آخذ في الازدياد بسرعة. ولئن لم تكن هناك أدلة مستندية تثبت الاتجار بالأطفال، فإنه يمارس على نطاق واسع. والأطفال يفدون لاجئين من بنن وتوغو ونيجيريا، ويعمل معظمهم كخدم في البيوت.

١٧ - الإنجازات والقيود - رفع مستوى أربعة مراكز صحية من المراكز الثمانية الموجودة في ليرفيل، وفي الآونة الأخيرة أدخل العمل بنظام لإدارة العقاقير النوعية ووصفها للمرضى. وتم إصدار دليل لتدريب موظفي الصحة وذلك بالتعاون مع الاتحاد الأوروبي، ودرب ١٠٠ من موظفي الصحة على استعمال هذا الدليل. وقدم البرنامج الدعم لإجراء دراسة مقارنة حول التشريع الوطني، واتفاقية حقوق الطفل، والميثاق الأفريقي الخاص بحقوق الطفل الأفريقي ورفاهيته، والاتجار بالأطفال، مع الاهتمام بالبنات. وزاد التعاون مع برنامج الأمم المتحدة الإنمائي وصندوق الأمم المتحدة للسكان والنظراء الحكوميين بشأن التوعية الجنسية وتشجيع حقوق البنات والنساء.

١٨ - وقد كشف الاستعراض جوانب الضعف التي تشوب السياسات الاجتماعية للبلد، وافتقاره إلى القدرات في مجال التخطيط، وعدم كفاية النظام الإحصائي الوطني وقدرات التنفيذ، وممارسة الإشراف بصورة غير مثلى من جانب مكتب المنطقة بسبب عدم الاستقرار السياسي في الكونغو. وعلاوة على ذلك، فإن البرنامج القطري يفتقر إلى التركيز وله أهداف مفرطة التعدد. وحيث أن هذا البرنامج هو أول برنامج لغابون للتعاون مع اليونيسيف، فإن الإلمام بإجراءات اليونيسيف واستراتيجياتها، لا سيما النهج القائم على أعمال الحقوق، لا يزال ضعيفاً.

١٩ - تقييم استراتيجيات البرنامج: الدروس المستفادة - سيركز البرنامج على البرمجة القائمة على الحقوق، مع الاهتمام بموضوع الاتجار بالأطفال. وسيتصدى أيضا للمشاكل المستجدة من قبيل التدني في ممارسة الرضاعة الطبيعية وازدياد تفشي فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. وسيعزز البرنامج التعاون مع منظومة الأمم المتحدة والشركاء الشائيين وسيرصّد حالة الطفل والمرأة. ويتم حاليا إجراء الدراسات المتعلقة بتشغيل الأطفال والاتجار بهم، والمبادرة ٢٠/٢٠. ومن المزمع القيام في عام ٢٠٠٠ بإجراء استقصاء ديموغرافي وصحي، سيركز على تقديم الخدمات الاجتماعية الأساسية.

٢٠ - خطة إدارة البرنامج القطري - البرنامج القطري الحالي (١٩٩٧-٢٠٠١) هو أول برنامج خمسي لحكومة غابون مع اليونيسيف. ويخضع المكتب الفرعي القائم في ليبرفيل لإشراف مكتب كوت ديفوار منذ أيار/مايو ١٩٩٩. وستبدأ في عام ٢٠٠٠ عملية التقييم القطري الموحد/إطار الأمم المتحدة للمساعدة الإنمائية، وسيجري في عام ٢٠٠٢ تنسيق الدورات البرنامجية داخل منظومة الأمم المتحدة.

غينيا

٢١ - أنشئت لجنة تنسيق، برئاسة وزارة التخطيط، لإدارة عملية استعراض منتصف المدة. وشاركت في الاجتماع وكالات للأمم المتحدة والبنك الدولي والاتحاد الأوروبي وحكومة فرنسا ومنظمات غير حكومية. واستعملت نتائج الاستقصاءات ونتائج الاستعراضات السنوية السابقة في تقييم أداء البرنامج.

٢٢ - حالة الطفل والمرأة - تبلغ نسبة الفقراء من السكان نحو ٤٠ في المائة، ولئن كان معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة يتدنّى، فهو لا يزال شديد الارتفاع، إذ يبلغ ٢٠١ لكل ١٠٠٠ مولود حي. والأسباب الرئيسية للوفاة هي الإسهال والملاريا والتهابات الجهاز التنفسي الحادة، التي تمثل ٩ حالات من كل ١٠ حالات مرضية تعرض على المراكز الصحية. ومعدل وفيات الأمهات (وهو يقدر بـ ٦٠٠ لكل ١٠٠٠ مولود حي) من أعلى المعدلات في العالم. والإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية تتزايد: فقد تم الإبلاغ عن ٥٧٤ حالة في عام ١٩٩٨ وهو ما ينطوي على زيادة على عدد الحالات في عام ١٩٩٦ الذي بلغ ٣٠٨٠ حالة. وتمثل النساء ٤٠ في المائة ويمثل الأطفال ٣ في المائة من عدد المصابين. وتبلغ نسبة الأطفال دون سن الخامسة المصابين بمرض توقف النمو نحو ٣٠ في المائة. وفي المناطق الريفية، تحصل ٦٥ في المائة من الأسر المعيشية على المياه المأمونة، بالمقارنة بنسبة ٧٢ في المائة في المناطق الحضرية. ومعدلات الالتحاق بالمدارس منخفضة: ٥١ في المائة بالنسبة للبنين و ٤٧ في المائة بالنسبة للبنات. ومعدل الأمية بين البالغين شديد الارتفاع: إذ أن نسبة الأمية بين النساء هي ٨٠ في المائة ونسبتها بين الرجال هي ٦٤ في المائة.

٢٣ - الإنجازات والقيود - يقدم برنامج الصحة الدعم من أجل تعزيز قدرات موظفي الصحة في مجال إدارة الملاريا، والتهابات الجهاز التنفسي الحادة وأمراض الإسهال، كجزء من مبادرة الإدارة المتكاملة لأمراض الطفولة. كما أنه يعمل على كفالة توفر التحصينات، وتم خلال يومي التحصين الوطنيين في عامي ١٩٩٧

و ١٩٩٨ تحصين ٩٨ في المائة من الأطفال وتوزيع فيتامين ألف. وبدعم من اليونيسيف، زادت الطاقة الوطنية لإنتاج الملح المعالج باليود إلى ٨٠٠ طن في السنة. ويدعم البرنامج إنشاء صناديق لدفع تكاليف عمليات الولادة، ونقل النساء إلى المستشفيات، ودعم التعبئة الوطنية وبناء القدرات لمساعدة النساء على زيادة دورهن في صنع القرارات والمشاركة. ويصب مشروع المياه والمرافق الصحية البيئية اهتمامه، في منطقة تركيزه، التي تشمل ٢٠ في المائة من سكان البلد، على بناء قدرات النساء على المشاركة طوال عملية التخطيط والتنفيذ وعلى إدارة مراكز توزيع المياه. وفي الوقت الحالي، يجري بانتظام رصد ٣٠ في المائة من مراكز توزيع المياه في البلد وكل المراكز تقريبا الموجودة في منطقة مشروع المياه. وكانت عملية إدخال مراحيض منخفضة التكلفة عملية ناجحة جدا. وقد درب برنامج الدعوة شركاءه على مهارات الاتصال الشخصي وقدم الدعم للحكومة في إعداد التقرير الأولي الذي قدم في عام ١٩٩٩ للجنة حقوق الطفل. وقدم الدعم لبناء القدرات الوطنية في مجال جمع البيانات. ويلتحق حاليا بفصول محو الأمية في مراكز "نافا" للتعليم غير الرسمي نحو ٥ ٠٠٠ طفل، معظمهم بنات، من الأطفال الذين تركوا الدراسة، وقد رُفّع عدد منهم إلى المدارس الثانوية الرسمية. وتساهم أنشطة الدعوة في زيادة التحاق البنات من خلال نشر كراسات بعنوان "تعليم البنات"، كما تساهم في شراء سكاكين بصورة رمزية من النساء اللاتي يمارسن عملية الختان. وأقيمت شراكات مع برنامج الأمم المتحدة الإنمائي ومنظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة (اليونيسكو) وصندوق الأمم المتحدة للسكان وشبكة للبرلمانيات لتشجيع حقوق الطفل والمرأة في حالات الصراع.

٢٤ - وقد واجه البرنامج القيود التالية: الافتقار إلى سياسات وطنية فيما يتعلق بالمرافق الصحية والاتصالات؛ وضعف القدرة الوطنية في مجال التخطيط والرصد والتقييم؛ والاضطراب السياسي أثناء انتخابات عام ١٩٩٨. ونواحي الضعف التي تشوب النظام الإحصائي الوطني تؤثر على توفر البيانات وعلى تنفيذ الخطة المتكاملة للرصد والتقييم.

٢٥ - تقييم استراتيجيات البرنامج: الرصد والتقييم - أوصى الاستعراض بأن يتوخى البرنامج القطري مزيدا من الدقة في تحديد مناطق تدخله. ولئن كانت المشاركة لا تزال ضعيفة من جانب المجتمعات المحلية في رصد وإدارة مراكز توزيع المياه، فهي تبعث على التفاؤل الشديد كما أنها أثبتت صحة الاستراتيجية. وسيسعى البرنامج القطري إلى زيادة فعاليته بالتركيز على إدماج الأنشطة في مناطق تدخله، بالتعاون مع سائر الشركاء. وبالإضافة إلى ذلك، سيتم توحيد التدخلات المبتكرة. والحكومة ملتزمة بوضع استراتيجيات جديدة من أجل تحسين سهولة الحصول على الخدمات الاجتماعية وشمولها وجودتها. وقد نوقشت خطة عملية التقييم القطري الموحد/إطار الأمم المتحدة للمساعدة الإنمائية أثناء اجتماع الاستعراض.

٢٦ - خطة إدارة البرنامج القطري - بحلول منتصف المدة كان البرنامج قد عبأ بالفعل ثلثي المبلغ الموافق عليه من الموارد الأخرى. وقد ساهم الرصد واستعمال مؤشرات لإدارة كفاءة الجودة في تحسين عمليات العمل الجماعي والمشاركة التي تتم في المكتب.

نيجيريا

٢٧ - استفادت عملية استعراض منتصف المدة في نيجيريا من الاستعراضين السنويين لعامي ١٩٩٨ و ١٩٩٩ والدراسات والتقييمات السابقة لهما. وقد شارك في اجتماع الاستعراض رؤساء لوكالات للأمم المتحدة وأعضاء السلك الدبلوماسي وممثلون للدولة والحكومة المحلية والمنظمات غير الحكومية وزعماء المجتمعات المحلية ووزراء من الحكومة والأمناء الدائمون وكبار المسؤولين التنفيذيين والمديرين.

٢٨ - حالة الطفل والمرأة - ساءت مؤشرات البقاء والنماء سواء بالنسبة لعموم السكان أو بالنسبة للأطفال والنساء. ولئن كانت جودة الأداء قد ثبتت في المناطق المشمولة بالبرنامج القطري، فإن الأحوال العامة في البلد آخذة في التدهور. فقد ارتفع معدل وفيات الرضع إلى ١٤٤ لكل ١٠٠٠ مولود حي وارتفع معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة من ١٩١ إلى ٢٣٩ لكل ١٠٠٠ مولود حي. ولا يزال معدل وفيات الأمهات مرتفعاً (٩٤٨ لكل ١٠٠٠٠٠ مولود حي). وتدنّت تغطية التحصين تدنياً شديداً، من ٨٠ في المائة إلى أقل من ٤٦ في المائة فيما يتعلق بجميع التحصينات ما عدا شلل الأطفال. وكان هناك اتجاه عام إلى الهبوط في صافي معدل الالتحاق بالمدارس الابتدائية، وإلى اتساع في الفجوة بين الجنسين في عموم البلد. فقد هبط صافي معدل التحاق البنين بالمدارس الابتدائية من ٦٠ في المائة في عام ١٩٩٥ إلى ٥٨ في المائة في عام ١٩٩٩. وبالنسبة للبنات، انخفض المعدل في الفترة نفسها من ٥٨ في المائة إلى ٥٣ في المائة. ويبلغ معدل الإلمام بالقراءة والكتابة بين البالغين نحو ٥١ في المائة بالنسبة للرجال و ٣٦ في المائة بالنسبة للنساء. وقد تحقق تقدم ضئيل في معدل الحصول على المياه المأمونة، الذي ارتفع من ٥٠ في المائة في الفترة ١٩٩٥/٩٦ إلى ٥٤ في المائة في عام ١٩٩٩. غير أن معدل استعمال المرافق الصحية انخفض من ٥٧ في المائة إلى ٥٣ في المائة. ويعزى تدهور الحالة على هذا النحو إلى عدة عوامل: البيئة السياسية والاقتصادية والاجتماعية المعاكسة التي سادت في الفترة ما بين ١٩٩٣ و ١٩٩٨؛ ورداءة التخطيط؛ وقصور التنفيذ؛ وحدوث انخفاض في كمية وجودة الخدمات الاجتماعية الأساسية.

٢٩ - الإنجازات - بالرغم من سوء البيئة الاجتماعية والاقتصادية، حقق البرنامج عدداً من النتائج الملحوظة. فعلى الصعيد الوطني، قدم برنامج الصحة الدعم لوضع سياسة صحية جديدة، تقوم على مبادرة بامako والرعاية الصحية الأولية. وبفضل أنشطة الدعوة يجري الاعتراف الآن بأولوية مجالات فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، والممارسات الضارة، وتوزيع العقاقير وإدارتها. وأحرز تقدم كبير في القضاء على مرض شلل الأطفال. وفي مجال سلطات الحكومة المحلية المستهدف في البرنامج، عززت قدرات ٢٢٠٢٨ من موظفي الرعاية الصحية. وجهاز البرنامج ٣٠٨٠ موقعا لتقديم الخدمات وأكسب ٣٢ منظمة غير حكومية القدرة على وضع نهج استراتيجية لتقديم خدمات الرعاية الصحية على صعيد المجتمع المحلي. وقدم البرنامج الدعم لعقد مؤتمر وطني بشأن سلامة الأمومة، يرتبط بختان الإناث، لزيادة الوعي بالحقوق الإنجابية للمرأة وبعدم المساواة القائم بين الجنسين. ودعا إلى اتباع إطار لسياسة تنمية مشاركة المرأة. وساعد برنامج التغذية الحكومة على وضع سياسات وطنية للتغذية والرضاعة الطبيعية. ومن الإنجازات الملحوظة الأخرى: زيادة معدل ممارسة الرضاعة الطبيعية دون غيرها من أنواع الرضاعة بما يربو على

٧ في المائة؛ انخفاض معدل انتشار مرض الدراق بما يربو على ٥٠ في المائة؛ وانخفاض حالات نقص فيتامين ألف بنسبة ١١ في المائة؛ وتدني نسبة الأطفال منخفضي الوزن عند الولادة من ٢٠ في المائة إلى ١٧ في المائة؛ وتدني عدد الأطفال منخفضي الوزن والأطفال متوقفي النمو من ٣٥ في المائة إلى ٣١ في المائة، ومن ٤٣ في المائة إلى ٣٤ في المائة، على الترتيب. غير أن معدل إصابة الأطفال بالهزال تضاعف، إذ قفز من ٨ في المائة إلى ١٦ في المائة.

٣٠ - وقد وفر برنامج المياه والمرافق الصحية البيئية المياه المأمونة لـ ٢,٥ مليون شخص، وهو رقم يتجاوز كثيرا الرقم المستهدف للبرنامج في منتصف المدة. كما وفر وسائل مأمونة للتخلص من الفضلات البشرية لما يربو على ٧٠٠ ٠٠٠ شخص، إلا إن هذا الرقم يقل عن الرقم المستهدف لمنتصف المدة. وأحرز تقدم مستمر نحو القضاء على مرض الإصابة بدودة غينيا وفي الجهود المبذولة لتحقيق الاستدامة من خلال استعمال التكنولوجيات المناسبة والتمكين للمجتمعات المحلية من أجل إنتاج المواد المطلوبة داخل البلد. وقام ببناء قدرات محلية في مجال إدارة استثمارات برنامج المياه والمرافق الصحية البيئية وتشغيلها وموالاتها. وقد حقق برنامج التعليم الأساسي زيادة في التحاق البنات بالمدارس الابتدائية بنسبة ٧ في المائة في الولايات الشمالية العشر المستهدفة. وعمل البرنامج على تحسين معدلات إكمال مرحلة الدراسة الابتدائية، وأنشأ نحو ٨٠٠ مرفق للتعليم غير الرسمي للطفلات في المجتمعات المحلية الفقيرة، وقدم الدعم لوضع المناهج الدراسية. وقدم برنامج الخدمات الأساسية الحضرية/الأطفال الذين يعيشون ظروفًا عصيبة الدعم لوضع سياسة حضرية وطنية جديدة. وركز هذا البرنامج على دعم الأطفال المحتاجين إلى حماية خاصة، وقام ببناء ٤٢ ٠٠٠ مرفق أساسي للأسر الفقيرة في المناطق الحضرية. وقام برنامج التخطيط والرصد والتقييم، الذي يقدم الدعم لتطبيق اللامركزية، بوضع خطط عمل محلية، وبتشجيع إجراء تقييمات وتحليلات للحالة في المناطق واتباع برنامج عمل يقوم على الحقوق في ٣٦ ولاية. كما قدم الدعم لمجموعة الدراسات الاستقصائية المتعددة المؤشرات ودراسة حول المبادرة ٢٠/٢٠، ووضع تصميم مصرف بيانات اجتماعية وقام بإنشائه، وحدد ١٩ مؤشرا جنسانيا وقام بوضعها. وأجرى برنامج الدعوة والاتصال دراسات مواضيعية وإقليمية بشأن حقوق الطفل وحقق زيادة في مشاركة الأطفال والشبان. وقام بتقوية الشراكة مع سائر مؤسسات الأمم المتحدة من أجل تلبية احتياجات البنات والنساء وإعمال حقوقهن، ومن ذلك شبكة للدعم التقني من المنظمات غير الحكومية، التي تقدم الدعم للبنات والنساء المحرومات في الأحياء الفقيرة الحضرية.

٣١ - القيود وتقييم استراتيجيات البرنامج: الدروس المستفادة - عملت استقالة أمد الحكم العسكري، وسوء إدارة الموارد، وانتهاك حقوق الإنسان، على الحد من القدرة على اجتذاب موارد إضافية للبرنامج. غير أن النجاح في العودة إلى الحكم المدني عمل على تجديد اهتمام شركاء التمويل. وقد أدى عدم تقديم مساهمات من الحكومة للأنشطة التي تتلقى مساعدات نقدية وإدارة الإمدادات والسوقيات، وضعف مراجعة حسابات الإمدادات ورصد استعمالها النهائي، إلى الحد من فعالية تنفيذ البرنامج القطري. وبعض عناصر اتفاق التعاون الأساسي المبرم مع الحكومة لم تنفذ بعد، كما أن تواتر النكسات الناجمة عن سرعة تغيير موظفي التنسيق الحكومي أدى إلى الإخلال بسلسلة انتقال المسؤوليات من شخص إلى آخر. ويحتاج الأمر

إلى تحقيق مزيد من التطابق بين الهياكل في المناطق الأربع التابعة لليونيسيف والمناطق الست التابعة للحكومة. ولم يتم تحقيق التوافق بين هيكل مكتب/موظفي اليونيسيف مع هيكل/مكاتب الحكومة والشركاء، لا سيما في أبوجا وعلى مستوى المناطق. وليس بالمستطاع إجراء قياس دقيق لتقييم ورصد استدامة البرنامج وفعالية المساهمة النسبية من جانب الحكومة واليونيسيف وسائر الشركاء وذلك بسبب عدم وجود المؤشرات والنظم اللازمة لذلك أو تحديد واضح للمسؤوليات.

٣٢ - خطة إدارة البرنامج القطري - شارك موظفو اليونيسيف العاملين في نيجيريا في استعراض إداري لمنتصف المدة وذلك في أعقاب عملية استعراض منتصف المدة مباشرة. وقد أوصى ذلك الاستعراض بتعزيز هيكل ملاك الموظفين وتكوينهم بإنشاء ٢٠ وظيفة جديدة، على أن تشغل كلها تقريباً بموظفين من البلد، من أجل تنفيذ الجزء الأكبر من إنفاق البرنامج (مبلغ إضافي قدره ١٥,٤ مليون دولار من الموارد العادية للفترة ٢٠٠٠-٢٠٠١). ومن شأن ذلك أيضاً أن يشجع شركاء البرنامج على تخصيص مزيد من التمويل للطفل والمرأة. ورغم ذلك ستبقى نسبة تكاليف الموظفين إلى إنفاق البرنامج على حالها دون تغيير. وسيتعزز وجود الموظفين في أبوجا كما ستقوى عملية رصد الموارد البشرية وتقييمها في المناطق. وقد ووفق على إدخال بعض التغييرات على البرنامج/المشاريع لإيجاد هيكل عام أسلس قياداً بعد التحول إلى نظام إدارة البرامج. ومن ثم ستجري إدارة القطاعين - قطاع الصحة وقطاع التغذية - كبرنامج واحد. وستجري إدارة الخدمات الأساسية الحضرية والتدابير الخاصة بالأطفال المحتاجين إلى حماية خاصة كمشروعين وليس كبرنامج مشترك كما هو عليه الحال الآن. وسيدمج تشجيع حقوق الطفل والمرأة مع الأنشطة الجنسانية والإنمائية، كمشروع واحد في إطار برنامج التخطيط والرصد والتقييم. كما ستتصدر اليونيسيف عملية وضع التقييم القطري الموحد/إطار الأمم المتحدة للمساعدة الإنمائية، والعمل مع البنك الدولي بشأن وضع إطار إنمائي شامل.

سان تومي وبرنسيبي

٣٣ - كان استعراض منتصف المدة في عام ١٩٩٩ هو أول استعراض يجري منذ بدأ التعاون بين حكومة سان تومي وبرنسيبي واليونيسيف في عام ١٩٨٤. وقد شملت وثائق الاستعراض الاستعراضين السنويين (١٩٩٧ و ١٩٩٨)، والاستعراضات الداخلية الفصلية لتنفيذ البرنامج، والتقارير السنويين (١٩٩٧ و ١٩٩٨) والتقييم القطري الموحد.

٣٤ - حالة الطفل والمرأة - تحتل سان تومي وبرنسيبي المرتبة ١٢٤ من بين ١٧٤ بلداً في قائمة الرقم القياسي للتنمية البشرية. ولم يطرأ تحسن ملحوظ على الأحوال الصحية على مدى السنوات الثلاث السابقة لاستعراض منتصف المدة. ومعدلات شمول التحصين أعلى بالمقارنة بالحالة في المنطقة الأفريقية الواقعة جنوب الصحراء الكبرى، فيما عدا التحصين ضد الحصبة، الذي هبط معدله إلى ما دون ٦٠ في المائة. وقد ساءت حالة تغذية الأطفال، حيث ارتفع معدل الإصابة بتوقف النمو المعتدل والحاد من ٢٦ في المائة إلى ٣٣ في المائة. كما أن إصابة الحوامل بفقر الدم ونقص فيتامين ألف لدى الأطفال دون سن الخامسة في

ازدياد، في حين يشكو ما يربو على نصف السكان من الاضطرابات الناجمة عن نقص اليود. ونتيجة لذلك زادت وفيات الرضع عن معدلها المنخفض القياسي البالغ ٥١ لكل ١ ٠٠٠ مولود حي في عام ١٩٩٨ إلى ٦٧ لكل ١ ٠٠٠ مولود حي. ولا يزال مرض الملاريا هو السبب الأول لوفاة الأطفال. وحالات الإصابة بالإيدز في ارتفاع بسبب الافتقار إلى الضوابط الوبائية للأمراض التي تنتقل بالاتصال الجنسي؛ وعدم كفاية التشجيع على استعمال الرفالات وتوزيعها؛ والقصور في نشر المعلومات لتشجيع تغيير السلوك والممارسة. ومن الصعب المحافظة على الإنجازات التي تحققت في الماضي في مجال التعليم، وبدأ معدل الالتحاق بالمدارس الابتدائية في الانخفاض. والفوارق بين الجنسين، التي لا وجود لها في السنوات الأولى من الدراسة، تتسع بعد الصف الرابع، لا سيما في المناطق الريفية. والفصول تزداد اكتظاظا، مما يؤدي إلى الإضرار بالتحصيل الدراسي، ونسبة الأطفال دون سن السادسة التي تذهب إلى دور الحضانة ورياض الأطفال لا تتعدى ١٦ في المائة، وإن كان الطلب عليها عاليا حتى في المناطق الريفية. وتدهور أحوال التعليم على هذا النحو مرده، في جملة أمور، قصور الاستثمار من جانب الحكومة في مجال التعليم، وطول أمد الإضرابات والتأخير في دفع المرتبات. وإمكانية الحصول على مياه الشرب المأمونة آخذة في الهبوط، ونسبة السكان الذين يستعملون وسائل صحية لصرف الفضلات البشرية لا تتعدى ٢١ في المائة.

٣٥ - الإنجازات والقيود - قدم البرنامج الدعم للعملية الجارية المتعلقة باتباع سياسة صحية وطنية شاملة تقوم على: اللامركزية؛ والتحصين، بما في ذلك أيام التحصين الوطنية؛ والدعوة الناجحة من أجل إصدار تشريع بشأن معالجة الملح باليود ومراقبتها؛ والتصديق على اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة واتفاقية حظر استعمال وتخزين وإنتاج ونقل الألغام المضادة للأفراد وتدمير تلك الألغام؛ وشراء العقاقير والمواد المدرسية الضرورية؛ وإنشاء نظام لرصد التحصيل الدراسي لأطفال الصف الثالث، فضلا عن رصد أداء مئات من المدرسين؛ وإنشاء نظام للإحصاءات في مجال التعليم؛ والتدريب المهني لـ ٢٣٠ من الأطفال غير الملتحقين بالمدارس.

٣٦ - والدعم الذي تقدمه الحكومة للقطاعات الاجتماعية يشوبه القصور، ولا يلتزم ملاك المزارع التي حولت إلى القطاع الخاص بإبقاء المدارس مفتوحة. ورغم جهود اليونيسيف، فلا توجد لجنة وطنية لشؤون الأطفال والشبان تتولى تقديم التقارير بشأن اتفاقية حقوق الطفل، وتشجيع حقوق الطفل، ووضع خطة العمل الوطنية موضع التنفيذ.

٣٧ - تقييم استراتيجيات البرنامج: الدروس المستفادة - من المتوقع أن يؤدي إنشاء سياسة وطنية للصحة إلى تحسين التنسيق بين المانحين والدور القيادي لوزارة الصحة، التي بدأت، في عام ١٩٩٩، توفير العقاقير الأساسية. وقد أصدر استعراض منتصف المدة عددا من التوصيات. فأولا، يحتاج الأمر إلى قيام الحكومة بوضع سياسات قطاعية وتحسين تنسيقها مع اليونيسيف والمنظمات غير الحكومية. وثانيا، وافق الاستعراض على توسيع مبادرة ماباكو لتشمل ٥٠ في المائة من السكان بحلول نهاية دورة البرنامج. وبالنظر إلى ارتفاع معدل تفشي الملاريا، يجب إدخال تدابير للوقاية منها ومكافحتها. وأخيرا، أوصي بإجراء دراسة بالتعاون مع منظمة العمل الدولية بشأن تشغيل الأطفال.

٣٨ - خطة إدارة البرنامج القطري - لم تكن قدرات فريق اليونيسيف متناسبة مع البرنامج القطري حسب تصميمه الأصلي. مثال ذلك أنه لا توجد وظائف محددة المدة لشؤون الصحة والعمليات، ويتم التعاقد مع قرابة ٤٠ في المائة من الموظفين على أساس مؤقت. ولذلك يجري النظر في إنشاء وظائف محددة المدة لشؤون الصحة والعمليات والتعليم. وفي أواسط عام ١٩٩٩ أدمج مكتب سان تومي وبرنسيبي في منطقة غرب أفريقيا. والبرنامج القطري للفترة ١٩٩٧-٢٠٠١ يمول من الموارد العادية بصورة خالصة تقريبا. وقد تمت مواصلة البرنامج مع منظومة الأمم المتحدة في عام ١٩٩٧، واكتمل التقييم القطري الموحد وأحيل إلى الحكومة.

السنغال

٣٩ - أجريت عملية استعراض منتصف المدة على أساس المشاركة التامة، وضمت سلطات حكومية رفيعة المستوى، وأعضاء في البرلمان، وممثلين لمنظومة الأمم المتحدة (منظمة العمل الدولية وبرنامج الأغذية العالمي ومنظمة الصحة العالمية)، ومنظمات من المجتمع المدني، ومنظمات غير حكومية. وقد استفيد فيها من الاستعراض السنوي لعام ١٩٩٨.

٤٠ - حالة الطفل والمرأة - بالمقارنة بالتنمية الاقتصادية، كان التقدم الاجتماعي المحرز في السنغال مختلطا بعض الشيء. فالبلد يحتل المرتبة ١٥٤ من بين ١٧٤ بلدا في قائمة الرقم القياسي للتنمية البشرية. ومعدل وفيات الرضع معتدل (٦٨ لكل ١ ٠٠٠ مولود حي)، وجعل شمول التحصين يهبط في السنوات الأخيرة. وبالنسبة لمعظم الأمصال، باستثناء مصل شلل الأطفال الذي يبلغ شمول التحصين به ١٠٠ في المائة، لم يتجاوز عدد الأطفال الذين تم تحصينهم في عام ١٩٩٨ نسبة ٤٠ في المائة. ومعدل تفشي فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز (١ في المائة) من أدنى المعدلات في المنطقة. ومعدل وفيات الأمهات يقرب من ٥١٠ لكل ١٠٠ ٠٠٠ مولود حي. ونسبة الأسر المعيشية التي تستهلك الملح المعالج باليود لا تتجاوز ٩ في المائة في المتوسط، إلا أن ما يربو على نصف السكان يستهلكونه في المناطق التي يتفشى فيها مرض الدراق. وكان التقدم المحرز في مجال التعليم بطيئا: إذ لا يلتحق بالمدارس الابتدائية إلا ثلاثة أطفال من كل أربعة. ومعدل التحاق البنات (٥٨ في المائة) يتخلف بنسبة ١٥ في المائة عن معدل التحاق البنين.

٤١ - الإنجازات والقيود - أثناء حملة مكافحة الملاريا، تم توزيع ١٢ ٠٠٠ ناموسية على نحو ٣٠٠ ٠٠٠ شخص. وفي غوديري، وهي بلدة صغيرة تقع في المنطقة الشرقية يتفشى فيها الدراق وسوء التغذية على نطاق واسع، تم بانتظام رصد حالة التغذية بالنسبة لـ ١ ١٠٠ طفل حتى سن الثالثة. وقد شفي نحو ٨٠ في المائة من هؤلاء الأطفال من سوء التغذية. وفي منطقتي غديدياواي (وهي من ضواحي داكار) وكولدا، تمت توعية ٤٤٦ امرأة بمزايا الرضاعة الطبيعية. ويتم الآن بدعم من البرنامج معالجة ٥٨ في المائة من الملح المنتج في السنغال باليود. وقد وصلت حملات فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز إلى فئات مستهدفة مختلفة، منها: ٢ ٠٠٠ من تلاميذ المدارس الثانوية والابتدائية؛ و ١٠ ٠٠٠ من شبان الرابطات المدنية؛ و ٤٠٠ فتاة. ولا يزال يلزم بذل الكثير من الجهود لبلوغ جميع الأهداف المقررة. وقد قلت

الفجوة بين معدل التحاق البنين ومعدل التحاق البنات بالمدارس وإن كانت لا تزال مرتفعة (٥٦ في المائة) في منطقة ديوربل، حيث تصل التغطية التعليمية إلى أدهاها. وكانت إنجازات البرنامج في مجال محو الأمية بالغة الضعف: فلم يتجاوز عدد النساء اللاتي التحقن ببرامج محو الأمية ٢٧٩ ٣ في ٨٣ قرية. غير أن برنامج المياه والمرافق الصحية البيئية أمد ١٢٠ ٠٠٠ شخص بالمياه، ولم تكتشف أية حالات إصابة بدودة غينيا، وأتيح الحصول على الرعاية الصحية لـ ٢٠ ٠٠٠ من تلاميذ الكتاتيب. ونجح برنامج الدعوة في إقناع الحكومة بإصدار قانون يحرم ختان الإناث، وقدم الدعم أيضا لوضع خطة عمل وطنية بشأن القضاء على عادة ختان البنات، بالتعاون مع صندوق الأمم المتحدة الإنمائي للمرأة ومنظمات أخرى للأمم المتحدة ومنظمات غير حكومية.

٤٢ - وقد أعيق البرنامج من جراء قلة شعور شركاء الحكومة بالانتماء إليه؛ وقصور التخطيط، لا سيما من حيث تحديد الأهداف؛ وضعف الاستراتيجيات الرامية إلى تغيير السلوك؛ والافتقار إلى بيانات إحصائية في قطاع الصحة. وأدى سوء إدارة توفير الأمصال إلى تواتر نضوب المخزونات. وتنفيذ السياسة الوطنية لتوفير الملح المعالج باليود للجميع لا يزال ضعيفا.

٤٣ - تقييم استراتيجيات البرنامج: الدروس المستفادة - أوصي بتقليص عدد مشاريع وأهداف البرنامج القطري. ولا يركز برنامج الصحة الآن إلا على مشروعين فقط: أحدهما للتحصين ومعالجة الملح باليود ووفيات الأمهات وفيرس نقص المناعة البشرية/الإيدز؛ والآخر للقضاء على مرض الإصابة بدودة غينيا في المناطق الريفية. وفي المناطق الحضرية، سيركز هذا المشروع على المرافق الصحية والحماية البيئية من خلال العمل بصورة أوثق مع سائر الشركاء من منظومة الأمم المتحدة ومع المجتمعات المحلية. ولا يتضمن برنامج التعليم الآن سوى مشروعين، يرميان أساسا إلى الوصول بمعدل الالتحاق بالمدارس إلى ٧٠ في المائة، وتحسين نوعية التعليم وزيادة معدل التحاق البنات بالمدارس. وستنفذ استراتيجيات المشروع المتعلق بالأطفال المحتاجين إلى تدابير خاصة للحماية من منظور قائم على حقوق الطفل، على أساس متابعة هدف الحد من الضعف الذي يعاني منه ٤٠٠ ٠٠٠ من هؤلاء الأطفال. وسيدعم برنامج التخطيط والرصد والتقييم جميع أهداف البرنامج القطري. وسينفذ برنامج للطوارئ في كازامانس، وستنفذ استراتيجية جديدة بشأن التنمية المحلية لدعم المجتمعات المحلية في مجال تحقيق أهداف نهاية العقد.

٤٤ - خطة إدارة البرنامج القطري - يتألف الهيكل الجديد للبرنامج القطري من أربعة مجالات - البقاء؛ والتنمية/الحماية/المشاركة؛ والتمثيل؛ والتنسيق - ويحتوي على ١٠ مشاريع و ٧ أهداف للبرنامج القطري. ويقدر مجموع تمويل البرنامج للفترة ١٩٩٩-٢٠٠١ بمبلغ ٣٤,٣ مليون دولار. ولم توفر بعد نسبة ٨٣ في المائة من هذا المبلغ. وقد أصدرت وثائق التقييم القطري الموحد وإطار الأمم المتحدة للمساعدة الإنمائية في عام ١٩٩٩ بمشاركة من وكالات الأمم المتحدة، وصندوق النقد الدولي والبنك الدولي.

توغو

٤٥ - أنشئت أفرقة لكل برنامج قطاعي لجمع المعلومات وتحليلها لأغراض استعراض منتصف المدة. وقد طبقت اللامركزية بتنفيذ العملية على الصعيد الإقليمي، مع تقديم الدعم من المكتب الإقليمي لليونسيف ومقر اليونسيف. واشتركت عدة منظمات غير حكومية ومنظمات للأمم المتحدة في إعداد الاستعراض.

٤٦ - حالة الطفل والمرأة - انخفض معدل وفيات الرضع في الفترة ما بين ١٩٩٤ و ١٩٩٧، من ٨٣ إلى ٨٠ لكل ١ ٠٠٠ مولود حي. غير أن معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة، في الفترة نفسها، ارتفع من ١٣٢ إلى ١٤٦ لكل ١ ٠٠٠ مولود حي. ويقدر معدل وفيات الأمهات بنحو ٤٨٠ لكل ١٠٠ ٠٠٠ مولود حي، والمدهش أنه متدن بالقياس إلى المستويات الإقليمية. وتغطية التحصين منخفضة - إذ لم يتلق التحصين الكامل إلا ٣١ في المائة من الأطفال - ومعاونة الأطفال من سوء التغذية مرتفعة: إذ أن ٢٢ في المائة من الأطفال من الفئة العمرية ٠ - ٥٩ شهرا مصابون بتوقف النمو. وتفشى فيروس نقص المناعة البشرية معتدل (٥ في المائة من عموم السكان)، لكنه يتزايد بسرعة؛ ويحصل ٥٣ في المائة من الأسر المعيشية على مياه الشرب المأمونة ويحصل ٤٩ في المائة منها على المرافق الصحية. وكل امرأة بالغة من امرأتين، وكل رجل بالغ من أربعة، من الأميين. وصافي معدل الالتحاق بالمدارس يبلغ ٨٩ في المائة بالنسبة للبنين و ٦٣ في المائة بالنسبة للبنات.

٤٧ - الإنجازات والقيود - رغم هذه البيئة الاجتماعية والاقتصادية الصعبة، حقق البرنامج نتائج ملحوظة بالتعاون مع الشركاء. فقد انخفض تفشي الحصبة بدرجة كبيرة وأصبح تواتر انتشار الأوبئة يقل يوما بعد يوم. واستئصلت شأفة مرض شلل الأطفال تقريبا: فلم يبلغ إلا عن حالتين فقط في عام ١٩٩٨. وأقيمت شراكات مع ١٣ منظمة غير حكومية لمساعدة البرنامج على تحسين بقاء الطفل وحمايته ونمائه. ويجري بانتظام توزيع فيتامين ألف في الجزء الشمالي من البلد حيث النقص أكثر شيوعا. وبفضل أعمال التعليمات الوطنية التي تحظر استيراد الملح غير المعالج باليود، ارتفع استهلاك الملح المعالج باليود ارتفاعا حادا، من ١ إلى ٧٣ في المائة في الفترة ما بين ١٩٩٦ و ١٩٩٨. وأنشأ برنامج التعليم ١٣ مقصفا في المدارس و ٢٢ من مراكز الرعاية النهارية؛ وتم تدريب ١٤٤ أما و ١ ٥٥٠ من أعضاء الرابطة المدرسية على إدارتها. وقدم البرنامج الدعم لتدريب ١ ١٣٠ مدرسا وألحق ١٦ ٦٨٠ طفلا بالمدارس، منهم ٧ ٠٢٤ بنتا. وارتفع معدل التحاق البنات بالمدارس إلى ٣٠ في المائة في بعض المناطق بفضل الأنشطة المراعية للفوارق بين الجنسين، بما في ذلك إنشاء فريق غير رسمي للعناية بتعليم البنات. وساهم برنامج تقوية القدرات المجتمعية، الذي يشمل ٢٠٧ قرى، في التمكين للنساء، اللاتي يشكلن ٣٠ في المائة من العناصر القيادية في لجان تنمية القرية ويشغلن مناصب مسؤولة في الكثير منها. وعززت قدرة شركاء الحكومة في مجال التخطيط والمشاركة والتعبئة الاجتماعية على المستوى اللامركزي في منطقة تدخل البرنامج. وبذل البرنامج القطري جهودا لإنشاء لجنة مشتركة بين القطاعات لتقديم التقارير عن تنفيذ اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة.

٤٨ - وقد تميزت أول سنتين من دورة البرنامج بشدة صعوبة الأحوال الاجتماعية والاقتصادية: انسحاب كبار الشركاء الثنائيين من البلد، والتأخيرات الطويلة في دفع مرتبات موظفي الخدمة المدنية، والقلق السياسية، وانحطاط الهياكل الأساسية الاجتماعية وزيادة انتشار الفقر (٢٥ في المائة لدى سكان الريف). ولذلك لم يتمكن البرنامج من تعبئة سوى ٣٠ في المائة من الموارد الأخرى الواردة في الخطة.

٤٩ - تقييم استراتيجيات البرنامج: الدروس المستفادة - انتهى إلى أن أهداف البرنامج مفرطة الطموح وسيئة التحديد، ولذلك فهي بحاجة إلى مزيد من الدقة والتركيز. وكاستراتيجية مشتركة بين القطاعات، فإن المشاركة المجتمعية، مشفوعة ببناء القدرات على صعيد القرية، قد أثبتت أنها بالغة الجدوى في إشراك السكان في جزئيات التخطيط. وبسبب تزايد الفقر وضعف الاستثمارات من جانب الحكومة في القطاعات الاجتماعية، لا يزال تقديم الخدمات هو المجال الرئيسي لتركيز البرنامج.

٥٠ - خطة إدارة البرنامج القطري - لم يتطلب هيكل البرنامج أي تغيير. غير أنه تحسيناً لأداء البرنامج، فقد أوصى الاستعراض بتعيين موظف إمدادات وموظف للرصد والتقييم. وسيقوم برنامج الأمم المتحدة الإنمائي وصندوق الأمم المتحدة للسكان واليونيسيف بتنسيق دورات برامجها في عام ٢٠٠٢، وسيشكل وضع خطة وطنية للتخفيف من حدة الفقر أساس عملية التقييم القطري الموحد، التي ستبدأ قريباً.

التقييمات الرئيسية للبرامج القطرية والمبادرات الأخرى

٥١ - الاتجاهات الإقليمية في الرصد والتقييم - أجرى المكتب الإقليمي في عام ١٩٩٩ تحليلاً لمؤشرات كفاءة الجودة، وقد ساعد رصد تلك المؤشرات على تحسين أداء البرامج القطرية. ويقوم المكتب الإقليمي بإعداد قاعدة بيانات جغرافية باستعمال برنامج HealthMapper لرصد حالة الطفل والمرأة في جميع أنحاء المنطقة، الأمر الذي سيساعد البرامج القطرية على إنشاء نظم لامركزية للتخطيط والرصد أو على زيادة تطوير القوائم منها. وقد أجري عدد كبير من الدراسات، واضطلع بعدد من التقييمات، يرد أدناه موجز لبعضها.

التقييمات الرئيسية

٥٢ - عدالة الحصول على الرعاية الصحية في أبيدجان، كوت ديفوار - تناولت هذه الدراسة، التي أجراها مكتب البحث العلمي والتقني لما وراء البحار (التعاون الفرنسي) واليونيسيف، مسألة الطلب على الرعاية الصحية في جميع الفئات الاجتماعية - الاقتصادية في أبيدجان من أجل الوقوف على العوامل التي يمكن أن تلقى الدعم من صناع السياسة. وقد تبين من دراسة استقصت ٣٢١ ٤ أسرة معيشية أن تكاليف العلاج الطبي والعقاقير، فضلاً عن نوعية الرعاية الصحية، تشني المرضى عن زيارة مقدمي الرعاية الصحية. كما أن هناك متغيرين آخرين، هما الوقت المنفق في الانتظار قبل توقيع الكشف وطريقة استقبال المرضى، يؤثران أيضاً على توفر الرغبة لدى المريض في الذهاب لزيارة مقدم الرعاية الطبية. ومن العوامل الأخرى

مدى بعد المسافة إلى مرافق الرعاية الصحية؛ والأرجح أن اختيار المرضى يقع على أقرب مقدمي الرعاية الصحية، إذا تساوت كل العناصر الأخرى. والطلب على الرعاية الصحية أكثر مرونة بقدر طفيف فيما يتعلق بما درس من العوامل التي تتحكم في عرض الرعاية الصحية: فمرونة السعر لا تتغير عبر مختلف الشرائح الاجتماعية-الاقتصادية. غير أنه ليس من مؤدى ذلك أن الزيادة في أسعار الرعاية الصحية لن يترتب عليها انخفاض الطلب على الرعاية الصحية. وظاهر الأمر أن تحسين نوعية الرعاية الصحية بتخفيض التكاليف، وإقامة المرافق الصحية على مقربة من السكان، وإنشاء خطط للتأمين أو للصناديق التبادلية، من العوامل التي تتحكم في عرض الرعاية الصحية، والتي يمكن لصناع السياسة تشجيعها لتحسين تمكن جميع شرائح السكان الاجتماعية-الاقتصادية من الحصول على الرعاية الصحية.

٥٣ - استعراض تنفيذ مبادرة ماباكو في أفريقيا - في اجتماع عقد في ماباكو بعد ١٢ سنة من إطلاق المبادرة، قدم ٢٢ بلداً من البلدان الـ ٤٤ المشاركة عرضاً لتجاربه في تنفيذ المبادرة. وكانت النتائج الرئيسية للاستعراض كالتالي: (أ) توسيع مبادرة ماباكو يواجه مشاكل تتصل بالموقع الجغرافي ونقص الموارد البشرية وضعف الحافز لدى موظفي الصحة؛ (ب) وتعدد حالات الطوارئ في عدد من بلدان المنطقة يضعف كثيراً القدرة على توسيع المبادرة؛ (ج) ويلزم توفر الحد الأدنى من الاستقرار السياسي والاقتصادي؛ (د) وإدراج مشاريع ليست من عناصر الاستراتيجية يؤدي إلى تبديد الموارد، وهو ما يمثل مشكلة كبرى في البلدان ذات الموارد المحدودة. وأوصى الاستعراض بأن تؤخذ في الاعتبار أولويات صحية استراتيجية جديدة لدى تكييف مبادرة ماباكو مع إنشاء نظم وخدمات صحية في كل بلد.

٥٤ - وعملية تكييف مبادرة ماباكو تمثل استجابة للحاجة إلى التغيير في طريقة تنظيم وإدارة الخدمات الصحية وتوفير الرعاية الصحية وتخصيص الموارد وتمويل النظام الصحي. وكانت طرائق ونوعية المشاركة المجتمعية والشعور بالانتماء من جانب الأفراد والأسر موضع استعراض مستفيض أثناء الاجتماع، استناداً إلى تجارب قطرية بعينها. وظاهر الأمر أن مراعاة حقوق الأفراد في الحصول على الرعاية الصحية واحترام كرامة المرضى أمر يحتاج إلى وقت طويل ويتطلب اتباع نهج متعددة وتكاملية. وأوصى الاستعراض بتوسيع نطاق خدمات الصحة العامة لتشمل القطاع الخاص، لا سيما القطاع الخاص الذي لا يبتغي الربح، للمساعدة على توسيع التغطية الصحية.

٥٥ - تقييم برنامج الأمن الغذائي في النيجر - يؤثر نقص الأغذية على ٦٤ في المائة من سكان النيجر. وضمناً للأمن الغذائي، بدأت الحكومة واليونيسيف العمل ببرنامج متكامل في منطقة مارادي. وفي دراسة أجريت لتقييم البرنامج بعد ثلاث سنوات من بدء العمل به، جمعت عينة عشوائية شملت ٢٤٣ أسرة معيشية في ١١ قرية في منطقة البرنامج، و١٢ قرية في منطقة المراقبة. واستعملت استبيانات لجمع معلومات من المجيبين ورؤساء الأسر المعيشية الرئيسيين عن غلة المزارع، وإمدادات البقول، وبيع المحاصيل، والمساعدة الغذائية، ومساهمة النساء في إنتاج المزارع. وكانت النتائج الرئيسية التي أسفر عنها التقييم كالتالي: (أ) المدخول الفردي اليومي في ٤٠ في المائة من الأسر المعيشية يقل عن ١ ٥٠٠ كيلوسعة، في المتوسط، ولذلك فهي بحاجة إلى المساعدة، بالرغم من المحصول الوفير بصورة

غير عادية في الفترة ١٩٩٨/٩٩؛ (ب) ووجد أن ٣٣ في المائة من الأسر المعيشية في منطقة المراقبة تتأثر تأثيراً شديداً بحالات نقص الأغذية، وهي نسبة أعلى بواقع الضعف مما هي عليه في منطقة البرنامج؛ (ج) وزراعة البقول وعمل النساء في المزارع عاملان يدخلان ضمن أهم العوامل التي تتحكم في الأمن الغذائي (وهي نتيجة تتمشى مع الأساس المنطقي للبرنامج في استهداف النساء)؛ (د) وتستعمل الأنشطة المدرة للدخل، وخاصة التجارة على نطاق صغير، لتحسين الأمن الغذائي في منطقة البرنامج. غير أن كبر حجم الأسر المعيشية، وسوء إدارة المحصول عموماً، يعملان على تفاقم نقص الأغذية في منطقة البرنامج. ولذلك أوصت الدراسة بتزويد السكان بالمعدات الزراعية في حواشيت محلية، وبتقديم التدريب في مجال الإدارة للمستفيدين من البرنامج.

٥٦ - تقييم برنامج كلية غامبيا المتعلق بالتدريب في مجال رعاية الطفل ونمائه في مرحلة الطفولة المبكرة - في غامبيا، أدى التوسع السريع لبرنامج رعاية الطفل ونمائه في مرحلة الطفولة المبكرة إلى زيادة عدد المنشآت وعدد الأطفال الملحقين بمختلف البرامج في جميع أنحاء البلد؛ فقد ارتفع معدل الالتحاق بواقع ٤٩,٦ في المائة في ١٩٩٩. وكان من الخطوات الرئيسية التي اتخذت في هذا الاتجاه إنشاء برنامج تدريب في مجال رعاية الطفل ونمائه في مرحلة الطفولة المبكرة يؤدي إلى الحصول على شهادة. وقد كلفت وزارة التعليم، بالتعاون مع اليونيسيف، كلية غامبيا بتنظيم دورة دراسية مدتها ٣٦ أسبوعاً، لرفع مستوى معارف موظفي رعاية الطفل ونمائه في مرحلة الطفولة المبكرة ومهاراتهم وكفاءتهم. ولدى اختتام الدورة الدراسية، تم التعاقد مع خبير استشاري لتقييم وفائه بالغرض وملاءمته وفعاليتها ولتقديم توصيات بشأن التدريب مستقبلاً. وقد أجري استعراض للمواد وتم القيام بزيارات وعمل مقابلات ميدانية مع المتدربين والمعلمين وأصحاب المصلحة الرئيسيين. وكانت النتائج التي تم الخلوص إليها هي أن الاختلاف فيما بين المتدربين البالغ عددهم ٢٠٠ الذين سَجَلُوا لحضور الدورة الدراسية كان بقدر الاختلاف فيما بين منشآت رعاية الطفل ونمائه في مرحلة الطفولة المبكرة، وأن مؤهلات المشاركين في الدورة وخلفياتهم التعليمية كانت واسعة الاختلاف. وقد تضمنت الدورة ١٠ وحدات من مجالات التدريب، شملت، في جملة أمور، المنظورات المقارنة والتاريخية لرعاية الطفل ونمائه في مرحلة الطفولة المبكرة، والتنمية البشرية، وحقوق الطفل ومسؤولياته، والتدريب على كياسة التعامل، ومهارات الاتصال، وإنتاج المواد التعليمية. وقد انطوى المقرر الدراسي على ثغرات هي عدم تناوله للجوانب التالية: توفير السلامة في المراكز وفيما حولها؛ ومنع سوء المعاملة والعنف؛ وزيادة التنبه والوعي الجنسانيين؛ والتربية والصحة البدنيتين؛ والمواضيع الثقافية (الموسيقى والدراسات الدينية)؛ واستعمال اللغات القومية.

٥٧ - غير أن هناك أدلة كثيرة تشهد على أن البرنامج أحدث تغييراً إيجابياً في مواقف المتخرجين. وقد اكتسب الوعي وتحسن الناتج بفضل زيادة المعارف والمهارات فيما يتعلق بحقوق الطفل وبقائه ونمائه. ويجري الآن استعمال مزيد من المنهجيات التي تتمحور على الطفل كما تحسّن الإمساك بالسجلات. والفرص متوفرة لمواصلة برنامج التدريب وإضفاء الصبغة الرسمية عليه في برنامج كلية غانا للمعلمين. ويوجد في مختلف كوادرات القطاع الفرعي لرعاية الطفل ونمائه في مرحلة الطفولة المبكرة نحو ٧٤٧ ممن يمكن ترشيحهم. ويوصى بأن تنشأ لجنة توحيد لاستعراض مختلف برامج التدريب التي نفذت ووضع سياسة

لتنظيم الحالة. مثال ذلك أن الدورة الدراسية لمقدمي الرعاية تدرب أشخاصا عاملين في النظام لا تتوفر لديهم مؤهلات تمكنهم من الاستفادة من برنامج أكاديمي للتدريب. وهؤلاء الأشخاص يقومون بدور هام في تقديم الرعاية وفي أنشطة المراكز/المدارس/المجتمعات المحلية. ومجرد أنهم يستطيعون الحصول على وظائف ذات أجر في مواقع إقامتهم يوفر الحافز للمجتمعات المحلية التي كانت تتردد في إرسال أطفالها إلى المدرسة لإحساسها بأن التعليم لن يفضي إلى الحصول على وظائف محلية ذات أجر. ومن شأن برنامج للتدريب أن يعزز فعاليتها كثيرا. وسيستمر دور اليونيسيف بصفتها المصدر الرئيسي للدعم، لكن للمساهمات المناظرة أهميتها في ضمان الاستدامة. وإمكانات ذلك متاحة داخل البلد، ويمكن، بإشراك جميع أصحاب المصلحة، استعمال استراتيجيات للوصول إلى جميع الفئات ذات المصلحة. والحاجة تدعو إلى توسيع الرؤية والنطاق لشمول "الرعاية في مرحلة الطفولة المبكرة من أجل البقاء والنمو والنماء".

الخلاصة

٥٨ - إن استعراضات منتصف المدة التي أجريت في المنطقة خلصت كلها تقريبا إلى أن الوفاء بأهداف البرامج كان بمثابة تحد، بالنظر إلى القدرات الوطنية على التخطيط والتنفيذ والموارد المالية المتاحة. ويومئ ذلك إلى أنه ينبغي بذل المزيد من الجهد لدى تحديد أهداف البرامج القطرية. فقد لاحظت الاستعراضات أن بعض البرامج تفتقر إلى التركيز الجغرافي أو أنها لا تتمحور بما فيه الكفاية على تدخلات محددة. وقد طرحت توصيات لعلاج هذه النواحي من الضعف من أجل تحقيق الحد الأقصى من أثر التدخلات البرنامجية. وتبين من الاستعراضات أن الشعور بالانتماء إلى البرامج القطرية من جانب الحكومات قد اكتسب قوة دفع في عدد من البلدان، لكنه لا يزال ضعيفا في بعضها. كما يزداد التعاون من جانب شركاء الحكومة ومنظومة الأمم المتحدة والمنظمات غير الحكومية والمجتمع المدني والمجتمعات المحلية. ويتسع نطاق استعمال أنشطة الدعوة لتشجيع حقوق البنات والنساء، لكن لا تزال هناك ثغرات بين القوانين الوطنية والممارسات واتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة. وحيث أن تلك البرامج صممت في عام ١٩٩٧، عندما كان يجري إدخال النهج القائم على الحقوق، فإن استعراضات منتصف المدة أتاحت فرصة لاعتماد النهج الجديد وتقويته. وقد أجريت في معظم البلدان التقييمات القطرية الموحدة، التي تمثل خطوة أولى ضرورية في إعداد أطر الأمم المتحدة للمساعدة الإنمائية. وأخيرا، يجدر بالملاحظة أن التدخلات التي قامت بها البرامج ساعدت على زيادة وعي الحكومات والسكان والمجتمع الدولي بالتهديدات التي يفرضها فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والفقر وعدم الاستقرار السياسي على تحسين حالة الطفل والمرأة في المنطقة. والواقع أن تلك التهديدات بلغت درجة من الخطورة جعلت تضعف بالفعل جميع آفاق التنمية في المنطقة.

- - - - -