INSPIRE

حزمة الاستراتيجيات السبع لإنهاء العنف ضد الأطفال

World Health Organization

CDC

End Violence Against Children
THE GLOBAL PARTNERSHIP

Pan American Health Organization

World Health Organization
REGIONAL OFFICE FOR THE Americas

PEPFAR

Together for girls

unicef

UNODC
United Nations Office on Drugs and Crime

USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

THE WORLD BANK
IBRD • IDA | WORLD BANK GROUP

INSPIRE: مجموعة الاستراتيجيات السبع لوضع حد للعنف ضد الأطفال

[INSPIRE: seven strategies for ending violence against children]

ISBN 978-92-4-656535-1

© منظمة الصحة العالمية 2017

بعض الحقوق محفوظة. هذا العمل متاح بمقتضى نسبة المصنف بمقتضى رخصة المشاع الإبداعي. غير تجاري– الترخيص بالمثل 3.0 منظمة حكومية دولية ([CC BY-NC-SA 3.0 IGO; https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/.

وبمقتضى هذه الرخصة يمكنكم أن تنسخوا العمل وتعيدوا توزيعه وتعدلوه للأغراض غير التجارية، وذلك شريطة أن يتم اقتباس العمل على النحو الملائم ما هو مبين أدناه. ولا ينبغي في أي استخدام لهذا العمل الإيحاء بأن المنظمة (WHO) تعتمد أي منظمة أو منتج أو خدمات. ولا يُسمح باستخدام شعار المنظمة (WHO). وإذا قمتم بتعديل العمل فيجب عندئذٍ أن تحصلوا على رخصة لعملكم بمقتضى نفس رخصة المشاع الإبداعي Creative Commons licence أو رخصة تعادلها. وإذا قمتم بترجمة العمل فينبغي أن تدرجوا بيان إخلاء المسؤولية التالي مع الاقتباس المقترح: «هذه الترجمة ليست من إعداد منظمة الصحة العالمية (المنظمة ([WHO]. والمنظمة (WHO) غير مسؤولة عن محتوى هذه الترجمة أو دقتها. ويجب أن يكون إصدار الأصل الإنكليزي هو الإصدار الملزم وذو الحجية.

ويجب أن تتم أية وساطة فيما يتعلق بالمنازعات التي تنشأ في إطار هذه الرخصة وفقاً لقواعد الوساطة للمنظمة العالمية للملكية الفكرية.

الاقتباس المقترح :INSPIRE مجموعة الاستراتيجيات السبع لوضع حد للعنف ضد الأطفال [INSPIRE: seven strategies for ending violence against children]. جنيف: منظمة الصحة العالمية: 2017. الرخصة CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

بيانات من كتالوج منظمة الصحة العالمية. بيانات كتالوج منظمة الصحة العالمية متاحة في الرابط http://apps.who.int/iris/.

المبيعات والحقوق والترخيص. لشراء مطبوعات المنظمة (WHO) انظر الرابط http://apps.who.int/bookorders. ولتقديم طلبات الاستخدام التجاري والاستفسارات الخاصة بالحقوق والترخيص انظر الرابط http://www.who.int/about/licensing.

مواد الطرف الثالث. إذا كنتم ترغبون في إعادة استخدام مواد واردة في هذا العمل ومنسوبة إلى طرف ثالث، مثل الجداول أو الأشكال أو الصور فإنكم تتحملون مسؤولية تحديد ما إذا كان يلزم الحصول على إذن لإعادة الاستخدام هذه أم لا، وعن الحصول على الإذن من صاحب حقوق المؤلف. ويتحمل المستخدم وحده أية مخاطر لحدوث مطالبات نتيجة انتهاك أي عنصر يملكه طرف ثالث في العمل.

بيانات إخلاءات مسؤولية عامة. التسميات المستعملة في هذا المطبوع، وطريقة عرض المواد الواردة فيه، لا تعبر ضمناً عن أي رأي كان من جانب المنظمة (WHO) بشأن الوضع القانوني لأي بلد أو أرض أو مدينة أو منطقة أو لسلطات أي منها أو بشأن تحديد حدودها أو تخومها. وتشكل الخطوط المنقوطة على الخرائط خطوطاً حدودية تقريبية قد لا يوجد بعد اتفاق كامل بشأنها.

كما أن ذكر شركات محددة أو منتجات جهات صانعة معينة لا يعني أن هذه الشركات والمنتجات معتمدة أو موصى بها من جانب المنظمة (WHO)، تفضيلاً لها على سواها مما يماثلها في الطابع ولم يرد ذكره. وفيما عدا الخطأ والسهو، تميز أسماء المنتجات المسجلة الملكية بالأحرف الاستهلالية (في النص الإنكليزي).

وقد اتخذت المنظمة (WHO) كل الاحتياطات المعقولة للتحقق من المعلومات الواردة في هذا المطبوع. ومع ذلك فإن المواد المنشورة تُوزع دون أي ضمان من أي نوع، سواء أكان بشكل صريح أم بشكل ضمني. والقارئ هو المسؤول عن تفسير واستعمال المواد. والمنظمة (WHO) ليست مسؤولة بأي حال عن الأضرار التي قد تترتب على استعمالها.

Front cover photography credits:

WHO/Christopher Black
WHO/Chapal Khasnabis
WHO/TDR/Julio Takayama
World Bank/Kibae Park/Sipa
WHO/Christopher Black
WHO/TDR/Julio Takayama
WHO/Christopher Black

Printed in

INSPIRE

حزمة الاستراتيجيات السبع لإنهاء العنف ضد الأطفال

Implementation and enforcement of laws

(تطبيق القوانين وإنفاذها)

Norms and values

(المعايير والقيم)

Safe environments

(إيجاد بيئات آمنة)

Parent and caregiver support

(دعم الآباء ومقدمي خدمات الرعاية)

Income and economic strengthening

(تحسين الدخل وتعزيز الوضع الاقتصادي)

Response and support services

(خدمات الاستجابة والدعم)

Education and life skills

(التعليم والمهارات الحياتية)

World Health Organization

CDC

End Violence Against Children
THE GLOBAL PARTNERSHIP

Pan American Health Organization

World Health Organization
REGIONAL OFFICE FOR THE Americas

PEPFAR

Together for girls

unicef

UNODC
United Nations Office on Drugs and Crime

USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

THE WORLD BANK
IBRD • IDA | WORLD BANK GROUP

شكر وتقدير

تعكس حزمة الاستراتيجيات السبع INSPIRE: الاستراتيجيات السبع لإنهاء العنف ضد الأطفال المساهمات التي تلقتها من الخبراء التقنيين بجميع الوكالات الأساسية، ومن العديد من الشركاء الآخرين.

تولى كل من ألكسندر بوتشارت (منظمة الصحة العالمية)، وسوزان هيليس (مراكز الولايات المتحدة لمكافحة الأمراض والوقاية منها) تنسيق الوثيقة وكتابتها، كما شاركت «أنجِلا بِرتون» في تحرير الوثيقة وتصحيحها، وقدم إتيان كروغ (منظمة الصحة العالمية) التوجيه الاستراتيجي العام.
علاوة على ذلك:

- ساهمت مراكز الولايات المتحدة لمكافحة الأمراض والوقاية منها بتقديم مدخلات إضافية، من جيمس ميرسي، و ليندا دالبرغ؛
- إنهاء العنف ضد الأطفال: ساهمت الشراكة العالمية لإنهاء العنف ضد الأطفال من خلال مدخلات من باربرا أميراتي، وسوزان بيسل، وديفيد ستيفن؛
- قدمت جانيت سول مدخلات خطة رئيس الولايات المتحدة الطارئة للإغاثة من الإيدز؛
- قدم مدخلات مبادرة «معاً من أجل الفتيات»، كل من ميشيل مولوني كيتس، وريبيكا غوردون؛
- ساهمت منظمة اليونيسف بتقديم مدخلات، من تيريزا كيلبين – كبير المستشارين، وجانيت ترانغ – شؤون حماية الطفل باليونيسف، وساهمت كذلك بتعليقات قطاعية إضافية، قدمها الموظفون التقنيون بشؤون حماية الطفل، والاتصال من أجل التنمية، والإعاقة، والنماء في الطفولة المبكرة، والتعليم، ونوع الجنس، والصحة، والدمج الاجتماعي، والبيانات والتحليلات.
- قدم مدخلات مكتب الأمم المتحدة للمخدرات والجريمة، كل من آنا غيديس ساجِت، وغويليا ميلوتي، وكوبي موليغان، وسفن بفايفر؛
- قدمت مدخلات الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية، غريتشن باخمان، وجون ويليامسن؛
- قدمت منظمة الصحة العالمية/منظمة الصحة للبلدان الأمريكية مساهمات إضافية، من بتزابي بَترون، وأليساندرا غيدز، وأليسُن هارفي، وكوستنزا هيغ، وبيريت كيزلباخ، ومارسيلو كورك، وكريستوفر ميكتُن، وكذلك دعماً إدارياً من كلير شويرر؛
- قدمت مساهمات البنك الدولي ديانا أرانغو، وأندرز فيلافيسز.

نتقدم أيضاً بخالص الشكر لكل من كاثلين كرافيرو، وفلورنس بروس، وبريجيت ديلاي من مؤسسة «أوك»، على تيسير قيام أحد منظمات المجتمع المدني بإجراء استعراض للوثيقة، والآثار المترتبة على تنفيذها. كما تتقدم بالشكر للمنظمات الآتية على ما قدمته من تعليقات خلال هذا الاستعراض، وهي: منتدى السياسات من أجل الطفل الأفريقي؛ صندوق تحديات الأطفال وتقييم العنف؛ ومنتدى حقوق الطفل؛ وشبكة حماية الطفل في وقت الأزمات؛ المنظمة الدولية للقضاء على بغاء الأطفال في السياحة الآسيوية؛ شبكة الاتحاد الأوروبي لإنهاء ختان الإناث؛ الشبكة الأوروبية للطفل؛ ومنظمة «فتيات لا عرائس»؛ والمبادرة العالمية للقضاء على كافة أشكال العقاب البدني ضد الأطفال؛ وصندوق إنقاذ الطفولة؛ ومنظمة القرى الدولية لإنقاذ الطفولة؛ ومنظمة الرؤية العالمية.

تتقدم منظمة الصحة العالمية، بالنيابة عن جميع الوكالات المشاركة، بالشكر لمراكز الولايات المتحدة لمكافحة الأمراض والوقاية منها، للدعم المالي السخي الذي قدموه، لإعداد هذه الوثيقة وإصدارها.

الاختصارات

CDC: مراكز الولايات المتحدة لمكافحة الأمراض والوقاية منها

CRC: اتفاقية حقوق الطفل

لإنهاء العنف ضد الأطفال: الشراكة العالمية

PAHO: منظمة الصحة للبلدان الأمريكية

PEPFAR: خطة رئيس الولايات المتحدة الطارئة للإغاثة من الإيدز

TfG: مبادرة معاً من أجل الفتيات

UNICEF: منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف)

UNODC: مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة

USAID: الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية

WHO: منظمة الصحة العالمية

المحتويات

تقديم 7

حزمة الاستراتيجيات السبع (INSPIRE): لمحة عامة 8
حزمة الاستراتيجيات السبع (INSPIRE): الرؤية 9
حزمة الاستراتيجيات السبع (INSPIRE): التعاون 9

إنهاء العنف ضد الأطفال من الأولويات 10
حجم العنف ضد الأطفال 12
تعريف العنف ضد الأطفال 14
أنواع العنف ضد الأطفال 14
عواقب العنف ضد الأطفال وتكاليفه 15
الأسباب الجذرية للعنف ضد الأطفال 16
إمكانية الوقاية من العنف ضد الأطفال 18

حزمة الاستراتيجيات السبع (INSPIRE): المكونات 20

حزمة الاستراتيجيات السبع (INSPIRE): التنفيذ 26

حزمة الاستراتيجيات السبع (INSPIRE): الاستراتيجيات والنهوج 28
Implementation and enforcement of laws (تطبيق القوانين وإنفاذها) 30
قوانين تحظر معاقبة الأطفال بعنف من قبل الوالدين أو المعلمين أو غيرهم من مقدمي خدمات الرعاية 32
قوانين تجرم الإيذاء الجنسي للأطفال واستغلالهم جنسياً. 34
قوانين تمنع تعاطي الكحول على نحو ضار 34
قوانين تقيد سبل حصول الشباب على الأسلحة النارية وغيرها من الأسلحة 35
Norms and values (المعايير والقيم) 36
تغيير الالتزام بالمعايير المتعلقة بالجنسين والمعايير الاجتماعية التقييدية والضارة 38
البرامج المعنية بتعبئة المجتمعات المحلية 40
التدخلات المحايدة 40
Safe environments (إيجاد بيئات آمنة) 42
الحد من العنف من خلال معالجة «البؤر الساخنة» 44
وقف انتشار العنف 46
تحسين البيئة العمرانية 46
Parent and caregiver support (دعم الآباء ومقدمي خدمات الرعاية) 48
تقديم الدعم للآباء من خلال الزيارات المنزلية 50
تقديم الدعم والتدريب للآباء في إطار مجموعات داخل المجتمعات المحلية 52
تقديم الدعم والتدريب للآباء من خلال البرامج الشاملة 53

Income and economic strengthening (تحسين الدخل وتعزيز الوضع الاقتصادي) 54
التحويلات النقدية 56
الادخار الجماعي ومنح القروض جنباً إلى جنب مع التدريب على المعايير المتعلقة بالجنسين/ المساواة بين الجنسين 58
توفير التمويل البالغ الصغر بالاقتران مع التدريب على المعايير المتعلقة بالجنسين/ المساواة بين الجنسين 58
Response and support services (خدمات الاستجابة والدعم) 60
نهوج المشورة والعلاج 62
إجراء الفحوص جنباً إلى جنب مع تنفيذ التدخلات 64
برامج علاج الأحداث الجانحين في نظام العدالة الجنائية 65
التدخلات المتعلقة بكفالة الأطفال والشاملة لخدمات الرعاية الاجتماعية 65
Education and life skills (التعليم والمهارات الحياتية) 66
زيادة معدلات التسجيل في مدارس التعليم ما قبل المدرسي، وفي المدارس الابتدائية، والثانوية 68
إيجاد بيئة مدرسية آمنة ومواتية 68
تحسين معرفة الأطفال بالإيذاء الجنسي وبكيفية حماية أنفسهم منه 70
التدريب على المهارات الحياتية والاجتماعية 71
برامج الوقاية من العنف بين العشراء من المراهقين 72

حزمة الاستراتيجيات السبع (INSPIRE): النشاطان الشاملان 74
النشاط الشامل 1: الإجراءات المتعددة القطاعات والتنسيق 75
النشاط الشامل 2: الرصد والتقييم 78
الرصد 78
التقييم 81

اعتبارات التنفيذ 82
بناء الالتزام الوطني 84
تقدير الاحتياجات 84
اختيار التدخلات 85
مواءمة التدخلات مع السياق المحلي 86
إعداد خطط العمل للحكومات الوطنية والمحلية 86
تقدير التكاليف 88
تحديد المصادر المستدامة للدعم المالي 89
تنمية الموارد البشرية وإدارتها 89
التنفيذ والرصد والتقييم 90

الخاتمة 92
الملحق (أ): المسرد 94
المراجع 96

Credit: WHO /Christopher Black

تقديم

إنهاء العنف ضد الأطفال: دعوة عاجلة للعمل

تخيل أنك استيقظت هذا الصباح على عناوين الصحف تعلن أن العلماء قد اكتشفوا مرضاً جديداً، وأن ما لا يقل عن مليار طفل حول العالم كانوا معرضين للإصابة بهذا المرض سنوياً، مما جعلهم أكثر عرضة على مدى حياتهم لخطر الإصابة بالاعتلالات النفسية، واضطرابات القلق، والأمراض المزمنة، مثل أمراض القلب والسكر والسرطان، والأمراض المعدية، مثل فيروس العوز المناعي البشري، والمشكلات الاجتماعية، مثل الجريمة وتعاطي المخدرات. والسؤال الذي يطرح نفسه هو: ما الذي يمكن أن نفعله إن كان هذا المرض موجود بالفعل؟.

الحقيقة هي أن هذا «المرض» موجود بالفعل، ألا وهو العنف ضد الأطفال، وأول إجراء يجب أن نقوم به هو الاعتماد على البيِّنات التي لدينا لاتخاذ إجراء فوري وفعال ومستدام للوقاية من هذا العنف.

يزداد التقدم المحرز في فهم العنف ضد الأطفال والوقاية منه، من الولادة حتى سن الثامنة عشرة، زيادة سريعة، وعلى الرغم من الحاجة لمزيد من الاستثمارات لزيادة معرفتنا بشأن أفضل السبل للوقاية من العنف ضد الأطفال، فلدينا بالفعل البيِّنات الكافية التي تتيح لنا وقف العنف، واستبداله ببيئات آمنة ومستقرة ومواتية لتنشئة الأطفال في ازدهار.

وتستند حزمة الاستراتيجيات السبع – التي تضم سبع استراتيجيات مسندة بالبيِّنات – إلى البيِّنات المتزايدة على أنه من الممكن الوقاية من العنف ضد الأطفال، وإلى توافق عام متزايد في الآراء على أنه لا تهاون في هذا الشأن بعد الآن. وستعمل هذه الحزمة الاستراتيجيات السبع على توحيد الجهود المتعددة القطاعات الرامية إلى إذكاء الوعي بشأن أنه لا يسلم أي مجتمع من المجتمعات من العنف ضد الأطفال، فهو قائم في كل مكان، على الرغم من تفاوت مستويات العنف داخل البلدان وفيما بينها. وستشجع حزمة الاستراتيجيات السبع على تكثيف المشاركة في الوقاية منه، ومعالجة عواقبه الوخيمة حال حدوثها.

وتستند حزمة الاستراتيجيات السبع إلى اعتراف اتفاقية حقوق الطفل بأنه لجميع الأطفال الحق في التحرر من كافة أشكال العنف، كما تستجيب للآثار الواسعة النطاق والباهظة التكاليف الناجمة عن العنف ضد الأطفال على الصحة العمومية والتنمية. وتعتبر هذه الحزمة الاستراتيجيات السبع أداة ضرورية تساعد في بلوغ الغاية 2-16 من أهداف التنمية المستدامة، التي تدعو لإنهاء كافة أشكال العنف ضد الأطفال، كما ستكون مفيدة للمساعدة في بلوغ الأهداف 1، 3، 4، 5، 10، 11، 16 التي تستهدف الفقر، والصحة، والتعليم، والمساواة بين الجنسين، والبيئات الآمنة، والعدل.

لدينا فرصة وعلينا مسؤولية الوقاية من العنف، وحماية الأطفال، وتحقيق أثر إيجابي بشأن مجموعة كبيرة من التحديات الصحية، والاجتماعية، والاقتصادية التي تواجهها البلدان المنخفضة الدخل، والمتوسطة الدخل، والمرتفعة الدخل. ويمكن الوقاية من العنف ضد الأطفال إذا بدأ المجتمع العالمي العمل من الآن، وعمل بحكمة وتكاتف. وتقدم هذه الحزمة الاستراتيجيات السبع السبل المسندة بالبيِّنات للقيام بذلك.

مارجريت تشان
المديرة العامة لمنظمة الصحة العالمية

ميشيل مولوني كيتس
مدير مبادرة معاً من أجل الفتيات

توماس فريدن
مدير مراكز الولايات المتحدة لمكافحة الأمراض والوقاية منها

أنتوني ليك
المدير التنفيذي
لمنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف)

سوزان بيسل – مدير – إنهاء العنف ضد الأطفال

يوري فيدوتوف
المدير التنفيذي لمكتب الأمم المتحدة للمخدرات والجريمة

كاريسا إتيان – مديرة
منظمة الصحة للبلدان الأمريكية

جايل سميث
إداري – الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية

ديبورا بيركس
المنسق العالمي للإيدز في الولايات المتحدة
خطة رئيس الولايات المتحدة الطارئة للإغاثة من الإيدز

اورا تَك
نائب رئيس التنمية المستدامة
البنك الدولي

INSPIRE:
لمحة عامة

حزمة الاستراتيجيات السبع (INSPIRE*) هي أحد الموارد المسندة بالبيِّنات لجميع الجهات الملتزمة بالوقاية من العنف ضد الأطفال والمراهقين، والاستجابة له، ابتداءً بالحكومات وفئات المجتمع المدني، وانتهاءً بالمنظمات الشعبية والقطاع الخاص. وتمثل الحزمة الاستراتيجيات السبع مجموعة منتقاة من الاستراتيجيات القائمة على أفضل البيِّنات المتاحة لمساعدة البلدان والمجتمعات في تكثيف تركيزها على البرامج والخدمات المعنية بالوقاية من العنف ضد الأطفال، والتي تنطوي على أعلى الإمكانات التي من شأنها الحد من هذا العنف. و الاستراتيجيات السبع هي: تطبيق القوانين وإنفاذها؛ المعايير والقيم؛ إيجاد بيئات آمنة؛ دعم الآباء ومقدمي خدمات الرعاية؛ تحسين الدخل وتعزيز الوضع الاقتصادي؛ الاستجابة وخدمات الدعم؛ والتعليم والمهارات الحياتية. علاوة على ذلك، تضم حزمة الاستراتيجيات السبع (INSPIRE) اثنين من الأنشطة الشاملة، يساعدان معاً في ربط الاستراتيجيات السبع ببعضها البعض وتعزيزها، وتقييم التقدم المُحرز صوب تنفيذها.

* تستخدم كلمة INSPIRE في النسخة الإنكليزية بالمعنى الرمزي لها ليقصد بها «أن تجعل شخصاً يشعر بأنهم يريدون القيام بشيء ويمكنهم القيام به». ويعبر كل حرف من كلمة INSPIRE عن واحدة من الاستراتيجيات السبع. فالحرف I يشير إلى تطبيق القانون وإنفاذه؛ N عن المعايير والقيم؛ S عن إيجاد بيئات آمنة؛ P عن دعم الآباء ومقدمي خدمات الرعاية؛ I عن تحسين الدخل وتعزيز الوضع الاقتصادي؛ R عن خدمات الاستجابة والدعم؛ و E عن التعليم والمهارات الحياتية.

تزداد فعالية حزمة الاستراتيجيات السبع INSPIRE عند تنفيذها كجزء من خطة شاملة متعددة القطاعات، من شأنها تسخير أوجه التآزر؛ لأن المراد من الاستراتيجيات أن تعمل مترابطة وأن يعزز بعضها البعض. وعلى الرغم من أن أصحاب المصلحة في العديد من البلدان يواصلون العمل على القضاء على العنف ضد الأطفال، فإن جهودهم ليست دوماً في إطار جيد من التنسيق والدعم، ولا يبذل سوى القليل منها على نطاق واسع. ومن ثم تبرز أهمية آليات التنسيق، فلا يوجد قطاع واحد يمكنه الاضطلاع بمجموعة كاملة من التدخلات، ولا تستطيع أي حكومة منفردة مواجهة التهديدات المتنامية التي يتعرض لها أطفالها، والتي باتت تتجاوز الحدود الوطنية. من أجل ذلك ينبغي أن تشجع الجهود المبذولة لتنفيذ حزمة الاستراتيجيات السبع على التعاون والتعلم داخل البلدان وفيما بينها.

INSPIRE: الرؤية

تتمثل رؤية حزمة الاستراتيجيات السبع INSPIRE في إيجاد عالم تقوم فيه كل الحكومات، بصفة منتظمة، مع المشاركة الفعالة للمجتمع المدني والمجتمعات المحلية، بتنفيذ ورصد التدخلات الرامية إلى الوقاية من العنف ضد الأطفال والمراهقين والاستجابة له، ومساعدتهم في تحقيق طاقاتهم كاملة.

وتعزز تلك الرؤية الحماية المكفولة بموجب اتفاقية حقوق الطفل، التي تلزم الدول الأطراف باتخاذ كافة التدابير التشريعية، والإدارية، والاجتماعية، والتعليمية اللازمة لحماية الطفل من كافة أشكال العنف، ما دام في رعاية والديه، أو الأوصياء القانونيين عليه، أو أي شخص آخر يتولى رعايته. وتعكس هذه الرؤية الحاجة الملحة إلى معالجة العبء الكبير الذي يلقيه العنف ضد الأطفال على كاهل الصحة العمومية والمجتمع.

وتهدف حزمة الاستراتيجيات السبع (INSPIRE) إلى مساعدة البلدان والمجتمعات المحلية في بلوغ الأولويات الرئيسية لأهداف التنمية المستدامة 2030، وهي مجموعة جديدة من الأهداف ستستعين بها الدول الأعضاء بالأمم المتحدة كدليل لتوجيه أولوياتها في الفترة 2016-2030. ومن غايات أهداف التنمية المستدامة التي تتناول العنف ضد الأطفال: الغاية 2-16، ومؤداها «إنهاء سوء معاملة الأطفال واستغلالهم والإتجار بهم وتعذيبهم، وسائر أشكال العنف المرتكب ضدهم»، والغاية 2-5، ومؤداها «القضاء على جميع أشكال العنف ضد جميع النساء والفتيات في المجالين العام والخاص، بما في ذلك الإتجار بالبشر، والاستغلال الجنسي، وغير ذلك من أنواع الاستغلال»، وأخيراً، الغاية 1-16، ومفادها «الحد بدرجة كبيرة من جميع أشكال العنف وما يتصل به من معدلات الوفيات في كل مكان».

علاوة على ذلك، فإن حزمة الاستراتيجيات السبع (INSPIRE) تدعمها الأنشطة الرامية إلى بلوغ عدة أهداف أخرى من أهداف التنمية المستدامة، وتسهم الاستراتيجيات بدورها في تنفيذ هذه الأنشطة. وأهداف التنمية المستدامة التي ترمي هذه الأنشطة إلى بلوغها هي تلك التي تستهدف مخاطر العنف ضد الأطفال، بما في ذلك تلك التي تتناول الفقر، والصحة، والمساواة بين الجنسين، والتعليم، والبيئات الآمنة، والعدل، ومن ثم تبرز ضرورة إدراجها في وضع البرامج المعنية بالوقاية من العنف ضد جميع الأطفال.

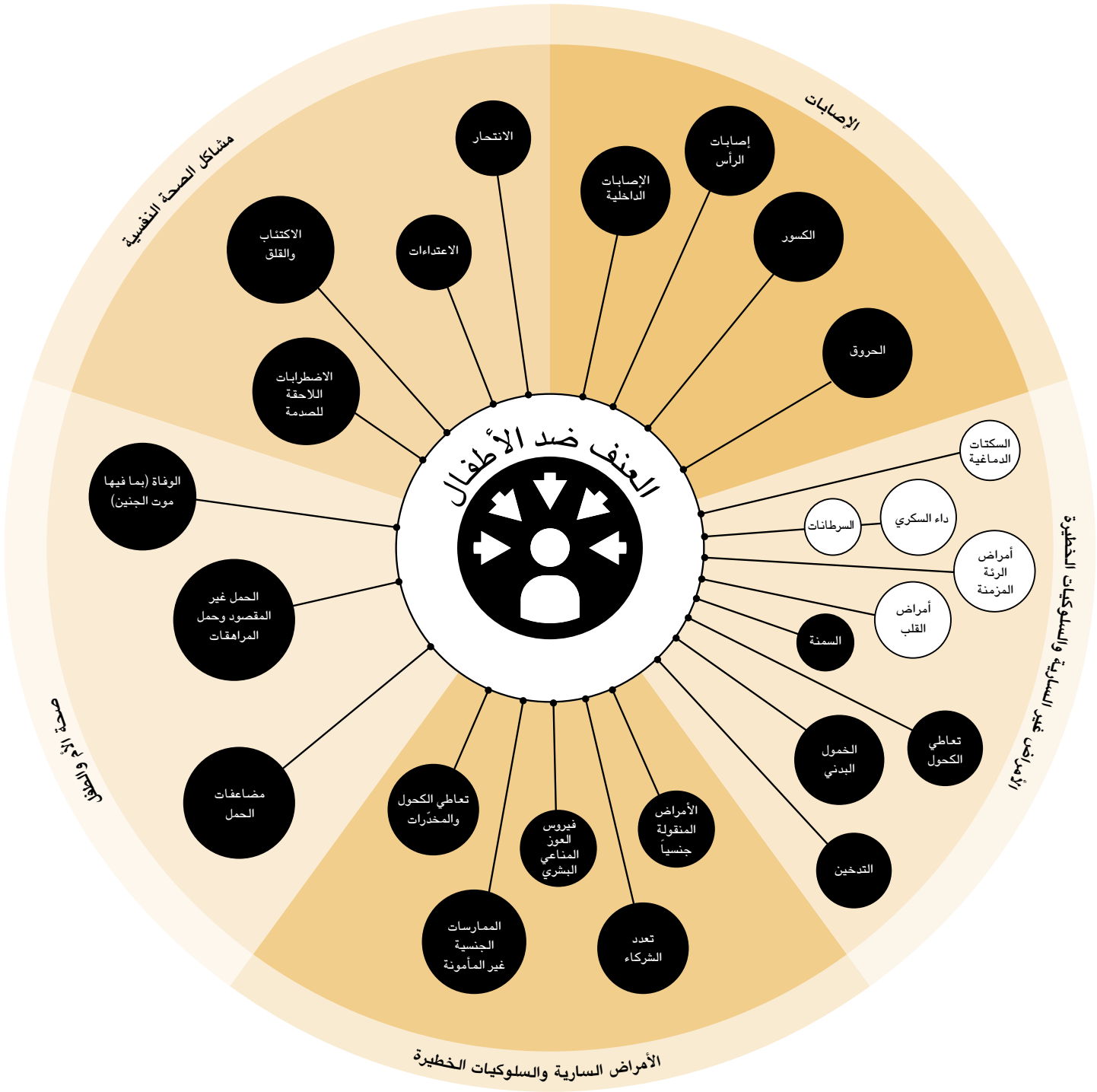
INSPIRE: التعاون

بادرت منظمة الصحة العالمية بإعداد حزمة الاستراتيجيات السبع INSPIRE، وذلك بالتعاون مع مراكز الولايات المتحدة لمكافحة الأمراض والوقاية منها، والشراكة العالمية لإنهاء العنف ضد الأطفال، ومنظمة الصحة للبلدان الأمريكية، وخطة رئيس الولايات المتحدة الطارئة للإغاثة من الإيدز، ومبادرة «معاً من أجل الفتيات»، ومكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، والوكالة الأمريكية للتنمية الدولية، والبنك الدولي (وكالات لها باع طويل في مجال تعبئة نهج متسق مسند بالبيِّنات للوقاية من العنف ضد الأطفال).

إنهاء العنف ضد الأطفال من الأولويات

العنف ضد الأفراد الأكثر ضعفاً بمجتمعنا – الأطفال والمراهقين – له آثار مدمرة، ويؤدي إلى مجموعة كبيرة من المشكلات الصحية والاجتماعية (**الشكل 1**)، إلا أن جزءاً كبيراً من هذا العنف يمكن التنبؤ به، والوقاية منه، وذلك من خلال تنفيذ البرامج التي تعالج أسبابه المخاطر المصاحبة له.

الشكل 1: الآثار الصحية المحتملة للعنف ضد الأطفال



المصدر: *[1]*

حجم العنف ضد الأطفال

وفقاً لتقديرات تحليل البيانات الناتجة عن مسح ممثل على الصعيد الوطني، بشأن انتشار العنف ضد الأطفال في 96 بلداً، فإن مليار طفل – أكثر من نصفهم تتراوح أعمارهم ما بين 2 و 17 سنة – حول العالم تعرضوا للعنف العاطفي، أو البدني، أو الجنسي، خلال العام الماضي *(2)*.

وعلى الرغم من انتشار العنف ضد الأطفال انتشاراً واسعاً، فغالباً ما يكون خفياً أو لا يُكتشف أو يوجد قصور في التبليغ بشأنه، وهذه الطبيعة الخفية موثقة توثيقاً جيداً *(3)*، على سبيل المثال يظهر التحليل التلوي للبيانات العالمية أن الإبلاغ الذاتي عن الإيذاء الجنسي والبدني للأطفال يفوق ما ورد بالتقارير الرسمية بمقدار 30 و 75 مرة على التوالي *(4، 5)*.

والفتيات تحديداً هن الأكثر عرضة لمخاطر العنف الجنسي، فعلى سبيل المثال، تبلغ نسبة انتشار الاعتداء الجنسي على الفتيات في أي وقت في حياتهن 18%، مقابل 8% بين الفتيان *(4)*، وغالباً ما يكون الذكور هم مرتكبو العنف الجنسي ضد الفتيات. كما أن الفتيات أكثر عرضة للعنف (الجنسي و/أو البدني) من قبل العشير، بما في ذلك الاغتصاب من جانب المعارف أو الغرباء؛ وزواج الأطفال أو الزواج المبكر/القسري؛ والإتجار لأغراض الاستغلال الجنسي وعمالة الأطفال؛ وتشويه/قطع الأعضاء التناسلية. ويحدث هذا العنف في العديد من الأوساط، بما في ذلك تلك التي ينبغي أن تنعم فيها الفتيات بالأمن والرعاية، كالمنزل؛ أو الطريق من المدرسة وإليها؛ أو في داخل المدرسة؛ أو في مجتمعاتهن المحلية، وكذلك في حالات الطوارئ الإنسانية، والتشريد، ومراحل ما بعد النزاع.

أما الفتيان فهم على الأرجح ضحايا ومرتكبو جرائم القتل، التي غالباً ما ترتكب باستخدام الأسلحة، مثل الأسلحة النارية والسكاكين *(7)*.

على الصعيد العالمي، تعرضت **واحدة من كل ثلاث** مراهقات ممن تتراوح أعمارهن بين 15 و 19 سنة (84 مليون)، للعنف العاطفي، والبدني و/أو الجنسي على يد أزواجهن أو عشرائهن *(6)*.

ويعتبر القتل أحد الأسباب الرئيسية الخمسة للوفاة بين المراهقين، ويشكل الفتيان ما يتجاوز 80% من ضحايا هذه الجرائم ومرتكبيها، وعلاوة على ذلك، غالباً ما يصاحب كل جريمة قتل مئات ممن يتعرضون لعنف الشباب – معظمهم من الذكور – يعانون مما ينجم عن هذا العنف من إصابات مستدامة، كما يكون الفتيان على الأرجح هم ضحايا المشاجرات والاعتداءات ومرتكبوها *(7)*.

وترسم هذه المعدلات المرتفعة لتعرض الفتيات والفتيان للعنف صورة مرعبة لمدى تأثر الأطفال بالعنف، في غياب الدعم أو الخدمات. ففي العديد من البلدان، هناك استهانة بالغة بالحجم الحقيقي للمشكلة؛ ويرجع ذلك – من ناحية – إلى انتشار التقديرات التي يكون مصدرها البيانات الإدارية التي تستعين بها النظم الصحية والقضائية، وليس بيانات المسوح التي تُجرى على الصعيد الوطني، ومن ناحية أخرى، يرجع إلى الاعتقادات السائدة التي من شأنها أن تجعل الناس يتعاملون مع العنف كأمر عادي، وليس كمشكلة تتطلب الاهتمام. علاوة على ذلك، كثيراً ما يتعرض الفتيان والفتيات الذين يبلغون عن هذا العنف للوصم بالعار أو التكذيب، ولا تتخذ أي إجراءات بشأنهم. وعلى الرغم من أن العنف قد يكون خفياً، بيد أن عواقبه تبرز في نهاية المطاف *(8)*، مخلفة وراءها أضراراً واسعة الانتشار، وطويلة الأمد، وباهظة التكاليف، على الأطفال والمراهقين، وعلى المجتمعات، والأمم.

حصدت جرائم القتل في عام 2012 أرواح 95000 من الأطفال والمراهقين دون سن العشرين، وهو ما يعادل **واحد من بين كل خمس** ضحايا من إجمالي ضحايا القتل في هذا العام *(6)*.

تعريف العنف ضد الأطفال

تعرِّف حزمة الاستراتيجيات السبع الطفل على أنه أي شخص دون الثامنة عشرة من العمر، ومن ثم تعرِّف العنف ضد الأطفال على أنه العنف ضد أي شخص دون سن الثامنة عشرة. أما تعريف العنف وفقاً لمنظمة الصحة العالمية فهو «الاستخدام المتعمد للقوة المادية أو القدرة، سواء بالتهديد أو الاستخدام الفعلي، ضد الذات أو ضد شخص آخر أو ضد مجموعة أو مجتمع، بحيث يؤدي إلى حدوث أو رجحان احتمال حدوث إصابة أو موت أو إصابة نفسية أو سوء النماء أو الحرمان» *(9)*، ومن ثم فالعنف يتضمن أكثر من عمل يفضي إلى الأذى البدني، وعواقبه أكثر بكثير من الوفيات والإصابات، إذ يمكن أن تتضمن الأمراض السارية وغير السارية، والأذى النفسي، والسلوكيات الخطيرة، وتدني التحصيل التعليمي والمهني، والتورط في الجريمة.

أنواع العنف ضد الأطفال

تتضمن معظم حالات العنف ضد الأطفال نوعاً على الأقل من الأنواع الرئيسية الخمسة للعنف بين الأشخاص[a] الذي كثيراً ما يحدث في مراحل مختلفة من مراحل نماء الطفل (**الشكل 2**) *(9)*:

- *سوء المعاملة (بما في ذلك العقاب العنيف)*. ينطوي على تعرض الرضع، والأطفال، والمراهقين للعنف البدني، والجنسي، والنفسي/العاطفي؛ والإهمال على أيدي الآباء، ومقدمي خدمات الرعاية، ومن هم في السلطة، وكثيراً ما يكون ذلك في المنزل، وقد يمتد إلى أوساط أخرى مثل المدارس، والملاجئ.
- *التنمر (بما في ذلك التنمر عبر الإنترنت)*. هو سلوك عدواني غير مرغوب فيه، من قبل طفل أو مجموعة من الأطفال، ليسوا إشقاء الضحية، ولا تربطهم بها علاقة ودية، ويتضمن الأذى البدني، أو النفسي، والاجتماعي المتكرر، وغالباً ما يقع في المدارس، وفي الأماكن الأخرى التي يتجمع فيها الأطفال، وعبر الإنترنت.
- عنف *الشباب*. يتركز بين من تتراوح أعمارهم بين 10 أعوام و 29 عاماً، وكثيراً ما يحدث في أوساط المجتمعات المحلية بين المعارف والغرباء، ويتضمن الاعتداء البدني باستخدام الأسلحة (مثل البنادق والسكاكين)، أو بدون استخدامها، وقد يتضمن أيضاً عنف العصابات.
- عنف *العشير (أو العنف الأسري)*. يتضمن العنف من قبل العشير أو العشير السابق.

وعلى الرغم من أن الذكور يمكن أيضاً أن يقعوا فريسة لعنف العشير، فإن الفتيات يتأثرن بهذا النوع من العنف على نحو غير متناسب، وفي كثير من الأحيان يقع هذا العنف ضد الفتيات في نطاق زواج الأطفال والزواج المبكر/القسري. وهناك نوع من العنف يقع بين المراهقين الذين يرتبطون بعلاقات عاطفية ولكنهم غير متزوجين، ويطلق على هذا النوع من العنف «العنف في إطار المواعدة».

- *العنف الجنسي*. يتضمن إقامة العلاقة الجنسية بدون الرضاء المتبادل، أو محاولة ذلك؛ والقيام بأفعال ذات طبيعة جنسية، لا تتضمن الاتصال (مثل التلصص أو التحرش الجنسي)؛ والإتجار لأغراض الاستغلال الجنسي بأشخاص لا يسعهم الموافقة أو الرفض؛ والاستغلال عبر الإنترنت.
- *العنف العاطفي أو النفسي ومشاهدة العنف*. يتضمن العنف العاطفي أو النفسي تقييد حركة الطفل، وتعرضه للذم، والسخرية، والتهديد، والترهيب، والتمييز، والنبذ، وغيرها من أشكال المعاملة العدائية غير البدنية الأخرى. ويمكن أن تتضمن مشاهدة العنف إجبار الطفل على أن يشهد عمل من أعمال العنف، أو يشهد العنف بين شخصين آخرين أو أكثر مصادفةً.

وعندما يوجه أي نوع من أنواع العنف المذكورة ضد الفتيات أو الفتيان بسبب الجنس البيولوجي أو الهوية الجنسانية، يمكن اعتباره بمثابة عنف قائم على أساس نوع الجنس.

الشكل 2: نوع العنف حسب الفئة العمرية المتضررة

[a] ويمكن أيضا أن يتأثر الأطفال بنوعين أخرين من أنواع العنف التي تخرج عن نطاق هذه الحزمة: العنف الموجه إلى النفس، بما في ذلك السلوك الانتحاري والاعتداء على الذات، والعنف الجماعي مثل الحرب والإرهاب، والتي ترتكبها مجموعات أكبر من الناس. وبالإضافة إلى ذلك، لا تنظر الاستراتيجيات السبع INSPIRE بشكل واضح إلى الاتجار بالبشر، وهو من عوامل الخطر التي تؤدي في بعض البيئات إلى زيادة احتمال العنف ضد الأطفال. وأخيرا، فإن الحزمة لا تغطي تشويه/ ختان الأعضاء التناسلية الأنثوية، والتي يوجد إرشادات مجمعة بشأنها:
http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/management-health-complications-fgm/en/ and http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ who_rhr_10-9_en.pdf

عواقب العنف ضد الأطفال وتكاليفه

الآثار الفورية طويلة الأمد، التي يخلفها العنف ضد الأطفال على الصحة العمومية، والتكاليف الاقتصادية التي ينطوي عليها، تقوض الاستثمارات في التعليم، والصحة، ورفاهية الأطفال، وتضعف القدرة الإنتاجية للأجيال القادمة. ويمكن أن يؤدي التعرض للعنف في السن المبكرة إلى يضعف النماء العقلي، وإتلاف أجزاء أخرى من الجهاز العصبي، وكذلك الغدد الصماء، والدورة الدموية، والجهاز العضلي الهيكلي، والجهاز الإنجابي، والجهاز التنفسي، والجهاز المناعي، وذلك بما ينجم عنه من آثار تدوم مدى الحياة *(8)*. وتؤكد البيِّنات القوية أن التعرض للعنف في مرحلة الطفولة يزيد من مخاطر الإصابة؛ والعدوى بفيروس العوز المناعي البشري وغيره من الأمراض المنقولة جنسياً؛ والمشكلات الصحية النفسية؛ وتأخر النمو الإدراكي؛ وتدني الأداء المدرسي والتسرب من التعليم؛ وحدوث الحمل المبكر؛ والمشكلات المتعلقة بالصحة الإنجابية؛ والأمراض السارية وغير السارية *(10 – 30)*.

والعنف ضد الأطفال له أثر هائل على الاقتصاد، وهو ما يتضح من البيانات الواردة عن البلدان والأقاليم، التي أعدت تقديرات للخسائر المالية الناجمة عن هذا النوع من العنف. ففي الولايات المتحدة بمفردها، بلغ إجمالي العبء الاقتصادي مدى الحياة المتعلق بوقوع حالات جديدة من سوء معاملة الأطفال في عام واحد 124 مليار دولار أمريكي في عام 2008، وتزداد التكاليف إن أخذنا في الاعتبار أنواع العنف الأخرى، مثل عنف الشباب *(31-32)*. أما في إقليم شرق آسيا والمحيط الهادي فقد قُدِّرت التكاليف الاقتصادية لعدد قليل من الآثار الصحية الناجمة عن سوء معاملة الأطفال بما يتراوح ما بين 1,4%–2,5% من الناتج المحلي الإجمالي للإقليم *(33)*.

الأسباب الجذرية للعنف ضد الأطفال

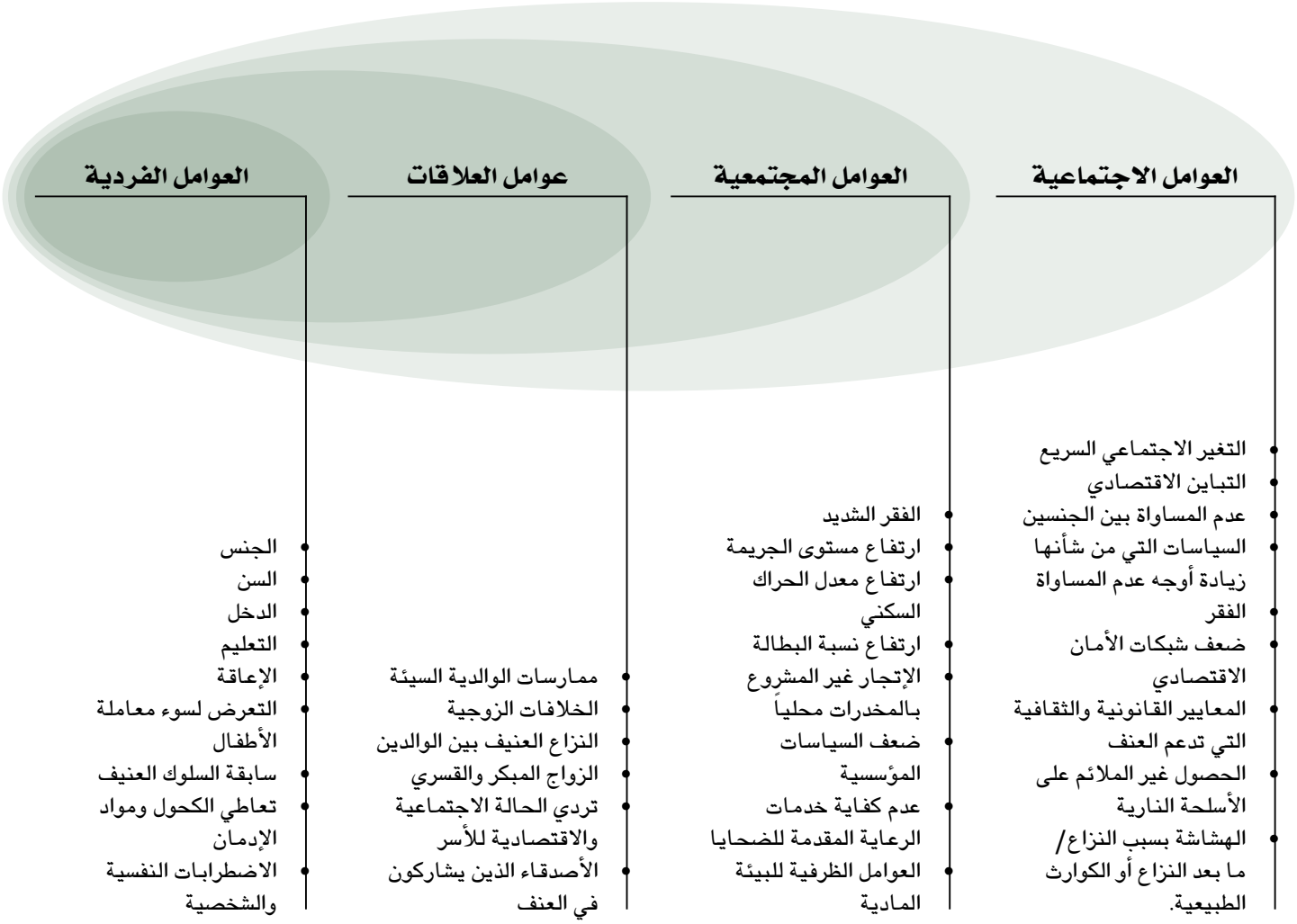
إن تهاون المجتمع في وقوع الفتيات ضحايا للعنف، وفي ما يرتكبه الفتيان والرجال من عنف، هو عامل رئيسي يجعل الأطفال والمراهقين، ولا سيما الفتيات، عرضة للعنف (ويزيد من احتمال ارتكاب الفتيان والرجال لهذا العنف). وكثيراً ما ينظر إلى هذه الأنواع من الإساءة أو الاستغلال على أنهما أمراً عادياً، خارج عن سيطرة المجتمعات، مما يؤدي إلى انخفاض مستويات إبلاغ السلطات، إلى جانب الإحساس بالعار والخوف، والاقتناع بأنه لا يمكن لأحد المساعدة، علاوة على ذلك، تتعرض الضحايا في كثير من الأحيان للوم على العنف الذي يواجهونه. وهذا التسامح إزاء العنف بشكل عام، وإزاء عنف العشير والعنف الجنسي بشكل خاص، منبعه الوضع المتدني للمرأة والطفل في العديد من المجتمعات، والمعايير الثقافية المتعلقة بالجنسين والذكورة. ومن هذا المنطلق، فإن تغيير المعايير المتعلقة بالجنسين – والتي تمنح الذكور حق السيطرة على جسد الفتاة أو المرأة، وعلى سلوكها – يعتبر استراتيجية ذات أهمية بالغة لتحقيق المساواة بين الجنسين، والحد من العنف الذي يستهدف الفتيات، وتحديد أنشطة الوقاية، وتلبية الاحتياجات الخاصة للرعاية والدعم.

ويكمن السبب الجذري للعنف في عدد من العوامل الاجتماعية، والاقتصادية، والثقافية الأخرى، التي تؤثر على المجتمعات، والأسر، والعلاقات، والطريقة التي يقضي بها الأطفال حياتهم اليومية. ويوضح النموذج الإيكولوجي الاجتماعي هذا التداخل بين العوامل الفردية، وعوامل العلاقات، والعوامل المجتمعية، والعوامل الاجتماعية (**الشكل 3**) *[9]*.

- **تتضمن عوامل الخطر على مستوى الأفراد**، الجوانب المتعلقة بالتاريخ البيولوجي والشخصي، مثل الجنس، والسن، والتعليم، والدخل، والإعاقة، وإعاقة النماء العقلي والإدراكي، والاضطرابات النفسية، وتعاطي الكحول على نحو ضار، وتعاطي المخدرات، وسابقة العدوانية أو سوء المعاملة.
- **تتضمن عوامل الخطر على مستوى العلاقات الوثيقة**، الافتقار إلى الروابط العاطفية، وممارسات التربية السيئة، والتفكك الأسري أو انفصال الوالدين، والارتباط بالأقران الجانحين، ومشاهدة الأطفال للعنف ضد أمهاتهم أو زوجات آبائهم، والزواج المبكر أو القسري.
- **تتضمن عوامل الخطر على مستوى المجتمعات المحلية**، أثر خصائص الأماكن – مثل المدارس، وأماكن العمل، والأحياء – في زيادة خطر التعرض للعنف، كما تتضمن الفقر، والكثافة السكانية العالية، والسكان الرحل، وانخفاض مستوى التماسك الاجتماعي، والبيئات المادية غير الآمنة، وارتفاع معدلات الجريمة، ووجود تجارة المخدرات على المستوى المحلي.
- **تتضمن عوامل الخطر على مستوى المجتمع**، المعايير القانونية والاجتماعية، التي تخلق مناخاً يشجع على وقوع العنف، والنظر إليه باعتباره أمراً عادياً. كما تتضمن السياسات الصحية، والاقتصادية، والتعليمية، والاجتماعية التي من شأنها الإبقاء على أوجه التفاوت الاقتصادي، أوالجنساني، أو الاجتماعي، وغياب الحماية الاجتماعية وعدم كفايتها، والهشاشة الاجتماعية التي تعزي إلى النزاع أو ما بعد النزاع والكوارث الطبيعية، وضعف الحوكمة، وضعف إنفاذ القوانين.

إن التفاعل بين العوامل على مختلف المستويات لا يقل أهمية عن تأثير العوامل في المستوى الواحد *(9)*، فعلى سبيل المثال، تشير الدراسات الطولية إلى أن المضاعفات المرتبطة بالحمل والولادة – ربما لأنها تؤدي إلى الإضرار بالأعصاب والاضطرابات النفسية والشخصية (عوامل الخطر على مستوى الأفراد) – يمكن أن تتنبأ بسوء معاملة الأطفال، وعنف الشباب، ولا سيما عند وقوعهما بالاقتران بمشكلات أخرى داخل الأسرة، مثل ممارسات التربية السيئة *(34)*. وهناك عدد من عوامل الخطر المشتركة الأخرى – مثل التفكك الأسري، وانخفاض مستوى التماسك الاجتماعي داخل المجتمع المحلي، التي تجعل بعض الأطفال أكثر عرضة لمخاطر العنف من غيرهم. وعلاوة على ذلك، مع انتشار الأزمات الإنسانية، مثل الحروب، والنزوح الجماعي للاجئين، والهجرة لأسباب اقتصادية، والكوارث المناخية، والفاشيات، أصبح عدد الأطفال المعرضين لجميع أشكال العنف أكثر من أي وقتٍ مضى.

الشكل 3: نموذج اجتماعي إيكولوجي لفهم العنف ضد الأطفال والوقاية منه



المصدر: *(9)*

على الرغم من أن البرامج والسياسات كثيراً ما تتناول كل شكل من أشكال العنف بمعزل عن الآخر، فمن المهم الاعتراف بوجود ارتباط بين أشكال العنف المختلفة؛ وذلك لأنها تتقاسم الأسباب الجذرية المشتركة، مما يجعلها تحدث في أغلب الأحيان مجتمعة، ويمكن أن يؤدى وقوع أحد الأشكال إلى وقوع شكل آخر. فعلى سبيل المثال، تعرض الطفل لسوء المعاملة، يمكن أن يزيد من خطر تعرضه أو ارتكابه للعنف الجنسي، أو عنف الشباب، أو العنف الموجه ضد الذات، أو عنف العشير، في حياته بعد ذلك. والأطفال التي تشهد عنف العشير ضد أمهاتهم أو زوجات آبائهم، يزداد احتمال تعرضهم أو ممارستهم لهذا النوع من العنف في حياتهم بعد ذلك *(35-36)*، ومن هذا المنطلق، تنطوي البرامج، التي تتصدى بفعالية للأسباب الجذرية، على إمكانات كبيرة للحد من أشكال العنف المتعددة ضد الأطفال.

إمكانية الوقاية من العنف ضد الأطفال

العنف ضد الأطفال مشكلة متعددة الوجوه، لها أسباب على مستوى العوامل الفردية، وعوامل العلاقات الوثيقة، والعوامل المجتمعية، والعوامل الاجتماعية. ومن ثم ينبغي مواجهتها على مختلف المستويات في آن واحد. ويؤدي النموذج الاجتماعي الإيكولوجي في هذا الصدد غرضين؛ وذلك لأن كل مستوى فيه يمثل بعداً يجمع بين المخاطر وفرص الوقاية في آن واحد.

ومن هذا المنطلق يتضمن التصدي للعنف ضد الأطفال تنفيذ التدابير التي ترمي إلى:

- خلق بيئات أسرية آمنة، ومستدامة، ومواتية، وتلبية الاحتياجات الخاصة من المساعدة والدعم للأسر المعرضة لخطر العنف؛
- تعديل البيئات غير الآمنة من خلال تغييرات مادية؛
- الحد من عوامل الخطر في الأماكن العامة (مثل المدارس، وأماكن تجمع الشباب)؛ بهدف الحد من مخاطر العنف؛
- التصدي لأوجه الإجحاف بين الجنسين في العلاقات، وفي البيت، وفي المدرسة، وفي أماكن العمل، وما إلى ذلك؛
- تغيير المواقف والممارسات الثقافية التي تدعم استخدام العنف؛
- ضمان أن الأطر القانونية تحظر جميع أشكال العنف ضد الأطفال، وتحد من فرص حصول الشباب على المنتجات الضارة، مثل الكحول، والأسلحة النارية؛
- إتاحة حصول الأطفال المتضررين من العنف على خدمات استجابة عالية الجودة؛
- القضاء على أوجه الإجحاف الثقافية، والاجتماعية، والاقتصادية، التي تسهم في وقوع العنف، وسد الفجوة في الثروات، وضمان المساواة في الحصول على السلع، والخدمات، والفرص؛ و
- تنسيق إجراءات القطاعات المتعددة، التي تؤدي دوراً في الوقاية من العنف ضد الأطفال والاستجابة له.

وتغطي حزمة الاستراتيجيات السبع INSPIRE – على النحو المبين في الفروع التالية – جميع نقاط الدخول الرئيسية المشار إليها للوقاية من العنف ضد الأطفال والمراهقين والاستجابة له.

Credit: WHO/Chapal Khasnabis

INSPIRE
مكونات

تضم حزمة الاستراتيجيات السبع (INSPIRE) **سبع استراتيجيات** توفر معاً إطاراً جامعاً بشأن إنهاء العنف ضد الأطفال. وتقترن كل استراتيجية **بهدف رئيسي**؛ **وأساس منطقي** خاص بها؛ وغايات أخرى لأهداف التنمية المستدامة بخلاف 2-16، التي تسهم في بلوغها وتدعمها بدورها؛ **وآثارها** المحتملة على الوقاية من العنف ضد الأطفال؛ و**النهوج** المحددة (بما في ذلك البرامج، والممارسات، والسياسات) التي تسهم في المضي قدما في تنفيذها؛ و**البيِّنات** التي تدعم هذه النهوج.

تم اختيار الاستراتيجيات السبع استناداً إلى اتفاق قوي في الرؤى بشأن المبادئ التوجيهية المسندة بالأبحاث، التي أصدرتها بالفعل الوكالات المشاركة في حزمة الاستراتيجيات السبع INSPIRE.
وتتناول الاستراتيجيات عوامل الخطر وعوامل الوقاية المرتبطة بالعنف ضد الأطفال، على جميع مستويات المخاطر الأربعة المترابطة (العوامل الفردية، وعوامل العلاقات، والعوامل المجتمعية، والعوامل الاجتماعية)، وقد اتضح أن معظمها له آثار وقائية على العديد من أنواع العنف المختلفة، وله أيضاً فوائد في مجالات، مثل الصحة النفسية، والتعليم، والحد من الجريمة. علاوة على ذلك، تضم حزمة الاستراتيجيات السبع INSPIRE **اثنين من الأنشطة الشاملة**، يساعدان معاً في ربط الاستراتيجيات السبع ببعضها البعض، وتعزيزها، وتقييم التقدم المحرز صوب تنفيذها.

Credit: Kibae Park/Sipa - World Bank

معايير الإدماج

تحتوي كل استراتيجية من حزمة الاستراتيجيات السبع INSPIRE على نهج أو أكثر من النهوج المسندة بالبيِّنات (**الجدول 1**)، والأمثلة على النهوج لا تشكل قائمة شاملة بكل السياسات، والبرامج، والممارسات المسندة بالبيِّنات الخاصة بكل استراتيجية من الاستراتيجيات، وإنما توضح النماذج المبينة للحد من احتمال الوقوع فريسة للعنف ضد الأطفال أو ارتكابه؛ أو تُعَدِّل عوامل الخطر المرتبطة بهذا العنف؛ أو تساعد في الحد من العواقب الفورية طويلة الأجل الناجمة عنه. ومن الناحية العملية ستعتمد فعالية الاستراتيجيات والنهوج التي تشتمل عليها حزمة الاستراتيجيات السبع (INSPIRE) على جودة تنفيذها وخصائصه. وتمثل التدخلات النموذجية **الممارسات الفعالة**، أو **الواعدة**، أو **الحكيمة**.

Credit: WHO /Christopher Black

معايير التدخلات النموذجية

تستوفي **التدخلات الفعالة** معياراً واحداً على الأقل من المعايير التالية:

- توصُل اثنان على الأقل من دراسات الأثر عالية الجودة أو متوسطة الجودة، التي تستعين بتجربة موجهة تستخدم عينات عشوائية و/أو بتصميمات شبه تجريبية عالية الجودة، إلى **آثار مواتية ذات أهمية من الناحية الإحصائية، في مجال أو أكثر من مجالات العنف ضد الأطفال** (سوء المعاملة، والتنمر، وعنف الشباب، وعنف العشير[b]، والعنف الجنسي)؛
- اعتبار التدخل إجراء **موصى به** استناداً إلى التحليل الشامل عالي الجودة والاستعراض المنهجي للنتائج الصادرة عن عمليات التقييم التي تخضع لها التدخلات المتعددة.

تكون **التدخلات الواعدة** في الحالات التالية:

- توصُل دراسة واحدة على الأقل من دراسات الأثر عالية الجودة أو متوسطة الجودة، التي تستعين بتجربة موجهة تستخدم عينات عشوائية و/أو بتصميمات شبه تجريبية عالية الجودة، إلى **آثار مواتية ذات أهمية من الناحية الإحصائية، في مجال أو أكثر من مجالات العنف ضد الأطفال** (سوء المعاملة، والتنمر، وعنف الشباب، وعنف العشير، والعنف الجنسي)؛ أو
- توصُل دراسة واحدة على الأقل من دراسات الأثر عالية الجودة أو متوسطة الجودة، التي تستعين بتجربة موجهة تستخدم عينات عشوائية و/أو بتصميمات شبه تجريبية عالية الجودة، إلى **آثار مواتية ذات أهمية من الناحية الإحصائية، على واحد أو أكثر من عوامل الخطر، وعوامل الوقاية المرتبطة بالعنف ضد الأطفال** (مثل التحصيل الدراسي، ومهارات التربية الإيجابية، والتواصل بين الآباء والأطفال بشأن الاستراتيجيات الفعالة لتجنب التعرض للعنف، والرقابة الوالدية الزائدة).

تستوفي مكونات **الممارسة الحكيمة** في حزمة الاستراتيجيات السبع (INSPIRE) التقنية معياراً واحداً على الأقل من المعايير التالية:

- **معاهدات أو قرارات عالمية** حددت التدخل على أنه إجراء حاسم للحد من العنف ضد الأطفال؛
- إثبات أن التدخل إجراء فعال للحد من العنف ضد الأطفال من خلال دراسات **نوعية ورصدية**.

يمثل المكونان الشاملان مطلبين ضروريين لأى تدخل متعدد القطاعات مسند بالبيِّنات، وهذان المكونان هما الإجراءات متعددة القطاعات والتنسيق، والرصد والتقييم *(37)*.

تم اختيار حزمة الاستراتيجيات السبع (INSPIRE) بقدر المستطاع لتمثل التدخلات التي تم تنفيذها وتقييمها في الأوساط المحدودة الموارد. وعند استخلاص أمثلة للتدخلات من الأوساط المرتفعة الدخل، يتم اختيار تلك التي تبدو فعالة تحديداً في الحد من العنف ضد الأطفال، والتي من المحتمل أيضاً أن تحقق نجاحاً عبر الأوساط الثقافية المختلفة. وتقدم حزمة الاستراتيجيات السبع (INSPIRE) فرصة لزيادة عدد الدراسات التي تتناول فعالية الاستراتيجيات السبع في الأوساط التي يُجرى بها حالياً عدد قليل نسبياً من هذه الدراسات. لذا فمن المتوقع أن تخضع حزمة الاستراتيجيات السبع (INSPIRE) للتحديث بصفة دورية كلما ظهرت بيِّنات جديدة.

[b] تشير البينات إلى أن تعرض الأطفال لمشاهدة العنف ضد أمهاتهم/ زوجات آبائهم قد يؤدي في بعض الحالات إلى زيادة خطر ارتكابهم للعنف في حياتهم فيما بعد (على سبيل المثال 35-36)؛ لذلك يعتبر الحد من عنف العشير هدفاً مهماً في حد ذاته، ووسيلة للحد من العنف ضد الأطفال

الجدول 1: حزمة الاستراتيجيات السبع INSPIRE، ونهوجها، والقطاعات ا لمتعلقة بالوقاية من العنف ضد الأطفال، الذين تتراوح أعمارهم بين صفر و 18 عاماً، والاستجابة لذلك العنف.

الاستراتيجية	النهوج	القطاعات	الأنشطة الشاملة
Implementation and enforcement of laws *(تطبيق القوانين وإنفاذها)*	• قوانين تحظر معاقبة الأطفال بعنف من قبل الوالدين أو المعلمين أو غيرهم من مقدمي خدمات الرعاية. • قوانين تجرم الإيذاء الجنسي للأطفال واستغلالهم جنسياً. • قوانين تمنع تعاطي الكحول على نحو ضار • قوانين تقيد سبل حصول الشباب على الأسلحة النارية وغيرها من الأسلحة.	العدل	
Norms and values *(المعايير والقيم)*	• تغيير الالتزام بالمعايير المتعلقة بالجنسين والمعايير الاجتماعية التقييدية والضارة. • البرامج المعنية بتعبئة المجتمعات المحلية • التدخلات المحايدة	الصحة والتعليم والرعاية الاجتماعية	الإجراءات المتعددة القطاعات والتنسيق
Safe environments *(إيجاد بيئات آمنة)*	• الحد من العنف من خلال معالجة «البؤر الساخنة» • وقف انتشار العنف • تحسين البيئة المبنية	الداخلية والتخطيط	
Parent and caregiver support *(دعم الآباء ومقدمي خدمات الرعاية)*	• تقديم الدعم من خلال الزيارات المنزلية • تقديم الدعم والتدريب في إطار مجموعات داخل المجتمعات المحلية • تقديم الدعم من خلال البرامج الشاملة	الرعاية الاجتماعية والصحة	
Income and economic strengthening *(تحسين الدخل وتعزيز الوضع الاقتصادى)*	• التحويلات النقدية • الادخار الجماعي ومنح القروض جنباً إلى جنب مع التدريب على المساواة بين الجنسين • توفير التمويل البالغ الصغر بالاقتران بالتدريب على المعايير المتعلقة بالجنسين	التمويل والعمل	
Response and support services *(خدمات الاستجابة والدعم)*	• نهوج المشورة والعلاج • إجراء الفحوص جنباً إلى جنب مع تنفيذ التدخلات • برامج علاج الأحداث الجانحين في نظام العدالة الجنائية • التدخلات المتعلقة بكفالة الأطفال والشاملة لخدمات الرعاية الاجتماعية.	الصحة، والعدل، والرعاية الاجتماعية	الرصد والتقييم
Education and life skills *(التعليم والمهارات الحياتية)*	• زيادة معدلات التسجيل في التعليم ما قبل المدرسي، وفي المدارس الابتدائية، والثانوية • إيجاد بيئة مدرسية آمنة ومواتية • تحسين معرفة الأطفال بالإيذاء الجنسي وبكيفية حماية أنفسهم منه • التدريب على المهارات الحياتية والاجتماعية • برامج الوقاية من عنف الأصدقاء الحميمين من المراهقين	التعليم	

Credit: WHO/TDR /Julio Takayama

IV

INSPIRE
تنفيذ

تركز حزمة الاستراتيجيات السبع INSPIRE على ما يمكن أن تقوم به البلدان للوقاية من العنف ضد الأطفال والاستجابة له، وستركز مواد حزمة الاستراتيجيات السبع اللاحقة بالتفصيل على كيفية تنفيذ محتوياتها، بما في ذلك المؤشرات التي من شأنها رصد التنفيذ، ورصد آثار الاستراتيجيات السبع[c]. وفي نفس الوقت، تنتهي حزمة الاستراتيجيات السبع INSPIRE: الاستراتيجيات السبع لإنهاء العنف ضد الأطفال إلى توجيهات عامة بشأن تنفيذ الاعتبارات التي يمكن استخدامها للمساعدة في حفز التقدم نحو إنهاء العنف ضد الأطفال.

[c] يجري إعداد هذه المواد الداعمة الخاصة بحزمة الاستراتيجيات السبع INSPIRE، ومن المأمول إصدار قائمة بالمؤشرات قبل نهاية عام 2016، ومجموعة من أدلة التنفيذ (دليل للحزمة الاستراتيجيات السبع في مجملها، ودليل لكل استراتيجية على حدة)، وأدلة البحث خلال عام 2017.

إمكانية تطبيق حزمة الاستراتيجيات السبع INSPIRE في الأوساط المتضررة من النزاعات، وما بعد النزاعات، وغيرها من الحالات الإنسانية

يمكن تطبيق جميع الاستراتيجيات السبع لحزمة INSPIRE في الأوساط المتضررة بالنزاعات أو الكوارث الطبيعية، وتتضمن حزمة الاستراتيجيات السبع عدة تدخلات أثبتت فاعليتها في مثل هذه الأوضاع. وعلى الرغم من ذلك، ففي حالة الاستراتيجيات التي تتناول المشكلات الاجتماعية الأخرى، مثل التدخين، وتعاطي المخدرات، والإفراط في استخدام الكحول، والصحة النفسية، والجريمة، والإصابات الناجمة عن حوادث الطرق، ستتباين جدوى التنفيذ الناجح لها وفقاً للاستراتيجية والسياق. ومن حيث المبدأ، لا تعتمد التدخلات التي تنفذ في إطار البرامج القائمة بذاتها على النظم الاجتماعية السليمة، وهياكل الحوكمة الفعلية، ولذلك يمكن تنفيذها في جميع الأوساط، ويتضمن ذلك، على سبيل المثال، برامج التربية، وبرامج التدريب على المهارات الحياتية، والخدمات المقدمة لضحايا العنف. وعلى النقيض، فإن التدخلات التي تنطوي على إنفاذ القانون، من خلال النظم الفعالة للشرطة والجهاز القضائي، سيكون من الصعب تنفيذها في حالات النزاع أو الكوارث الطبيعية، التي أسفرت عن تدمير هذه الهياكل أو تدهورها تدهوراً شديداً.

INSPIRE
الاستراتيجيات ونهوجها

30 Implementation and enforcement of laws
(تطبيق القوانين وإنفاذها)

36 Norms and values
(المعايير والقيم)

42 Safe environments
(إيجاد بيئات آمنة)

48 Parent and caregiver support
(دعم الآباء ومقدمي خدمات الرعاية)

54 Income and economic strengthening
(تحسين الدخل وتعزيز الوضع الاقتصادي)

60 Response and support services
(خدمات الاستجابة والدعم)

66 Education and life skills
(التعليم والمهارات الحياتية)

Implementation and enforcement of laws

(تطبيق القوانين وإنفاذها)

الهدف: ضمان تطبيق القوانين وإنفاذها للوقاية من السلوكيات العنيفة، والحد من الإفراط في تعاطي الكحول، وتقييد سبل حصول الشباب على الأسلحة النارية وغيرها من الأسلحة.

الأساس المنطقي:

يعتبر وضع الحماية القانونية والسياسات المعنية بالأطفال والشباب وتعزيزها، جنباً إلى جنب مع وسائل تفعيل هذه الحماية، خطوة حكيمة على طريق الوقاية من العنف ضد الأطفال. وتعود القوانين التي تحظر سلوكيات، مثل العقاب العنيف، والإيذاء الجنسي للأطفال، بالنفع بطرق مختلفة. أولاً، تبين للمجتمع أن السلوك العنيف سلوك خاطئ، ومن ثم يمكن أن تساعد في استئصال المعايير السائدة التي من شأنها التسامح معه، ثانياً، تحاسب المرتكبين على ما ارتكبوه من أعمال، ثالثاً، يمكن أن تكون القوانين والسياسات ناجعة في الحد من التعرض لعوامل الخطر الرئيسية للعنف ضد الأطفال، من خلال الحد من تعاطي الكحول على نحو ضار، وتقييد حصول الشباب على الأسلحة النارية وغيرها من الأسلحة.

تسهم هذه الاستراتيجية في الأنشطة الرامية إلى بلوغ غايات أهداف التنمية المستدامة 3-5، 5-ج، 16-3، على النحو التالي:

- 3-5 تعزيز الوقاية من تعاطي مواد الإدمان، بما يشمل تعاطي المخدرات وتناول الكحول على نحو يضر بالصحة، وعلاج ذلك.
- 5-ج اعتماد سياسات سليمة وتشريعات قابلة للإنفاذ وتعزيز السياسات والتشريعات القائمة للنهوض بالمساواة بين الجنسين وتمكين كل النساء والفتيات على جميع المستويات.
- 16-3 تعزيز سيادة القانون على الصعيدين الوطني والدولي وضمان تكافؤ فرص وصول الجميع إلى العدالة.

الآثار المحتملة لتطبيق القوانين وإنفاذها على الحد من العنف ضد الأطفال:

- انخفاض في معدل العنف البدني ضد الأطفال من قبل الآباء، ومقدمي خدمات الرعاية، وغيرهم من أصحاب السلطة.
- انخفاض في معدل الإيذاء الجنسي للأطفال، بما في ذلك ممارسة الجنس بالإكراه أو تحت ضغط، أو محاولة ممارسة الجنس بدون رغبة، واللمس الجنسي غير المرغوب فيه.
- انخفاض في معدل الاستغلال الجنسي للأطفال، بما في ذلك الإتجار، والمواد الداعرة، والدعارة.
- انخفاض في الاستهلاك المفرط للكحول، والشره المرضي في تناوله.
- انخفاض في الوفيات الناجمة عن استخدام الأسلحة النارية والإصابات غير المميتة.
- زيادة في المعايير والمواقف الاجتماعية التي من شأنها الحماية ضد استخدام العقاب العنيف ضد الأطفال.
- زيادة في المعايير والمواقف الاجتماعية التي من شأنها الحماية ضد الإيذاء الجنسي للأطفال واستغلالهم جنسياً.
- زيادة في المعايير والمواقف الاجتماعية التي من شأنها دعم المساواة بين الجنسين.

النهوج

تتضمن هذه الاستراتيجية مجموعتين من القوانين. تشتمل المجموعة الأولى على القوانين أو التدابير التي يقع على الدول الأطراف التزام بتنفيذها في إطار اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الطفل، والتي تلزم هذه الدول باتخاذ كافة التدابير التشريعية، والإدارية، والاجتماعية، والتعليمية الملائمة لحماية الطفل من كافة أشكال العنف، ما دام في رعاية والديه، أو الأوصياء القانونيين عليه، أو أي شخص آخر يتولى رعايته [38]. وتنص الاتفاقية أيضاً على التزامات معينة بشأن حماية الطفل من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة، ومن عقوبة الإعدام، فضلاً عن تعرضه للإيذاءالجنسي واستغلاله جنسياً. أما المجموعة الثانية من القوانين فهي تلك التي تقيد فرص حصول الشباب على الكحول، والأسلحة النارية وسوء استخدامهما، وبالتالي فهي تتناول عوامل الخطر الرئيسية للوقوع ضحية للعنف ضد الأطفال أو ارتكابه. علاوة على ذلك، يمكن أيضاً أن تسهم قوانين أخرى في الحد من العنف ضد الأطفال، مثل قانون اللاجئين، والقوانين التي تجرم زواج الأطفال، وإخضاعهم للعمل القسري، والإتجار بهم، واستغلالهم في المواد الداعرة، والممارسات الضارة.

قوانين تحظر معاقبة الأطفال بعنف من قبل الوالدين أو المعلمين أو غيرهم من مقدمي خدمات الرعاية

البيِّنات: تشير الدراسات الرصدية إلى أن هذه القوانين يمكن أن تحد من اللجوء إلى العقاب العنيف ضد الأطفال، وأن تعمق فهم الآثار السلبية على الأطفال الذين يتعرضون للعقاب العنيف، وأن تغير المواقف إزاء اللجوء لمثل هذا العقاب *(39-41)*. وقد أظهرت نتائج إحدى الدراسات التي عقدت مقارنة بين خمسة بلدان أوروبية، فرض اثنان منها حظراً على العنف البدني، أن جميع أشكال العنف البدني تقريباً كانت أقل في البلدان التي فرضت حظراً قانونياً من نظيراتها في تلك التي لم تفرضه *(42)*، علاوة على ذلك، كان قبول العقاب البدني أقل في البلدان التي فرضت هذا الحظر القانوني *(43)*. كما أظهر استعراض منهجي أن القيود التشريعية المفروضة على العقاب البدني في أربعة وعشرين بلداً ارتبطت ارتباطاً وثيقاً بتراجع التأييد للعقاب البدني كنهج لتربية الطفل واللجوء إليه *(43)*. وبحلول عام 2016، فرض 50 بلداً تقريباً حظراً على جميع أشكال العقاب العنيف ضد الأطفال، والتزم 52 بلداً بتنفيذ ذلك *(44)*.

قانون وحملة مكافحة العقاب البدني (السويد)

اعتمد البرلمان السويدي، في عام 1979، تعديلاً لقانون الأطفال والآباء، الذي حظر جميع أشكال العقاب البدني ضد الأطفال أو أي معاملة تعرضهم للإساءة العاطفية، وبذلك أصبحت السويد أول دولة في العالم تحظر على الآباء صراحة اللجوء للعنف البدني أو أي صورة من صور المعاملة المهينة في تربية الأطفال.

وحيث أن **قانون الأطفال والآباء** لا يتضمن عقوبات، فإن الإجراءات التي تفي بالمعايير القانونية للاعتداء تخضع لقانون العقوبات، ويبين ذلك أن الشخص الذي يلحق ضرراً جسمانياً بشخص آخر، أو يتسبب في إصابته بمرض، أو ألم، أو في جعله غير قادر أو في حالة مماثلة من العجز، سيحكم عليه بالسجن بتهمة الاعتداء، لمدة أقصاها عامين، وإن كانت الجريمة أقل خطورة، فسيعاقب المرتكبون بدفع غرامة أو بالسجن لمدة تصل إلى ستة شهور، وقد تصل العقوبة إلى السجن لمدة 10 سنوات إن كانت الجريمة شديدة الخطورة *(45)*.

وقد منح الأطفال بالفعل نفس الحقوق الممنوحة للبالغين، لحمايتهم من العنف، وسائر أشكال المعاملة المهينة، وكان هذا التغيير التشريعي، بالاقتران بحملة وطنية للتوعية، نتيجة لعملية دامت على مدى قرون، تضمنت حظر اللجوء للعقاب البدني بالمدراس. وقد كان للجهد السويدي أثر بالغ وقابل للقياس على حياة الأطفال، إذ انخفضت نسبة الأطفال الذين يتعرضون للضرب من 90% إلى حوالي 10%، على مدى 35 عاماً *(45)*، كما انخفض التأييد العام للعقاب البدني بين الآباء من أكثر من النصف إلى 10% بالكاد *(45)*.

قوانين تجرم الإيذاء الجنسي للأطفال واستغلالهم جنسياً

البينّات: نصت اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الطفل على مبادئ الإيذاء والاستغلال الجنسيين، التي يمكن أن تدرج وتنعكس في القوانين المحلية. ومعظم البلدان لديها هذه القوانين، ولكن تتفاوت قوتها وفقاً للتعريف القانوني للطفل، ومكونات الاعتداء والاستغلال الجنسيين للطفل، ومدى إنفاذ القوانين. فعلى سبيل المثال، جميع البلدان لديها فعلياً قوانين تحظر الاغتصاب المنصوص عليه في التشريع، ولكن يتم إنفاذ هذه القوانين إنفاذاً كاملاً في أقل من ثلثي هذه البلدان، بل إن إنفاذ القوانين أقل شيوعاً بالنسبة للقوانين المعنية بمكافحة العنف الجنسي بالمخالطة بدون اغتصاب، والعنف الجنسي بدون تلامس *(1)*.

قوانين تمنع تعاطي الكحول على نحو ضار

البينّات: استهلاك الكحول بكثافة هو أحد عوامل الخطر المحددة بوضوح في معظم أشكال العنف ضد الأطفال وفيما بينهم، بما في ذلك، ارتكاب سوء معاملة الأطفال، والعنف البدني أو الجنسي بين المراهقين الذكور والإناث، وعنف العشير *(34)*. وعلى الصعيد العالمي، يقدر من يتناولون الكحول بشراهة (أي استهلكوا 60 جراماً أو أكثر من الكحول النقي مرة واحدة على الأقل في الشهر الماضي) من المراهقين بنسبة 17% من الذكور، و 6% من الإناث، في الفئة العمرية 15-19 *(46)*، ولذلك يمكن أن تلعب القوانين والسياسات التي تقيد حصول الأطفال على الكحول، واستخدام البالغين والأطفال له على نحو ضار، دوراً مهماً في الوقاية من العنف ضد الأطفال.

توصل استعراض أجري على دراسات علمية صدرت بين 1950 – 2015، إلى أن رفع أسعار الكحول، وتقليل الأيام التي يباع فيها، وتقليل منافذ بيعه، ترتبط جميعها بالانخفاض الملموس في معدل ارتكاب العنف بين الأشخاص *(47)*. فضلاً عن ذلك، يشير الاستعراض إلى أن مجرد إجراء تغييرات بسيطة في السياسات المعنية بهذا الشأن، مثل زيادة أسعار الكحول بنسبة 1%، وغلق المحلات التي تبيع الكحول قبل موعدها بساعة واحدة، وتقليل كثافة منافذ بيعه، يمكن أن يؤدى إلى الحد من العنف بشكل ملحوظ. علاوة على ذلك، تحديد الحد الأدنى لسن الشراء له فعالية في الحد من استهلاك الكحول بين الشباب *(48)*، فحدود السن الأكبر من المحتمل أن تحول دون تناول الشباب للكحول أكثر من حدود السن الأصغر *(49)*. وقد حددت القوانين في معظم البلدان السن القانونية لشراء الكحول عند ثمانية عشرة عاماً، على الرغم من وجود تباين ملحوظ في مدى إنفاذ هذا الحد *(46)*.

قوانين تقيد سبل حصول الشباب على الأسلحة النارية وغيرها من الأسلحة

البينّات: يختلف الحد الأدنى للسن القانونية لاستخدام الأسلحة النارية، وحيازتها، وشرائها، من بلد لآخر، على الرغم من أن معظم البلدان تحدد سن الثامنة عشرة كحد أدنى. وقد توصل استعراض منهجي أجري مؤخراً للتدخلات *(50)*، ومصمم بهدف الحد من حيازة الأسلحة وحملها بصورة غير مشروعة، إلى أن دوريات الشرطة الموجهة والتي تركز على حمل السلاح بصورة غير مشروعة، يمكن أن تقي من وقوع الجرائم باستخدام الأسلحة (بما في ذلك القتل، وإطلاق النار، وأعمال السلب والاعتداء باستخدام الأسلحة النارية).

وترتبط تدخلات أخرى، مثل قوانين **منع وصول الأطفال** (التي تحمِّل مالك السلاح المسؤولية عند وصول طفل لسلاح مخزن على نحو غير آمن)، بالولايات المتحدة الأمريكية، بالانخفاض في معدل الإصابات ذات الصلة بالأسلحة النارية. على سبيل المثال، توصلت دراسة طولية، تم إجراؤها استناداً إلى البيانات المستقاة من إحدى عشرة ولاية أمريكية (وضعت سبع ولايات منها هذه القوانين في الفترة 1988 - 2003) إلى ارتباط هذه القوانين بخفض مستويات الإصابات غير القاتلة الناجمة عن الأسلحة النارية، بين الأطفال تحت سن الثامنة عشرة، وعلى الرغم من ذلك، معظم هذه الإصابات كانت غير متعمدة، وكانت النتائج ذات الصلة بقتل الشباب وحصائل العنف الأخرى ضعيفة وغير دقيقة *(51)*.

وتتفاوت البيِّنات الداعمة للقوانين والسياسات الأخرى في مختلف أنحاء العالم (على سبيل المثال، سياسات عدم التسامح في المدارس، واشتراطات منح التراخيص، والقوانين التي تعطل التداول غير المشروع للأسلحة داخل المجتمعات وفيما بينها) *(52)*، وعلى الرغم من ذلك، توصلت دراسة أجريت مؤخراً بجنوب أفريقيا إلى أن فرض شروط أكثر صرامة فيما يتصل بمنح التراخيص، والحد من تداول الأسلحة النارية كان مسؤولاً عن إنقاذ حياة 4585 شخصاً في خمس مدن كبرى في الفترة 2001 – 2005 (شهدت أكثر معدلات الانخفاض التي تحدث بين الذكور في الفئة العمرية 15- 29) *(53)*. والاستراتيجيات التي تتناول حصول الشباب على الأسلحة النارية تبدو واعدة، على الرغم من أن هناك حاجة للمزيد من البحث لتحديد أكثر السبل فعالية لمنع حيازة الأسلحة، وحملها، واستخدامها على نحو غير مشروع، بين الشباب.

Norms and values

(المعايير والقيم)

الهدف: تعزيز المعايير والقيم التي تدعم إقامة علاقات إيجابية، خالية من العنف، قائمة على الاحترام، والرعاية، والمساواة بين الجنسين، بين جميع الأطفال والمراهقين

الأساس المنطقي:

يمثل تغيير المواقف والمعايير السائدة في المجتمع جزءاً مهماً في الوقاية من العنف ضد الأطفال (6). وغالباً ما ينطوي تحقيق ذلك على تعديل المعايير والسلوكيات الاجتماعية والثقافية المتأصلة بعمق، ولا سيما الفكرة القائلة بأن أشكال العنف ليست معتادة فحسب، بل مبررة في بعض الأحيان (54). ومن الأمثلة على ذلك، لجوء المعلمين لضرب الأطفال؛ لأنهم ينظرون إلى العقاب العنيف على أنه أمراً مشروعاً؛ وكذلك قيام الفتيان والرجال بإكراه الفتيات على ممارسة الجنس من منطلق شعورهم باستحقاقاتهم الجنسية؛ وقبول زواج الأطفال أو ضرب الزوجات على أنه أمر معتاد؛ وإرغام الأقران الذكور للصبية صغار السن على ممارسة عنف العصابات على أنه «طقس من طقوس الانتقال»؛ وإحجام الفتيات والفتيان عن الإبلاغ عما يتعرضون له من عنف؛ خشية الوصم والعار.

ومن ثم، فإن وضع استراتيجية لتغيير المواقف والمعايير الاجتماعية يعتبر جزءاً أساسياً من حزمة الاستراتيجيات السبع INSPIRE. وعلى الرغم من صعوبة تقييم الأنشطة المعنية بتغيير المعايير على مستوى المجتمع، وعلى مستوى المجموعات الصغيرة، فإنها تبدو أكثر فعالية إذا ما اقترنت بالعناصر الأخرى، مثل التشريع أو التدريب على المهارات الحياتية.

وتسهم هذه الاستراتيجية في الأنشطة الرامية إلى بلوغ غايتي أهداف التنمية المستدامة 4-7 و 5-1، والتي تدعمها بدورها.

- 4-7 ضمان اكتساب جميع المتعلمين المعارف والمهارات اللازمة لدعم التنمية المستدامة، بما في ذلك ضمن جملة طرق، التعليم لتحقيق التنمية المستدامة وأساليب العيش المستدامة، وحقوق الإنسان، والمساواة بين الجنسين، والترويج لثقافة السلام والأعنف والمواطنة العالمية وتقدير التنوع الثقافي وتقدير مساهمة الثقافة في التنمية المستدامة، بحلول عام 2030.
- 5-1 القضاء على جميع أشكال التمييز ضد النساء والفتيات في كل مكان.

تتضمن الآثار المحتملة لتغيير المعايير والقيم بشأن الحد من العنف ضد الأطفال ما يلي:

- الحد من قبول العنف ضد النساء والأطفال
- انخفاض معدلات الزواج المبكر والقسري
- الترويج لمعتقدات أنسب في تحقيق المساواة بين الجنسين وتقسيم العمل على أساس منصف
- تبني مواقف أكثر ملاءمة بشأن اتباع الوالدين لنهوج غير عنيفة في التأديب
- زيادة الاعتراف بمكونات السلوكيات التعسفية تجاه العشراء والأطفال
- زيادة تنفيذ التدخلات المحايدة لمنع العنف ضد الأطفال والعشراء
- انخفاض معدلات ممارسة أحد الوالدين أو العشير للعنف البدني أو الجنسي

النهوج

تشير نتائج التقييمات التي تخضع لها البرامج والسياسات، المعنية بتعديل المعايير المحتملة الضررالمتعلقة بالتربية والمتعلقة بالجنسين، إلى أن النهوج الواعدة تتضمن تغيير الالتزام بالمعايير المتعلقة بالجنسين والمعايير الاجتماعية الضارة، وبرامج تعبئة المجتمع، والتدخلات المحايدة. وعندما حظيت هذه النهوج بالتأييد من قبل الحملات الإعلامية/التعبئة الاجتماعية، والخدمات الداعمة، فقد نجحت في التشجيع على المزيد من الإبلاغ عن حالات العنف، وإنفاذ قوانين وسياسات جديدة، تضمن جعل أشكال معينة من العنف جريمة تستحق العقوبة *(54)*

تغيير الالتزام بالمعايير المتعلقة بالجنسين والمعايير الاجتماعية التقييدية والضارة

البينَّات: تبلغ مشروعات المجموعات الصغيرة، التي تستهدف البالغين من الرجال والنساء، والمراهقين من الفتيات والفتيان، عن عدد من حصائل مهمة بشأن الوقاية من العنف *(55-59)*. فقد تبين أن الذكور الذين يشاركون في برنامج «آري– دوستي» **(Yaari-Dosti)** في الهند لديهم انخفاض في معدل ارتكاب عنف العشير بنسبة 20-30% *(59)*، كما أبلغ الذكور المشاركون في برنامج **"Coaching Boys Into Men"** «تدريب الفتيان ليصحبوا رجالاً» في الولايات المتحدة الأمريكية، عن انخفاض في ارتكاب العنف البدني والجنسي من قبل العشير بنسبة 38% خلال 24 شهراً بعد التدخل *(59، 60)*، وقد كانت الزيادة في الرغبة المحايدة في التدخل من الحصائل المهمة الأخرى لهذا البرنامج، الذي يمد المدربين الرياضيين بالمدارس العليا بالموارد التي يحتاجونها لتعزيز السلوك المحترم بين اللاعبين، والمساعدة في الوقاية من سوء استخدام العلاقة، والتحرش، والاعتداء الجنسي. وقد تم تنفيذه في المجتمعات المحلية عبر الولايات المتحدة الأمريكية، وفي الهند، وجنوب أفريقيا.

وفي نيبال، يهدف منهج «**الخيارات**» **(Choices)** إلى تحفيز المناقشات بين الفتيان والفتيات في الفئة العمرية 10 -14 سنة، حيث يمكنهم من خلالها تحليل الموضوعات المتعلقة بالسلطة، وبنوع الجنس. وأظهرت إحدى دراسات مراقبة الحالات أن مشاركة الأطفال في هذا المنهج قد أدت إلى اتساع مداركهم بشأن أدوار الجنسين، بما في ذلك، دور المرأة كفرد عامل يحصل على دخل، ودور الرجل كراعٍ ومربٍ، وربما يكون قد ساعد المشاركين في الاعتراف بأن التحرش الجنسي، ومضايقة الفتيان الذين خرجوا عن « إطار نوع الجنس»، سلوك غير لائق *(61)*.

إنهاء زواج الأطفال
دراسة 23 برنامجاً

زواج الأطفال من عوامل الخطر التي يمكن أن تؤدي إلى عنف العشير ضد الفتيات والنساء، والوفاة أثناء الولادة، والمضاعفات غير المميتة المصاحبة للحمل *(62)*، ووفيات الرضع *(63)*، وانخفاض الوزن عند الولادة *(64)*. ويؤثر زواج الأطفال على نحو غير متناسب على الفتيات، اللاتي يكن الأكثر عرضة على الأرجح من الفتيان لهذا النوع من الزواج (65 و 66)، وتشير التقديرات إلى أن أكثر من 60 مليون امرأة في الفئة العمرية 20-24 في جميع أنحاء العالم، تزوجن قبل بلوغ سن الثامنة عشرة *(67)*. ويتباين حجم زواج الأطفال تبايناً كبيراً بين الأقاليم، حيث توجد أعلى معدلاته في إقليم غرب أفريقيا، ثم إقليم شرق آسيا، فإقليم شمال أفريقيا والشرق الأوسط، فأمريكا اللاتينية *(68)*.

وأشار استعراض أجراه المركز الدولي للبحوث المتعلقة بالمرأة في عام 2011 *(69)*، إلى زيادة في عدد التدخلات التي تستهدف زواج الأطفال خلال العقد المنصرم، لكنه أشار أيضاً إلى أنه لم يخضع للتقييم المنهجي سوى عدد قليل جدا من هذه التدخلات. وقد توصل الاستعراض، استناداً إلى تحليل تم إجراؤه على 23 برنامجاً، من البرامج التي خضعت لأي شكل من أشكال التقييم، إلى أن عدد قليل من البرامج هي التي ركزت حصرياً على موضوع زواج الأطفال، والذي تتناوله معظم البرامج من خلال دمجه ضمن الأهداف المعنية بتحقيق الحصائل الأخرى الخاصة بالصحة، أو الرفاه، والتمكين للمراهقين والشباب. وقد وجد أن البرامج المعنية بزواج الأطفال التي خضعت للتقييم تركزت بصورة رئيسية في بلدان جنوب آسيا، وعلى رأسها الهند وبنجلاديش، كما ساهم في إرساء البيِّنات بلدان إقليم شمال أفريقيا والشرق الأوسط، مثل أثيوبيا، ومصر *(70)*.

وقد استعانت البرامج بشكل عام باستراتيجية واحدة أو أكثر من الاستراتيجيات الخمسة الأساسية لمنع زواج الأطفال، وهي: تمكين الفتيات بالمعلومات، والمهارات، وشبكات الدعم؛ وتثقيف الآباء وأفراد المجتمع وتعبئتهم؛ وتعزيز إمكانية وصول الفتيات للتعليم الرسمي وتحسين جودته؛ وتقديم الدعم الاقتصادي والحوافز للفتيات وعائلاتهن، وتعزيز إطار قانوني وسياساتي مواتٍ. وتوصل الاستعراض أيضاً إلى أن معظم تصميمات التقييم كانت ضعيفة، ولكن أقوى النتائج وأكثرها اتساقاً، فيما يتعلق بزواج الأطفال، كانت واضحة في مجموعة فرعية من البرامج التي تعزز المعلومات، والمهارات، وشبكات الدعم للفتيات بالاقتران بالتعبئة المجتمعية *(69)*.

البرامج المعنية بتعبئة المجتمعات المحلية

البيِّنات: يعتبر برنامج «ساسا» في أوغندا (وكلمة «ساسا» باللغة السواحيلية تعنى «الآن») مثالاً قوياً على كيفية إحداث التغيير في المعايير من خلال النهوج القائمة على المجتمع؛ للوقاية من العنف ضد المرأة *(71)*، ففي المجتمعات التي شارك فيها الرجال والنساء في البرنامج، انخفض معدل تعرض المرأة للعنف البدني من قبل العشير بنسبة 52%، كما انخفض معدل قبول المجتمع للعنف، أما النساء اللاتي تعرضن بالفعل لهذا الشكل من أشكال العنف، فقد زادت الاستجابات المجتمعية الملائمة بشأنهن بنسبة تفوق الضعف، وأشارت إحدى دراسات المتابعة إلى أن الفائدة العائدة على الأطفال تضاعفت ثلاث مرات (انظر **الإطار 1**).

وفي جنوب أفريقيا، وصل تدخل»سول سيتي» **"Soul City"**، الذي يهدف إلى توعية المجتمعات بشأن العنف الأسري، من خلال الوسائل التعليمية الترفيهية، إلى 86%، 25%، 65% من الجمهور عبر التليفزيون، والنشرات، والراديو على التوالي. كما توصل التقييم أيضاً إلى وجود صلة قابلة للإثبات بين مشاركة العامة في السلسلة الرابعة لهذا التدخل، والتي ركزت على العنف الأسري، وزيادة المعرفة بخدمات الدعم، إذ أفادت نسبة 41% من المستجيبين بعلمهم بخط المساعدة الهاتفي الذي أنشأه هذا التدخل *(74)*. كما ارتبطت التحولات في المواقف بهذا التدخل، إذ زاد عدد المستجيبين الذين أعربوا عن رفضهم لاعتبار العنف الأسري شأن من الشؤون الخاصة بنسبة 10%. وقد وضع التدخل مشروعاً متعدد الوسائط، تحت عنوان»سول بوديز» **"Soul Buddyz"**، استهدف الأطفال في الفئة العمرية 8-12 سنة، وهو يقدم لهم محتوى عبر التليفزيون، والراديو، ومحتوى تفاعلي ينقل لهم رسائل قد تنقذ حياتهم قبل أن يبدأوا نشاطهم الجنسي، ويزودهم باستراتيجيات للتعامل مع التنمر، والعنصرية، والعنف، والجنس، وفيروس العوز المناعي البشري/الإيدز *(75)*.

التدخلات المحايدة

البيِّنات: أظهرت التقييمات التجريبية أن البرامج، مثل برنامج «برينجنج إن ذا بايستاندر» **(Bringing in the Bystander)**، وبرنامج «جرين دُت» **(Green Dot)**، التابع لجامعة كنتاكي بالولايات المتحدة الأمريكية، للوقاية من العنف، قد مكنت الشباب من التدخل، والحيلولة دون وقوع العنف ضد الشركاء المتواعدين والأقارب *(76 - 77)*. وقد انخفضت معدلات خطر التعرض للعنف بين الأشخاص (وفقاً لقياسات العام الأكاديمي الماضي) بنسبة 17% بين الطلبة الذين حضروا التدخل (46%)، مقابل المجمعات التي خضعت للمقارنة (56%)، وقد كانت معدلات العنف أقل عند التدخل، مقابل المجمعات التي خضعت للمقارنة بشأن خطر التعرض للعنف الجنسي، والتحرش الجنسي، والمطاردة، والعنف النفسي من قبل العشير *(78)*. والجدير بالذكر أن كل من الطلبة والطالبات، الذين يدرسون بالكليات التي تطبق برنامج «جرين دُت»، قد أشاروا إلى انخفاض في معدلات تعرضهم للعنف، كما أشار الطلبة إلى انخفاض في معدلات ارتكاب العنف، مقارنة بالكليات التي لم تطبق البرنامج.

الإطار 1

برنامج «ساسا» (أوغندا)!

قام مركز الوقاية من العنف الأسري بأوغندا بتصميم برنامج «ساسا!»، من خلال مبادرة «إعلاء الأصوات»، وتم تنفيذه بالعاصمة الأوغندية «كمبالا». ويسعى نهج «ساسا!» إلى تغيير مواقف الأفراد، ومعايير المجتمع وهياكله، عن طريق دعم المجتمع بأسره من خلال عملية تغيير مرحلية.

وقد بدأت هذه العملية باختيار نشطاء مجتمعيين وتدريبهم، وهم عبارة عن رجال ونساء عاديين حريصين على العمل من أجل الوقاية من العنف، وكذلك تدريب ضباط الشرطة، ومقدمي خدمات الرعاية الصحية، وقادة المؤسسات، وكبار المسؤولين بالهيئات الحكومية، والقادة الثقافيين، بما في ذلك إجراء مناقشات بشأن مبدأ «السلطة». تعرَّف هؤلاء النشطاء المجتمعين على طرق تفكير جديدة فيما يتعلق بالسلطة، وتم تشجيعهم على مراعاة أوجه اختلال التوازن في القوى المتعلقة بنوع الجنس في حياتهم ومجتمعاتهم الجديدة، ثم دعمهم للاندماج في مجتمعاتهم بنفس التفكير النقدي، ليس بشأن الطرق التي يتبعها الرجال والنساء في سوء استخدام السلطة فحسب (وما يمثله من عواقب على علاقاتهم ومجتمعاتهم)، وإنما أيضاً بشأن الطريقة التي يمكن أن يتبعها الأشخاص لاستخدام سلطتهم استخداماً إيجابياً؛ من أجل تعزيز التغيير على مستوى الأفراد والمجتمع المحلي.

وفي المجتمعات التي شارك فيها الرجال والنساء، في الفئة العمرية 18-49، في تجربة موجهة لبرنامج ساسا تستخدم عينات عشوائية وقائمة على أساس المجتمع، انخفض معدل تعرض النساء للعنف البدني من قبل العشير بنسبة 52%، كما أعرب الرجال والنساء عن انخفاض في قبول المجتمع للعنف *(71- 72)*. وتولت إحدى دراسات المتابعة البحث فيما إذا كان للبرنامج أيضاً آثار على تجارب الأطفال فيما يتعلق بالعنف، وتوصلت هذه الدراسة إلى أنه حقق بالفعل آثاراً في هذا الصدد بثلاثة طرق أساسية، أولاً، تشير البيانات الكمية إلى أن الانخفاض في معدل وقوع عنف العشير، أدى إلى انخفاض معدل تعرض الأطفال لمشاهدة هذا النوع من العنف في منازلهم بنسبة 65%، ثانياً، تشير البيانات النوعية إلى أن النساء اللاتي شهدن انخفاضاً في معدل تعرضهن لعنف العشير، شهدن أيضاً تغير في الممارسات المتعلقة بالتربية والتأديب، مما أدى إلى تحسن في العلاقة بين الوالدين والأطفال، وأدى أيضاً إلى الرفض التام للعقاب العنيف كوسيلة تأديبية لدى بعض الآباء، ثالثاً، أشار بعض المشاركين إلى التدخل لمنع وقوع العنف ضد الأطفال *(73)*.

Safe environments
(إيجاد بيئات آمنة)

الهدف: إيجاد وصون شوارع وبيئات أخرى آمنة، يجتمع فيها الأطفال، والشباب، لقضاء أوقاتهم.

الأساس المنطقي:

تعتبر استراتيجية إيجاد وصون بيئات مجتمعية آمنة استراتيجية واعدة للحد من العنف ضد الأطفال، وهي تركز على البيئات المجتمعية غير المنازل والمدارس، التي يتم تغطيتها في استراتيجية «دعم الوالدين ومقدمي خدمات الرعاية»، واستراتيجية «التعليم والمهارات الحياتية» في إطار حزمة الاستراتيجيات السبع الاستراتيجيات السبع. وتركز استراتيجيات البيئات الآمنة على تعديل البيئة الاجتماعية والمادية للمجتمعات (أكثر من الأفراد الذين بداخلها)؛ وذلك من أجل تعزيز السلوكيات الإيجابية، وردع الضارة منها. وغالباً لا تصنف قاعدة البيِّنات الحالية، الداعمة للتدخلات على مستوى المجتمع لمنع العنف، الأثر الوقائي حسب السن؛ لذا من المفترض؛ من أجل أغراض هذه الاستراتيجية، أن تعود التدخلات المجتمعية الفعالة بالنفع على الأطفال، والشباب، والبالغين، على حد سواء.

وتسهم هذه الاستراتيجية في الأنشطة الرامية إلى بلوغ غايتي أهداف التنمية المستدامة 11-1 و 11-7، والتي تدعمها بدورها

- 11-1 ضمان حصول الجميع على مساكن وخدمات أساسية ملائمة وآمنة وميسورة التكلفة، ورفع مستوى الأحياء الفقيرة، بحلول عام 2030.
- 11-7 سبل استفادة الجميع من مساحات خضراء وأماكن عامة، آمنة وشاملة للجميع ويمكن الوصول إليها، ولا سيما بالنسبة للنساء والأطفال وكبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة، بحلول عام 2030.

الآثار المحتملة لإيجاد بيئات آمنة بشأن الحد من العنف ضد الأطفال:

- انخفاض في معدلات الإصابات المرتبطة بالاعتداءات
- زيادة في مستوى الأمان عند التنقل في المجتمع المحلي

النهوج

تشير البيِّنات إلى أن النهوج، التي تسهم في خلق بيئات آمنة وصونها، تتضمن التدخلات التي تستهدف التصدي «للبؤر الساخنة» للعنف المجتمعي، ووقف انتشار العنف، وتحسين البيئة المبنية. علاوة على ذلك، من الضروري ضمان أن تكون المؤسسات، مثل مرافق الرعاية المؤقتة والبديلة ودور الأيتام ومراكز الشرطة ومراكز الاحتجاز، آمنة للأطفال. وحماية الجناة الشباب تشكل ضرورة أساسية، وعلى الرغم من أنها خارج نطاق حزمة الاستراتيجيات السبع، فمن اللازم أن تضمن التشريعات، والسياسات، والبرامج، تمتع الأطفال المحرومين من حريتهم بنظم العدالة العادلة والفعالة والمراعية لمصلحتهم، والتي تعزز اتخاذ تدابير غير احتجازيه تجاه الأطفال الذين يُدعى أنهم الجناة *[79]*.

الحد من العنف من خلال معالجة البؤر الساخنة

البيِّنات: تبين دراسات أجريت في البرازيل *[80]*، وكندا *[81]*، وجنوب أفريقيا *[82]*، والولايات المتحدة الأمريكية *[83]*، أن هناك حالات عديدة لعنف الشباب تقع في أماكن بعينها (على سبيل المثال، في شوارع ونواد وحانات معينة)، ومن ثم يمكن الحد من العنف، عند بذل جهود الوقاية التي تركز بصورة منهجية على هذه «البؤر الساخنة» (انظر **الإطار 2**). وقد أُجري استعراض منهجي على عشر تجارب موجهة تستخدم عينات عشوائية، بشأن آثار خدمات الشرطة بالبؤر الساخنة على الجرائم المرتكبة ضد الممتلكات، وجرائم العنف والفوضى، وأظهر الاستعراض انخفاضاً كبيراً في معدلات هذه الجرائم. ومن المهم بمكان، الإشارة إلى أن هذا الاستعراض قد ساعد في الحيلولة دون إمكانية انتقال الجريمة والعنف إلى الأماكن المجاورة، وقد أجرى الاستعراض أيضاً تقييماً لاستراتيجيات خدمات الشرطة في البؤر الساخنة، مقترنة باستراتيجيات خدمات الشرطة الموجهة نحو حل المشكلات، وتوصل إلى أن المزج بين النهجين أدى إلى أكبر انخفاض شامل في معدل الجريمة والعنف *[84]*.

الإطار 2

نموذج كارديف (ويلز)

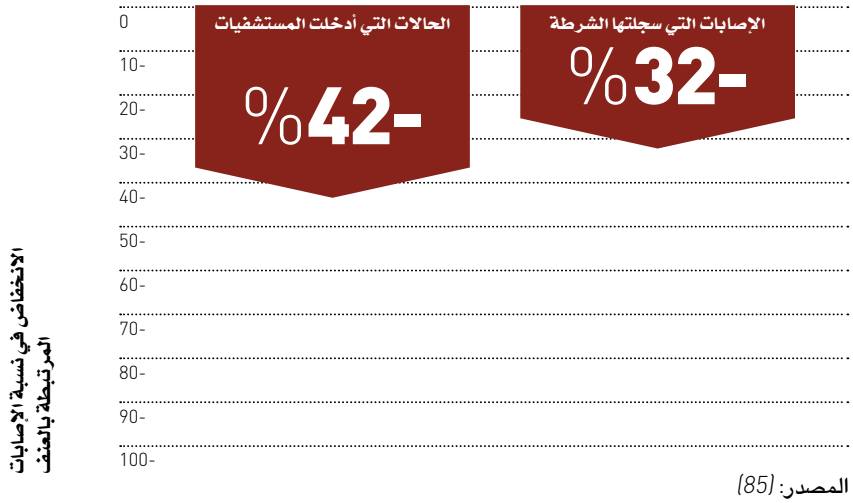
يتضمن **نموذج كارديف** لمنع العنف *[85-86]* جمع البيانات المجهولة المصدر بشأن كل ما يتعلق بالإصابات الناجمة عن العنف (مرتكب الإصابة، ونوعها، وزمن وقوعها ومكان وقوعها، وكيفية وقوعها)، التي تلقت علاجاً بأقسام الطوارئ بالمستشفيات في كارديف وويلز، ودمجها مع تلك المتعلقة بالحوادث ذات الصلة بالعنف التي سجلتها الشرطة؛ إذ أن الدمج بين بيانات الصحة وبيانات الشرطة يتيح التنبؤ بأنماط العنف في المستقبل على نحو أكثر دقة، وتحديد البؤر الساخنة للعنف. ويُستخدم لتصميم وتوجيه خدمات الشرطة وسائر التدخلات، والتي تضمنت حتى الآن:

- خدمات الشرطة الموجهة، حيث يتوافق نشر وحدات الشرطة مع توقيت وقوع العنف ومكان وقوعه في بؤر ساخنة معينة؛
- الأماكن المستهدفة المرخص لها ببيع الكحول والمرتبطة بأحداث العنف؛

- توفير المعلومات بشأن طلبات إصدار التراخيص لبيع الكحول، والطعون؛
- وضع استراتيجيات للحد من المخاطر المتعلقة بأنواع معينة من الأسلحة (على سبيل المثال الاستخدام القسري للأكواب البلاستيكية، والحد من إتاحة الزجاجات)؛
- توفير المعلومات بسائر استراتيجيات الصحة العمومية والاستراتيجيات الاجتماعية، مثل خدمات مكافحة إدمان المخدرات والكحول.

وقد خضع نموذج «كارديف» لأحد التقييمات، الذي كان الهدف منه قياس أثره على الحالات التي أدخلت إلى أقسام الطوارئ، نتيجة لإصابات ناجمة عن العنف، وأحداث العنف التي أبلغت عنها الشرطة، بمرور الوقت، ومقارنة هذه المعدلات بمثيلاتها في المدن المماثلة بالمملكة المتحدة والتي لم ينفذ فيها هذا النهج المعني بتبادل البيانات. وقد توصل هذا التقييم إلى أن الاستراتيجية أدت إلى انخفاض في الحالات التي أدخلت المستشفيات بنسبة 42% مقارنة بمدن المقارنة، وانخفاض مقابل في الإصابات التي أبلغت عنها الشرطة بنسبة 32% (**الشكل 5**)، وعلى الرغم من أن هذا النهج ليس موجهاً للأطفال، فإن النسبة الكبيرة من المراهقين الذين تعرضوا لإصابات ناجمة عن العنف في كارديف، تؤكد، بما لا يدع مجالاً للشك، أن هذا النهج أدى إلى انخفاض معدل وقوع العنف بين المراهقين. ووفقا لتقديرات تحليل فعالية التكلفة، الذي أجري على نموذج «كارديف»، بلغت قيمة الانخفاض في التكاليف الاقتصادية والاجتماعية للعنف 6,9 مليون جنيه استرليني في عام 2007 *(86)*.

الشكل 5: انخفاض معدل الإصابات المرتبطة بالعنف عقب تنفيذ نموذج كارديف



المصدر: *(85)*

وقف انتشار العنف

البيِّنات: وفقاً لتقييمات شبه تجريبية متعددة تم إجراؤها في شيكاغو، وبالتيمور، وبروكلين، ونيويورك *(87-90)*، يرتبط برنامج «عالجوا العنف» **"Cure Violence"** بعدد أقل من عمليات إطلاق النار والقتل والقتل الانتقامي، في المجتمعات المحلية التي تم تنفيذه فيها تنفيذاً كاملاً؛ حيث تراوح الانخفاض في معدلات العنف بين 20 –70%. ويضع نموذج «عالجوا العنف»، بالاستعانة بأحد نهوج الصحة العمومية، الذي عادة ما يطبق بهدف وقف فاشيات الأمراض، تصوراً مفاهيما للعنف باعتباره مرضاً وبائياً، ذا ثلاثة مكونات أساسية لوقفه، وهي: *(1)* وقف انتقاله في المجتمع المحلي، *(2)* منع انتشاره في المجتمع المحلي، *(3)* تغيير معايير المجتمع المحلي أو أحواله التي تساعد على انتقاله. ويهدف برنامج «عالجوا العنف» إلى جعل المناطق المجاورة الأكثر عرضة للعنف المسلح أكثر أمناً، وقد أثبت فاعليته بشكل خاص في الحد من العنف باستخدام الأسلحة النارية في البؤر الساخنة بالمجتمع. كما يتواصل النموذج مع الأفراد المدربين الأكثر عرضة للخطر، للعمل كموظفين، يتواصلون مع الشباب المعرض للخطر، من أجل كشف الصراعات ووقفها، والقيام بالإحالة للخدمات، وتغيير معتقدات المجتمع بشأن تقبل العنف. وقد توصل تقييم من التقييمات إلى أن النموذج قد أدى بدرجة كبيرة إلى الحد من قبول اللجوء إلى العنف (تغيير المواقف والمعايير) بين المشاركين في البرنامج وشباب المجتمع المحلي على المدى القصير، وبمرور الوقت. وبالنسبة لمجتمعات المقارنة، كان شباب المجتمعات التي تنفذ البرنامج أقل ميلاً بشكل كبير إلى اتخاذ العنف كاستراتيجية لتسوية النزاعات خلال الأشهر الستة التي أعقبت تنفيذ البرنامج، وعلى مدى سبعة عشر شهراً تالية *(88)*، ويجري تنفيذ نموذج «عالجوا العنف» في اثنتين وعشرين مدينة في ثمانية بلدان في عام 2016 (انظر الرابط (http://cureviolence.org/resources/cure-violence-resources/

تحسين البيئة المبنية

البيِّنات: «منع الجريمة من خلال تهيئة بيئة رادعة» هو أحد المجالات المتنامية التي تقدم بيِّنات واعدة (من البلدان المرتفعة الدخل، وبعض البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل) للتدخلات التي تمنع جرائم العنف، من خلال تغيير طريقة تصميم البيئات المادية. وتتضمن الخصائص المشتركة لهذا المجال: الخصائص العمرانية التي تيسر على الناس رؤية مَن حولهم واتخاذ إجراء لتجنب التهديدات المحتملة؛ والتي تساعد على التحكم في إمكانية الوصول، وتعزيز الشعور بالملكية، وتشجيع السلوك الاجتماعي السليم. ومن الأمثلة على ذلك، على سبيل المثال وليس الحصر، تصميم المناظر الطبيعية، ووجود المساحات الخضراء والحفاظ عليها، وتشجير قطع الأراضي الشاغرة، والإنارة، وتجديد المباني المهجورة، وتوفير وسائل المواصلات الآمنة والميسورة، وضمان سلامة الأطفال في طريقهم إلى المدرسة ومنها *(91)*.

وقد خضع أحد الأمثلة على هذا البرنامج للتقييم في كولومبيا. ففي عام 2004 وضعت السلطات البلدية بمدينة «ميديلين» نظاماً مجانياً للنقل العام؛ وذلك لربط الأحياء العشوائية المعزولة منخفضة الدخل، بالمنتزهات، والمكتبات، والمراكز المجتمعية المبنية حديثاً في وسط المدينة. وقد صاحب الإعمار المراعي للنقل العام استثمار البلدية في البنية التحتية للأحياء، ولم تشمل التدخلات جميع الأحياء، ومن ثم أتاحت فرصة لاختبار آثار هذه التغييرات على العنف، من خلال «تجربة طبيعية» غير عشوائية. وقد تم تقييم معدلات العنف في الأحياء التي خضعت للتدخل، وفي الأحياء المرجعية المقارنة، قبل إتمام مشروع النقل وبعده، وذلك بالاستعانة بعينة تتكون من عدد 225 مستجيباً من الأحياء التي خضعت للتدخل، وعدد 241 مستجيباً من الأحياء المرجعية التي لم تخضع للتدخل *(92)*. وقد اقترن التدخل بتراجع كبير في وقوع العنف بالأحياء، فقد تجاوز الانخفاض في معدل القتل، في الفترة 2003 – 2008، في الأحياء التي خضعت للتدخل مثيله في الأحياء المرجعية بنسبة 66%، كما اقترن بانخفاض مقابل في الأنباء المشيرة إلى وقوع أحداث عنف، وقد تجاوز هذا الانخفاض في الأحياء التي خضعت للتدخل مثيله في الأحياء المرجعية بنسبة 74% *(92)*. كما شهد سكان الأحياء التي خضعت للتدخل زيادة أكبر في الاستعداد للاعتماد على الشرطة، وعلى الرغم من عدم تصنيف الآثار على معدلات العنف حسب السن، فإن الواقع الذي يشير إلى أن 40% من السكان في مناطق التدخل، كانوا في الفئة العمرية 12-20 سنة، وأن المراهقين الأكبر سناً تحديداً هم الأكثر عرضة لخطر القتل، يجعل من المحتمل أن الشباب أيضاً قد استفادوا من التدخل.

Credit: WHO/TDR /Julio Takayama

Parent and caregiver support

(دعم الآباء ومقدمي خدمات الرعاية)

الهدف: الحد من ممارسات التربية القاسية وإقامة علاقات إيجابية بين الوالدين والطفل

INSPIRE

الأساس المنطقي:

مساعدة الآباء ومقدمي خدمات الرعاية على فهم أهمية التأديب الإيجابي وغير العنيف في نماء الطفل، والتواصل الوثيق الفعال بين الوالدين والطفل، يساعد على الحد من ممارسات التربية القاسية، وإقامة علاقات إيجابية بين الوالدين والطفل، وعلى توثيق عُرى التواصل بين الأطفال وبين الآباء أو غيرهم من مقدمي خدمات الرعاية، وهي جميعها عوامل تساعد على الوقاية من العنف ضد الأطفال. وتزويد الأسر، والآباء، ومقدمي خدمات الرعاية بالدعم لتعلم التربية الإيجابية، يمكن أن يحول دون انفصال الأطفال عن أسرهم، وتعرضهم لسوء المعاملة بالمنزل، ومشاهدتهم لعنف العشير ضد أمهاتهم أو زوجات آبائهم، وانتشار السلوك العنيف بين الأطفال والمراهقين *(93-95)*. وأظهرت أيضاً التقييمات التي خضعت لها هذه البرامج أن هذا النوع من الوقاية أقل تكلفة من دفع ثمن العواقب الوخيمة التي تنجم عن العنف ضد الأطفال *(96)*.

وتسهم هذه الاستراتيجية في الأنشطة الرامية إلى بلوغ غايات أهداف التنمية المستدامة 3-1، 3-2، 4-2، والتي تدعمها بدورها:

- 3-1 استحداث نظم وتدابير حماية اجتماعية ملائمة على الصعيد الوطني للجميع ووضع حدود دنيا لها[d]، وتحقيق تغطية صحية واسعة للفقراء والضعفاء بحلول عام 2030.
- 3-2 وضع نهاية لوفيات المواليد والأطفال دون سن الخامسة التي يمكن تفاديها بحلول عام 2030، بسعي جميع البلدان إلى بلوغ هدف خفض وفيات المواليد على الأقل إلى 12 حالة وفاة لكل 1000 مولود حي، وخفض وفيات الأطفال دون سن الخامسة على الأقل إلى 25 حالة وفاة لكل 1000 مولود حي.
- 4-2 ضمان أن تتاح لجميع البنات والبنين فرص الحصول على نوعية جيدة من النماء والرعاية في مرحلة الطفولة المبكرة والتعليم قبل الابتدائي حتى يكونوا جاهزين للتعليم الابتدائي بحلول عام 2030.

الآثار المحتملة لدعم الآباء ومقدمي خدمات الرعاية على الحد من العنف ضد الأطفال:

- انخفاض عدد الحالات المثبتة لسوء معاملة الأطفال وعدد الإحالات إلى خدمات حماية الطفل.
- انخفاض في ممارسات الوالدين المسيئة أو السلبية أو القاسية، ولا سيما فيما يتعلق بالتأديب.
- انخفاض معدلات التنمر والتعرض له.
- انخفاض معدلات التعرض للإيذاء البدني، أو جرح المشاعر، أو العنف الجنسي على يد الشركاء أو الأقران.
- انخفاض معدلات الاعتداء والجنوح في مرحلة المراهقة
- زيادة التفاعلات الإيجابية بين الوالدين والطفل
- زيادة معدل متابعة الوالدين لسلامة الأطفال والشباب

[d] على سبيل المثال. يضمن التأمين الأساسي الوطني والاجتماعي الحصول على الرعاية الصحية الأساسية والتأمين الاجتماعي

النهوج

يمكن أن تتباين النهوج التي تدعم الآباء ومقدمي خدمات الرعاية وفقاً لنوع العنف الذي تعالجه، أو سن الطفل، أو طريقة تنفيذ السياسات والبرامج. وتدعم البيِّنات عدد من طرائق التنفيذ المختلفة بوصفها طرائق فعالة، بما في ذلك الزيارات المنزلية وتقديم التدريب والدعم في إطار مجموعات داخل المجتمعات المحلية، وكذلك التربية، كأحد مكونات التدخلات الشاملة.

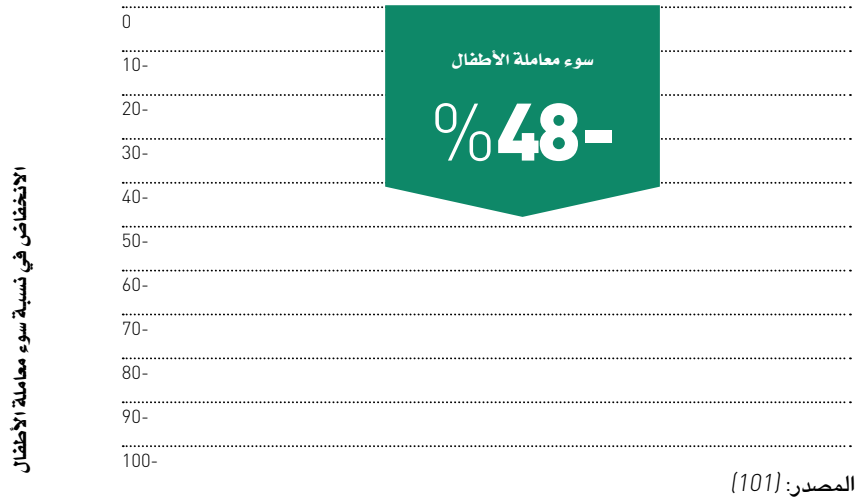
تقديم الدعم للآباء من خلال الزيارات المنزلية

البيِّنات: هناك بيِّنات قوية تشير إلى فعالية برامج الزيارات المنزلية (على الرغم من أن كل الدراسات التي تم استعراضها تقريباً أجريت بالبلدان المرتفعة الدخل)، على سبيل المثال، تم إجراء استعراض منهجي لأكثر من 20 دراسة لبرامج الزيارات المنزلية بالولايات المتحدة الأمريكية، وتوصل هذا الاستعراض إلى أن هذه البرامج قد أدت إلى الحد من سوء معاملة الأطفال بشكل ملحوظ *(97)*.[e]

والمثال الذي خضع لأفضل البحوث هو **Nurse-Family Partnership (NFP), USA**، الذي بدأ في عام 1977 بتعزيز بيئة منزلية آمنة، وتشجيع الآباء على تقديم الرعاية بكفاءة، وتحسين الدعم المادي للأسر، من خلال ربطهم بالخدمات الصحية والاجتماعية. وتمثل الممرضات المعتمدات جزءاً جوهرياً بالنسبة لهذا النموذج، حيث يقمن بالزيارات المنزلية للأمهات الصغيرات، ذوات الدخل المنخفض، اللاتي يعشن تجربة الأمومة لأول مرة، وذلك خلال أول سنتين من عمر أطفالهن. وتم إجراء ثلاث تجارب موجهة تستخدم عينات عشوائية خاصة ببرنامج الشراكة بين الممرضة والأسرة على مدى عدة عقود، وقد وثقت هذه التجارب عدد من الحصائل الإيجابية الطويلة الأجل، بما في ذلك، تحسين الصحة السابقة للولادة، والانخفاض في إصابات الأطفال، والانخفاض في عدد حالات الحمل غير المرغوب فيه، والزيادة في فرص عمل الأمهات *(98)*. وقد سجلت المتابعة، التي خضعت لها التجربة الأولى على مدى 15 عاماً، انخفاضاً بنسبة 48% في تعرض الأطفال للإيذاء والإهمال، بين الأسر التي تلقت تدخل الزيارات المنزلية، مقارنة بتلك التي لم تحظ بهذا التدخل (**الشكل 6**) *(99)*. علاوة على ذلك، يعتبر برنامج الشراكة بين الممرضة والأسرة فعالاً من ناحية التكاليف، فقد توصل تحليل التكلفة والعائد الذي خضع له البرنامج، إلى أن المركز قد وفر أربعة أمثال الأموال التي أنفقت عليه *(100)*، ويجري الآن توسيع نطاق نهج الشراكة بين الممرضة والأسرة في جميع أنحاء الولايات المتحدة الأمريكية، كما يجري تنفيذه في استراليا، وكندا، وهولندا، والمملكة المتحدة، من ضمن بلدان أخرى.

[e] برامج الزيارات المنزلية ليست جميعها على نفس الدرجة من الفعالية، وتتوصل معظم الاستعراضات إلى أنه على مستوى البرامج الفردية، بعض البرامج لها أثر بسيط أو ليس لها أثر على الإطلاق، وبرامج أخرى لها آثار قوية، ومن المحتمل أن تعكس أوجه عدم الاتساق هذه محتوى نماذج الزيارات المنزلية وتركيزها الذي يتسم بالتباين الواسع، فعلى سبيل المثال، بعضها يضم برامج تقوم بتنفيذها ممرضات محترفات، وبرامج أخرى تستعين بأناس عاديين بعد تدريبهم.وتضم بعض النماذج تدخلات تمتد على مدى سنوات عديدة، وتضم نماذج أخرى عدد بسيط من التدخلات تمتد على مدى فترة وجيزة.

الشكل 6: انخفاض معدلات سوء معاملة الأطفال نتيجة لتنفيذ برنامج الشراكة بين الممرضة والأسرة من خلال متابعة مدتها 15 سنة



المصدر: *(101)*

لمزيد من المعلومات انظر الرابط:
http://www.nursefamilypartnership.org/assets/PDF/Policy/NFP_Evidentiary_Foundations.aspx

في عام 2013، تم إجراء استعراض منهجي تناول بالدراسة فعالية البرامج الرامية إلى تحسين مهارات التربية الإيجابية، والحد من ممارسات الوالدين القاسية والمسيئة، في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل *(102)*. وعلى الرغم من وجود القليل من الدراسات الدقيقة، فإن النتائج التي توصلت إليها تجربتان من أكبر التجارب وأعلاها جودة، أفادت بأن التدخلات المتعلقة بهذا الشأن قد تكون مجدية وفعالة في تحسين التفاعل بين الآباء والأطفال، وتحسين معرفة الوالدين بشأن نماء الطفل. فعلى سبيل المثال، في عام 1998، وُضِع برنامج للزيارات المنزلية، بمدينة كيب تاون، عاصمة جنوب أفريقيا، حيث تم تدريب عاملات عاديات، كانوا أنفسهن أمهات، وقاموا بعمل *(16)* زيارة منزلية في المتوسط، للأمهات الحديثات الذين يعشن في أحد المجتمعات المحرومة. وقد توصلت نتائج تقييم التجربة العشوائية إلى أنه خلال اثنى عشر شهراً عقب إتمام البرنامج، حققت الزيارات المنزلية أثراً إيجابياً ملحوظاً على جودة العلاقة بين الأم ورضيعها، وعلى المساعدة في إحساس الرضيع بالأمان عند ضمه، وهي العوامل المعروفة بأنها عوامل وقاية من سوء معاملة الأطفال، وعوامل إيجابية لنماء الطفل *(103)*.

تقديم الدعم والتدريب للآباء في إطار مجموعات داخل المجتمعات المحلية

البيِّنات: هناك بيِّنات واعدة فيما يتعلق بتقديم التدريب والدعم بشأن التربية في إطار مجموعات. فقد أثبت مبادرة **ACT Raising Safe Kids**، التي تم تنفيذها في عشر ولايات على الأقل بالولايات المتحدة الأمريكية، وفي عدد من البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل، فاعليتها في الحد من التأديب القاسي بنسبة تصل إلى 50% *(104)*، كما أدى برنامج **SOS!**، وهو أحد البرامج التي قام بتقديمها مقدمو الرعاية الصحية الأولية بالمراكز الصحية، أثناء زيارات التمنيع الروتينية، إلى الحد بشكل كبير من الممارسات الانتهاكية والإهمالية من جانب الوالدين في مجموعة من البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل *(102)*.

وأثبتت أيضاً البرامج المعنية بالتربية فاعليتها، في أوساط ما بعد النزاع ومع المجموعات السكانية المشردة. وقد أثبت **International Rescue Committee**، من خلال العمل مع الأسر البورمية المهجرة والمشردة، على الحدود بين ماينمار وتايلاند *(105)*، ومع المجتمعات شديدة الفقر في المناطق الريفية من ليبيريا *(106)*، ومن خلال التجارب الموجهة التي تستخدم عينات عشوائية، كيف يمكن أن تؤدي هذه البرامج عند تقديمها في مجموعات، بالاقتران بعدد محدود من الزيارات المنزلية، إلى الحد من العقاب القاسي البدني والنفسي، وزيادة الاستراتيجيات الإيجابية في إدارة سلوك الطفل، وتعزيز جودة التفاعلات بين مقدم الرعاية والطفل.

وبرنامج **Parents/Families Matter!** هو عبارة عن تدخل يركز على الآباء، وضع تصميمه لتعزيز ممارسات التربية الإيجابية، والتواصل الفعال بين الوالدين والطفل، فيما يتعلق بموضوعات مثل، الجنس، والقدرة الجنسية، والحد من المخاطر الجنسية، والوقاية من فيروس العوز المناعي البشري، والعنف البدني والعاطفي، والإيذاء الجنسي. ويهدف برنامج «الآباء/الأسر تهمنا!» إلى رفع وعي الآباء بالدور الكبير الذي يؤدونه في حياة أطفالهم عند وصولهم لمرحلة المراهقة، وتعزيز مهارات التربية الإيجابية، وإعداد الآباء للتواصل مع أبنائهم في المسائل المتعلقة بالجنس *(6)*.

ويتم تنفيذ البرنامج من خلال تدخلات جماعية مجتمعية، للآباء الذين لديهم أبناء في الفئة العمرية 9-12 عاماً، ولمقدمي خدمات الرعاية للأطفال الذين في نفس الفئة العمرية. ويجري تنفيذ البرنامج حالياً في ثمانية بلدان أفريقية، بدعم من مراكز الولايات المتحدة لمكافحة الأمراض والوقاية منها، ومن خطة رئيس الولايات المتحدة الطارئة للإغاثة من الإيدز. وفي عام 2013، أضيفت وحدة سادسة لمنهج «الأسر تهمنا!»، والذي يشتمل على خمس محاضرات، وأفردت هذه الوحدة لموضوع الإيذاء الجنسي للأطفال. والهدف من هذه الوحدة رفع وعي الآباء بشأن هذا الموضوع، وكيف يمكنهم الوقاية منه، والاستجابة له حال حدوثه *(6)*.

وقد تم ترجمة المواد الخاصة ببرنامج «الآباء/الأسر تهمنا!» إلى 15 لغة. وأظهرت نتائج التقييم القبلي والبعدي الزيادة الملحوظة في معرفة الآباء، ومهاراتهم، وثقتهم في التواصل مع أبنائهم المراهقين بشأن القدرة الجنسية، والحد من المخاطر الجنسية. وأظهر تقييم خضع له البرنامج في كينيا، أن كل من الآباء والأبناء أفادوا بزيادة ملحوظة في متابعة الوالدين، وتحسين التواصل بينهم بشأن القدرة الجنسية، والمخاطر المتعلقة بالجنس، كما أظهر التقييم أيضاً ترحيب المجتمع بالتدخل. وقد وصل برنامج «الآباء/الأسر تهمنا!» حتى الآن إلى ما يتجاوز 400000 أسرة، وبلغت نسبة من حضروا جميع جلسات البرنامج من المشاركين 90% *(6)*.

التربية من أجل التمتع بالصحة طيلة العمر (جنوب أفريقيا)

يقوم برنامج «التربية من أجل التمتع بالصحة طيلة العمر»في جنوب أفريقيا، بوضع سلسلة من برامج التربية الميسورة الجماعية المسندة بالبيِّنات، واختبارها ونشرها على نطاق واسع في الأوساط القليلة الموارد (107). وتستهدف هذه البرامج بالدرجة الأولى الوقاية من سوء معاملة الأطفال، والتورط في أشكال العنف الأخرى، مثل عنف الشباب وعنف العشير. وتتضمن هذه البرامج «التربية من أجل التمتع بالصحة طيلة العمر لصغار الرضع» (من أواخر الحمل حتى عمر ستة أشهر)، و«التربية من أجل التمتع بالصحة طيلة العمر للرضع الأكبر سناً» (من عمر 14 شهراً حتى عمر 16 شهراً)، و«التربية من أجل التمتع بالصحة طيلة العمر للصغار» (من عمر سنتين حتى عمر تسع سنوات)، و«التربية من أجل التمتع بالصحة طيلة العمر للمراهقين» (من عمر عشر سنوات حتى عمر سبع عشرة سنة)، وتستند جميع هذه البرامج الأولية إلى تبادل المبادئ الاجتماعية للتعلم، التي تتضمن نمذجة السلوك المكتسب، ومهارات التربية الإيجابية قبل التأديب، والتدعيم الإيجابي لتعزيز السلوك القويم، وإعطاء التعليمات على نحو إيجابي، وتجاهل السلوك السلبي الذي يهدف لجذب الانتباه، ووضع حدود اللاعنف.

هناك بيِّنات أولية تشير إلى فعاليةهذه البرامج التجريبية في جنوب أفريقيا (103، 108)، على سبيل المثال، تشير النتائج الأولية لتجربة كبيرة من التجارب الموجهة التي تستخدم عينات عشوائية، والتي أجريت في المناطق الريفية والحضرية بمقاطعة الكيب الشرقية، إلى أنه مقارنة بأحد المجموعات المرجعية هناك انخفاض في معدل الإيذاء البدني وفقاً لما أفاد به مقدمو الرعاية (انخفاض بنسبة 44%) والمراهقون(انخفاض بنسبة 48%)؛ وانخفاض في معدل الإيذاء العاطفي وفقاً لما أفاد به مقدمو الرعاية (انخفاض بنسبة 61%) والمراهقون (انخفاض بنسبة 28%)، وتحسن في مهارات التربية الإيجابية في مجموعات التدخلات الخاصة بمقدمي خدمات الرعاية (زيادة بنسبة 17%)، والخاصة بالمراهقين (بنسبة 7%) مقارنة بالمجموعة المرجعية (لوسي كلوفر – جامعة أكسفورد – بيانات لم تنشر – 8 آذار/مارس 2016). ويجري تطويع هذه البرامج واختبارها في بلدان أخرى من البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل، بما في ذلك، جمهورية الكنغو الديمقراطية، والسلفادور، وكينيا، وليسوزو، والفلبين، وجنوب السودان، وتنزانيا.

تقديم الدعم والتدريب للآباء من خلال البرامج الشاملة

البيِّنات: تستهدف البرامج الشاملة الأسر الضعيفة، مثل الأسر التي تكون فيها الأم في سن المراهقة، أو يكون دخل الأبوين منخفضاً، وغالباً ما تنفذ هذه البرامج في المجتمع المحلي في المراكز الصحية، أو المدارس، أو مراكز الأحياء. وعادة ما تتضمن تقديم الدعم الأسري، والتعليم قبل المدرسي، وخدمات رعاية الأطفال والرعاية الصحية. وتستهدف هذه البرامج عوامل الخطر التي تتعلق بالعنف ضد الأطفال، مثل السلوك التخريبي والعدواني، والمهارات المعرفية والاجتماعية العاطفية الضعيفة، وعدم توافر الدعم الاجتماعي، والتربية غير الكافية. وتركز بعض البرامج، التي تضم مكون التربية، تركيزاً كبيراً على بناء المهارات الاجتماعية العاطفية الإيجابية (مثل برنامج **Positive Action** بالولايات المتحدة الأمريكية)، وقد تهدف تحديداً إلى الوقاية من العنف من قبل الأقران أو الشركاء (مثل برنامج «كيفا» في فنلندا، وفي خمسة عشر بلداً آخر على الأقل، وبرنامج **Families for Safe Dates** في الولايات المتحدة الأمريكية). وقد اقترنت هذه البرامج بانخفاضات ملحوظة، على سبيل المثال، انخفاض بنسبة 20-60% في السلوكيات العنيفة، وانخفاض بنسبة 20% في التنمر، وانخفاض بنسبة 70% في التعرض للاعتداء البدني من قبل الشركاء المتواعدين *(109 – 112)*.

Income and economic strengthening

(تحسين الدخل وتعزيز الوضع الاقتصادي)

الهدف: تحسين أمن الأسرة واستقرارها من الناحية الاقتصادية، والحد من سوء معاملة الأطفال، وعنف العشير

الأساس المنطقي:

التدخلات الرامية إلى تحسين الدخل وتعزيز الوضع الاقتصادي يمكن أن تعود بالنفع على الأطفال، من خلال الحد من تعرضهم لسوء المعاملة، وخفض معدلات عنف العشير، مما يقلل من احتمال أن يشهد الأطفال هذا العنف، وأن يعانوا من عواقبه، بما في ذلك، إمكانية وقوعهم فريسة للعنف أو ارتكابهم له. علاوة على ذلك، زيادة حصول المرأة على الموارد الاقتصادية يعزز الوضع الاقتصادي للأسر بطرق يمكن أن تحول دون تعرض الأطفال للإيذاء والإهمال. على سبيل المثال، تتمكن المرأة من زيادة استثماراتها في تعليم أبنائها، مما يؤدي بدوره إلى تحسين المواظبة على الدراسة، وهو أحد عوامل الوقاية من العنف ضد الأطفال.

وتسهم هذه الاستراتيجية في الأنشطة الرامية إلى بلوغ غايات أهداف التنمية المستدامة 3-1، 4-1، 5-2، 5-3، 10-2، والتي تدعمها بدورها:

- 3-1 استحداث نظم وتدابير حماية اجتماعية ملائمة على الصعيد الوطني للجميع ووضع حدود دنيا لها، وتحقيق تغطية صحية واسعة للفقراء والضعفاء بحلول عام 2030
- 4-1 ضمان تمتع جميع الرجال والنساء، ولا سيما الفقراء والضعفاء منهم، بنفس الحقوق في الحصول على الموارد الاقتصادية، وكذلك حصولهم على الخدمات الأساسية، وعلى حق ملكية الأراضي والتصرف فيها وغيره من الحقوق المتعلقة بأشكال الملكية الأخرى، وبالميراث، وبالحصول على الموارد الطبيعية، والتكنولوجيا الجديدة الملائمة، والخدمات المالية، بما في ذلك التمويل البالغ الصغر، بحلول عام 2030
- 5-2 القضاء على جميع أشكال العنف ضد جميع النساء والفتيات في المجالين العام والخاص، بما في ذلك الاتجار بالبشر والاستغلال الجنسي وغير ذلك من أنواع الاستغلال
- 5-3 القضاء على جميع الممارسات الضارة، من قبيل زواج الأطفال والزواج المبكر والزواج القسري، وتشويه الأعضاء التناسلية للإناث
- 10-2 تمكين وتعزيز الإدماج الاجتماعي والاقتصادي والسياسي للجميع، بغض النظر عن السن أو الجنس أو الإعاقة أو العرق أو الأثنية أو الأصل أو الدين أو الوضع الاقتصادي أو غير ذلك، بحلول عام 2030

Potential effects of empowering families economically on reducing violence against children:

- انخفاض في معدلات العنف البدني ضد الأطفال، على يد الوالدين أو غيرهم من مقدمي خدمات الرعاية
- انخفاض في معدلات عنف العشير
- انخفاض في معدلات مشاهدة الأطفال لعنف العشير في المنزل
- انخفاض في معدلات الزواج المبكر والزواج القسري بين الفتيات الصغيرات
- تعزيز المعايير والمواقف الاجتماعية التي تستنكر عنف العشير

النهوج

تظهر الاستعراضات التي تجرى على بيِّنات تحسين الدخل وتعزيز الوضع الاقتصادي، أن النهوج الواعدة تتضمن التحويلات النقدية، وكذلك البرامج التي تعمل على دمج التدريب المعني بالإنصاف بين الجنسين، مع التجمعات المجتمعية للادخار والائتمان، أو التمويل البالغ الصغر *(113)*.

التحويلات النقدية

البيِّنات: منذ منتصف الألفينيات، زادت حكومات البلدان منخفضة الدخل ومتوسطة الدخل استثماراتها في التحويلات النقدية بشكل هائل. والمقصود بالتحويلات النقدية المدفوعات النقدية المباشرة والمنتظمة التي تزيد من دخل الأسر الضعيفة، والتي يبدو أنها تزيد من الحصول على خدمات الصحة والتعليم *(114)*. وعند تقديم التحويلات النقدية للمرأة بالاقتران مع تدخل آخر، مثل تدريب الوالدين، تبين أنها قد أدت إلى تحسين متابعة الوالدين، والحد من سوء معاملة الأطفال، وزيادة السلوك الاجتماعي السليم، الذي يتسم بالإيجابية ويعود بالنفع، والذي يستهدف تعزيز القبول الاجتماعي والصداقة بين الفتيان المراهقين *(115-117)*.

وعلى الرغم من ذلك، هناك أيضاً بيِّنات تشير إلى أن التحويلات النقدية للفتيات، في غياب التدخلات الاجتماعية أو السلوكية التكميلية، يمكن أن تزيد من خطر تعرضهن للتحرش الجنسي. فقد أظهرت إحدى الدراسات *(118)* أنه على الرغم من أن الفتيات اللاتي كان لديهن حساب للتوفير زدن من أصولهن الاقتصادية، فقد كن أكثر عرضة للتعرض للمخالطة والتحرش الجنسيين من قبل الرجال. والأهم من ذلك، الإشارة إلى ضرورة أن يصحب بناء الأصول الاقتصادية، تعزيزاً متزامناً للأصول الاجتماعية، بما في ذلك الشبكات الاجتماعية، والمعرفة بالصحة الإنجابية، وذلك لتجنب أن تصبح الفتيات أكثر عرضة للخطر المتزايد للعنف الجنسي.

وكان الهدف من برنامج **Opportunidades** بالمكسيك تحسين التعليم، وكذلك الصحة، والتغذية، من خلال تقديم التحويلات النقدية المشروطة للأسر. وقد اعتمدت هذه التحويلات على استيفاء الأسر لشروط معينة، مثل ضمان مواظبة الأطفال على الدراسة. وقد وفرت التقييمات التي خضع لها البرنامج بينات واضحة تشير إلى أن هذه التدخلات قد أدت إلى زيادة في العديد من عوامل الحماية ضد عنف الشباب، مثل الزيادة في معدل الالتحاق بالمدارس، وفي إجمالي سنوات الدراسة، وانخفاض معدل التسرب من المدارس، والحد من استهلاك الكحول *(119)*.

وقد أثبتت التحويلات النقدية نجاحها في تحسين متابعة الوالدين، والحد من سوء معاملة الأطفال بنسبة 10%، والحد من السلوكيات العدوانية بين الأطفال بنسبة 10%، وزيادة السلوك الاجتماعي السليم ولا سيما بين الفتيان المراهقين *(115 – 117)*. وقد أظهرت ثلاثة تجارب موجهة تستخدم عينات عشوائية (أجريت في كاليفورنيا وويسكونسن بالولايات المتحدة الأمريكية) تحسينات في التربية الإيجابية، وقد جمعت هذه التجارب بين التحويلات النقدية وسائر الدعم، مثل إعانات التأمين الصحي ورعاية الأطفال أو رعاية الأطفال، جنباً إلى جنب مع المساعدة في الحصول على شهادة معادلة للثانوية العامة باجتياز اختبار تطوير التعليم العام، أو الحصول على وظيفة، أو التدريب الوظيفي *(115-116-120)*. كما أثبتت التحويلات النقدية نجاحها في المساعدة في بقاء الفتيات والفتيان في المدارس، وكذلك نجاحها في الحد من مشاهدة الأطفال لعنف العشير، مما يمكن أن يؤدي بدوره إلى تقليل احتمال وقوعهم ضحايا للعنف أو ارتكابه في حياتهم فيما بعد *(121-122)*.

التحويلات النقدية تساعد في الحد من تعرض الأطفال للإيذاء الجنسي واستغلالهم جنسياً (كينيا، زامبيا، زيمبابوي، مالاوي، تنزانيا)

التحويلات النقدية أداة متزايدة الرواج في استراتيجيات الحماية الاجتماعية التي تتبعها الحكومات الأفريقية، ويمكن أن تحد من مخاطر الاعتداء الجنسي بين الأطفال والشباب واستغلالهم جنسياً، وذلك من خلال التصدي بشكل مباشر للعوامل الهيكلية، مثل الفقر والعقبات التي تعرقل التعليم، ومن خلال الحد من عدم المساواة بين الجنسين بشكل غير مباشر.

وقد أرسى، من خلال تقييمات الأثر، قاعدة بيِّنات **Transfer Project** تظهر الآثار الإيجابية للتحويلات النقدية الاجتماعية الكبيرة التي تديرها الحكومة، على مجموعة من الحصائل المتوخاة في الرفاهية، والاقتصاد، وحماية الطفل، في ثمانية بلدان أفريقية.

ويرتبط عمله بوضع البرامج الحكومية والهياكل الحكومية، ويُوجه تصميم البرامج الوطنية وتوسيع نطاقها. وقد أظهر أحد البيِّنات **Harmonized Social Cash Transfer Programme** الناشئة ما حققته زيمبابوي من انخفاض في احتمال التعرض للجنس القسري بين الشباب **Malawi's Social Cash Transfer Programme**، مع التأخر في بدء ممارسة الجنس بينهم.

لمزيد من المعلومات يمكن الاطلاع على الموقع:
http://www.cpc.unc.edu/projects/transfer

الادخار الجماعي ومنح القروض جنباً إلى جنب مع التدريب على المساواة بين الجنسين/المعايير المتعلقة بالجنسين

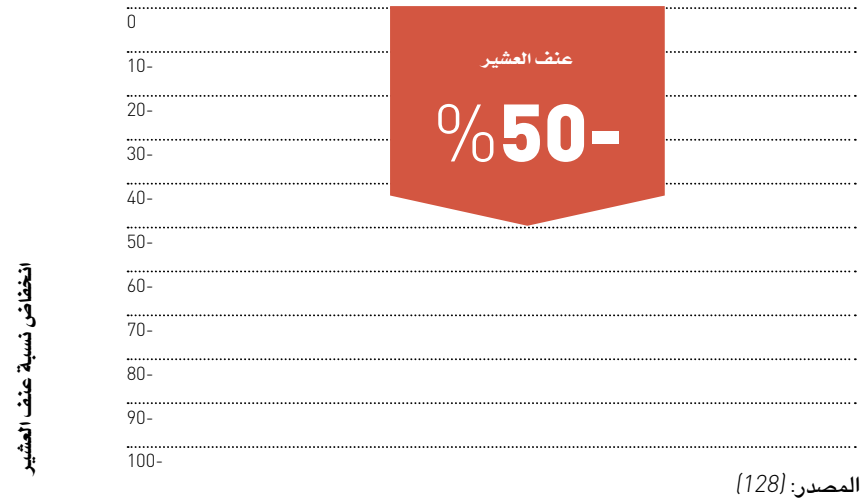
البيِّنات: خضع أحد برامج الادخار الجماعي ومنح القروض في كوت ديفوار للتقييم، من خلال أحد التجارب الموجهة التي تستخدم عينات عشوائية، وقد تم تنفيذ هذا البرنامج بالاقتران بمناقشات جماعية أجريت مع الرجال والنساء، بشأن الأدوار والمعايير التي تحقق المساواة بين الجنسين. وقد أظهر التقييم نجاح البرنامج خلال العام الماضي في الحد من العنف البدني من قبل العشير بنسبة تتجاوز 50% بين النساء اللاتي شاركن مع شركائهن من الرجال (في أكثر من 75% من جلسات التدخلات الخاصة بالبرنامج)، مقارنة بهؤلاء اللاتي يشاركن في أنشطة الادخار الجماعي فقط *(123)*.
وينبغي أن يؤدي هذا الانخفاض أيضاً إلى خفض في تعرض الأطفال للعنف الأسري، الذي يمثل أحد عوامل الخطر المهمة فالانخراط في أعمال العنف في وقت لاحق إما بالتعرض له و/أو ارتكابه.

ومع ذلك، فعلى الرغم من أن البرنامج قد أدى إلى انخفاض ملحوظ في العنف ضد النساء اللاتي تزوجن في سن المراهقة، فإنه لم يحقق أي أثر على العرائس في سن الطفولة *(124)*. ومن ثم، فإن الدراسة المتأنية للسبل، التي يمكن أن تؤثر هذه البرامج من خلالها على خطر العنف بين مجموعات معينة من الأفراد، تعتبر أمراً حاسماً قبل اتخاذ القرار بالمضي قدماً في هذه التدخلات.

توفير التمويل البالغ الصغر بالاقتران مع التدريب على المساواة بين الجنسين/المعايير المتعلقة بالجنسين

البيِّنات: تم إجراء تقييمات تجريبية بالمناطق الريفية بجنوب أفريقيا، وأظهرت هذه التقييمات أن برنامج التمويل البالغ الصغر المقترن بالتثقيف بشأن العدوى بفيروس العوز المناعي البشري، والمعايير التي تتعلق بالجنسين، والعنف الأسري، والقدرة الجنسية – والذي يعرف بـ **IMAGE (Intervention with Microfinance for Aids and Gender Equity)** – أدى إلى انخفاض في معدل التعرض للعنف البدني و/أو الجنسي بنسبة 50% بين النساء اللاتي يشاركن في التدخل مقارنة بالمجموعة المرجعية (**الشكل 4**) *(125-127)*.

الشكل 4: الحد من عنف العشير بين 430 امرأة يحصلن على التدخل في إطار برنامج التمويل البالغ الصغر والإنصاف بين الجنسين



المصدر: *(128)*

تمكين المراهقات وتوفير سبل العيش لهن (أفغانستان وأوغندا)

«تمكين المراهقات وتوفير سبل العيش لهن» هو برنامج يمنح مئات الآلاف من الفتيات المراهقات، اللاتي تتراوح أعمارهن بين 14 و 20 سنة، الفرصة لينعمن بحياة أفضل، وذلك من خلال التوجيه والتدريب على مهارات الحياة والتمويل البالغ الصغر. وتولى تطبيق البرنامج في بنغلاديش منظمة «براك» (لجنة المساعدة على تعمير بنغلاديش) وهي إحدى المنظمات الدولية للتنمية، كما ينفذ أيضاً في بلدان أخرى، مثل أفغانستان وأوغندا. ويختلف هذا البرنامج عن معظم برامج التدريب على المهارات في ناحيتين، أولهما أنه يجمع المهارات الحياتية ومهارات كسب العيش، ومن ثم يتم دعم التمكين الاجتماعي عن طريق التمكين المالي، وثانيهما أنه لا يقدم التدريب بالمدارس، وإنما بنوادي المراهقين؛ وذلك لأن هذه النوادي تجمع بين طلبة المدارس والمتسربين من المدارس، كما أنها توفر أماكن يمكن أن تشعر فيها الفتيات بالأمان الكافي، الذي يتيح لهن مناقشة مشكلاتهن في مجموعات مصغرة وبناء شبكات اجتماعية، بعيداً عما تفرضه أسرهن عليهن من ضغوط وبعيداً عن المجتمع الذي يميز الذكور *(6)*.

وتعمل البرامج، تحت قيادة الموجهين الأقران، على تثقيف الفتيات بشأن حقوقهن، ومساعدتهن على حل النزاعات، وتدريبهن على المسائل المتعلقة بالصحة وبالمساواة بين الجنسين، بما في ذلك الصحة الجنسية والصحة الإنجابية. وتتعلم الفتيات أهمية مواصلة الدراسة بالمدرسة وتجنب الزواج والحمل المبكرين. ويضطلع الموجهون الأقران أيضاً بتدريب الفتيات على الإلمام بالأمور المالية الأساسية (كيفية الكسب والادخار)، جنباً إلى جنب مع تدريبهن على مهارات كسب العيش، وتخطيط الأعمال التجارية، وإدارة الميزانيات، بحيث يكتسبن الثقة في أنفسهن، ويصبح لديهن عقلية قادرة على تنظيم المشروعات *(6)*.

وقد خضع هذا البرنامج لاختبارات صارمة، وأثبت نجاحه في تحقيق آثار إيجابية على حياة الفتيات. ففي عام 2014 أجرى البنك الدولي تقييماً للبرنامج في أوغندا، وهي واحدة من البلدان التي تعاني من أعلى معدلات البطالة بين الشابات، وأعلى معدلات الحمل بين المراهقات (10-12%) على مستوى العالم. وقد خلص التقرير إلى حدوث آثار إيجابية بين المراهقات المشاركات في البرنامج (مقارنة بالمراهقات غير المشاركات)، كما يلي:

- انخفاض في معدل حمل المراهقات بنسبة 26%، وارتفاع في معدل استخدام الواقي الذكري بنسبة 28%.
- انخفاض في معدل عقد الزواج/التعايش المبكر بنسبة 58%.
- انخفاض في الإبلاغ عن التعرض لعلاقة جنسية لا يرغبن فيها بنسبة 50%.

علاوة على ذلك، كان هناك زيادة في انضمام المراهقات المشاركات في البرنامج لأنشطة توليد الدخل بنسبة 72%، مدفوعين – بالكامل تقريباً – بالعمل الحر.

وعلى وجه الخصوص، توصل التقييم إلى عدم وجود أي انخفاض في معدلات القيد بالمدارس بين المشاركات في البرنامج، بل أن المشاركات اللاتي كن قد تسربن من المدارس في السابق، كانوا أكثر ميلاً للرغبة في إعادة قيد أسمائهن بالمدارس، وهو ما يشير إلى ارتباط إيجابي بين تمكين الفتيات من خلال التدريب المهني والتدريب على المهارات الحياتية، ورغبتهن في الاستثمار في التعليم الرسمي *(129، 130)*.

Response and support services

(خدمات الاستجابة والدعم)

الهدف: تحسين إتاحة خدمات الدعم العالية الجودة في مجال الصحة والرعاية الاجتماعية والعدالة الجنائية، لجميع الأطفال الذين تَلزمهم تلك الخدمات – بما في ذلك خدمات الإبلاغ عن العنف – وذلك للحد من آثار العنف الطويلة الأجل

الأساس المنطقي:

ينبغي توافر الخدمات الصحية الأساسية، مثل الرعاية الطبية في حالات الطوارئ لعلاج الإصابات الناجمة عن العنف، والرعاية الإكلينيكية لضحايا العنف الجنسي، بما في ذلك العلاج الوقائي بعد التعرض للإصابة بفيروس العوز المناعي البشري في حالات الاغتصاب عند اللزوم، وذلك قبل اعتزام تقديم المشورةالأكثرتخصصاًوالخدماتالاجتماعية المشار إليها هنا. والمبادئ التوجيهية المتعلقة بالرعاية الطيبة في حالات الطوارئ *(131)*، وبالرعاية الإكلينيكية لضحايا العنف الجنسي *(132)* متاحة بالفعل.

وفي حالة توافر هذه الخدمات الأساسية، يمكن أن يساعد تقديم المشورة والخدمات الاجتماعية لضحايا العنف أو مرتكبيه في كسر دائرة العنف في حياة الأطفال، ويساعدهم في مواجهة ما ينجم عن هذه التجارب من عواقب تتعلق بالصحة وبالصحة العقلية – بما في ذلك أعراض الصدمة – والتعافي منها على نحو أفضل *(133)*. وعلى الرغم من ذلك، ففي الأوساط المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل تحصل نسبة ضئيلة جداً من الأطفال الذين يقعون ضحايا للعنف على الخدمات المتعلقة بالصحة والرعاية الاجتماعية، فعلى سبيل المثال، أفاد أقل من 10% من الأطفال الذين تعرضوا للعنف الجنسي بتلقيهم للخدمات، وذلك وفقاً للمسوح التي أجريت في كامبوديا، وهاييتي، وكينيا، ومالاوي، وسوازيلاند، وتنزانيا، وزيمبابوي *(134)*.

ومن أجل زيادة نسبة الأطفال الذين يتلقون خدمات الاستجابة والدعم، ينبغي إيجاد خدمات وآليات فعالة تركز على الطفل، لتيسر على الأطفال التماس المساعدة والدعم والرعاية، والإبلاغ عن أحداث العنف. ويمكن أن يتضمن ذلك المشورة والإحالة لخدمات حماية الطفل، مثل الشرطة، ومقدمي الرعاية الصحية، والعاملين في مجال الرعاية الاجتماعية، والمساعدة في توفير إقامة مؤقتة عند اللزوم *(6)*.

ويمكن أيضاً أن تسهم برامج العلاج المخصصة للأحداث الجانحين في نظام العدالة الجنائية في تقليل احتمال ارتكابهم للمزيد من أعمال العنف، ويطالب بدمجها في *الاستراتيجيات النموذجية والتدابير العملية الخاصة بالأمم المتحدة بشأن القضاء على جميع أشكال العنف ضد الأطفال في مجال منع الجريمة والعدالة الجنائية (135)*. وتتطلب فعالية هذه الخدمات قيام مقدمي الخدمات ذات الصلة، في مجال الحماية والسلامة والرعاية الاجتماعية والصحة وغيرها، والسلطات الحكومية باتخاذ ما يلزم من إجراءات بشأن الإحالات والطلبات. علاوة على ذلك، ينبغي وضع آليات تدعمها الحكومة، تكون آمنة، ومراعية لاحتياجات الطفل، ومعلنة على نطاق واسع، وتراعي السرية، ويمكن الوصول إليها بيسر، ويكون قوامها مقدمي خدمات مدربين تدريباً خاصاً، يمكن أن يلجأ إليهم الأطفال للإبلاغ عن أحداث العنف. وعلى الرغم من عدم وجود بيِّنات تشير إلى فعالية الخطوط الساخنة وخطوط المساعدة، فإن بعض المجتمعات المحلية تستعين بها في محاولة لتيسير عملية الإبلاغ عن العنف والتماس المعلومات والمساعدة على الأطفال ضحايا العنف وأسرهم *(6)*.

وتسهم هذه الاستراتيجية في الأنشطة الرامية إلى بلوغ غايتي أهداف التنمية المستدامة 3-8 و 3-16، والتي تدعمها بدورها.

- 3-8 تحقيق التغطية الصحية الشاملة، بما في ذلك الحماية من المخاطر المالية، وإمكانية الحصول على خدمات الرعاية الصحية الأساسية الجيدة وإمكانية حصول الجميع على الأدوية واللقاحات الجيّدة والفعالة والميسورة التكلفة.
- 3-16 تعزيز سيادة القانون على الصعيدين الوطني والدولي، وضمان تكافؤ فرص وصول الجميع إلى العدالة.

الآثار المحتملة لتقديم خدمات الدعم في المجال الإكلينيكي والعلاجي، وفي مجال العدالة الجنائية على الحد من العنف ضد الأطفال

- انخفاض معدلات تكرار النوع نفسه من العنف على الأجل القصير.
- انخفاض معدلات الإصابة بأعراض الصدمة (مثل اضطرابات الإجهاد العصبي اللاحق للصدمة والاكتئاب والقلق).
- انخفاض معدلات الإصابة بعدوى الأمراض المنقولة جنسياً والحصائل السلبية للصحة الإنجابية.
- انخفاض معدلات الوقوع فريسة لأعمال العنف أو ارتكابها على الأجل القصير وفي مرحلة لاحقة من الحياة.

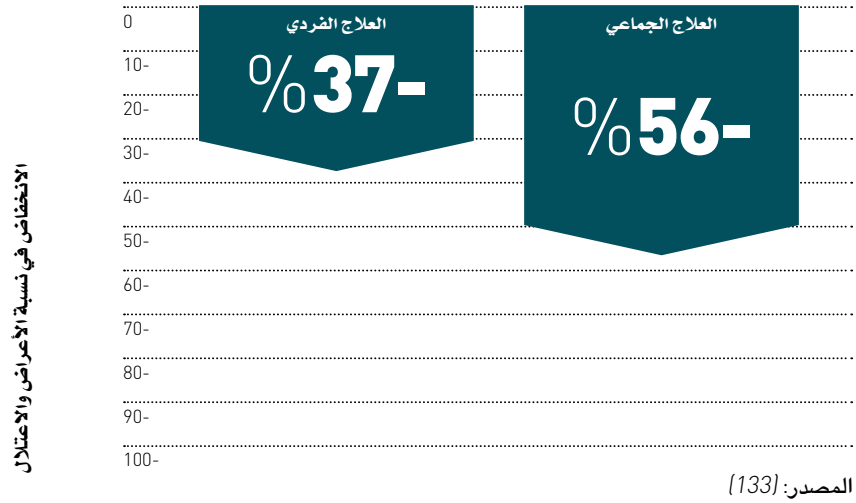
النهوج

توصلت الاستعراضات، التي أجريت على الخدمات العلاجية والإكلينيكية وخدمات العدالة الجنائية، وخدمات حماية الطفل، إلى بيِّنات تشير إلى وجود خدمات فاعلة، وأخرى توفر آفاقاً للحد من الآثار الصحية والاجتماعية للعنف ضد الأطفال. وهناك مجموعة كبيرة من نهوج تقديم الخدمات، وتتضمن هذه المجموعة نهوجاً علاجية، مثل العلاج السلوكي الإدراكي؛ والربط بين الكشف عن سوء معاملة الأطفال أو عنف الشريك والتدخلات، مثل أفرقة الدعم، والماوي، وإدارة الحالات، والخدمات الصحية ما بعد التعرض للاغتصاب؛ وبرامج العلاج المخصصة للأحداث الجانحين؛ والتدخلات المتعلقة بكفالة الأطفال والشاملة لخدمات الرعاية الاجتماعية *(136، 137)*.

نهوج المشورة والعلاج

البيِّنات: أثبت العلاج السلوكي الإدراكي الذي يركز على الصدمة للأفراد والمجموعات، فاعليته في التخفيف من أعراض الصدمة والحصائل النفسية والعاطفية السلبية طويلة الأجل لدى الأطفال والمراهقين الذين تعرضوا للعنف. إذ أدى إلى انخفاضها بنسبة تصل إلى 37% بين الأفراد، وإلى 56% بين الجماعات الذين يشاركون في هذا العلاج (**الشكل 7**) *(133، 138)*. ويتضمن ذلك ضحايا سوء معاملة الأطفال، وأشكال عنف الشباب المختلفة، بما في ذلك التشاجر والاعتداء الجنسي. وقد توصلت مجموعة من الباحثين إلى أنه من الممكن تقديم هذا النوع من العلاج، من خلال العاملين الصحيين من عامة الناس، الذين خضعوا للتدريب، لكل من الأطفال والشابات في البلدان المنخفضة الدخل *(139، 140)*.

الشكل 7: الانخفاض في أعراض الصدمة والاعتلال الوظيفي من خلال 11 تجربة للعلاج السلوكي الإدراكي الذي يركز على الصدمة



المصدر: *(133)*

استخدام العلاج السلوكي الإدراكي الذي يركز على الصدمة لمعالجة الأطفال المتضررين من العنف والمحن الأخرى (زامبيا)

في لوساكا، عاصمة زامبيا، تم اختيار 257 فتى وفتاة من خمسة مجتمعات محلية، من الفئة العمرية 5-18، ممن تعرضوا لحادثة مؤلمة واحدة على الأقل (بما في ذلك الإيذاء أو الاستغلال)، وأبلغوا عن أعراض ملحوظة تتعلق بالصدمة (مثل الاضطراب الإجهادين اللاحق للصدمة). وقد كان اختيارهم عشوائياً، إما للمشاركة في أحد مجموعات التدخلات، حيث حضروا 10 -16 جلسة من جلسات العلاج السلوكي الإدراكي الذي يركز على الصدمة، أو للمشاركة في أحد مجموعات المقارنة، حيث تلقوا «العلاج التقليدي» الذي حصل عليه الأطفال الأيتام والأطفال الضعفاء. ويتضمن العلاج التقليدي المشورة النفسية، وتثقيف الأقران، وأفرقة الدعم، واختبار وعلاج فيروس العوز المناعي البشري/ الإيدز. ومن المهم بمكان، أن من قام بتقديم هذا العلاج هم مستشارون من عامة الناس، وليس المتخصصون في تقديم خدمات الرعاية الصحية العقلية.

وتوصلت الدراسة إلى أن أعراض الصدمة انخفضت بنسبة 82% في مجموعة التدخلات، مقابل 21% في المجموعة التي تلقت العلاج التقليدي، كما انخفض الاعتلال الوظيفي بنسبة 89% من خلال التدخل، مقابل 68% من العلاج التقليدي.

والعلاج السلوكي الإدراكي الذي يركز على الصدمة كان أكثر فعالية بشكل كبير من العلاج التقليدي *(140)*. وتمثل هذه النتائج أهمية خاصة، لأنه ليس من المرجح أن تتوافر موارد كافية في معظم الأوساط المنخفضة الدخل؛ لتعيين متخصصين في تقديم خدمات الرعاية الصحية العقلية، أو تدريب العاملين من عامة الناس على أكثر من نهج للتعامل مع آثار الصدمة *(141)*.

إجراء الفحص جنباً إلى جنب مع تنفيذ التدخلات

البيِّنات: تدريب المهنيين الصحيين على تحديد إمكانية التعرض أو خطر التعرض للعنف يمكن أن يساعدهم في تقديم مجموعة من التدخلات الممكنة، عاجلاً وليس آجلاً. ويعتبر نموذج «**بيئة آمنة لكل طفل**» أحد نماذج التصدي لعوامل الخطر المتعلقة بسوء معاملة الأطفال. ويتضمن هذا النموذج تدريب مقدمي الرعاية الأولية للأطفال: لتحديد اكتئاب الوالدين، وتعاطي المخدرات، وعنف العشير، ولمعالجة الآباء و/أو إحالتهم بشأن هذه المشكلات. وقد أظهرت إحدى التجارب الموجهة التي تستخدم عينات عشوائية لهذا التدخل، والتي تم إجراؤها في المجتمع الحضري المنخفض الدخل بالولايات المتحدة الأمريكية، أن هذا النموذج قد أدى إلى انخفاض بنسبة 31% في تقارير خدمات حماية الطفل، والإبلاغ عن عدد أقل من المشكلات المتعلقة بالإهمال في المخططات الطبية للأطفال، وانخفاض في الإبلاغ الذاتي عن الاعتداء البدني الحاد من قبل الأمهات *(142)*.

ووفقاً لمنظمة الصحة العالمية، ينبغي عدم تنفيذ «الفحص العام» أو «الاستفسار الروتيني» (أي سؤال المرأة في جميع حالات الرعاية الصحية) بشأن عنف العشير والعنف الأسري، وعلى الرغم من ذلك، ينبغي أن يسأل مقدمو الرعاية الصحية عن التعرض لعنف العشير عند تقييم الحالات التي قد تنجم عن هذا النوع من العنف أو تسوء من جرائه *(132)*. لذا يوصى «**فريق خدمات العمل الوقائي في الولايات المتحدة**» باقتران الكشف عن عنف العشير بين النساء في سن الإنجاب مع أحد التدخلات (على سبيل المثال، المشورة مع التركيز على سلوكيات السلامة، والمعلومات الخاصة بالموارد المجتمعية)، ويفيد الفريق بأن هذه التدخلات، في مجملها، تحقق نفعاً لا بأس به، ومن ثم، تعتبر فعالة *(143)*. وتدعم البيِّنات، التي نتجت عن هذه التجربة الموجهة، تدخلات متنوعة للمرأة في سن الإنجاب، بما في ذلك المشورة، والزيارات المنزلية، والنشرات الإعلامية، والإحالات للخدمات المجتمعية، ودعم التوجيه. ويمكن أن يقوم بتقديم الخدمات الأطباء، أو الممرضات، أو الأخصائيون الاجتماعيون، أو الموجهون، أو العاملون المجتمعيون، ويتوقف ذلك على نوع التدخل.

ويتعلق الكشف عن عنف العشير، الذي يقترن بروابط الخدمات، تعلقاً مباشراً بالمراهقات اللاتي يتعرضن للعنف في علاقاتهن مععشرائهن. ويتعلق هذا الكشف أيضاً بحماية الأطفال الأصغر من التعرض غير المباشر للعنف الأسري، وذلك لأن هذا التعرض يزيد من خطر أن يقعوا ضحايا للعنف أو يرتكبوه في حياتهم فما بعد.

وقد أدت إحدى التجارب الموجهة التي تستخدم عينات عشوائية، التي أجريت لفحص الحوامل أو أمهات الأطفال الصغار للكشف عن عنف العشير وتقديم المشورة السلوكية، إلى انخفاض بنسبة 50% في تكرار أحداث عنف العشير، وحصائل أفضل للولادة *(144)*. علاوة على ذلك، أدى «**برنامج بداية صحية في هاواي**»، وهو من البرامج الواعدة التي ربطت الكشف عن عنف العشير بالزيارات المنزلية، إلى خفض كل من الاعتداء على الأطفال وعنف العشير، وقد خضع هذا البرنامج لأحد التقييمات، والذي أظهر أن الزيارات المنزلية، التي قام بها شبه المهنيين إلى الأمهات الأكثر عرضة لخطر العنف، كانت فعالة في الحد من عنف العشير (بنسبة 15%) وسوء معاملة الأطفال (بنسبة 40%) *(145، 146)*.

برامج علاج الأحداث الجانحين في نظام العدالة الجنائية

البيِّنات: تشير استعراضات منهجية عديدة إلى فعالية برامج العلاج التي تستهدف المجرمين الصغار (بما في ذلك هؤلاء المدانين بتهمة ارتكاب جرائم عنف) في نظام العدالة الجنائية، في منع عودة الأحداث – سواء الذكور أو الإناث – لارتكاب الجرائم. كما تظهر أيضاً أن التدخلات، مثل المشورة والتدريب على المهارات (بما في ذلك النهوج السلوكية الإدراكية)، أكثر فعالية من تلك التي تستند إلى استراتيجيات السيطرة والإكراه، مثل الترصد، والردع، والتأديب *(147)*.

وقد توصلت إحدى الدراسات *(148)* إلى أن البرامج الموجهة للأحداث الجانحين الخطيرين أو المزمنين المحتجزين قد أدت إلى الحد من العودة للإجرام بشكل عام، ولأعمال العنف الخطيرة بشكل خاص. وقد حققت التدخلات التي تركز على النواحي الإدراكية، أو على النواحي السلوكية الإدراكية، والتي طبقت على المراهقين والشباب في دور رعاية الأحداث فعالية هائلة، إذ أدت إلى الاستنتاج القائل بأنه من المفيد من الناحية الاجتماعية معالجة هذه الفئة من السكان، ولا سيما لأن الأحداث المسؤولين عن جرائم العنف يكونون أكثر عرضة لخطر أن يصبحوا مجرمين مزمنين. وقد خلص استعراض منهجي، تم إجراؤه على الدراسات المعنية بآثار برامج علاج المجرمين الصغار في أوروبا، إلى نتيجة مماثلة *(149)*. وقد أدت أفضل البرامج إلى الحد من العودة للإجرام بنسبة 16%.

التدخلات المتعلقة بكفالة الأطفال والشاملة لخدمات الرعاية الاجتماعية

البيِّنات: في العديد من البلدان غالباً ما يُودع الأطفال، الذين يقعون فريسة (أو الأكثر عرضة) لسوء المعاملة، وغيرهم من الأطفال الضعفاء (على سبيل المثال الأطفال ذوي الإعاقة)، في الرعاية خارج إطار الأسرة، بما في ذلك إما رعاية الأسرة البديلة – بما في ذلك، كفالة الأطفال أو الرعاية التي يوفرها الأقرباء – أو الرعاية المؤسسية، مثل دور الأيتام، أو الدور الجماعية، أو مراكز الإيواء العلاجية.
ويظل الإيداع في دور الأيتام هو النهج الشائع لتربية الأطفال الذين يحتاجون إلى الرعاية الأسرية الآمنة، إذ لا يقل عدد الأطفال الذين يقيمون في هذه الدور عن 2 مليون طفل في جميع أنحاء العالم *(150)*. وتشير دراسات، أجريت للمقارنة بين الأطفال الذين يعيشون في دور الأيتام وهؤلاء الذين يعيشون لدى أسر حاضنة راقية، إلى أن تلقي الأطفال للكفالة عالية الجودة يساعد في حمايتهم مما يسببه الإيداع في المؤسسات من آثار سلبية على وظائف المخ، والنماء الإدراكي، والرفاهية الاجتماعية العاطفية *(151)*. ومن ثم، فإن النهوج التي تساعد في إيداع الأطفال ضحايا العنف لدى أسر آمنة هي التي تحقق مصالح الطفل الفضلى.

وتشير البيِّنات الناتجة عن استعراض أجري مؤخراً إلى أنواع معينة من كفالة الأطفال، قد تكون أكثر فعالية في الحد من سوء المعاملة من برامج الكفالة التقليدية. ويشمل ذلك تعزيز كفالة الأطفال (على سبيل المثال، حيث يتوافر تدريب أفضل للمرشدين الاجتماعيين أو الحصول على خدمات أكثر)؛ والكفالة المصحوبة بدعم التدريب المتواصل و/أو التوجيه؛ وكفالة الأقارب، التي يمكن من خلالها أن يعيش الطفل، الذي لا يمكنه العيش بالمنزل، لدى أحد الأقارب أو أصدقاء الأسرة *(152)*. وهناك بلدان عديدة – ولا سيما البلدان المرتفعة الدخل – لديها سياسات تحبذ كفالة الأقارب، وقد أشار استعراض منهجي عالي الجودة *(153)* إلى أن الأطفال الذين يعيشون في كفالة الأقارب يكونون أفضل من هؤلاء الذين يخضعون للكفالة التقليدية، فيما يتعلق بالنماء السلوكي، ووظائف الصحة العقلية، واستقرار العلاقات مع من يتولون رعايتهم من أقاربهم وجودة هذه العلاقات.

Education and life skills

(التعليم والمهارات الحياتية)

الهدف: زيادة سبل حصول الأطفال على فرص تعليم أكثر فعالية تحقق المساواة بين الجنسين، وعلى التدريب على مهارات التعلم فيما يخص الجوانب الاجتماعية والنفسية والمهارات الحياتية، وضمان توفير بيئة مدرسية آمنة ومواتية.

الأساس المنطقي:

تؤمن المكاسب المحققة في مجال تعليم الفتيات والفتيان على حد سواء، قياساً على التسجيل في المدارس والمواظبة على الحضور، الحماية ضد الوقوع ضحية لأشكال معينة من أشكال العنف وارتكابها على حد سواء، بما في ذلك العنف الجنسي في مرحلة الطفولة، وعنف الشباب، وعنف الشريك، وزواج الأطفال. وتوفر أيضاً هذه التطورات الحماية ضد عواقب العنف، بما في ذلك فيروس العوز المناعي البشري، والأمراض المعدية المنقولة جنسياً، والحمل غير المرغوب فيه *(154 – 155)*.

وتوفر المدارس مكاناً مهماً يمكِّن الأطفال والمعلمين وموظفي التعليم من التعلم واكتساب السلوكيات الاجتماعية السليمة، التي يمكن أن تسهم في الوقاية من العنف داخل المدارس وفى المجتمع المحلي. ويمكن أن تؤدي برامج التدريب على المهارات الحياتية إلى الوقاية من العنف ضد الأطفال، من خلال تعزيز مهاراتهم في مجال التواصل، وإدارة النزاعات، وحل المشكلات، ومساعدتهم على إقامة علاقات إيجابية مع أقرانهم. وعلى الرغم من أن المدارس تتمتع بأهمية خاصة باعتبارها مكاناً مهماً يمكن تنفيذ برامج التدريب على المهارات الحياتية من خلاله، فإنه من الممكن أيضاً تقديم هذه البرامج في بيئات غير رسمية، مثل المراكز المجتمعية (للأطفال غير المقيدين بالمدارس) ومعسكرات اللاجئين. وعادة ما تقدم هذه البرامج على مدى سنوات عديدة، ويمكن أن تتضمن 20 -150 جلسة في الفصول الدراسية. وتتضمن برامج عديدة وحدات حسب السن، بدءاً من مرحلة ما قبل التعليم المدرسي ورياض الأطفال، مروراً بالمرحلة الابتدائية، وحتى المرحلة الثانوية.

وتسهم هذه الاستراتيجية في الأنشطة الرامية إلى بلوغ غايات أهداف التنمية المستدامة 4-4، 4-7، 4-أ، 5-1، والتي تدعمها بدورها:

- 4-4 الزيادة بنسبة كبيرة في عدد الشباب والكبار الذين تتوافر لديهم المهارات المناسبة، بما في ذلك المهارات التقنية والمهنية، للعمل وشغل وظائف لائقة ولمباشرة الأعمال الحرة بحلول عام 2030
- 4-7 ضمان أن يكتسب جميع المتعلمين المعارف والمهارات اللازمة لدعم التنمية المستدامة، بما في ذلك بجملة من السبل من بينها التعليم لتحقيق التنمية المستدامة واتباع أساليب العيش المستدامة، وحقوق الإنسان، والمساواة بين الجنسين، والترويج لثقافة السلام واللاعنف والمواطنة العالمية وتقدير التنوع الثقافي وتقدير مساهمة الثقافة في التنمية المستدامة، بحلول عام 2030.
- 4-أ بناء المرافق التعليمية التي تراعي الفروق بين الجنسين، والإعاقة، والأطفال، ورفع مستوى المرافق التعليمية القائمة وتهيئة بيئة تعليمية فعالة ومأمونة وخالية من العنف للجميع
- 5-1 القضاء على جميع أشكال التمييز ضد النساء والفتيات في كل مكان.

Potential effects of education and life skills on reducing violence against children:

- زيادة معدلات التسجيل في المدارس والنجاح في التعليم
- انخفاض معدلات زواج الأطفال
- انخفاض معدلات الاعتداء الجنسي
- انخفاض معدلات التعرض للعنف البدني والجنسي من قبل العشير وارتكابه
- تمكين الفتيات والفتيان للتعرف على عنف العشير وحماية أنفسهم منه
- انخفاض معدلات السلوكيات العدوانية والعنيفة
- انخفاض معدلات تعاطي المخدرات والاستخدام المفرط للكحول.
- انخفاض معدلات سلوكيات التنمر

النهوج

تدعم البينات فعالية عدد من النهوج الخاصة بهذه الاستراتيجية، بما في ذلك زيادة معدلات التسجيل في المدارس في جميع المراحل التعليمية؛ وإيجاد بيئة مدرسية آمنة ومواتية؛ وتحسين معرفة الأطفال بالعنف وبكيفية حماية أنفسهم منه؛ التدريب على المهارات الحياتية والاجتماعية؛ وبرامج منع العنف بين العشراء من المراهقين. إن تزويد الأطفال والمراهقين بالمهارات الحياتية والاجتماعية؛ لمواجهة المخاطر والتحديات وإدارتها دون استخدام العنف، هو أمر حاسم للحد من العنف في المدارس والمجتمعات.

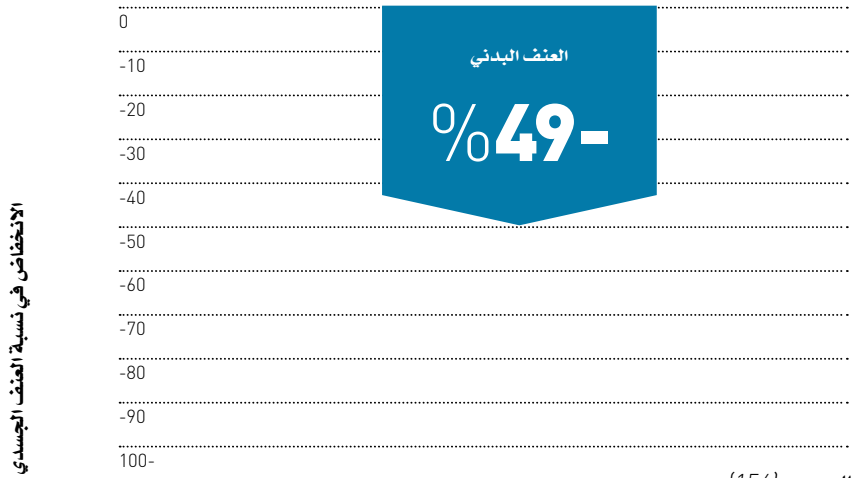
زيادة معدلات التسجيل في مدارس التعليم ما قبل المدرسي، وفي المدارس الابتدائية والثانوية

البيِّنات: أُجري تقييم تجريبي لأحد التدخلات التي تقدم الدعم المدرسي للفتيات اليتيمات بزيمبابوي، وقد أظهر هذا التقييم انخفاضاً في معدل التسرب من المدرسة بنسبة 82% وانخفاضاً في الزواج المبكر بنسبة 63% بين الفتيات اللاتي يحصلن على المصاريف المدرسية، واللوازم المدرسية، والزي المدرسي، ولوازم النظافة الصحية واللوازم الصحية *(154)*. وقد أدى تنفيذ برامج التعليم المبكر في المدارس، مثل برنامج **Child-Parent Center Program** بشيكاغو بالولايات المتحدة الأمريكية (الذي يدعم التسجيل في مدارس ما قبل التعليم المدرسي قبل سن ثلاث سنوات، وواصل دعم التعليم ودعم إعداد الآباء لرعاية الأبناء حتى سن التاسعة)، إلى انخفاض في عدد حالات الاعتقال بتهمة ارتكاب أعمال العنف بين المراهقين الصغار المشاركين في البرنامج بنسبة تتجاوز 30% *(155)*.

إيجاد بيئة مدرسية آمنة ومواتية

البيِّنات: يهدف برنامج «أدوات المدارس الجيدة» (وضعته منظمة غير الحكومية بأوغندا **Raising Voices**) إلى الحد من ارتكاب العنف من قبل الموظفين بالمدارس ضد الأطفال في الفئة العمرية 11-14 سنة، وذلك من خلال بناء بيئة مدرسية إيجابية وإقامة علاقات إيجابية بين الطلبة وأقرانهم والمسؤولين. وقد خضع البرنامج للاختبار العشوائي في عدد 42 مدرسة في منطقة لويرو بأوغندا، وأثبت فعاليته في الحد من العنف ضد الأطفال من قبل الموظفين بالمدارس (**الشكل 8**)، ولم يكشف الاختبار عن وقوع أي أحداث مناوئة تتعلق بالتدخل، بل أسفر عن تحويل عدد 434 طفل لخدمات حماية الأطفال بسبب ما أفصحوا عنه أثناء مسح المتابعة *(156)*. وفي كولومبيا تم تنفيذ نهج شامل مماثل، كجزء من برنامج «أولا أن باز» (Aulas en Paz)، وقد أدى إلى انخفاض ملحوظ في معدل ارتكاب السلوك العنيف والعدواني *(157)*.

الشكل 8: انخفاض معدل العنف البدني خلال الأسبوع الماضي من قبل الموظفين بالمدارس عقب تنفيذ برنامج «أدوات المدارس الجيدة»



المصدر: *(156)*

برنامج إيجاد بيئة مدرسية آمنة ومواتية (كرواتيا)

اضطلع مكتب اليونيسف بكرواتيا بتنفيذ برنامج **Safe and Enabling School Environment programme**، بالشراكة مع وزارة العلوم والتعليم والرياضة بكرواتيا، والوكالة الكرواتية للتعليم وتدريب المعلمين. وانقسم البرنامج إلى شقين؛ الشق الأول عبارة عن حملة عامة تحت عنوان «أوقفوا العنف بين الأطفال»، كان الهدف منها تعزيز التغيير الاجتماعي من خلال إذكاء الوعي بشأن العنف البدني واللفظي، مع التركيز بشكل خاص على العنف بين الأقران والأعمال العدوانية والتنمر في المدارس. والشق الثاني عبارة عن تدخل تم تنفيذه بالمدارس، سعى إلى خفض أحداث العنف بين الأقران في المدارس، وتعزيز بيئات مدرسية آمنة ومواتية، وإشراك الأطفال في وضع السياسات المدرسية وأنشطة وقف العنف.

وقد أدى تنفيذ البرنامج في الفترة من 2003 حتى 2011 إلى انخفاض العنف بالمدارس الابتدائية في كرواتيا إلى النصف بنسبة 37%. وخلال هذه الفترة، قامت 301 مدرسة (معظمها من المدارس الابتدائية) بتنفيذ البرنامج، وحصلت 163 مدرسة على لقب «مدرسة خالية من العنف»، وتسعى 85 مدرسة لتجديد هذا اللقب بعد مضي ثلاث سنوات على البرنامج.

خضع البرنامج لثلاث تقييمات في الأعوام 2005، و 2008، و 2012. وأظهر التقييم الذي أجري في عام 2008 ما يلي:

- خفض معدل تكرار حدوث التنمر إلى النصف، من 10% إلى 5%؛
- خفض عدد الأطفال الذين يمارسون التنمر مع الآخرين من 13% إلى 3%؛
- أفاد أكثر من 55% من الأطفال أنهم يشعرون بالأمان في المدرسة بشكل دائم.

وذكر الأطفال أن 63% من المعلمين تدخلوا في جميع الأوقات لوقف العنف بين الأقران في المدارس، بينما كانت النسبة 30% فقط وفقاً لما ذكروه في عام 2004. وعقب التقييم الذي أجري في عام 2005، أظهر الرأي العام اعترافاً قوياً بالحملة (92% من المستجيبين)، وقيم البرنامج على أنه إيجابياً بشكل استثنائي (56% أعطوا البرنامج أعلى تصنيف يمكن الحصول عليه). وبعد النتائج التي أثمرها تنفيذ البرنامج في كرواتيا، أطلقت منظمة اليونيسف ومنظمات المجتمع المدني برامج «مدارس بلا عنف» في بلغاريا، وكازاخستان، الجبل الأسود، وصربيا، وسلوفانيا.

مزيد من المعلومات عن تقييم برنامج «نحو بيئة مدرسية آمنة ومواتية» على الموقع التالي:
http://www.unicef.org/evaldatabase/files/UNICEF_6_12_2_final.pdf

في زامبيا كانت تلبية احتياجات الدعم النفسي للأطفال الأيتام والضعفاء المعرضين في المدارس سيئة، وقد أدى الاعتراف بذلك إلى وضع برنامج **Teachers' Diploma Programme on Psychosocial Care, Support and Protection** *(158)*. وهو برنامج للتعليم عن بعد، يستغرق خمسة عشر شهراً، يزود المعلمين بالمعلومات والمهارات اللازمة لتعزيز البيئات المدرسية، وزيادة الدعم النفسي، وتيسير إقامة علاقات بين المدرسة والمجتمع. وتتضمن موضوعات الوحدات فهم أهمية الرعاية الذاتية والرفاهية النفسية الاجتماعية للمعلمين؛ وتعزيز مهارات الدعم النفسي واستخدام هذه المهارات في تحسين رفاهية الطلبة، وإثراء وخلق بيئة مدرسية آمنة ومنصفة؛ وإقامة علاقات أكثر قوة وأكثر إيجابية داخل المدرسة (على سبيل المثال، بين المعلمين والطلبة، وبين المعلمين وبعضهم البعض) وبين المدرسة والمجتمع. وفي العام الدراسي 2013 – 2014 أجريت تجربة موجهة تستخدم عينات عشوائية، شارك فيها 325 مدرساً و 1378 طالباً، وقد توصلت هذه التجربة إلى فعالية البرنامج في زيادة الاحترام الملحوظ بين الطلبة في المدارس، والأمان بالمدارس والرغبة في طلب المساعدة في حالات الإيذاء الجنسي والاستجابة لها، وانخفاض في معدل مشاركتهم في التنمر البدني والعاطفي. كما توصلت التجربة إلى أن البرنامج أدى إلى زيادة الرعاية الذاتية العاطفية للمعلمين، والإحساس بالأمان في الفصل الدراسي وفي المدرسة *(158)*.

تحسين معرفة الأطفال بالإيذاء الجنسي وبكيفية حماية أنفسهم منه

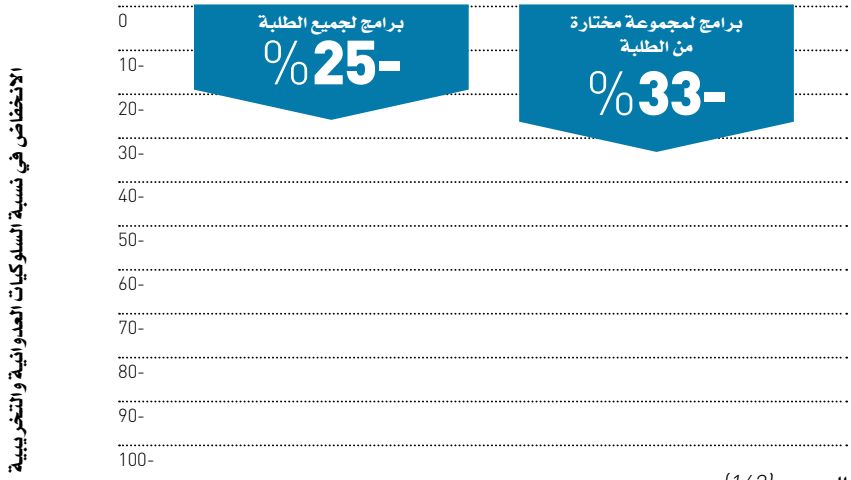
البيِّنات: يمكن تنفيذ البرامج المعنية بتحسين معرفة الأطفال بكيفية حماية أنفسهم من الإيذاء الجنسي في أي وسط، وعلى الرغم من ذلك، فمعظم البرامج التي خضعت منها للتقييم حتى الآن، تم تنفيذها في المدارس، وتعلم الأطفال معنى ملكية جسدهم، والفرق بين اللمسة المقبولة والمرفوضة، وكيف يتعرفون على مواقف الإيذاء ويرفضونها، ويفصحون عما يتعرضون له من إيذاء للبالغين الذين يثقون بهم. وتوصلت دراسات استعراض عديدة، تم إجراؤها لتقييم هذه البرامج، إلى أنه على الرغم من فعالية هذه البرامج في تعزيز عوامل الوقائية ضد هذا النوع من الإيذاء (على سبيل المثال المعرفة بالإيذاء الجنسي والسلوكيات الوقائية)، فمن الضروري إجراء المزيد من البحوث لمعرفة ما إذا كانت تؤدي إلى خفض معدلات الإيذاء الجنسي الفعلي *(159)*. وتشير البيِّنات أيضاً إلى ضرورة الاعتراف بدور المعايير المتعلقة بنوع الجنس والمعايير الاجتماعية في ارتكاب الإيذاء الجنسي، وبأن الأمر يتطلب تبني نهج «المدرسة ككل». ويشمل ذلك ضمان تنفيذ السياسات والبروتوكولات المدرسية الشاملة والمنصفة، والمشاركة في قيادة المدرسة، ووضع المناهج الدراسية ونهوج التدريس المراعية للمعايير الاجتماعية والمعايير المتعلقة بنوع الجنس وأوجه عدم المساواة *(6)*.

وفي نيروبي – العاصمة الكينية – يمكِّن برنامج **'No Means No' IMpower** المراهقات، من خلال تحسين تقديرهن لأنفسهن، وتعليمهن الدفاع عن النفس للحد من خطر تعرضهن للعنف الجنسي. وقد توصل استعراض أجري للبرنامج إلى زيادة ملحوظة (34%) في احتمال الإفصاح عن العنف الجنسي بين أفراد مجموعة التدخل، وتراجع سنوي في معدلات الاعتداء الجنسي بنسبة 38% *(160-161)*. وينبغي أن تتضمن مواءمة هذا البرنامج مع السياقات الأخرى مكونات قوية للتقييم لضمان المواءمة الآمنة والفعالة.

التدريب على المهارات الحياتية والاجتماعية

البيِّنات: تم إجراء تحليل لعدد 249 دراسة، أجريت على برامج التدريب على المهارات الحياتية القائمة على المدرسة والمهارات الاجتماعية والعاطفية (تم تنفيذ معظمها في الولايات المتحدة الأمريكية)، تناول التحليل أثرها على السلوك العدواني والتخريبي، بما في ذلك، التشاجر والضرب والتنمر[e] والنزاع اللفظي، والنزعة التخريبية. ويبين ذلك أن البرامج أدت إلى الحد من هذه المشكلات بنسبة 25% عند تطبيقها على جميع الطلبة، وبنسبة 33% عند تطبيقها على مجموعة مختارة من الطلبة الأكثر عرضة للخطر (**الشكل 9**)، مع تحقيق نفس الدرجة من الاستفادة للفتيات والفتيان على قدم المساواة *(162)*.

الشكل 9: الانخفاض في السلوكيات العدوانية والتخريبية في البيئات المدرسية، من خلال 249 برنامج من برامج التدريب على المهارات الحياتية والاجتماعية العاطفية.



المصدر: *(162)*

توصل أيضاً برنامج **U.S. Task Force on Community Preventive Services** إلى بيِّنات قوية على أن البرامج الشاملة المعنية بالمهارات الحياتية القائمة على المدرسة، تقلل العنف بين الأطفال بنسبة 15% في المتوسط في جميع البرامج والصفوف الدراسية، من مرحلة ما قبل رياض الأطفال وحتى الصف الثاني عشر (التي تتراوح أعمار الطلبة به بين 17-18 سنة). وأجريت تجربة موجهة تستخدم عينات عشوائية على مجموعات من الطلبة، بعد مضي ثلاث سنوات، وخلال هذه التجربة أشار الطلبة الذين شاركوا في البرنامج **Positive Action** إلى انخفاض في السلوك العنيف بنسبة 36% وفي التنمر بنسبة 41% *(163)*.

[e] أظهر تحليل بيانات 2011 الواردة من الاتجاهات الدولية في دراسة الرياضيات والعلوم ومن دراسة التقدم الدولي في مجال محو الأمية، والذي أجري في ثلاثة بلدان أفريقية: بوتسوانا وغاناوجنوب أفريقيا، أن التنمر كان أحد الدوافع الرئيسية التي أدت إلى تدني الأداء العلمي. انظر *(164)*

التدريب الإيجابي للمراهقين من خلال البرامج الاجتماعية الشاملة (الصين)

دعت الجمعية الخيرية لنادي الفروسية في الصين، منطقة هونغ كونغ الإدارية الخاصة أساتذة الجامعات من خمس جامعات محلية؛ لتشكيل فريق بحثي، وذلك من أجل معالجة الشواغل المتعلقة بمشكلات الصحة العقلية وتعاطي المخدرات، والانتحار، والعنف المدرسي، وأثر التفكك الأسري على المراهقين. وكان الهدف من تشكيل هذا الفريق وضع برنامج إيجابي شامل متعدد السنوات لتنمية الشباب، عرف بالتدريب الإيجابي للمراهقين من خلال البرامج الاجتماعية الشاملة *(165)*.

ويتضمن هذا التدريب برنامجاً لتدريب الشباب موجهاً للفتيات والفتيان في الفئة العمرية 12-14 سنة، وبرنامج تدريب ثاني وضع خصيصاً للطلبة ذوى الاحتياجات النفسية الاجتماعية في كل صف دراسي. ويهدف التدريب إلى تعزيز الترابط والقدرة على التكيف؛ وتعزيز المهارات الاجتماعية والعاطفية والإدراكية والسلوكية؛ وتنمية الاعتداد بالنفس؛ وتعزيز السلوكيات والمعايير الاجتماعية السليمة. وقد أدى البرنامج إلى تحقيق مستويات أعلى في النماء الإيجابي، ومستويات أقل في تعاطي مواد الإدمان، وفي الاعتداءات والتشاجر وسائر السلوكيات الجانحة *(165)*.

برامج الوقاية من العنف بين العشراء من المراهقين

البيِّنات: أجريت في ولاية نورث كارولينا بالولايات المتحدة الأمريكية تجربة موجهة تستخدم عينات عشوائية على مجموعات على برنامج **Safe Dates**، وهو برنامج يهدف إلى الوقاية من عنف العشير بين المراهقين غير المتزوجين المرتبطين في علاقة عاطفية، وقد توصلت التجربة إلى أن البرنامج قد أدى إلى انخفاض في معدل ارتكاب العنف النفسي والبدني والجنسي بنسبة 25% و 60% و 60% على التوالي خلال شهر واحد بين المشاركين فيه من الفتيات والفتيان في الفئة العمرية 12-14 سنة. وارتبط البرنامج أيضاً بانخفاض في عنف الأقران وحمل الأسلحة *(166)*. وبعد مضي أربع سنوات، كان هناك انخفاضاً ملحوظاً في الحالات المبلَّغ عنها ذاتياً لارتكاب العنف البدني وعنف العشير والتعرض له بين الذين شاركوا في البرنامج *(167)*. وقد أظهرت دراسات عديدة، أجريت على طلبة الجامعات أو الأبطال الرياضيين المشاركين في برامج للحد من العنف الجنسي، مواقف رافضة أكثر بكثير إزاء الاغتصاب في إطار المواعدة *(168 – 169)*. وقد خضع للتقييم **Real Consent programme**، وهو تدخل تفاعلي قائم على الإنترنت موجه لطلبة الكليات الذكور، يهدف إلى الحد من ارتكاب العنف الجنسي، واقترن هذا التقييم بانخفاض ملحوظ في الارتكاب المبلَّغ عنه ذاتياً خلال الأشهر الستة التي أعقبت التدخل *(169)*.

ستيبنغ ستونز (Stepping Stones) (جنوب أفريقيا)

وضع برنامج «ستيبنغ ستونز» (Stepping Stones) في الأصل كبرنامج للوقاية من فيروس العوز المناعي البشري، وهو برنامج للتدريب على المهارات الحياتية، وقد أثبت فعاليته في كبح جماح العنف البدني والجنسي من قبل العشير بين الذكور والإناث في الفئة العمرية 15-26 سنة. وقد خضع هذا البرنامج لتقييمات دقيقة وتم تنفيذه على الصعيد العالمي *(170)*، ويشجع البرنامج المشاركين على التفكير في مواقفهم وسلوكياتهم من خلال لعب الأدوار والدراما. وقد وضع تصميم البرنامج بهدف تحسين الصحة الجنسية من خلال إقامة علاقات أكثر قوة وأكثر مساواة بين الشركاء، ومن ثم يتناول البرنامج مسائل مثل العنف القائم على نوع الجنس، ونشر المعلومات بشأن فيروس العوز المناعي البشري، ومهارات إقامة العلاقات، وتوكيد الذات.

و خضع البرنامج للتقييم في بلدان مختلفة، وكانت أدق دراسة هي تجربة موجهة تستخدم عينات عشوائية أجريت في مقاطعة الكاب الشرقية بجمهورية جنوب أفريقيا، شارك فيها الذكور والإناث في الفئة العمرية 15-26 سنة. وقد أظهرت النتائج أنه خلال السنتين اللتين أعقبتا تنفيذ التدخل، أفاد الفتيان والرجال بانخفاض في معدل السلوك العنيف والاستغلالي. ومقارنة بخط الأساس، تورط المشاركون في التدخل في عدد أقل من أحداث عنف العشير *(171)*، والاغتصاب *(172)*، والمقايضة بالجنس *(173)*.

وقد خضع «ستيبنغ ستونز» لتقييمات على نطاق أضيق في بلدان أخرى، وأظهرت هذه التقييمات انخفاضاً في معدل ارتكاب الذكور لعنف العشير *(174 – 175)*. واستمر معدل السلوك العنيف بين الرجال في الانخفاض خلال 24 شهراً بعد التدخل، عقب تراجع لمدة 12 شهراً، مما يشير إلى تعزيز التغيير الإيجابي في السلوك بمرور الوقت. علاوة على ذلك، يبين البحث النوعي أن «ستيبنغ ستونز» أحدث تحولاً في المواقف، ولا سيما بين الشبان، من خلال تثقيفهم بشأن كيفية الحد من خطر تعرضهم للإصابة بفيروس العوز المناعي البشري، ومن خلال التشجيع على ممارسة قدر أكبر من الصراحة في التحدث عن هذا الفيروس وتبادل المعلومات بشأنه. ومن الناحية العملية، يبدو أن البرنامج قد غرس المهارات الحياتية العامة التي جعلت العديد من الرجال أفضل كشركاء وأصدقاء وأفراد في الأسرة ومواطنين *(176)*.

للمزيد من المعلومات عن وضع وتنفيذ برامج الوقاية والتدخل بشأن فيروس العوز المناعي البشري على الموقع التالي:
http://www.mrc.ac.za/policybriefs/steppingstones.pdf

INSPIRE
النشاطان الشاملان

النشاط الشامل 1: الإجراءات المتعددة القطاعات والتنسيق

يتطلب تنفيذ هذه الحزمة الاستراتيجيات السبع مُدخلاً من الإدارات الحكومية الوطنية والمحلية المعنية بالتعليم والصحة والعدالة والرعاية الاجتماعية؛ والقطاع الخاص؛ ومنظمات المجتمع المدني، مثل الرابطات المهنية، والمنظمات الدينية، والمؤسسات الأكاديمية، والمنشآت، وسائر المنظمات غير الحكومية الأخرى. فالتعاون بين هذه الجهات صاحبة المصلحة يمكن أن يخفف من الأثر السلبي لعوامل الخطر المرتبطة بالعنف ضد الأطفال، على صعيد العوامل الفردية والأسرية والمجتمعية والاجتماعية، مع دعم توفير العلاقات والبيئات الآمنة المستقرة المواتية للأطفال والأسر.

ومن ثم، يعتمد تنفيذ برامج وخدمات الوقاية المسندة بالبينات على أوجه القوة في النظم، التي يستند إليها كل قطاع من هذه القطاعات (وجاهزيتها للتصدي لمشكلة العنف ضد الأطفال)، إلى جانب آلية فعالة لضمان التنسيق فيما بينها.

مساهمات القطاعات

يتفاوت الدور المحدد الذي يؤديه كل قطاع في تنفيذ الاستراتيجيات السبع لحزمة الاستراتيجيات السبع (INSPIRE) من بلد إلى آخر، وفقاً لجاهزية القطاعات للمساهمة في الجهود المبذولة للتنفيذ. وعلى الرغم من ذلك، فالقطاعات التي من المحتمل أن تكون في وضع يتيح لها قيادة جهود التنفيذ المتعلقة ب الاستراتيجيات السبع هي كالتالي:

- **تطبيق القوانين وإنفاذها**: الهيئات التشريعية المسؤولة عن صياغة القوانين وتشريعها وإنفاذها على صعيد الولاية/المقاطعة وعلى الصعيد الوطني.
- **المعايير والقيم**: الوزارات المعنية بالشؤون الجنسانية والمرأة ونماء الطفل، على الرغم من أن لجميع القطاعات دوراً واضحاً تؤديه بشأن ضمان تنفيذها.
- **إيجاد بيئات آمنة**: وزارة الداخلية ووزارة التخطيط، والسلطات المحلية، والسلطات البلدية
- **دعم الآباء ومقدمي خدمات الرعاية**: نظم الصحة العمومية والرعاية الاجتماعية
- **تحسين الدخل وتعزيز الوضع الاقتصادي**: وزارات المالية، والعمل، والتنمية الاقتصادية
- **خدمات الاستجابة والدعم**: قطاع الرعاية الصحية، وقطاع الرعاية الاجتماعية، ويضطلع قطاع العدالة وقطاع الأمن بقيادة التدخلات التي تؤثر على المجرمين والضحايا والشهود من الأحداث.
- **التعليم والمهارات الحياتية**: الهيئات التعليمية

وتستطيع هذه القطاعات، من خلال التعاون فيما بينها والعمل بأسلوب متكامل، معالجة الأثر السلبي لعوامل الخطر المرتبطة بالعنف ضد الأطفال، على صعيد العوامل الفردية والأسرية والمجتمعية والاجتماعية، مع دعم توفير العلاقات والبيئات الآمنة المستقرة والمواتية للأطفال والأسر.

علاوة على مساهمات القطاعات الحكومية الرسمية، يزداد شيوع آليات حماية الأطفال القائمة على المجتمع المحلي، على الرغم من أن تقييم فعاليتها في الوقاية من العنف ضد الأطفال يظل ضعيفاً (انظر **الإطار 3**).

الإطار 3

آليات حماية الأطفال القائمة على المجتمع المحلي

تأتي آليات حماية الأطفال القائمة على المجتمع المحلي في طليعة الجهود المبذولة في سبيل حماية الأطفال في حالات الطوارئ والسياقات الانتقالية والإنمائية في جميع أنحاء العالم. ويشير استعراض مشترك بين الوكالات *(177)*، أجري مؤخراً، إلى أن تعبئة المجموعات الشعبية باتت استجابة البرمجة الشائعة، ولا سيما في المناطق المتضررة من النزاعات المسلحة أو التشريد. وتنحاز الوكالات الدولية لآليات حماية الأطفال القائمة على المجتمع المحلي في الأماكن التي تكون فيها الحكومات المحلية والوطنية غير قادرة أو غير راغبة في إعمال حقوق الأطفال في الرعاية والحماية.

وعلى الرغم من ذلك، لا تتوافر حالياً بيِّنات قوية بشأن فعالية هذه الآليات وتكلفتها وإمكانية توسيع نطاقها واستدامتها، مما يعرقل المساءلة ويصعب تحديد الممارسات الفعالة، ووضع المبادئ التوجيهية الملائمة المشتركة بين الوكالات للممارسين، ومواءمة جودة الممارسة وتعزيزها.

كما يعرقل الحصول على التمويل اللازم لدعم حماية الأطفال ورفاهيتهم، والدعوة بفعالية إلى استثمار الحكومات في نظم حماية الأطفال، وتشجيع القادة السياسيين على تعزيز الممارسات والسياسات الأكثر فعالية.

وقد أبرز الاستعراض المشترك بين الوكالات، العديد من التحديات التي لابد من التغلب عليها من أجل تعظيم مساهمة حماية الأطفال القائمة على المجتمع المحلي، وأهمها ضرورة تعزيز قاعدة البيِّنات من خلال إجراء تقييمات دورية منهجية ملائمة من الناحية الأخلاقية؛ لمعرفة مدى تأثير الإجراءات، التي تضطلع بها مجموعات حماية الأطفال القائمة على المجتمع المحلي، على حماية الأطفال ورفاهيتهم *(177)*. وتم إجراء العديد من التدخلات الخاصة بهذه الحزمة الاستراتيجيات السبع، في الأوساط التي من المرجح أن تطبق فيها نظم حماية الأطفال القائمة على المجتمع المحلي. و حزمة الاستراتيجيات السبع في مجملها قابلة للمواءمة من خلال هذه النظم.

الدور الأساسي لكل قطاع، جنباً إلى جنب مع النظام المناظر الخاص به، هو دعم الأفراد والأسر والمجتمعات المحلية، بحيث يصبح الآباء والأقران والمسؤولين (مثل المعلمين) قادرين على توفير الرعاية والاستقرار والأمان اللازمين للأطفال لتحقيق إمكاناتهم الإنمائية.

أما الدور الثانوي للقطاعات فهو الاستجابة للحالات الفعلية للعنف ضد الأطفال؛ لضمان توفير الأمان والدعم للضحايا، والتخفيف من أثر هذا العنف، والوقاية من تكرار وقوعه. ويتفاوت درجة تركيز البلدان على دور من الدورين على حساب الآخر، إلا أن التركيز على التدابير الوقائية أكثر من التدابير العقابية يعتبر أفضل الممارسات.

وقد اضطلع العديد من وكالات منظومة الأمم المتحدة، بناءً على طلب الدول الأعضاء، بتوفير موارد ووضع معايير متفق عليها دولياً؛ لبناء قدرات قطاعات حكومية معينة على الوقاية من العنف والاستجابة له. ويشمل ذلك، على سبيل المثال، مجموعة «الاستراتيجيات النموذجية والتدابير العملية للقضاء على العنف ضد الأطفال في مجال منع الجريمة والعدالة الجنائية» التي وضعها مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، وخطة العمل العالمية التي وضعتها منظمة الصحة العالمية بشأن تعزيز دور قطاع الصحة داخل إطار الاستجابة المتعددة القطاعات للتصدي للعنف بين الأشخاص، ولا سيما ضد النساء والفتيات وضد الأطفال. وتدعو هذه الوثائق السياسية الدول الأعضاء إلى اتخاذ إجراءات معينة من شأنها، متى تم تنفيذها، أن تضمن تمكين القطاعات المعنية من المشاركة في مشكلة العنف ضد الأطفال بطريقة منهجية، مع التركيز على تنفيذ استراتيجيات الوقاية والاستجابة المسندة بالبيِّنات.

ويمكن للقطاعات، التي تفتقر إلى المبادئ التوجيهية للأمم المتحدة في مجال السياسات، الاستعانة بهذه الوثائق كأساس لإعداد مبادئ توجيهية مماثلة لتعزيز قدراتها. ومتى توافرت نظم قوية خاصة بالقطاعات، ستساعد آليات التنسيق الفعالة في دمج المساهمات المتعددة القطاعات؛ لجعلها أكثر فعالية في الوقاية من العنف ضد الأطفال.

آليات التنسيق

يعمل أصحاب المصلحة في العديد من البلدان على القضاء على العنف ضد الأطفال، وعلى الرغم من ذلك، فإن جهودهم ليست دوماً منسقة تنسيقاً جيداً ولا تحظى بالدعم اللازم، والقليل منها هو الذي يبذل على نطاق واسع. ومن ثم، تأتي أهمية آليات التنسيق؛ لأنه لا يمكن لقطاع واحد أن يضطلع منفرداً بتنفيذ تدخلات حزمة الاستراتيجيات السبع بالكامل، ولا تستطيع حكومة من الحكومات بمفردها معالجة التهديدات المتنامية التي يواجهها أطفالها، والتي باتت تتجاوز الحدود الوطنية. ومن هذا المنطلق، ينبغي للجهود المبذولة لتنفيذ حزمة الاستراتيجيات السبع، أن تشجع التعاون والتعلم داخل البلدان وفيما بينها.

الآليات الوطنية

ينبغي تحديد المسؤولية النهائية عن التنسيق التي تقع على عاتق الحكومات وآليات القيادة والتنسيق بشأن أنشطة الوقاية من العنف والاستجابة له، بما في ذلك، المؤسسات الرئيسية المعنية بسيادة القانون، أو تعزيزها في حالة عدم وجودها أو ضعفها. كما ينبغي استعراض نظم تبادل المعلومات بين القطاعات لمعرفة مدى تركيزها على الوقاية من العنف وتقديم خدمات الاستجابة على الوجه الأمثل. ومن الناحية المثالية ينبغي أن تكون هذه الآليات بمثابة منتديات تدعو ممثلي القطاعات المعنية للاجتماع بصفة دورية؛ لمناقشة آخر البيانات المتاحة عن العنف، من أجل الوقوف على المشكلات الناشئة (المخاطر الكامنة المتعلقة بها)، ومن ثم يصبح من الممكن تنفيذ تدخلات ملائمة في الوقت المناسب *(1)*.

الآليات الدولية

على الصعيد الدولي هناك العديد من المنتديات والشراكات، التي يمكن للبلدان أن تجتمع من خلالها للتعرف على الاستراتيجيات الأكثر فعالية لإنهاء العنف ضد الأطفال. ويشمل ذلك، اجتماعات مراحل الحملة العالمية للوقاية من العنف، والتي تعقدها منظمة الصحة العالمية مرة كل سنتين، حيث يتم استعراض الوضع العلمي للوقاية من العنف ومدى الأخذ بها على الصعيد الوطني، ووضع الاستراتيجيات المعنية بزيادة الأخذ بها *(178)*. وهناك مثال آخر بالولايات المتحدة، وهو منتدى الأكاديميات الوطنية المعني بالوقاية من العنف على الصعيد العالمي، ويضطلع بانعقاده قسم الطب والصحة بالأكاديميات، وقد صدر عن المنتدى العديد من التقارير الهامة عن أحدث المستجدات العلمية المتعلقة بالوقاية من العنف ضد الأطفال والاستجابة له *(179)*. علاوة على ذلك، هناك مبادرة «معاً من أجل الفتيات»، وهي شراكة تجمع خمس وكالات من الوكالات التابعة للأمم المتحدة، ووكالات متعددة تنتمي لحكومة الولايات المتحدة، والحكومة الكندية، والقطاع الخاص، وحكومات الشركاء، من أجل تعزيز نهج متعدد القطاعات يعتمد على البيانات للوقاية من العنف والاستجابة له، وأصبحت هذه المبادرة فعالة في اثنين وعشرين بلداً. وأخيراً، الشراكة العالمية لإنهاء العنف ضد الأطفال وهي مبادرة شاملة توحد هذه الآليات المنفصلة وراء الهدف المشترك – هدف إنهاء العنف ضد الأطفال (انظر **الإطار 4**).

الإطار 4

إنهاء العنف ضد الأطفال: الشراكة العالمية

وقعت الجمعية العامة للأمم المتحدة – كجزء من أهداف التنمية المستدامة – التزاماً عالمياً لإنهاء العنف ضد الأطفال. وسوف تساعد «الشراكة العالمية لإنهاء العنف ضد الأطفال» في الوفاء بهذا الالتزام، وقد اعتمدت حزمة الاستراتيجيات السبع (INSPIRE) كأداة أساسية لدعم العمل القطري. وستقدم هذه الشراكة الدعم للذين يعملون على الوقاية من العنف والاستجابة له داخل القطاعات الحكومية وفيما بينها (على سبيل المثال، التعليم، والصحة، والعدالة، والرعاية الاجتماعية)، وداخل المجتمعات الأخرى، سواء كانت الوكالات الدولية مثل: الأمم المتحدة، والبنك الدولي، أو الوكالات العاملة في مجال التنمية، أو المنظمات غير الحكومية، أو المنظمات الدينية، أو القطاع الخاص، أو المؤسسات الخيرية، أو المنشآت، أو الباحثين، أو الأكاديميين، أو الأطفال أنفسهم. وستقدم الشراكة الدعم للعمل على الصعيدين الوطني والمحلي من أجل تنفيذ الاستراتيجيات التي تؤدي بفعالية إلى الوقاية من العنف وتوسيع نطاقها، وسترصد فعاليتها، وتوسع قاعدة البيِّنات، وذلك من خلال الاستعانة بالخبرات والوصول للشركاء في الوقاية.

النشاط الشامل 2: الرصد والتقييم

تحتاج البلدان والمجتمعات المحلية إلى تدابير دقيقة بشأن العنف ضد الأطفال؛ لكي تخطط الاستراتيجيات والتدخلات، وتقيس أثرها، وتواظب على تحسينها لضمان نجاحها.

الرصد

يمكن استخدام نظم الرصد لتوفير بيانات عن حجم العنف ضد الأطفال وظروف ارتكابه، وتتبع تنفيذ الأنشطة المزمع الاضطلاع بها، وتقييم أثرها، ويمكن أيضاً استخدام الرصد للمساعدة في توجيه الجهود لتحسين الاستراتيجيات، وسد الثغرات، وتعزيز التركيز المستدام على الوقاية. ومن الضروري لتحقيق هذه الأغراض الحصول على بيانات عن العنف ضد الأطفال من مسوح السكان الوطنية والنظم الإدارية في المرافق الصحية (مثل المستشفيات)، ومن الضروري أيضاً أن تكون هذه البيانات متاحة بيسر لجميع أصحاب المصلحة المعنيين بالوقاية من العنف، بما في ذلك، أصحاب المصلحة في الحكومة الوطنية، وعلى مستوى السلطة البلدية والسلطة المحلية، وعلى مستوى المجتمع المحلي.

وعلى الرغم من أن بيانات المسوح والبيانات الإدارية لها نقاط قوة ونقاط قصور فريدة، فإن استخدامهما مجتمعين يمكن أن يسهم بشكل مباشر في تقييم المشكلة ورصدها، من خلال:

- تقديم تعريف كمي للمشكلة، مصنفاً حسب الجنس، والسن، وغيرهما من المتغيرات، يمكن أن تستعين به طائفة من الأفرقة والقطاعات المعنية؛
- توفير بيانات منهجية متواصلة عن مدى انتشار جميع أشكال العنف ضد المرأة وأسبابه ونتائجه، على الأصعدة المحلي والإقليمي والوطني؛
- إعطاء لمحة عن التوزيع الجغرافي لحالات العنف ضد الأطفال المبلغ عنها، وهو ما يمكن أن يساعد في التخطيط لموقع خدمات حماية الأطفال وسائر خدمات دعم الضحايا في المستقبل؛
- تيسير التحديد المبكر للاتجاهات الناشئة ومجالات المشكلات، ومن ثم يمكن إعداد التدخلات الملائمة بأسرع ما يمكن؛
- اقتراح أولويات الوقاية بين المعرضين لخطر الوقوع فريسة للعنف ضد الأطفال أو ارتكابه، وكذلك أولويات التصدي لعوامل الخطر ذات الصلة؛
- تزويد أصحاب المصلحة بالمعلومات بشأن التقدم أو التأخير في تنفيذ الأنشطة المقترحة؛
- تحديد التغيرات التي تطرأ بمرور الوقت على انتشار العنف والمخاطر المرتبطة به؛
- توفير وسيلة لتقييم أثر الجهود المبذولة للوقاية.

يتعين على أي نظام للرصد الاستعانة بممارسات موحدة وصالحة من الناحية العلمية في جمع البيانات وتحليلها. ويمكن أن تساعد أيضاً نظم إدارة الحالات، والتي تجمع البيانات من قطاعات مختلفة، في تتبع كفاءة مسارات الإحالة، وتحديد الثغرات المتعلقة بالسن والاحتياجات والاتجاهات داخل القطاعات وفيما بينها. وينبغي أن يضمن جمع البيانات تسجيل البيانات الخاصة بالجنس والسن والإعاقة وسائر الخصائص الأخرى، والتي قد تؤثر على إمكانية التعرض للعنف.

بيانات المسح

هناك بلدان عديدة ليس لديها نظم كافية للبيانات الإدارية *(1- 180- 181)*، ونسبة ضئيلة فقط من أعمال العنف ضد الأطفال هي التي يتم الإبلاغ بها للمصادر الرسمية، مثل التعليم أو الصحة أو العدل أو الرعاية الاجتماعية؛ ومن ثم، فإن البلاغات الذاتية التي تؤكَّد من خلال مجموعة متنوعة من المسوح الممثلة على الصعيد الوطني، مثل المسوح بشأن العنف ضد الأطفال[f] على الصعيد الوطني، أو المسح الصحي العالمي القائم على طلبة المدارس، أو المسوح الديموغرافية الصحية، أو المسوح المتعددة المؤشرات، تعتبر المعيار الأكثر موثوقية لقياس حجم المشكلة، وتحديد الفئات الضعيفة، وقياس التقدم المحرز *(182- 183- 184- 185)*. وعلى الرغم من أن كل نوع من أنواع هذه المسوح السكانية متميز في غرضه ونهجه، فإنه يسهم إسهاماً مهماً في فهم العنف ضد الأطفال.

وهذه البيانات مفيدة بصفة خاصة لرصد التقدم المنشود في الاتفاقيات الرئيسية للأمم المتحدة وقرارات منظمة الصحة العالمية، التي تتصدى للعنف ضد الأطفال *(9)*. وبدء تتبع تنفيذ أهداف التنمية المستدامة، سيجعل هذه البيانات مفيدة أيضاً لرصد مدى ارتباط تنفيذ هذه الأهداف بصفة عامة بالتغيرات في مؤشرات العنف ضد الأطفال.

وتوفر هذه المسوح البيانات الأولية اللازمة، التي تستند إليها الإجراءات التي تهدف إلى تعزيز الوقاية من العنف ضد الأطفال، فعلى سبيل المثال، كما يتضح من **الإطار 5**، دفعت بيانات مسوح العنف ضد الأطفال الإصلاحات السياسية التي تؤثر على الخدمات الصحية والقانونية والتعليمية والاجتماعية والقطاعات الاقتصادية، وينبغي تنفيذ هذه المسوح على فترات منتظمة لضمان رصد التقدم المحرز، وقياس التغيرات في اتجاهات العنف ضد الأطفال *(186)*.

وعلى الرغم من أهمية المسوح في الحصول على تقديرات دقيقة لحجم العنف ضد الأطفال وسماته، وتيسير الاتصال المباشر مع المستجيبين، فإنها توفر القليل من المعلومات الوافية عن سياسات معينة، وهذا النوع من المعلومات يتطلب بيانات إدارية.

[f] وتحظى مسوح العنف ضد الأطفال بدعم مشترك من مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها ومبادرة «معاً من أجل الفتيات» ومنظمة اليونيسف، وتقيس هذه المسوح العنف الجسدي والعاطفي والجنسي ضد الفتيات والفتيان، وتحدد عوامل الخطر والحماية والعواقب الصحية، وكذلك الانتفاع بالخدمات والعوائق التي تحول دون طلب المساعدة.

الإطار 5

الربط بين بيانات المسح الوطني بشأن الوقاية من العنف وأنشطة الاستجابة

البلدان التي تقوم بإجراء مسوح العنف ضد الأطفال في إطار شراكة «معاً من أجل الفتيات»، تتلقى دعماً للجهود التي تبذلها للربط بين البيانات الوطنية والإجراءات الفعالة والمتعددة القطاعات في مجال الوقاية والاستجابة. وقد استعانت بعض البلدان، بما في ذلك كامبوديا، وهاييتي، وكينيا، ومالاوي، وسوازيلاند، وتنزانيا، وزيمبابوي، بالبيانات والعمليات الخاصة بهذه المسوح الوطنية لدفع عملية تنفيذ أنواع الاستراتيجيات المبينة في حزمة الاستراتيجيات السبع INSPIRE، وذلك في إطار قيادة فرق العمل التابعة للوزارات ومنظمات المجتمع المدني.

- استخدمت كامبوديا بيانات مسوح العنف ضد الأطفال لإنشاء حزمة الاستراتيجيات السبع للاستجابة تضم أحد عشر قطاعاً، بما في ذلك، الوزارات والهيئات الحكومية المختلفة؛ وتنفيذ البرامج التي تعزز تغيير السلوكيات والمعايير الاجتماعية، من خلال وزارة شئون المرأة؛ وتعزيز التنسيق بين هذه الوزارة ووزارة العدل والشرطة؛ واستحداث سياسات للوقاية من العنف ضد الأطفال وتعزيزها.
- استخدمت هاييتي بيانات مسوح العنف ضد الأطفال لتعزيز السياسات والبرامج المعنية بتغيير المعايير الاجتماعية التي تطيل أمد العنف ضد الأطفال؛ وتعزيز السياسات والبرامج المعنية بالحد من العنف والاستجابة له، من خلال تحديد هوية الضحايا ورعايتهم ودعمهم؛ وتعزيز النظم الشاملة للترصد والرصد.
- استخدمت كينيا نتائج مسوح العنف ضد الأطفال لتعزيز تدريب الأسر على التربية الإيجابية والوقاية من العنف الجنسي؛ وتوسيع نطاق خدمات ما بعد التعرض للاغتصاب المتعددة القطاعات، والتي تقدم من خلال المراكز الجامعة للخدمات؛ ووضع إطار وطني لرصد العنف الجنسي وتقييمه.
- استخدمت مالاوي بيانات مسوح العنف ضد الأطفال لزيادة استثمارات الحكومة في تدريب مقدمي خدمات الرعاية/الوالدين على إقامة علاقات آمنة ومستقرة ومثرية مع أطفالهم؛ وزيادة استثمارات الحكومة في بناء المهارات الحياتية لدى الأطفال والشباب؛ وزيادة الوصول إلى خدمات الاستجابة للأطفال وإذكاء الوعي بشأنها؛ ووضع سياسات وبرامج تتصدى للمعايير الضارة المتعلقة بالجنسين.
- استخدمت سوازيلاند بيانات مسوح العنف ضد الأطفال لدفع إصدار تشريع جديد بشأن جرائم عنف العشير والجرائم الجنسية؛ وإنشاء محاكم ووحدات شرطة ملائمة للأطفال؛ وتأمين الموارد لإطلاق حملة وطنية عبر الإذاعة للتوعية بشأن الوقاية من العنف؛ وتعزيز الرعاية الشاملة ما بعد التعرض للاغتصاب، من خلال مبادئ توجيهية جديدة ومن خلال المراكز الجامعة للخدمات؛ وتأمين الموارد اللازمة لوضع نظام للبيانات الوطنية لتتبع حالات العنف.
- استخدمت تنزانيا بيانات مسوح العنف ضد الأطفال لإطلاق خطة عمل وطنية محددة التكاليف تمتد على مدى أربع سنوات لإنهاء العنف ضد الأطفال. وأبرز ما ورد في هذه الخطة وضع نظم لحماية الأطفال على مستوى المناطق وتوسيع نطاق تلك النظم؛ ووضع سياسات تعليمية بشأن مدونة قواعد السلوك للمعلمين؛ وتعزيز الخدمات الإكلينيكية لضحايا العنف الجنسي؛ ووضع مبادئ توجيهية خاصة بالميزانية لحماية الأطفال على صعيد الحكومة الوطنية.
- استخدمت زيمبابوي بيانات مسوح العنف ضد الأطفال لوضع مبادئ توجيهية شاملة بشأن إدارة الإيذاء الجنسي والعنف الجنسي، تتضمن المشورة الطبية والقانونية، والجوانب الاجتماعية لتقديم الخدمات، على صعيد المجتمع المحلي والأسرة والأفراد؛ ووضع إطار لتمكين الفتيات يحدد الغايات والأهداف الوطنية والقطاعات المسؤولة عن حماية الفتيات والشابات وتمكينهن؛ ووضع سياسات في الأربعة عشر منطقة، التي أنشأت بيوتاً مؤقتة لكفالة أطفال الشوارع.

البيانات الإدارية

تتألف نظم البيانات الإدارية عادة من السجلات أو التقارير التي تجمع بشكل روتيني، والتي تستخدم في إدارة البرامج العامة أو الوكالات العامة، ومن ثم، توفر مصدراً غير مكلفاً للبيانات. وهذا الأمر مفيد بصفة خاصة لصناع السياسات، الذين يحتاجون هذه المعلومات لمعرفة ما إذا كان المسؤولون أو الوكالات الذين في إطار ولايتهم لديهم المعارف والأنشطة المناسبة للتصدي للعنف ضد الأطفال والشباب.

وتساعد البيانات الإدارية صناع القرارات في فهم ما إذا كانت حالات العنف ضد الأطفال تصل إلى علم المعلمين بالمدارس أو الشرطة أو الأطباء أو الأخصائيين الاجتماعيين، وما هي الإجراءات التي يتخذها هؤلاء في مثل هذه الحالات. علاوة على ذلك، فإن التقارير الإدارية الصادرة عن المرافق الصحية أو الشرطة، والتي تبين حدوث تباينات بمرور الوقت، أو التي تقدم حصراً لحالات سوء معاملة الأطفال أو الاغتصاب، يمكن أن تطرح أسئلة عن كيفية التصدي لهذه الحالات.

قد يصادف بعض المسؤولين حالات أقل من تلك التي يصادفها مسؤولون آخرون، لأنه ليس لديهم الوعي أو التدريب الكافيين، بينما يصادف آخرون حالات، ولكن لا يتخذون بشأنها أي إجراءات للوقاية أو الاستجابة. وقد يؤمن المسؤولون المدربون بمعايير اجتماعية ضارة، تتعلق بنماء الطفل والجنسين والعنف، مما يمكن أن يؤدي إلى زيادة معاناة الأطفال الذين يحصلون على الرعاية. وهناك سيناريو آخر، وهو أن حالات الإيذاء، التي يتم التعامل معها على أفضل وجه من قبل الأطباء أو ضباط الشرطة، ترد أولاً إلى المعلمين، ولا يتم إحالتها ولا الإبلاغ عنها.

واستناداً إلى هذه الأنواع من المعلومات، يستطيع مديرو البرامج وصناع السياسات وضع خطط عملية بشأن كيفية تغيير الممارسات، وتدريب المسؤولين، وتنفيذ أنشطة لرفع الوعي وتغيير المعايير الاجتماعية، وإعادة تشكيل النظم من أجل الوقاية من العنف ضد الأطفال والاستجابة له على نحو أفضل. ويضطلع صناع السياسات بإحداث التغييرات، وتقديم التدريب، ورفع الوعي، وعلى الرغم من ذلك، فلابد أن يقوموا بإعادة تقييم نظم البيانات الإدارية بشأن البيِّنات التي تبين ما إذا كانت الإصلاحات قد حققت الأثر المرجو منها.

وعند النظر في حالات العنف البالغ الشدة ضد الأطفال، التي تؤدي إلى الموت، فهناك فئة خاصة من البيانات الإدارية تتعلق بذلك، وهي التي تم جمعها من خلال سجلات الحالة المدنية وشهادات الوفاة *(1)*.

وحالات الوفاة الناجمة عن العنف بين الأطفال والشباب، مثل تلك التي تنجم عن تعرض الأطفال لسوء المعاملة والإهمال والاعتداء، لا يمكن تحديدها بسهولة من خلال المسوح القائمة على السكان أو نظم البيانات الإدارية للحالات القائمة على الخدمات. وهذه الوفيات لا يمكن قياسها بسهولة إلا من خلال نظم ترصد معدل الوفيات القائمة على المرافق، والتي يمكن تطبيقها في مواقع مختلفة، بما في ذلك المستشفيات، وإدارات الشرطة، ومستودعات الجثث بالمستشفيات (المشرحة) *(187)*. وعلى الرغم من ذلك، لا تزال بلدان عديدة تعاني من نقص نظم التسجيل الفعالة بشأن البيانات المتعلقة بالإصابات والوفيات المتعمدة. علاوة على ذلك، تحديد سبب الوفاة في الأطفال على وجه الخصوص قد يمثل تحدياً.

ونظراً للنقص الشديد في الإبلاغ عن العنف، فإن العمل النوعي لتحسين فهم منظور الأطفال، والآباء، ومقدمي خدمات الرعاية، وسائر الأطراف المجتمعية المؤثرة، يمكن أن يكون أيضاً حاسماً في ضمان تلبية البرامج للاحتياجات المتصورة للمجتمعات المحلية

التقييم

تزود التقييمات واضعي السياسات والموظفين المعنيين بشؤون الصحة العمومية بمعلومات جوهرية عما إذا كانت البرامج والسياسات المعدة لغرض الوقاية من العنف ضد الأطفال والاستجابة له تحقق النتائج المرجوة منها *(188)*. وحتى الآن، الكثير من البيِّنات على التدخلات، التي أثبتت فعاليتها في الحد من العنف ضد الأطفال وتخفيف عواقبه، مستمدة من التقييمات التي أجريت في البلدان المرتفعة الدخل. وعلى الرغم من ذلك، تسلط البينات الواردة الضوء على المجموعة المتزايدة من البيِّنات من البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل وذلك لغرض وضع حزمة الاستراتيجيات السبع (INSPIRE) *(189)*.

وتقدم حزمة الاستراتيجيات السبع (INSPIRE) فرصة غير مسبوقة لزيادة عدد الدراسات المعنية بفعالية الاستراتيجيات السبع التي تتضمنها، في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل، حيث يعيش ما يتجاوز 80% من أطفال العالم، ويندر إجراء مثل هذه الدراسات في الوقت الحالي. يعتبر مجال الوقاية من العنف ضد الأطفال المسندة بالبيِّنات من التطورات الأخيرة، حتى في البلدان المرتفعة الدخل. وعلى الرغم من أن هذا المجال يبشر بالخير العميم – وفقاً لما أظهرته البرامج المبينة في هذه ال حزمة الاستراتيجيات السبع – فإنه لا يزال ناشئاً في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل على وجه الخصوص. فعلى سبيل المثال، من بين جميع الدراسات المعنية بتقييم الحصائل، التي أجريت بشأن سوء معاملة الأطفال وعنف الشباب، والتي صدرت في الفترة 2007-2013، 9% فقط من تلك المعنية بسوء معاملة الأطفال، و 6% من تلك المعنية بعنف الشباب هي التي ارتبطت ببرامج الوقاية في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل *(189)*.

وبالنظر إلى حجم العنف ضد الأطفال في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل، وندرة الموارد في هذه البيئات، بات من الضروري ضمان أن الموارد التي تم استثمارها في التدخلات قد نجحت بالفعل في الوقاية من العنف ضد الأطفال. ولذا سيكون من الضرورة القصوى، عند تنفيذ حزمة الاستراتيجيات السبع INSPIRE، زيادة جيل البيِّنات عالية الجودة على ما هو ناجع. ويتطلب الأمر، جنباً إلى جنب مع التنفيذ واسع النطاق لهذه الاستراتيجيات، وجود برنامج للتقييم واسع النطاق نسبياً، وذلك لتفادي إهدار الموارد النادرة، وتعظيم أثر البرامج القائمة، وزيادة فرصة بلوغ الهدف الطموح للغاية 2-16 من أهداف التنمية المستدامة – ومؤداه «إنهاء العنف ضد الأطفال في غضون خمسة عشر عاما».

ولابد من إجراء دراسات بشأن فعالية التكلفة، وتقييمات للجهود المبذولة من أجل توسيع نطاق البرامج الفعالة واستدامتها، وذلك علاوة على إجراء تقييمات الحصائل. وأخيراً، سيكون من الضروري تقييم الأثر المركب الذي يمكن تحقيقه مع التنفيذ المنسق للمكونات المتعددة القطاعات حزمة الاستراتيجيات السبع (INSPIRE) التقنية.

اعتبارات التنفيذ

القصد من حزمة الاستراتيجيات السبع (INSPIRE) ليس تنفيذها كبرنامج جديد، وإنما القصد منها أن تكون بمثابة سبيل لتنشيط الجهود الحالية المتعددة القطاعات، وتركيزها، وتوسيع نطاقها؛ من أجل الوقاية من العنف ضد الأطفال، والاستجابة له. وينبغي أن يهدف أيجهد مبذول من أجل التنفيذ إلى ضمان أن تتبنى القطاعات المعنية إما نهجاً مرحلياً تدريجياً أو نهجاً متزامناً،وإلى تنفيذ تدخل واحد على الأقل من كل استراتيجية من الاستراتيجيات السبع (من الناحية المثالية على نطاق واسع)، لأن القصد من الاستراتيجيات أن تعمل معاً وتعزز كل منها الأخرى.

وسيساعد التنفيذ المنسق لاستراتيجيات هذه الحزمة الاستراتيجيات السبع على ضمان وجود مجموعة أساسية من النهوج الفعالة، وكذلك السياسات والقوانين القوية في كل بلد. وقد تمت صياغة حزمة الاستراتيجيات السبع (INSPIRE) من منظور عالمي، وينبغي– لكي تحقق هذه الحزمة الاستراتيجيات السبع فعاليتها – تحديد الأهداف، والاستراتيجيات، والأنشطة الخاصة بكل بلد للشروع في تنفيذ برامج وطنية شاملة خلال إطار زمني محدد. ومن ثم، يتعين على كل بلد مواءمة محتويات حزمة الاستراتيجيات السبع وفقاً للظروف الخاصة بها، وتنفيذها وفقاً لهياكلها.

الشكل 10: الخطوات التسع لمواءمة حزمة الاستراتيجيات السبع (INSPIRE) وتنفيذها

شرعت بلدان عديدة بالفعل في تخطيط وتنفيذ جهود وطنية، تهدف إلى الوقاية من العنف ضد الأطفال والاستجابة له، ويتضمن العديد من هذه الخطط بعض عناصر حزمة الاستراتيجيات السبع INSPIRE. ويوضح **الشكل 10** الخطوات الأساسية لتنفيذ هذه الحزمة الاستراتيجيات السبع، ويليه ملخصاً لها أدناه، وذلك استناداً إلى تجربتها وخبرات الوكالات الأساسية التي اضطلعت بوضع حزمة الاستراتيجيات السبع. وهذا الجزء مصمم ليكون بمثابة دليلاً عاماً فقط، وستكون الأدلة التفصيلية المتعلقة بكيفية التنفيذ، الخاصة بالحزمة الاستراتيجيات السبع ككل وبكل استراتيجية على حدة، متاحة خلال عام 2017.

ليس بالضرورة اتخاذ هذه الخطوات بالتتابع، بل يمكن اتخاذ عدد منها بالتزامن.

بناء الالتزام الوطني

الخطوة الأساسية الأولى لضمان استدامة الأنشطة على المدى الطويل وتعزيز التعاون المتعدد القطاعات، هي بناء الالتزام الوطني بالأهداف والاستراتيجيات والتدخلات الواردة بحزمة الاستراتيجيات السبع INSPIRE. ويتطلب ذلك إذكاء الوعي بين جميع أصحاب المصلحة بشأن حجم مشكلة العنف ضد الأطفال وعواقبه، وبشأن الحلول المسندة بالبيِّنات للتصدي له. وهي تعني أيضاً الجمع بين الجهات الفاعلة والمؤسسات الرئيسية لتأدية دور في وضع البرنامج الوطني وتنفيذه. ويمكن أن يحفز الإشراك المبكر للقادة السياسيين على أعلى المستويات وضع إطار وطني للسياسات وخطة عمل.

ومن الأهمية بمكان ضمان التعاون والتواصل داخل كل قطاع من القطاعات الرئيسية المشاركة في التنفيذ. ويمكن الاستعانة بحزمة الاستراتيجيات السبع (INSPIRE) لتحفيز الحوار بين صناع القرارة والمديرين وموظفي البرامج، ولتحديد المسائل المتعلقة بالسياسات التي تحتاج إلى حل. وتتضمن الأمثلة الأطر القضائية والتنظيمية، التي تعمل من خلالها القطاعات المختلفة، والتي تحدد مَن يفعل ماذا؟ وعلى أي مستوى من مستويات الحكومة الوطنية والمحلية.

وقد كفلت بلدان عديدة التزاماً وطنياً متواصلاً بهذه العمليات، من خلال إنشاء أفرقة عمل تضم ممثلي الوزارات الوطنية، جنباً إلى جنب مع الرابطات المهنية والجامعات والمنظمات البحثية ومنظمات المجتمع المدني. ويمكن أن يساعد وجود فرقة عمل مخصصة للشروع في تنفيذ حزمة الاستراتيجيات السبع (INSPIRE) ورصده، في استدامة الزخم من خلال وضع خطة وطنية وتنفيذها، ويمكن أن ينسق مدخلات وأنشطة الجهات الفاعلة المختلفة في العملية.

ومن المهم أيضاً توافق الجهود الوطنية أو تكاملها مع خطط العمل والاستراتيجيات والتدخلات الوطنية الموجودة سلفاً، في المجالات ذات الصلة، بما في ذلك، العمل الجاري من أجل الوقاية من تشويه و/أو بتر الأعضاء التناسلية الأنثوية والحد منه؛ وزواج الأطفال والزواج المبكر والقسري؛ والعنف القائم على أساس نوع الجنس؛ وبرامج فيروس العوز المناعي البشري/الإيدز؛ وسائر برامج التدخلات الصحية، مثل حملات التمنيع. ويمكن أن تكفل هذه الجهود تحقيق الحد الأقصى من النتائج، واستخدام الموارد المحدودة على نحو فعال، وتجنب الازدواجية، حيثما أمكن ذلك. كما يمكن أن يساعد ذلك في ضمان دمج حماية الطفل ونوع الجنس والعنف، مما يزيد من نطاق استراتيجيات حزمة الاستراتيجيات السبع (INSPIRE) وأثرها.

تقييم الاحتياجات

يعتبر تقييم الوضع الحالي للسياسات والقوانين وبرامج الوقاية والخدمات والبنية التحتية، ذات الصلة بإنهاء العنف ضد الأطفال، خطوة حاسمة في وضع خطط العمل الوطنية. وينبغي – كجزء من تقييم الاحتياجات – النظر فيما إذا كان الإطار الوطني الحالي يعكس النظر في نهج يمتد طيلة الحياة ويراعى المنظور الجنساني، ويمكن أن يعالج المخاطر المختلفة التي يواجهها الفتيان والفتيات. علاوة على ذلك، ينبغي – كجزء من تقييم السياسات والبرامج والممارسات القائمة – النظر فيما إذا كانت برامج وخدمات الوقاية تصل إلى جميع الأطفال، بغض النظر عن السن، أو الجنس، أو الهوية الجنسانية، أو اللغة، أو الدين، أو الإعاقة والقدرة، أو الوضع الاقتصادي، مع إعطاء الأولوية للفئات الأكثر عرضة للخطر، حسب الاقتضاء.

تساعد التقييمات المتخصصة، مثل المسوح التي تجريها الوكالات أو تقييمات الجاهزية (انظر **الإطار 6**)، صناع السياسات في جمع البيانات النوعية والكمية من المنظمات المجتمعية والحكومية العاملة في مجال الطفل، كالمدارس، والهيئات المعنية بإنفاذ القوانين، والمستشفيات، والوكالات العاملة في مجال الصحة العقلية، ووكالات تقديم خدمات الأسرة، والمنظمات غير الحكومية، والوكالات المعنية بحماية الأطفال *(190)*. وتجري بعض البلدان مسوح الوكالات من حين لآخر، بينما تقوم بلدان أخرى بجمع البيانات الخاصة بهذا النوع من التقييمات سنوياً.

الإطار 6

تقييمات التأهب للوقاية

يمكن أن تكون تقييمات الجاهزية مفيدة للحكومات المحلية التي تخطو أولى خطواتها نحو التصدي للعنف ضد الأطفال، أو تلك التي ليست على يقين من تأهب بلدها لتنفيذ حزمة الاستراتيجيات السبع INSPIRE. ويمكن أن يساعد نهج تقييم الجاهزية للوقاية من سوء معاملة الأطفال في تحديد مدى استعداد أحد البلدان أو المقاطعات أو المجتمعات المحلية لتنفيذ أحد برامج الوقاية من العنف في مرحلة الطفولة على نطاق واسع *(191)*، وقد تم تنفيذ نهج تقييم الجاهزية في البرازيل، وجمهورية مقدونيا اليوغوسلافية سابقاً، وماليزيا، والسعودية، وجنوب أفريقيا. وقد يكون هذا النهج مناسباً، على وجه الخصوص، للبلدان التي أنجزت مسح العنف ضد الأطفال. ويتضمن نموذج الجاهزية للوقاية في إطار تقييم الجاهزية للوقاية من سوء معاملة الأطفال مواقف الأطراف الفاعلة الرئيسية إزاء سوء معاملة الأطفال، ومدى معرفتهم بهذا الشأن؛ وتوافر البيانات العلمية المتعلقة بسوء معاملة الأطفال؛ والرغبة في اتخاذ إجراءات للتصدي للمشكلة؛ والموارد غير المادية (على سبيل المثال، الموارد القانونية، والسياساتية، والبشرية، والتقنية، والاجتماعية) والمادية (على سبيل المثال، موارد البنية التحتية، والموارد المؤسسية والمالية) المتاحة للمساعدة في الوقاية من سوء معاملة الأطفال.

عملية إجراء التقييم في حد ذاتها أداة فعالة لإذكاء الوعي، والمساعدة في تخصيص الموارد على نحو مستنير. وتتضمن الثغرات الرئيسية، التي تم تحديدها حتى الآن في جميع البلدان تقريباً، نقص المهنيين ذوي المهارات والمعارف والخبرات اللازمة لتنفيذ البرامج المسندة بالبيِّنات المعنية بالوقاية من سوء المعاملة ضد الأطفال والاستجابة لها؛ ونقص المؤسسات التي يمكن أن تقوم بتدريبهم في هذا الشأن؛ وعدم كفاية التمويل؛ ونقص البنية التحتية والمعدات؛ والنقص الشديد في تقييمات حصائل برامج الوقاية؛ والنقص في المسوح الوطنية المتعلقة بانتشار سوء معاملة الأطفال *(192)*. وعلى الرغم من أن وسيلة تقييم الجاهزية للوقاية من سوء معاملة الأطفال ركزت على سوء معاملة الأطفال، فمن الممكن مواءمتها بسهولة لتقييم الجاهزية للوقاية من عنف الشباب أيضاً.

اختيار التدخلات

تحشد كل المجتمعات المحلية، والبلدان، والوزارات الحكومية، والمنظمات غير الحكومية التي تعمل من أجل التصدي للعنف ضد الأطفال، السياق الثقافي والاجتماعي الخاص بها لاختيار التدخلات الأكثر ملاءمة لسكانها وبيئاتها. لذلك فصناع القرارات والممارسين، على الصعيدين الوطني والمحلي، هم الأنسب لتقييم الاحتياجات ومواطن القوة الخاصة ببيئاتهم، وبالمواطنين الذين يعيشون في هذه البيئات، كأساس للقرارات المعنية بمجموعة التدخلات المتضمنة في حزمة الاستراتيجيات السبع (INSPIRE) الأكثر ملاءمة للسياق الخاص ببلادهم.

يتطلب اختيار التدخلات التي سيتم تنفيذها فهماً جيداً لما يلي:

- ماهي أشكال العنف التي يتعرض لها الأطفال، وأي فئة من الأطفال هي التي تتعرض للعنف، وأين ومتى يقع العنف.
- عوامل الخطر التي تسهم في العنف ضد الأطفال.
- الجهود القانونية، والسياساتية، والبرامجية المبذولة حالياً من أجل التصدي للعنف ضد الأطفال.
- تحديد التدخلات المتضمنة في حزمة الاستراتيجيات السبع INSPIRE، التي يمكن أن تعالج الثغرات ومواطن الضعف في الجهود القانونية، والسياساتية، والبرامجية المبذولة حالياً.
- قدرات المنظمات الحكومية وغير الحكومية على تنفيذ التدخلات.

تجمع هذه المعلومات من العديد من المصادر. فإن كان هناك بلد ما قد أتم مؤخراً المسح الوطني للعنف ضد الأطفال و/أو لديه بيانات إدارية عالية الجودة بشأن العنف القاتل وغير القاتل ضد الأطفال، ستكون معظم المعلومات قد تم بالفعل جمعها وتلخيصها، وإن لم يكن الوضع كذلك، فسيكون من الضروري جمع هذه المعلومات، سواء من التقارير البحثية أو الإحصاءات الرسمية أو غيرها من مصادر البيانات الأخرى التي يمكن تحديدها، ثم تحليل هذه المعلومات والاستعانة بها في تحديد المشكلة.

مواءمة التدخلات مع السياق المحلي

بعد اختيار التدخلات، يتطلب الأمر عادة مواءمة التدخلات المختارة مع السياق المحلي، مع الحفاظ على سماتها الأساسية التي تجعل منها تدخلات فعالة في المقام الأول *(193)*، ويعرف ذلك بالحفاظ على ولاء البرنامج *(194)*، وللقيام بذلك من المفيد النظر في الخطوات التالية:

- الحصول على مواد البرنامج الأصلي (عادة من مطور البرنامج).
- وضع نموذج منطقي للبرنامج، يبين كيفية الربط السببي لأهداف البرنامج ومكوناته بالتغييرات المطلوبة في الفئة السكانية موضع الاهتمام.
- تحديد المكونات الأساسية للبرنامج، وإن لم تكن قد تحددت بعد، فيمكن تحديد سمات أفضل ممارساته، والتي عادة ما تتضمن استعراضاً دقيقاً للكتابات العلمية ذات الصلة.
- تحديد وتصنيف أي تفاوت بين نموذج البرنامج الأصلي والسياق الجديد.
- ينبغي – إذا لزم الأمر – مواءمة البرنامج الأصلي؛ ليلبي احتياجات السياق الجديد، مع الحفاظ على ولائه.
- ينبغي تعديل مواد البرنامج الأصلي، من أجل الحد من أوجه التفاوت *(193)*.

حدد البحث العديد من أنواع مواءمات البرامج المقبولة بشكل عام، والتي أثبتت خطورتها أو عدم قبولها *(194)*، وذلك من خلال التركيز على المواد المطبوعة وبرامج التدريب، على غرار تلك المستخدمة في تعزيز إعداد الآباء لرعاية الأبناء وفي وضع أدلة التدريب على تنمية المهارات الحياتية.

تتضمن المواءمات المقبولة:

- ترجمة المواد إلى اللغات المحلية وتغيير المفردات اللغوية؛
- تعديل الصور، بحيث تكون صور الأطفال والمراهقين تشبه الجمهور المستهدف؛
- استبدال المراجع الثقافية؛
- تغيير جوانب الأنشطة، مثل الاتصال المباشر، لتتماشى مع المعايير المحلية؛
- إضافة محتوى محلي مسند بالبيِّنات لزيادة الأهمية بالنسبة للمشاركين وجذبهم.

وتتضمن المواءمات المحفوفة بالمخاطر وغير المقبولة بشكل عام:

- تقليل مدة مشاركة المشاركين في البرنامج، على سبيل المثال من خلال خفض عدد الجلسات أو تقليل مدتها؛
- الاستغناء عن الرسائل أو المهارات الأساسية التي ينبغي تعلمها؛
- حذف موضوعات؛
- تغيير النهج النظري؛
- محاولة تنفيذ البرنامج بالاستعانة بموظفين أو متطوعين غير مدربين تدريباً كافياً؛
- الاستعانة بعدد من الموظفين أقل من العدد الموصى به.

إعداد خطط العمل للحكومات الوطنية والمحلية

بعد تحديد الثغرات، واختيار التدخلات، ينبغي تحديد عناصر خطة العمل الوطنية. وينطوي ذلك على اختيار الأهداف، والغايات، والمقاصد، وتحديد المؤشرات الملائمة لرصد تنفيذ البرنامج. وينبغي أن تتضمن كل خطة من خطط العمل الوطنية أنشطة تهدف إلى:

- تعزيز البنية التحتية اللازمة لتنفيذ برامج الوقاية، وتقديم خدمات الاستجابة، والإمدادات والمعدات الخاصة بها؛
- تنمية الموارد البشرية وإدارتها؛
- تبادل المعلومات، والتثقيف والتواصل، والتعبئة الاجتماعية؛
- التقييم والرصد الشاملين للتقدم المحرز صوب تحقيق الأهداف المحددة في برنامج العمل الوطني.

يتعين على جميع أصحاب المصلحة إقرار الخطة. ويمكن الاستعانة بورش العمل الوطنية لتيسير هذه العملية.

ينبغي عادة أن يتم التخطيط الاستراتيجي لبرنامج وطني لإنهاء العنف ضد الأطفال مركزياً، داخل إحدى الوزارات المخولة صراحة بتنسيق فرقة عمل متعددة القطاعات. وعلى الرغم من ذلك، ففي البلدان الأكبر، ينبغي أن يتسم تصميم البرنامج بالمرونة الكافية التي تتيح توزيعه على مستوى الإقليم، والمقاطعة، والبلدية، والبلدة/القرية، ومن ثم يمكن أن تصل التدخلات إلى كل من يحتاجونها.

ويتطلب التنفيذ الناجح وضع آلية وطنية للتنسيق تخضع للولاية الرسمية للحكومة؛ لتطوير البنية التحتية الوطنية والمحلية اللازمة لتنفيذ الخطة، وتنسيقها وبنائها. وعند تنفيذ هذه الخطط على صعيد البلديات، يتطلب الأمر نفس أنواع التنسيق. ووفقاً لما يشير إليه أحد برامج الوقاية التي طبقت حزمة الاستراتيجيات السبع INSPIRE، والذي تم تنفيذه بنجاح في سانت بطرسبرغ، الاتحاد الروسي، فإن البلدان و/أو المدن، التي لديها وحدة مركزية للتخطيط ووضع السياسات في إحدى الوزارات المخولة، ووحدات محلية للتنفيذ والتفعيل، تعتبر في وضع جيد يتيح لها تنفيذ أنشطة الوقاية من العنف (انظر **الإطار 7**).

الإطار 7

الوقاية من العنف ضد الأطفال وعوامل الخطر المتعلقة به

(سانت بطرسبرغ – الاتحاد الروسي)

في مدينة سانت بطرسبرغ، أظهر مسح، أجرى في عام 2006 على شباب الشوارع في الفئة العمرية 15-19 سنة، أعلى معدلات للاعتداء البدني أو الجنسي في السابق (38%)، وانعدام المأوى (24%)، والتيتم (وفاة أحد الوالدين أو كلاهما) (43%)، وعدم الالتحاق بالمدارس حالياً (84%)، وممارسة الجنس مقابل الحصول على السلع طيلة العمر (10%)، وتعاطي المخدرات بالحقن طيلة العمر (51%)، وانتشار العدوى بفيروس العوز المناعي البشري بنسبة 37%. واستجابة لهذا الوضع، اعتمدت حكومة المدينة خطة خمسية شاملة متعددة القطاعات، بالتنسيق مع المنظمات غير الحكومية المحلية، تضمنت تحسين الخدمات الاجتماعية والصحية، وتعزيز استجابات قطاعي العدالة والتعليم.

وفي عام 2012، تم إجراء مسح مكرر على مستوى البلدية، شمل مجموعة جديدة من أطفال الشوارع في الفئة العمرية 15-19، من أجل تقييم مدى استيعاب الاستجابة المتعددة القطاعات لعوامل الخطر وانتشار العدوى بفيروس العوز المناعي البشري وأثرها. وبحلول عام 2012 كان انتشار عوامل الخطر الرئيسية قد تراجع تراجعاً ملحوظاً، بما في ذلك، معدلات الإيذاء البدني أو الجنسي (26%)، وانعدام المأوى (4%)، والتيتم (36%)، وعدم الالتحاق بالمدارس حالياً (8%)، وممارسة الجنس مقابل الحصول على السلع طيلة العمر (4%)، وتعاطي المخدرات بالحقن طيلة العمر (15%)، والأهم من ذلك، انخفض انتشار العدوى بفيروس العوز المناعي البشري بنسبة 73%، مما أدى إلى تراجع نسبة المصابين من شباب الشوارع إلى 10% فقط.

ويدعم تراجع وباء فيروس العوز المناعي البشري بين شباب الشوارع، الذي من المرجح أن تكون الخطة قد ساهمت فيه، نهجاً متعدد القطاعات لتحسين حياة الأسر والشباب المعرضين للخطر. وفي سانت بطرسبرغ، اقترن هذا النهج المتعدد القطاعات بانخفاض الفقر على مستوى الأسر، وتعزيز الأسر، وتعديل القوانين، وتحسين الخدمات. والنموذج الذي وضعته سانت بطرسبرغ، لتحديد حالات سوء معاملة الأطفال وملاحقة الجناة قضائياً، مع توفير الحماية اللازمة للضحايا، اكتسب اعترافاً على نطاق البلد بأكمله. ويواصل نظام الخدمات، الذي وضعته حكومة المدينة، تقديم الدعم للأسر والأطفال المعرضين للخطر *(195)*.

ويتطلب التنفيذ الناجح للسياسات المعنية بإنهاء العنف ضد الأطفال، دعماً من كبار المسؤولين الحكوميين والخبراء التقنيين وذوي الخبرة في مجالي التخطيط والتنفيذ. ووجود برنامج وطني مزود بعدد كافٍ من الموظفين، على الصعيدين المركزي والمحلي، يمكن أن يوفر القيادة الشديدة الفعالية، والعمل المنسق بشأن المسائل القانونية، والإنفاذ، والتعزيز الاقتصادي، وتقديم الخدمات الاجتماعية، وإدارة البرنامج، وغيرها من الأمور.

وستتضمن خطة العمل الوطنية وصفاً للنهج الاستراتيجي الشامل لتنفيذ حزمة الاستراتيجيات السبع INSPIRE، وعلى الرغم من ذلك، ينبغي تنفيذ معظم التدخلات الفعلية، على صعيد الحكومة المحلية والمجتمع المحلي، وينبغي وصفها في خطة تفصيلية للتنفيذ. وقد لا يتسنى تنفيذ الأنشطة المحددة بالخطة بالتزامن في جميع المناطق، ومن ثم، ينبغي الاستعانة بنهج تدريجي، يتضمن أهدافاً لتغطية البلد بأكمله.

ويتعين على المخططين، في كل بلد، إجراء تقييمات للاحتياجات، وتحديد الثغرات على الصعيد المحلي، ووضع خطط تفصيلية للتنفيذ بناءً على ذلك. ويمكن القيام بذلك بالاستعانة بنهج تقييم الجاهزية للوقاية، وفقاً للوصف الوارد عالية (انظر **الإطار 6**). وينبغي أن تتضمن الخطط التفصيلية للتنفيذ جداول زمنية، وأن تظهر الروابط، التي تبين بدقة موعد تنفيذ كل نشاط ومن سيضطلع بتنفيذه. وينبغي أن تتضمن أيضاً آليات الرصد والتقييم المرتبطة بالرصد الشامل على الصعيد الوطني.

تقدير التكاليف

يمكن أن يساعد جمع وتحليل البيانات، المتعلقة بتكلفة تنفيذ حزمة الاستراتيجيات السبع INSPIRE، مخططي ومديري البرامج في وضع حزم، على الصعيد الوطني أو على صعيد المناطق، تكون ممكنة ومستدامة من الناحية التشغيلية. ويمكن الاستعانة بالمعلومات الخاصة بالتكلفة في تحديد مدى إمكانية تحمل تكلفة التدخلات، ويمكن الاستفادة منها في مقارنة تكلفة التدخلات بمجموعات التدخلات الأخرى. وبالإضافة إلى مساعدة تحليل التكلفة في تقدير الأموال الإجمالية اللازمة، فهو يساعد أيضاً في النظر في نشر الموظفين العاملين في تنفيذ التدخلات وكفاءة تكريس الإمدادات والمعدات والمدخلات الأخرى للعمل.

وتصنف التكاليف عادة حسب المدخلات، وتصنف تحديداً إلى **التكاليف الرأسمالية** و**التكاليف الجارية**. وفي حزمة الاستراتيجيات السبع (INSPIRE):

- من المحتمل أن تتضمن **التكاليف الرأسمالية** تكاليف الأنشطة الخاصة بتدريب المسؤولين عن إدارة البرنامج والموظفين القائمين على تنفيذه، والتي تنفذ مرة واحدة فقط أو مرات قليلة للغاية، وكذلك تكلفة الجهود الرامية لإذكاء الوعي في سياق برامج التعبئة المجتمعية لتغيير القيم والمعايير. علاوة على ذلك، سيكون للتدخلات الرامية إلى تحسين البيئة المبنية – على الأرجح – تكاليف رأسمالية باهظة، على الرغم من أنها من غير المحتمل أن يتم التفكير فيها مع الهدف الوحيد وهو الوقاية من العنف ضد الأطفال..
- **التكاليف الجارية**: تشمل هذه التكاليف مرتبات الموظفين والتأمين الاجتماعي؛ وتكاليف التدريب الدوري، مثل الدورات التدريبية القصيرة أثناء الخدمة؛ وتشغيل المباني والمركبات وصيانة كل منهما؛ والتكاليف التشغيلية للتعبئة الاجتماعية؛ والإمدادات المرتبطة بتقديم خدمات الاستجابة.

ويجري وضع نموذج ومصفوفة لتحديد التكاليف، وسيساعد كلاهما في تقدير تكلفة تنفيذ تدخلات حزمة الاستراتيجيات السبع INSPIRE.

تحديد المصادر المستدامة للدعم المالي

في السنوات الأخيرة، استحدث عدد متزايد من الوكالات الوطنية والدولية والثنائية مصادراً للتمويل؛ لدعم الأنشطة التي تهدف إلى الوقاية من العنف ضد الأطفال والاستجابة له، في البلدان التي تشتد فيها الحاجة. وعلى الرغم من ذلك، كان حجم هذا الدعم متواضعاً قياساً بمستويات الدعم المقدم للأهداف الصحية والإنمائية الأخرى. ومن المتوقع أن يزداد هذا الدعم مع اعتماد الغاية 16-2 من غايات أهداف التنمية المستدامة، والتي ترمي إلى إنهاء العنف ضد الأطفال، على الصعيد الوطني، وفي حين أن هذا الدعم الخارجي يحظى بالترحيب، فإن التحدي هو تعزيز التنسيق الملائم على الصعيد الوطني وضمان استدامة الأنشطة المنفذة على المدى الطويل.

وتستطيع البلدان الاستعانة بحزمة الاستراتيجيات السبع (INSPIRE) في وضع خطط العمل الوطنية؛ وذلك من أجل تعزيز مزيد من التنسيق بين أصحاب المصلحة الداخليين، بما في ذلك القطاعات الحكومية الوطنية، والمنظمات غير الحكومية، والمنظمات الدينية، والمؤسسات الأكاديمية، والقطاع الخاص، والمجتمع المدني، وكذلك أصحاب المصلحة الخارجيين، بما في ذلك – على سبيل المثال وليس الحصر – الشركاء الثنائيون والشركاء متعددو الأطراف، والمنظمات غير الحكومية الدولية، والمؤسسات العالمية العاملة في مجال الوقاية من العنف ضد الأطفال والاستجابة له. ويمكن أن يساعد التشاور التمهيدي مع المانحين المعنيين ووكالات الدعم التقني في تعزيز التنسيق وتعزيز التخطيط على الصعيد الوطني، ويمكن أن يساعد أيضاً في تفادي الازدواجية وإهدار الموارد. ومن ثم، ينبغي أن تكون إحدى الخطوات الأولى في عملية تحديد مصادر الدعم المالي هي عقد اجتماع للأطراف الوطنية والدولية المعنية، تضطلع بانعقاده إحدى الوكالات المختصة.

تنمية الموارد البشرية وإدارتها

وجود برنامج فعال مزود بعدد كاف من الموظفين معني بالوقاية من العنف، يمكن أن يؤدي بتنفيذ التدخلات إلى الحد من الخسائر الناجمة عن العنف ضد الأطفال. وفي البلدان الأصغر، التي لديها موارد مالية محدودة، يمكن أن يضطلع الموظف الواحد بأكثر من دور. وتتوقف المهارات المعينة، التي سيتم تطويرها لتنفيذ تدخلات حزمة الاستراتيجيات السبع INSPIRE، على القدرات والاحتياجات الوطنية والمحلية القائمة، وقد تتضمن مهارات الإدارة العليا والمتوسطة، ومهارات الإشراف، وقدرة موظفي الخط الأمامي على تناول ما يلي:

- التنسيق والتنفيذ المتعددي القطاعات؛
- تصميم البرنامج، وتنفيذه، وإدارته؛
- جمع البيانات وتقييمها، وتعزيز نظم الرصد؛
- التعزيز الاجتماعي والاقتصادي؛
- جعل البيئات آمنة للأطفال؛
- جمع المعلومات ورصدها وتقييمها؛
- آليات المساءلة؛
- المسائل القانونية والسياسية.

وينبغي تدريب المديرين والموظفين، المسؤولين مسؤولية مباشرة عن تنفيذ برنامج الوقاية وخدمات الاستجابة، ونشرهم ودعمهم على النحو الملائم. وينبغي – قدر الإمكان – تحديث المناهج الدراسية الحالية ومواد التدريس والتعلم والمعلمين/ المدربين أنفسهم، فيما يتعلق ببرامج التدريب قبل الخدمة وأثناء الخدمة على حد سواء، وذلك استناداً إلى احتياجات تنمية الموارد البشرية، من أجل أن تعكس المعارف والمهارات اللازمة لتنفيذ الأنشطة. وينبغي عقد التدريب أو إعادة التدريب، في سياق تنمية الموارد البشرية، لكل قطاع من القطاعات المعنية بتنفيذ حزمة الاستراتيجيات السبع INSPIRE.

التنفيذ، والرصد، والتقييم

ينبغي أن يتضمن تنفيذ استراتيجيات حزمة الاستراتيجيات السبع (INSPIRE) آليات لتيسير الرصد، من خلال جمع البيانات وتحليلها بصفة مستمرة، وينبغي أن يكون الرصد عملية مستمرة لجمع وتحليل المعلومات المتعلقة بتنفيذ حزمة الاستراتيجيات السبع INSPIRE، كما ينبغي أن يتضمن تقييماً دورياً لمعرفة ما إذا كانت الأنشطة تنفذ وفقاً للخطة الموضوعة لها ومدى مطابقتها لها؛ وذلك حتى يتسنى مناقشة المشكلات والتصدي لها. ولابد أن يتابع الرصد التقدم المحرز في الأنشطة المقررة، ويحدد المشكلات، ويقدم التعليقات للمديرين والموظفين، ويحل المشكلات قبل أن تتسبب في التأخير. وينبغي نقل نتائج التحليل إلى الجهات المعنية باتخاذ الإجراءات.

يعني رصد حزمة الاستراتيجيات السبع (INSPIRE) إثبات الأخذ ب الاستراتيجيات السبع وحصائلها، من خلال مجموعة معينة من المؤشرات. ومن أجل بلوغ هذا الهدف، يجري حالياً وضع **مؤشرات العمليات**؛ لتتبع مدى تنفيذ كل استراتيجية من الاستراتيجيات السبعة، ووضع **مؤشرات الحصائل**؛ لتقييم أثر الاستراتيجيات على انتشار العنف ضد الأطفال.

وقد تتضمن **مؤشرات العمليات** مقاييساً، مثل نسبة الآباء لأول مرة، الذين تلقوا دعماً في مجال إعداد الآباء لرعاية الأبناء في الشهور الستة الماضية، أو نسبة تلاميذ المدارس في الفئة العمرية 13-15 سنة، الذين تلقوا تثقيفاً في مجال المهارات الحياتية في السنة الأخيرة.

وقد تتضمن **مؤشرات الحصائل** مقاييس انتشار العنف ضد الأطفال، المأخوذة من المسوح السكانية الممثلة على الصعيد الوطني. على سبيل المثال، قد تتضمن هذه المقاييس نسبة أطفال المدارس، في الفئة العمرية 13-15 سنة، المتورطين في أعمال التنمر والتشاجر خلال السنة الماضية أو الشهر الماضي (من المسح العالمي لصحة طلاب المدارس – منظمة الصحة العالمية ومراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها)، أو المؤشرات المعتمدة للغاية 2-16 من غايات أهداف التنمية المستدامة، وهي نسبة الأطفال، في الفئة العمرية 1-17 سنة، الذين تعرضوا لأى عقاب جسدي أو إجراءات تأديبية عنيفة، خلال الإثنى عشر شهراً الماضية، ونسبة الذكور والإناث، في الفئة العمرية 18-24 سنة، الذين أبلغوا عن تعرضهم للعنف الجنسي قبل بلوغهم سن الثامنة عشرة. وكما هو الحال بشأن تحسين نظم الرصد والتقييم، ينبغي تصنيف المؤشرات المتبادلة حسب الجنس والفئات العمرية، والإعاقة، وسائر السمات الديموغرافية الأخرى – حسب الاقتضاء.

Credit: WHO /Christopher Black

الخاتمة

لكل طفل الحق في حياة خالية من العنف. إلا أن عدد هائل من الأطفال ما زالوا يعانون من الآثار السلبية للعنف، دون الحصول على الدعم أو الخدمات، التي يمكن أن توفر لهم سبيلاً للتعافي. ويمتلك صناع السياسات وسائر صناع القرارات القدرة على تغيير هذه الظروف. وتمنح الاستراتيجيات السبعة، التي تتضمنها حزمة الاستراتيجيات السبع INSPIRE، لصناع السياسات والأطراف الفاعلة الرئيسية الأدوات اللازمة لاتخاذ إجراء، واتخاذه على الفور.

تفرض علينا مجموعة البيِّنات المتزايدة، بشأن أنجع السبل الكفيلة بالوقاية من العنف والاستجابة له، تطبيق الدروس المستفادة – سواء في بيوتنا أو في مجتمعاتنا أو على الصعيد العالمي. ويمكن – بل وينبغي – الاستعانة بثروة الأبحاث القائمة والتدخلات التي أثبتت جدواها في وضع وتنفيذ استراتيجيات الوقاية من العنف والاستجابة له، التي من شأنها أن تساعد في كشف المستور وإنهاء العنف ضد الأطفال. وفي ذات الوقت، يتطلب الأمر بذل المزيد من الجهد لمواصلة بناء البيِّنات بشأن أنجع السبل الكفيلة بالوقاية من العنف والاستجابة له.

ويمكن الوقاية من العنف ضد الأطفال بسهولة، فالزخم بات يتجه صوب التغيير. وقد وجهت الأمم المتحدة نداءً للعمل يصدق على كل الأمم بشأن: القضاء على العنف ضد الأطفال. والدول الأعضاء بالأمم المتحدة ملتزمة أيضاً باتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الطفل. إذن فالأطر والالتزامات متوفرة، ويمكن أن تساعد استراتيجيات حزمة الاستراتيجيات السبع (INSPIRE) البلدان التي تريد استخدام أفضل البيِّنات المتاحة للوفاء بالتزاماتها.

وتتداخل هذه الاستراتيجيات مع قطاعات الصحة والرعاية الاجتماعية والتعليم والتمويل والعدل. وترتكز كل استراتيجية منها إلى بيِّنات قوية وواعدة للنجاح في البلدان المرتفعة الدخل، جنباً إلى جنب مع وجود بيِّنات متزايدة تثبت نجاحها أيضاً في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل. وقد وضع تصميم حزمة الاستراتيجيات السبع (INSPIRE) بهدف أن يلعب الرصد والتقييم دوراً رئيسياً في تنفيذ هذه الحزمة الاستراتيجيات السبع التقنية وتحسينها عند استخلاص الدروس المستفادة. وتعترف الهيئات العشرة، التي اضطلعت بوضع حزمة الاستراتيجيات السبع INSPIRE، بجميع استراتيجياتها كمكونات حاسمة للجهود الناجحة الرامية إلى الوقاية من العنف ضد الأطفال والاستجابة له.

ومكانة الأمم الحقيقية تكمن في مدى اهتمامها بأطفالها. فعندما يتعرض الأطفال لأي أذى فنحن – كمجتمع – نتضاءل. وعندما نعمل معاً لإنهاء العنف في حياتهم، فنحن نرتقي لأفضل ما بداخلنا. إن هذه الاستراتيجيات هي أفضل السبل للإسراع بتحقيق التقدم في إنهاء العنف ضد الأطفال. هيا ننفذها.

برامج ما بعد اليوم الدراسي لزيادة إشراف البالغين: تهدف إلى تحسين التحصيل الدراسي للأطفال ومشاركتهم في المدرسة، من خلال دعم دراستهم، وتقديم الأنشطة الترفيهية خارج ساعات الدراسة العادية.

تغيير المعايير والقيم الاجتماعية والثقافية المتعلقة بالجنسين: يهدف إلى تغيير التوقعات الاجتماعية، التي تحدد السلوك «الملائم» للمرأة والرجل، مثل المعايير التي تقضي بحق الرجل في السيطرة على المرأة، والتي تجعل النساء والفتيات أكثر عرضة للعنف البدني، والعاطفي، والجنسي على أيدي الرجال.

زواج الأطفال والزواج المبكر والقسري: هو الزواج الذي يكون فيه أحد الطرفين على الأقل دون سن الثامنة عشرة. كما يشير إلى حالات الزواج التي يكون فيها أحد الطرفين دون سن الثامنة عشرة، في البلدان التي يكون فيها بلوغ سن الرشد قبل ذلك أو عند الزواج. ويمكن أن يشير الزواج المبكر أيضاً إلى حالات الزواج التي يكون فيها الطرفان في سن الثامنة عشرة أو أكبر، ولكن هناك عوامل أخرى تجعلهم غير مستعدين للموافقة على الزواج، مثل مستوى النماء البدني، والعاطفي، والجنسي، والنفسي، أو نقص المعلومات بشأن الخيارات الحياتية للشخص. علاوة على ذلك، يتضمن أي حالة زواج تحدث دون الرضا الكامل الحر لأحد الطرفين أو كليهما، و/أو عندما يكون أحد الطرفين أو كلاهما غير قادر على إنهاء الزواج أو مغادرة الحياة الزوجية، بما في ذلك، كنتيجة للإكراه أو الوقوع تحت ضغط شديد من قبل المجتمع أو الأسرة.

سوء معاملة الأطفال: هو تعرض الأطفال دون سن الثامنة عشرة للإيذاء والإهمال. ويتضمن جميع أشكال المعاملة السيئة البدنية و/أو العاطفية، والاعتداء الجنسي، والإهمال أو المعاملة بالإهمال أو الاستغلال التجاري وغيره من أوجه الاستغلال، المؤدية إلى إيذاء حقيقي أو محتمل يضر بصحة الطفل، أو بقاؤه، او نماءه، أو كرامته من خلال سياق علاقات المسؤولية وثقته وقوته.

خدمات حماية الطفل: تحقق في قضايا سوء معاملة الأطفال، وتحدد الخدمات وتقيمها وتقدمها للأطفال والأسر، كجهد يهدف إلى حماية الأطفال والوقاية من تعرضهم للمزيد من سوء المعاملة، مع الحفاظ على كيان الأسرة حيثما أمكن. وأحياناً ما يطلق على هذه الخدمات مسميات أخرى، وغالباً ما يكون ذلك من أجل التعبير عن مزيد من الممارسات التي تركز على الأسر (بخلاف تلك التي تركز على الطفل)، ومن أمثلة هذه المسميات: «خدمات الطفل والأسرة»، أو «خدمات الرعاية الاجتماعية»، أو «الخدمات الاجتماعية».

العلاج السلوكي الإدراكي: هو نهج علاجي قصير الأجل موجه نحو الهدف، يؤكد على دور الأفكار والمواقف التي تؤثر على الدوافع والسلوكيات. ويعزز هذا النهج نهجاً عملياً لحل المشكلات. والهدف منه هو تغيير أنماط التفكير أو السلوك التي تتسبب في ما يواجه الأشخاص من صعوبات. ويعمل هذا النهج من خلال تغيير مواقف الأشخاص وسلوكهم، عن طريق التركيز على كيفية تعلق أفكار الشخص ومعتقداته ومواقفه بطريقة تصرفه.

العنف الجماعي: هو استخدام العنف كأداة من قبل أشخاص يعرفون أنفسهم بأنهم أعضاء في مجموعة – سواء كانت هذه المجموعة انتقالية أو كانت أكثر ثباتاً – ضد مجموعة أخرى أو مجموعة من الأشخاص، من أجل تحقيق أهداف سياسية، أو اقتصادية، أو اجتماعية.

تهدف استراتيجيات **خفارة المجتمعات المحلية** إلى خلق شراكات بين الشرطة والمجتمع، ووضع نهج لحل المشكلات، يستجيب لاحتياجات المجتمع، من خلال شراكة نشطة بين الشرطة والمجتمع.

عنف العصابات: الاستخدام العمد للعنف من قبل شخص أو مجموعة من الأشخاص، أعضاء في أو يعرفون أنفسهم بأنهم ضمن أي مجموعة ثابتة موطنها الشارع، تتضمن هويتها التورط في نشاط غير قانوني.

المعايير المتعلقة بالجنسين: هي توقعات اجتماعية تحدد ما يعتبر سلوكاً ملائماً للرجل والمرأة. وهذه المعايير هي التي تشكل وتعزز الأدوار والسلوكيات المختلفة للإناث والذكور، والأطفال، وكذلك البالغين، داخل المجتمع.

العنف بين الأشخاص: هو الاستخدام المتعمد للقوة المادية أو القدرة، سواء بالتهديد أو الاستخدام الفعلي، من قبل شخص أو مجموعة صغيرة من الأشخاص، ضد شخص آخر، أو ضد مجموعة صغيرة، بحيث يؤدي إلى حدوث أو رجحان احتمال حدوث إصابة أو موت أو إصابة نفسية أو سوء النماء أو الحرمان.

عنف العشير: هو سلوك يحدث في العلاقة الحميمية، يؤدي إلى أذى جسدي أو جنسي أو نفسي لمن يمارسون العلاقة، بما في ذلك، أعمال الاعتداء البدني، والإكراه الجنسي، والإيذاء النفسي، والسلوكيات المسيطرة.

التدريب على المهارات الحياتية/برامج التنمية الاجتماعية: صمم لمساعدة الأطفال والمراهقين في السيطرة على الغضب، وحل النزاعات، وتنمية المهارات الاجتماعية اللازمة لحل المشكلات الشخصية دون اللجوء للعنف، وعادة ما يتم تنفيذها في البيئات المدرسية.

الخدمات الطبية القانونية: توفر لضحايا العنف الجنسي الرعاية الطبية والنفسية والمشورة القانونية للضحايا، وتجمع البيِّنات الطبية والقانونية، لتأييد إفادات الضحايا والمساعدة في تحديد الجناة.

التمويل البالغ الصغر بالاقتران مع التدريب على المعايير المتعلقة بالجنسين: صمم ليعود بالنفع على المرأة التي تعيش في المجتمعات الأكثر فقراً، وهو يربط بين تقديم التمويل البالغ الصغر (الخدمات المالية للأشخاص ذوي الدخل المنخفض) والتدريب وجلسات بناء المهارات للرجال والنساء، بشأن الأدوار والمعايير التي تحقق المساواة بين الجنسين، والمعتقدات الثقافية، والتواصل، وعنف العشير.

خدمات الشرطة الموجهة نحو حل المشكلات: تضم ممارسات الشرطة اليومية بتطبيق نظرية الإجرام ووسائل البحث؛ لتعزيز الوقاية والحد من ارتكاب الجرائم والإخلال بالنظام، والتأكيد على استخدام تحليل منهجي للبيانات ووسائل للتقييم.

تجربة مضبطة تستخدم عينات عشوائية: هو نوع من التجارب العلمية، يتم فيه تخصيص الأشخاص موضع الدراسة لتدخل أو آخر من التدخلات موضع الدراسة، و/أو مجموعة مقارنة لا تخضع لأى تدخلات. يتم التخصيص العشوائي بعد تقييم مدى أهلية هؤلاء الأشخاص وتعيينهم، ولكن قبل البدء في التدخل موضع الدراسة.

العنف الموجه للذات: هو العنف الذي يفرضه الشخص على نفسه، ويصنف على أنه سلوك انتحاري أو اعتداء على الذات.

العنف الجنسي: هو أي علاقة جنسية، أو محاولة للحصول على علاقة جنسية، أو أيّة تعليقات أو تمهيدات جنسية غير مرغوبة، أو أيّة أعمال ترمي إلى الإتجار بجنس الشخص أو أعمال موجّهة ضدّ جنسه باستخدام الإكراه يقترفها شخص آخر مهما كانت العلاقة القائمة بينهما وفي أيّ مكان، بما في ذلك في المنزل أو في موقع العمل. ويمكن التمييز بين ثلاثة أشكال من أشكال العنف الجنسي، وهي العنف الجنسي الذي يتضمن الجماع (أي الاغتصاب)؛ والعنف الجنسي بالاتصال (على سبيل المثال، اللمس غير المرغوب، ولكن دون ممارسة الجماع)؛ والعنف الجنسي بدون اتصال (على سبيل المثال، التهديد بالعنف الجنسي، والتعري، والتحرش الجنسي الشفوي).

العنف: هو الاستخدام المتعمد للقوة البدنية أو القدرة، سواء بالتهديد أو الاستخدام الفعلي، ضد الذات أو ضد شخص آخر أو ضد مجموعة أو مجتمع، بحيث يؤدي إلى حدوث أو رجحان احتمال حدوث إصابة أو موت أو إصابة نفسية أو سوء النماء أو الحرمان.

عنف الشباب: هو العنف الذي يشارك فيه أشخاص في الفئة العمرية 10-29 سنة.

1. WHO. Global status report on violence prevention 2014. Geneva: World Health Organization; 2014.
2. Hillis S, Mercy J, Amobi A, et al. Global prevalence of past-year violence against children: a systematic review and minimum estimates. Pediatrics. 2016;137(3):e20154079.
3. Hidden in plain sight: a statistical analysis of violence against children. New York: United Nations Children's Fund; 2014.
4. Stoltenborgh MA, van Ijzendoorn MH, Euser E;, Bakerman-Kranenburg MJ. A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. Child Maltreatment. 2011;16:79–101.
5. Stoltenborgh MA, Bakermans-Kranenburg MJ, van Ljzendoorn MH, Alink LR. Cultural-geographical differences in the occurrence of child physical abuse? A meta-analysis of global prevalence. International Journal of Psychology. 2013;48:81–94.
6. Ending violence against children: six strategies for action. New York: UNICEF; 2014.
7. Preventing youth violence: an overview of the evidence. Geneva: World Health Organization; 2015.
8. Felitti V,Anda R, Nordenberg D, Williamson D, Spitz A, Edwards V, Koss M, Marks J. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults – the adverse childhood experiences (ACE) study. American Journal of Preventive Medicine. 1998; 14(4): 245-58.
9. Krug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi, A, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
10. Anderson N, Cockcroft A, Shea B. Gender-based violence and HIV: relevance for HIV prevention in hyper-endemic countries of southern Africa. AIDS. 2008;22:S73–86.
11. Baral SC, Beyrer K, Muessig T, Poteat AL, Wirtz MR, Decker et al. Burden of HIV among female sex workers in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. Lancet Infectious Diseases. 2012;12:538–49.
12. Benjet C. Childhood adversities of populations living in low-income countries: prevalence characteristics and mental health consequences. Current Opinion in Psychiatry. 2010;4:356–62.
13. Devries KC, Watts M, Yoshihama L, Kiss LB, Schraiber N, Deyessa et al. Violence against women is strongly associated with suicide attempts: evidence from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. Social Science & Medicine. 2011;13:79–86.
14. Dietz PM, Spitz AM, Anda D, Williamson F, McMahon PM Santelli JS et al. Unintended pregnancy among adult women exposed to abuse or household dysfunction during their childhood. JAMA. 1999;282:1359–64.
15. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Chapman D, Williamson F, Giles WH. Childhood abuse household dysfunction and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from Adverse Childhood Experiences Study. JAMA. 2001 286:3089–96.
16. Fisher J, Cabral de Mello M, Patel V, Rahman A, Tran T, Holton S et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. Bulletin of the World Health Organization. 2012;90:139G–149G.
17. García-Moreno C, Riecher-Rössler A, editors. Key issues in mental health. Violence against Women and Mental Health. 2013;178: Basel Switzerland: Karger.
18. Hillis SD, Anda RF, Felitti VJ, Nordenberg D, Marchbanks PA. Adverse childhood experiences and sexually transmitted diseases in men and women: a retrospective study. Pediatrics. 2000;106(1):E11.
19. Hillis SD, Anda RF, Dube SR, Felitti VJ, Marchbanks PA, Marks JS. The association between adverse childhood experiences and adolescent pregnancy long-term psychosocial outcomes and fetal death. Pediatrics. 2004;113(2):320–27.
20. Jewkes RK, Dunkle K, Nduna M, Shai N. Intimate partner violence relationship power inequity and incidence of HIV infection in young women in South Africa: a cohort study. Lancet. 2010;376:41–8.
21. Kessler RC, McLaughlin KA, Green JG, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM et al. Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. British Journal of Psychiatry. 2010;197:378–85.
22. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K. Aboyans V et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. Lancet. 2010;2012380 (9859): 2095–128.
23. Machtinger EL, Haberer JE, Wilson TC, Weiss DS. Recent trauma is associated with antiretroviral failure and HIV transmission risk behavior among HIV-positive women and female-identified transgenders. AIDS & Behavior. 2012a;16:2160–70.

24. Machtinger EL, Wilson TC, Haberer JE, Weiss DS. Psychological trauma and PTSD in HIV-positive women: a meta-analysis. AIDS & Behavior. 2012b;16:2091–100.
25. Mbagaya C, Oburu P, Bakermans-Kranenburg MJ. Child physical abuse and neglect in Kenya Zambia and the Netherlands: a cross-cultural comparison of prevalence psychopathological sequelae and mediation by PTSS. International Journal of Psychology. 2013;48:95–107.
26. Norton R, Kobusingy O. Injuries. New England Journal of Medicine. 2013;368:1723–30.
27. Reza A, Breiding MJ, Gulaid G, Mercy JA, Blanton C, Mthethwa Z et al. Sexual violence and its health consequences for female children in Swaziland: a cluster survey study. Lancet. 2009;373:1966–72.
28. Silverman JG, Michele R, Decker MR, Heather L, McCauley MS, Katelyn P et al. A regional assessment of sex trafficking and STI/HIV in Southeast Asia: connections between sexual exploitation violence and sexual risk. Colombo Sri Lanka: UNDP Regional Center in Colombo; 2009 http://www.undp.org/content/dam/undp/library/hivaids/ English/SexTrafficking.pdf.
29. Tharp AT, Degue S, Valle LA, Brookmeyer KA, Massetti GM, Matjasko JL. A systematic qualitative review of risk and protective factors for sexual violence perpetration. Trauma Violence & Abuse. 2012;14 (2):133–67.
30. Williamson DF, Thompson TJ, Anda RF, Dietz WH, Felitti VJ. Body weight obesity and self-reported abuse in childhood. International Journal of Obesity. 2002;26:1075–82.
31. Fang X, Brown DS, Florence CS, Mercy JA. The economic burden of child maltreatment in the United States and implications for prevention. Child Abuse & Neglect. 2012;36:156–65.
32. Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS). Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2016 (http://www.cdc.gov/injury/wisqars/index.html).
33. Fang X, Fry D, Brown D, Mercy J, Dunne M, Butchart A, Corso P, Maynzyukh K, Dzhygyrh Y, Chen Y, McCoy A, Swales D. The burden of child maltreatment in the East Asia and Western Pacific region. Child Abuse and Neglect. 2015; 42:146-62.
34. Butchart A, Phinney Harvey A, Mian M, Furniss T. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Geneva, World Health Organization; 2006.
35. Fulu E, Warner X, Miedema S, Jewkes R, Roselli T, Lang J. Why do some men use violence against women and how can we prevent it? Quantitative findings from the United Nations Multi-country Study on Men and Violence in Asia and the Pacific. Bangkok: UNDP, UNFPA, UN Women and UN Volunteers. 2013.
36. Bott S, Guedes A, Goodwin M, Mendoza JA. Violence against women in Latin America and the Caribbean: a comparative analysis of population-based data from 12 countries. Washington, DC: Pan American Health Organization; 2012.
37. Frieden TR. Six components necessary for effective public health programme implementation. American Journal of Public Health. 2014;104:17–22. doi:10.2105/AJPH.2013.301608.
38. UN Resolution A/RES/69/194 Part one (I) Ensuring the prohibition by law of all forms of violence against children. 2014.
39. Osterman K, Bjorkqvist K, Wahlbeck K. Twenty eight years after the complete ban on physical punishment of children in Finland: trends and pyschosocial concomitants. Aggressive Behavior. 2014;9999:1–14.
40. Roberts JV. Changing public attitudes towards corporal punishment: the effects of statutory reform in Sweden. Child Abuse & Neglect. 2000;24:8,1027–35.
41. Sariola H. Attitudes to disciplinary violence. Finland: Central Union for Child Welfare; 2012.
42. Bussmann K, Erthal C, Schroth A. Effects of banning corporal punishment in Europe: a five-nation comparison. In: Durrant JE, Smith AB, editors. Global pathways to abolishing physical punishment. New York: Routledge; 2011:299–322.
43. Zolotor AJ, Puzia ME. Bans against corporal punishment: a systematic review of the laws, changes in attitudes andd behaviours. Child Abuse Review. 2010;19, 229–47.
44. End Corporal Punishment [website]. London (http://www.endcorporalpunishment.org/, accessed 20 May 2016).
45. Never violence – 30 years on from Sweden's abolition of corporal punishment. Government Offices of Sweden and Save the Children Sweden; 2009, pp.3.
46. Global status report on alcohol and health 2014. Geneva: World Health Organization; 2014.
47. Fitterer JL, Nelson TA, Stockwell T. A review of existing studies reporting the negative effects of alcohol access and positive effects of alcohol control policies on interpersonal violence. Frontiers in Public Health. 2015;253:1–11.
48. Wagenaar AC, Toomey TL, Erickson DJ. Complying with the minimum drinking age: effects of enforcement and training interventions. Alcoholism: Clinical Experimental Research. 2005;29:255–62.

49. Wechsler H, Nelson TF. Will increasing alcohol availability by lowering the minimum legal drinking age decrease drinking and related consequences among youths? American Journal of Public Health. 2010;100:986–92. doi: 10.2105/AJPH.2009.178004.

50. Xuan Z, Hemenway D. State gun law environment and youth gun carrying in the United States. JAMA Pediatratrics. 2015;169(11):1024-31. doi: 10.1001/jamapediatrics.2015.2116.

51. DeSimone J, Markowitz S, Xu J. Child access prevention laws and nonfatal gun injuries. Southern Economic Journal. 2013;80(1):5–25.

52. Santaella-Tenorio J, Cerdá M, Villaveces A, Galea S. What do we know about the association between firearm legislation and firearm-related injuries? Epidemiologic Review. 2016;38: 140–157.

53. Matzopoulos RG, Thompson ML, Myers JE. Firearm and nonfirearm homicide in five South African cities: a retrospective population-based study. American Journal of Public Health. 2014;104(3):455–60.

54. UNICEF Strategic Plan, 2014–2017. New York: UNICEF; 2014 p.6.

55. Dworkin S, Hatcher A, Colvin C, Peacock D. Impact of a gender-transformative HIV and antiviolence program on gender ideologies and masculinities in two rural, South African communities. Men & Masculinities. 2012;16:181–2.

56. Jewkes R, Nduna M, Levin J, Jama N, Dunkle K, Puren A et al. Impact of Stepping Stones on incidence of HIV and HSV-2 and sexual behavior in rural South Africa: cluster randomized controlled trial. British Medical Journal. 2008;10:1–11.

57. Paine K, Hart G, Jawo M, Ceesay S, Jallow M, Morison L et al. Before we were sleeping, now we are awake: preliminary evaluation of the Stepping Stones sexual health programme in The Gambia. African Journal of AIDS Research. 2002;1:41–52.

58. Skevington S, Sovetkina E, Gillison F. "A systematic review to quantitatively evaluate 'Stepping Stones': a participatory community-based HIV/AIDS prevention intervention. AIDS & Behavior. 2013;17:1025–39.

59. Verma R, Pulerwitz J, Mahendra VS, Khandekar S, Singh A K, Das SS et al. Promoting gender equity as a strategy to reduce HIV risk and gender-based violence among young men in India. Horizons Final Report. Washington, DC: Population Council; 2008.

60. Miller E, Tancredit D, McCauley H, Decker M, Virata M, Anderson H et al. Coaching Boys into Men: a cluster-randomized controlled trial of a dating violence prevention program. Journal of Adolescent Health. 2012;51:5,431–8.

61. Lundgren R, Beckman M, Prasad Chaurasiya S, Subhedi B, Brad Kerner Whose turn to do the dishes? Transforming gender attitudes and behaviours among very young adolescents in Nepal, Gender & Development, 2013;21:1,127–145.

62. Nove A, Matthews Z, Neal S, Camacho AV. Maternal mortality in adolescents compared with women of other ages: evidence from 144 countries. Lancet Global Health. 2014;2(3):e155-64. doi:10.1016/S2214-109X(13)70179-7.

63. Why is giving special attention to adolescents important for achieving Millennium Development Goal 5? Geneva: World Health Organization; 2008 (WHO Fact Sheet WHO/MPS/08.14).

64. WHO Guidelines. Preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries. Geneva: World Health Organization; 2011.

65. Mathur S, Malhotra A, Mehta M. Youth reproductive health in Nepal: is participation the answer? Washington, DC: Improving Women's Health Worldwide; 2004.

66. Early marriage: a harmful traditional practice: a statistical exploration. New York: UNICEF; 2005.

67. Progress for Children: A World Fit for Children Statistical Review. No.6. New York: UNICEF; 2007.

68. Clifton D, Frost A. World's Women and Girls 2011 Data Sheet. Washington, DC: Population Reference Bureau; 2011.

69. Malhotra A, Warner A, McGonagle A, Lee-Rife S. Solutions to end child marriage: what the evidence shows. Washington DC: International Center for Research on Women; 2011.

70. Pulerwitz J, Martin S, Mehta M, Castillo T, Kidanu A, Verani F et al. Promoting gender equity for HIV and violence prevention: results from the Male Norms Initiative evaluation in Ethiopia. Washington, DC: PATH; 2010.

71. Raising Voices: Preventing Violence against Women and Children [website Kampala, Uganda (www.raisingvoices.org, accessed 22 May 2016)].

72. Watts C, Abramsky T, Devries K, Kiss L, Nakuti J, Kyegombe N et al. Findings from the SASA! Study: a cluster randomized controlled trial to assess the impact of a community mobilization intervention to prevent violence against women and reduce HIV risk in Kampala, Uganda. BMC Medicine. 2014;12:122.

73. Kyegombe N, Abramsky T, Devries K et al. What is the potential for interventions designed to prevent violence against women to reduce children's exposure to violence? Findings from the SASA! Study, Kampala, Uganda. Child Abuse & Neglect. 2015;50:128–140.

74. Usdin S et al. Achieving social change on gender-based violence: A report on the impact evaluation of Soul City's fourth series. Elsevier: Social Science & Medicine. 2005;61:2434–2445.
75. Soul Buddyz: tomorrow is ours. Soul City Institute Evaluation Report. Health and Development Africa Party and Soul City; 2008: pp.2 (http://www.soulcity.org.za/research/evaluations/series/soul-buddyz-series/soul-buddyz-tomorrow-is-ours-evaluationreport- 2008/soul-buddyz-tomorrow-is-ours-evaluation-report-2008).
76. Banyard VL, Moynihan MM, Plante EG. Sexual violence prevention through bystander education: an experimental evaluation. Journal of Community Psychology. 2007;35,463–81.
77. Coker AL, Fisher BS, Bush HM, Swan SC, Williams CM, Clear ER et al. 2014. Evaluation of the Green Dot Bystander Intervention to reduce interpersonal violence among college students across three campuses. Violence against Women. 2015;21:12,1507–27.
78. Coker AL, Bush HM, Fisher BS, Swan SC, Williams CM, Clear ER et al. Multi-college bystander intervention evaluation for violence prevention. American Journal of Preventive Medicine, doi: 10.1016/j.amepre.2015.08.034 (e-pub ahead of print).
79. UN Resolution A/RES/69/194 (model strategies), 2014.
80. Minamisava R, Nouer SS, Neto OL, Melo LK, Andrade AL. Spatial clusters of violent deaths in a newly urbanized region of Brazil: highlighting the social disparities. International Journan of Health Geography. 2009;27;8,66. doi: 10.1186/1476-072X-8-66.
81. Bell N, Schuurman N, Hameed SM. A multilevel analysis of the socio-spatial pattern of assault injuries in greater Vancouver, British Columbia. Canadian Journal of Public Health. 2009 Jan–Feb;100(1):73–7.
82. Nicol A, Knowlton LM, Schuurman S, Matzopoulos R, Zargaran E, Cinnamon J et al. Trauma Surveillance in Cape Town, South Africa: an analysis of 9236 consecutive trauma center admissions. JAMA Surgery. 2014;149(6):549-556. doi:10.1001/jamasurg.2013.5267.
83. Wiebe DJ, Richmond TS, Guo W, Allison PD, Hollander JE, Nance ML et al. Mapping activity patterns to quantify risk of violent assault in urban environments. Epidemiology. 2016; 27(1):32–41.
84. Braga A, Papachristos A, Hureau, D.Hotspots policing effects on crime. Campbell Systematic Reviews. 2012;8.
85. Florence C, Shepherd J, Brennan I, Simon T. Effectiveness of anonymized information sharing and use in health service, police and local government partnership for preventing violence related injury: experimental study and time series analysis. British Medical Journal. 2011;342:d3313.
86. Florence C, Shepherd J, Brennan I, Simon TR. An economic evaluation of anonymised information sharing in a partnership between health services, police and local government for preventing violence-related injury. Injury Prevention. 2014;20:108-14.
87. Skogan W, Harnett SM, Bump N, DuBois J. Evaluation of CeaseFire-Chicago. Chicago: Northwestern University Institute for Policy Research; 2009.
88. Webster D.W, Whitehill JM, Vernick JS, Parker EM. Evaluation of Baltimore's Safe Streets Program: effects on attitudes, participants' experiences, and gun violence. Baltimore, MD: Johns Hopkins Center for the Prevention of Youth Violence; 2012.
89. Picard-Fritsche S, Cerniglia L. Testing a public health approach to gun violence. New York: Center for Court Innovation; 2013.
90. Henry D, Knoblauch S, Sigurvinsdottir R. The effect of intensive ceasefire intervention on crime in four Chicago police beats: quantitative assessment. Chicago, IL: Robert R. McCormick Foundation; 2014.
91. Cassidy T, Inglis G, Wiysonge C, Matzopoulos R. A systematic review of the effects of poverty de-concentration and urban upgrading on youth violence. Health & Place. 2014;26:78–87.
92. Cerdá M, Morenoff JD, Hansen BB, Tessari Hicks KJ, Duque LF, Restrepo A et al. Reducing violence by transforming neighborhoods: a natural experiment in Medellín, Colombia. American Journal of Epidemiology. 2012;15;175(10):1045-53. doi: 10.1093/aje/kwr428. Epub 2012 Apr 2.
93. Caldera D, Burrell L, Rodriguez K, Crowne SS, Rohde C, Duggan A. Impact of a statewide home visiting program on parenting and on child health and development. Child Abuse & Neglect. 2007;318:829–52.
94. Olds DL, Eckenrode J, Henderson CR, Kitzman H, Powers J, Cole R et al. Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: fifteen-year follow-up of a randomized trial. JAMA 1997;278:8, 637–43.
95. Olds DL, Kitzman HL, Cole RE, Hanks CA, Arcoleo KJ, Anson EA et al. Enduring effects of prenatal and infancy home visiting by nurses on maternal life course and government spending: follow-up of a randomized trial among children at age 12 years. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine. 2010;164:5,419–24.

96. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. WHO Press, Geneva, 2006. (http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf).
97. Bilukha O, Hahn RA, Crosby A, Fullilove MT, Liberman A, Moscicki E et al. The effectiveness of early childhood home visitation in preventing violence: a systematic review. American Journal of Preventive Medicine. 2005;28:11–39.
98. Research trials and outcomes. Denver: Nurse-Family Partnership; July 2014, pp. 2 (http://www.nursefamilypartnership.org/ assets/PDF/Fact-sheets/NFP_Research_Outcomes_2014.aspx).
99. Evidentiary foundations of Nurse-Family Partnership. Denver: Nurse-Family Partnership; 2011, pp. 2 (http://www.nursefamilypartnership.org/assets/PDF/Policy/NFP_ Evidentiary_Foundations.asp).
100. Karoly LA, Kilburn MR, Cannon JS. Early childhood interventions: proven results, future promises.2005. Santa Monica, CA: RAND Corporation; 2005.
101. Olds D, Henderson CR Jr, Cole R, Eckenrode J, Kitzman H, Luckey D et al. Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized controlled trial. Journal of the American Medical Asscoiation. 1998;14;280(14):1238–44.
102. Knerr W, Gardner F, Cluver L. Improving positive parenting skills and reducing harsh and abusive parenting in low- and middle-income countries: a systematic review. Prevention Science. 2013;14(4):352-63. doi: 10.1007/s11121-012-0314-1.
103. Cooper P J, Tomlinson M, Swartz L, Landman M, Molteno C, Stein A et al. Improving quality of mother-infant relationship and infant attachment in socioeconomically deprived community in South Africa: randomized controlled trial. British Medical Journal. 2009;338:b974.
104. Knox M, Burkhart K. A multi-site study of the ACT Raising Safe Kids program: predictors of outcomes and attrition. Children & Youth Services Review. 2014;39:20–4.
105. Building happy families. Impact evaluation of a parenting and family skills intervention for migrant and displaced Burmese families in Thailand. New York: International Rescue Committee; 2014.
106. Parents make the difference. Findings from a randomized impact evaluation of a parenting program in rural Liberia. New York: International Rescue Committee; 2014.
107. Cluver L, Lachman J, Ward CL, Gardner F, Peterson T, Hutchings et al. Development of a parenting support programme to prevent abuse of adolescents in South Africa: findings from a pilot pre-post study. Research on Social Work Practice; (in press).
108. Vally Z, Murray L, Tomlinson M, Cooper PJ. The impact of dialogic book- sharing training on infant language and attention: a randomized controlled trial in a deprived South African community. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2015;56(8),865–873.
109. Beets MW, Flay BR, Vuchinich S, Snyder FJ, Acock A, Li KK et al. Use of a social and character development program to prevent substance use, violent behaviors, and sexual activity among elementary-school students in Hawaii. American Journal of Public Health. 2009;99:8,1438–45.
110. Washburn I, Acock A, Vuchinich S, Snyder F, Li K, Ji P et al. Effects of a social-emotional and character development program on the trajectory of behaviors associated with social-emotional and character development: findings from three randomized trials. Prevention Science. 2011;12:3,314–23.
111. Kärnä A, Voeten M, Little TD, Poskiparta E, Kaljonen A, Salmivalli C. A large-scale evaluation of the KiVa anti-bullying program: grades 4-6. Child Development. 2011;82:1,311–30.
112. Salmivalli C, Poskiparta E. KiVa anti-bullying program: Overview of evaluation studies based on a randomized controlled trial and national rollout in Finland. International Journal of Conflict & Violence. 2012;6:2,294–301.
113. Guidance for Orphans and Vulnerable Children Programming. Washington DC: The U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR); July 2012.
114. Cash transfers literature review. London: UK Department for International Development; 2011.
115. Cancian M, Yang M, Slack KS. The effect of additional child support income on the risk of child maltreatment. Social Service Review. 2013;87(3):417–37.
116. Huston AC, Miller C, Richburg-Hayes L, Duncan GJ, Eldred CA, Weisner TS et al. New hope for families and children: five year results of a program to reduce poverty and reform welfare. New York: Manpower Demonstration Research Corporation; 2003.
117. Ozer EJ, Fernald LCH, Manley JG, Gertler PJ. Effects of a conditional cash transfer program on children's behavior problems. Pediatrics. 2009;123:e630–7.
118. Austrian K, Muthengi E. Can economic assets increase girls' risk of sexual harassment? Evaluation results from a social, health and economic asset-building intervention for vulnerable adolescent girls in Uganda. Nairobi, Kenya: Population Council; 2014.

119. Bobonis G, Castro R. Public transfers and domestic violence. American Economic Journal: Economic Policy. 2013;5(1):179–205.
120. Eldred C, Zaslow M. Parenting behavior in a sample of young mothers in poverty: results of the New Chance observational study. New York: Manpower Development Research Corporation; 1998.
121. Child Protection in Crisis Network's Livelihoods and Economic Strengthening Task Force. The impacts of economic strengthening programs on children. New York: Colombia University and Women's Refugee Commission; 2011.
122. Vyas S, Watts C. How does economic empowerment affect women's risk of intimate partner violence in low- and middle-income countries? A systematic review of published evidence. Journal of International Development. 2009;21: 577-602.
123. Gupta J, Falb KL, Lehmann H, Kpebo D, Xuan Z, Hossain M et al. Gender norms and economic empowerment intervention to reduce intimate partner violence against women in rural Cote d'Ivoire: a randomized controlled pilot study. BMC International Health and Human Rights. 2013;13(1):46.
124. Falb KL, Annan J, Kpebo D, Cole H, Willie T, Xuan Z, Raj A, Gupta J. Differential impacts of an intimate partner violence prevention program based on child marriage status in rural Côte d'Ivoire. Journal of Adolescent Health. 2015 Nov;57(5):553-8. doi: 10.1016/j.jadohealth.2015.08.001. Epub 2015 Sep 12.
125. Jan J, Ferrari G, Watts CH, Hargreaves JR, Kim JC, Phetla G et al. Economic evaluation of a combined microfinance and gender training intervention for the prevention of intimate partner violence in rural South Africa. Health Policy and Planning 2011;26:366–72.
126. Pronyk PM, Hargreaves JR, Kim JC, Morison LA, Phetla G, Watts C et al. Effect of a structural intervention for the prevention of intimate-partner violence and HIV in rural South Africa: A cluster randomised trial. Lancet. 2006;368 (9551):1973–83.
127. Pronyk PM, Hargreaves JR, Morduch J. Microfinance programs and better heath: prospects for sub-Saharan Africa. JAMA. 2007;298:16,1925–27.
128. Kim JC, Watts CH, Hargreaves JR, Ndhlovu LX, Phetla G, Morison LA, Busza J, Porter JDH, Pronyk P. Understanding the impact of a microfinance-based intervention on women's empowerment and the reduction of intimate partner violence in South Africa. American Journal of Public Health. 2007;97:10:1794–1802.
129. Bandiera O et al. Women's Empowerment in Action: Evidence from a randomized control trial in Africa. 2014 (http://www.ucl.ac.uk/~uctpimr/research/ELA.pdf, accessed 21 May 2016).
130. Gender-based violence prevention: lessons from World Bank impact evaluations. Washington DC: World Bank; 2014 (http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2014/05/02/000333037_20140502121541/rendered/PDF/878540BrI0enGE0Box385206B00PUBLIC0.pdf, accessed 21 May 2016).
131. Guidelines for trauma quality improvement programmes. Geneva: World Health Organization; 2009.
132. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva: World Health Organization; 2013.
133. Wethington HR et al. The effectiveness of interventions to reduce psychological harm from traumatic events among children and adolescents: a systematic review. American Journal of Preventive Medicine. 2008;35:3,287–313.
134. Sumner SA, Mercy JA; Saul J; Motsa-Nzuza N, Kwesigabo G, Buluma R et al. Prevalence of sexual violence against children and use of social services — seven countries, 2007–2013. Morbidity and Mortality Weekly Report. June 5, 2015;64(21);565–569..
135. United Nations Model Strategies and Practical Measures on the Elimination of Violence against Children in the Field of Crime Prevention and Criminal Justice. New York: United Nations; 2015.
136. United Nations General Assembly, Guidelines for the Alternative Care of Children. United Nations General Assembly 64th Session, February 2010 (http://www.unicef.org/protection/alternative_care_Guidelines-English.pdf).
137. Pinheiro P. World report on violence against children. New York: United Nations; 2006:21.
138. King NJ, Tonge BJ, Mullen P, Myerson N, Heyne D, Rollings S, Martin R, Ollendick TH. Treating sexually abused children with posttraumatic stress symptoms: a randomized clinical trial Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2000; 39: 1347–55.
139. Bass, J. K., J. Annan, S. McIvor Murray, D. Kaysen, S. Griffiths, T. Cetinoglu, et al. 2013. "Controlled trial of psychotherapy for Congolese survivors of sexual violence." New England Journal of Medicine 368 (23): 2182–91.

140. Murray LK, Skavenski S, Kane JC, Mayeya J, Dorsey S, Cohen JA et al. Effectiveness of trauma-focused cognitive behavioral therapy among trauma-affected children in Lusaka, Zambia: a randomized clinical trial. JAMA Pediatrics. Published online June 29, 2015. doi:10.1001/jamapediatrics.2015.0580.
141. Ventevogel P, Spiegel P. Psychological treatments for orphans and vulnerable children affected by traumatic events and chronic adversity in Sub-Saharan Africa. JAMA. 2015; 314:5,511–512.
142. Dubowitz H, Feigelman S, Lane W, Kim J. Pediatric primary care to help prevent child maltreatment: the Safe Environment for Every Kid (SEEK) Model. Pediatrics. 2009 Mar;123(3):858-64. doi: 10.1542/peds.2008-1376.
143. Moyer VA and U.S. Preventive Services Task Force. Screening for intimate partner violence and abuse of elderly and vulnerable adults: U.S. preventive services task force recommendation statement. Annals of Internal Medicine. 2013;158:6,478–86.
144. Kiely M, El-Mohandes AA, El-Khorazaty MN, Blake SM, Gantz MG. An integrated intervention to reduce intimate partner violence in pregnancy: a randomized, controlled trial. Obstetrics & Gynaecology. 2010;115:273–83.
145. Bair-Merritt MH et al. Reducing maternal intimate partner violence after the birth of a child: a randomized controlled trial of the Hawaii Healthy Start Home Visitation Program. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine. 2010;164:1,16–23.
146. Duggan A, McFarlane E, Fuddy L, Burrell L, Higman SM, Windham A, Sia C. Randomized trial of a statewide home visiting program: impact in preventing child abuse and neglect. Child Abuse & Neglect. 2004;28:6,597–622.
147. Lipsey MW. The primary factors that characterize effective interventions with juvenile offenders: a meta-analytic overview. Victims and offenders. 2009;4:2,124–147.
148. Garrido et al. Garrido V, Morales LA. Serious (violent or chronic) juvenile offenders: a systematic review of treatment effectiveness in secure corrections. Campbell Systematic Reviews 2007:7.
149. Koehler JA, Lösel F, Akoensi TD, Humphreys DK. A systematic review and meta-analysis on the effects of young offender treatment programs in Europe. Journal of Experimental Criminology. 2013 ;9:1,19–43.
150. UNICEF [website]. Progress for Children 2009 (http://www.unicef.org/publications/index_50921.html, accessed 20 May 2016)
151. Bick J, Zhu T, Stamoulis C, Fox N, Zenah C, Nelson C. A randomized clinical trial of foster care as an Intervention for early institutionalization: long term Improvements in white matter microstructure. Journal of the American Medical Association. Pediatrics. 2015 Mar; 169(3): 211–219.
152. MacMillan HL, Wathen CN. Research brief: Interventions to prevent child maltreatment. London, Ontario: Preventing Violence Across the Lifespan Research Network; 2014.
153. Winokur M, Holtan A, Batchelder KE. Kinship care for the safety, permanency, and well-being of children removed from the home for maltreatment. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2014:1.
154. Hallfors D, Cho H, Rusakaniko S, Iritani B, Mapfumo J, Halpern C. Supporting adolescent orphan girls to stay in school as HIV risk prevention: evidence from a randomized controlled trial in Zimbabwe. American Journal of Public Health. 2011;101:1082–88. doi:10.2105/AJPH.2010.300042.
155. Reynolds AJ, Temple JA, Ou S, Arteaga IA, White B. School-based early childhood education and well-being: effects by timing, dosage, and subgroups. Science. 2011;333:360–364.
156. Devries K et al. The Good School Toolkit for reducing physical violence from school staff to primary school students: a cluster-randomized controlled trial in Uganda. The Lancet Global Health. 2015;3:7,e378–e386.
157. Chaux E. Classrooms in peace: a multicomponent program for the promotion of peaceful relationships and citizenship competencies. Conflict Resolution Quarterly. 2007;25:1,79–86.
158. Kaljee L, Zhang L, Langhaug L, Munjile L, Tembo S, Menon A et al. A randomized control trial for the teachers' diploma programme on psychosocial care, support and protection in Zambian government primary schools. Psychology, Health & Medicine. 2016;10:1–12. doi:10.1080/1354850 6.2016.1153682.
159. Mikton C, Butchart A. Child maltreatment prevention: a systematic review of reviews. Bulletin of the World Health Organization. 2009;87:353–361. doi:10.2471/BLT.08.057075.
160. Adolescent Girls' Empowerment Program. Zambia: Population Council; 2014 (http://www.popcouncil.org/research/adolescent-girls-empowerment-program).
161. Sarnquist C, Omondi B, Sinclair J, Gitau C, Paiva L, Mulinge M et al. Rape prevention through empowerment of adolescent girls. Pediatrics. 2014;133:5: e1226–32. doi: 10.1542/peds.2013-3414.

162. Wilson SJ, Lipsey MW. School-based interventions for aggressive and disruptive behavior: update of a meta-analysis. American Journal of Preventive Medicine. 2007;33:2,S130–S143.
163. Hahn RA, Fuqua-Whitley D, Wethington H, Lowy J, Crosby A, Fullilove M et al. Effectiveness of universal school- based programs to prevent violent and aggressive behavior: a systematic review. American Journal of Preventative Medicine. 2007;33(2S):S114–29.
164. Kibriya S et al. The effects of school-related gender-based violence on academic performance: Evidence from Botswana, Ghana, and South Africa. Washington DC: USAID and the Center on Conflict and Development; 2016.
165. Shek DTL, Ma CMS. Impact of project P.A.T.H.S. on adolescent developmental outcomes in China, Hong Kong SAR: findings based on seven waves of data. International Journal of Adolescent Medicine and Health. 2012;24(3):231–244.
166. Foshee VA, Reyes LM, Agnew-Brune CB, Simon TR, Vagi KJ, Lee RD et al. The effects of the evidence-based Safe Dates dating abuse prevention program on other youth violence outcomes. Prevention Science. 2014;15(6),907–916. doi: 10.1007/s11121-014-0472-4.
167. Foshee VA, Bauman KE, Ennett ST, Suchindran C, Benefield T, Linder GF. Assessing the effects of the dating violence prevention program 'Safe Dates' using random coefficient regression modeling. Prevention Science. 2005;6:245–57.
168. Holcomb DR, Savage MP, Seehafer R, Waalkes DM. A mixed-gender date rape prevention intervention targeting freshmen college athletes. College Student Journal.2002;36:2, 165-79.
169. Salazar LF, Vivolo-Kantor A, Hardin J, Berkowitz A. A web-based sexual violence bystander intervention for male college students: randomized controlled trial. Journal of Medical Internet Research. 2014;16(9):e203.
170. According to Stepping Stones' website, Stepping Stones is being used in an ever-growing number of countries across the globe. (http://www.steppingstonesfeedback.org/resources/5/CountriesfromSTEPPINGSTONESREVIEWOFREVIEWS2006Wallace.pdf).
171. Dunkle K et al. Perpetration of partner violence and HIV risk behaviour among young young men in the rural Eastern Cape. AIDS. 2006;20,2107–2114.
172. Jewkes R et al. Rape perpetration by young, rural South African men: prevalence, patterns and risk factors. Social Science Medicine. 2006;63,2949–2961.
173. Dunkle K et al. Transactional sex and economic exchange with partners among young South African men in the rural Eastern Cape: prevalence, predictors, and associations with gender-based violence. Social Science Medicine. 2007;65;1235–1248.
174. Jewkes R, Cornwall A. Stepping Stones: A training manual for sexual and reproductive health, communication and relationship skills, South African adaptation. Pretoria: Medical Research Council and PPASA; 1998.
175. Shaw M. Before we were sleeping but now we are awake: the Stepping Stones workshop programme in the Gambia. In: Cornwall A, Welbo A, editors. Realising rights: transforming approaches to sexual and reproductive well-being. London: Zed Books; 2002.
176. Jewkes R et al. Policy brief: evaluation of Stepping Stones: a gender transformative HIV prevention intervention. Cape Town: Medical Research Council of South Africa; 2007, pp.4 (http://www.mrc.ac.za/policybriefs/steppingstones.pdf).
177. Save the Children UK. What are we learning about protecting children in the community? An inter-agency review of evidence on community-based child protection mechanisms. Executive summary. London: Save the Children UK; 2009.
178. 7th Milestones of a Global Campaign for Violence Prevention Meeting [website]. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/7th_milestones_meeting/en/, accessed 20 May 2016).
179. Institute of Medicine. 2011. Preventing violence against women and children: Workshop summary. Washington, DC: The National Academies Press
180. Bott S, Guedes A, Goodwin M, Mendoza JA. Violence against women in Latin America and the Caribbean: a comparative analysis of population-based data from 12 countries. Washington, DC: Pan American Health Organization; 2012.
181. Dahlberg LL, Krug EG. 2002. Violence: A global public health problem. In: World report on violence and health. Geneva: World Health Organization 2002.
182. CDC, Interuniversity Institute for Research and Development (INURED), and the Comité de Coordination. Violence against children in Haiti: findings from a national survey, 2012. Port-au-Prince, Haiti: Centers for Disease Control and Prevention; 2014.
183. UNICEF, CDC, and the Muhimbili University of Health and Allied Science. Violence against children in Tanzania: findings from a national survey 2009. Dar es Salaam, Tanzania: UNICEF Tanzania; 2011.

184. UNICEF, CDC, and Kenya National Bureau of Statistics (KNBS). Violence against children in Kenya: findings from a national survey, 2010. Nairobi, Kenya: UNICEF Kenya; 2012.
185. Zimbabwe National Statistics Agency (ZIMSTAT), UNICEF, and the Collaborating Centre for Operational Research and Evaluation (CCORE). National Baseline Survey on life experiences of adolescents in Zimbabwe, 2011. Harare, Zimbabwe: ZIMSTAT; 2013.
186. Chiang LF, Kress H, Sumner SA, Gleckel J, Kawemama P, Gordon RN. Violence Against Children Surveys (VACS): towards a global surveillance system. Injury Prevention. 2016;22 Suppl 1:i17-i22. doi: 10.1136/injuryprev-2015-041820.
187. Bartolomeos K, Kipsaina C, Grills N, Ozanne-Smith J, Peden M, editors. Fatal injury surveillance in mortuaries and hospitals: a manual for practitioners. Geneva: World Health Organization; 2012.
188. Fixsen DL, Naoom SF, Blase KA, Friedman RM, Wallace F. Implementation research: a synthesis of the literature. Tampa, Florida: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network (FMHI Publication #231); 2005.
189. Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, Butchart A, Dahlberg LL, Mercy JA. Global development and diffusion of outcome evaluation research for interpersonal and self-directed violence prevention from 2007 to 2013: A systematic review. Aggression and Violent Behavior. 2014;19 (6):655–662.2014.
190. Toolkit on mapping legal, health and social services responses to child maltreatment. Geneva: World Health Organization; 2015.
191. Mikton C, Mehra R, Butchart A, Addis D et al. A multidimensional model for child maltreatment prevention readiness in low- and middle-income countries. Journal of Community Psychology. 2011;39:7, 826–843.
192. Mikton C, Power M, Ralevac Makoae M, Al Eissae M, Cheah I, Cardia N, Chooh C, Almuneef M. The assessment of the readiness of five countries to implement child maltreatment prevention programs on a large scale. Child Abuse & Neglect. 2013;37:12,1237–1251.
193. Card JJ, Solomon J, Cunningham SD. How to adapt effective programs for use in new contexts. Health Promotion Practice. 2011;12:1,25–35.
194. O'Connor C, Small SA, Cooney SM. Program fidelity and adaptation: meeting local needs without compromising program effectiveness. What works, Wisconsin – research to practice series, Issue 4, April 2007, Wisconsin: University of Wisconsin Madison and University of Wisconsin Extension Program; 2007.
195. Kornilova MS, Batluk JV, Yorick RV, Baughman AL, Hillis SK, Vitek CR. Decline in HIV serorprevalence in street youth 2006-2012, St. Petersburg, Russia: Moving towards an HIV-free generation, in press 2016, AIDS & Behavior.

منظمة
الصحة العالمية

التدبير العلاجي للأمراض غير السارية،
والوقاية من العجز والعنف والإصابات

منظمة الصحة العالمية
20 Avenue Appia
1211 Geneva 27
سويسرا

رقم الهاتف 2064-791-22-41+:
البريد الإلكتروني: violenceprevention@who.int

9 789246 565351

يمكن تحميل هذه الوثيقة من على الرابط:
www.who.int/violence_injury_prevention/violence/inspire