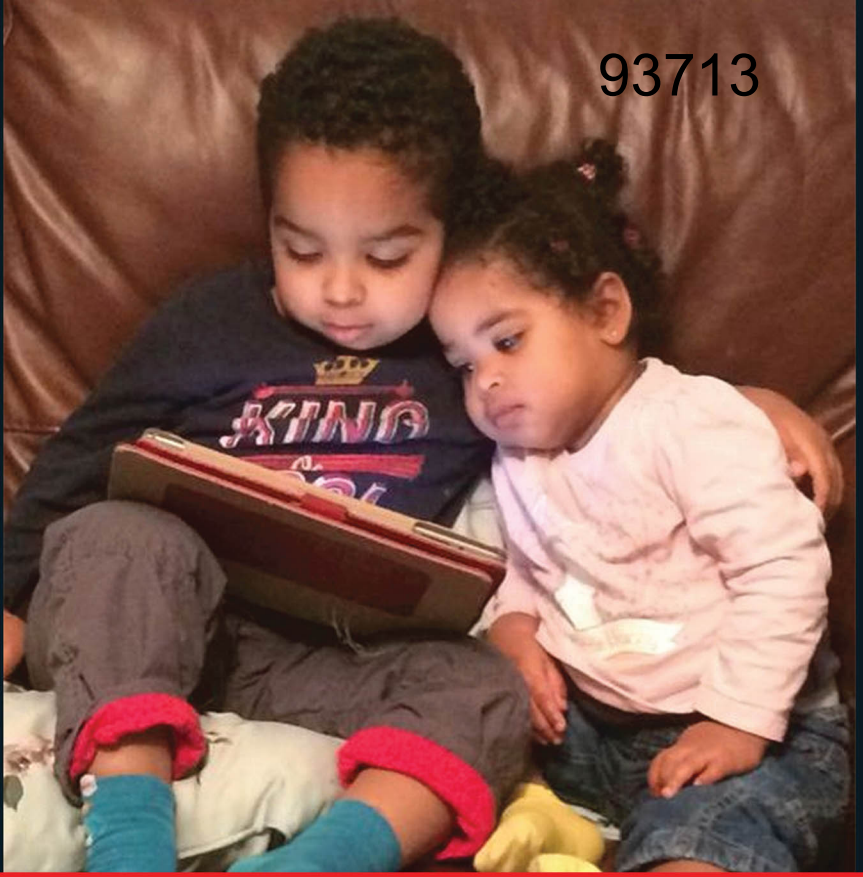


93713



التوجهات في التنمية
التنمية البشرية

توسيع نطاق الفرص للجيل القادم تنمية الطفولة المبكرة في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا

صفاء الكوكلي وكارولين كرافت

توسيع نطاق الفرص للجيل القادم

التوجهات في التنمية
التنمية البشرية

توسيع نطاق الفرص للجيل القادم تنمية الطفولة المبكرة في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا

صفاء الكوكلي وكارولين كرافت

هذا التقرير صادر أصلاً عن البنك الدولي باللغة الإنجليزية تحت عنوان [Expanding Opportunities for the Next Generation: Early Childhood Development in the Middle East and North Africa] في [2015]. وفي حالة وجود أي تباين، يعتد بالنسخة الرسمية للنص الإنجليزي. هذا العمل هو نتاج عمل موظفي مجموعة البنك الدولي مع إسهامات خارجية. ولاتشكل النتائج والتفسيرات والاستنتاجات الواردة في هذا العمل بالضرورة وجهات نظر البنك الدولي، أو مجلس مديريه التنفيذيين، أو الحكومات التي يمثلونها. ولا يضمن البنك الدولي دقة البيانات التي يتضمنها هذا التقرير. ولا تعني الحدود والألوان والمسميات والمعلومات الأخرى المبينة في أي خريطة في هذا التقرير أي حكم من جانب البنك الدولي على الوضع القانوني لأي منطقة أو تأييد لهذه الحدود أو قبولها. ولا تتضمن هذه الوثيقة ما يشكل أو يعتبر قيدياً على أو تخلياً عن الامتيازات أو الحصانات التي يتمتع بها البنك الدولي، فجميعها محفوظ على نحو محدد وصریح.

الحقوق والأدون



هذه المطبوعة متاحة بموجب ترخيص المشاع الإبداعي: <http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/igo> (CC BY 3.0 IGO): وبموجب هذا الترخيص يحق لك نسخ أو توزيع أو تعديل هذا العمل، بما في ذلك للأغراض التجارية، مع الالتزام بالشروط التالية:

إسناد العمل إلى المؤلف - يرجى إسناد هذا العمل كالتالي: الكوكلي، صفاء، وكارولين كرافت، 2015. توسيع نطاق الفرص للجيل القادم: تنمية الطفولة المبكرة في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. توجيهات في التنمية. البنك الدولي، واشنطن دي. سي. doi: 10.1596/978-1-4648-0736-7. الترخيص: إسناد المشاع الإبداعي CC BY 3.0 IGO

الترجمات - عند ترجمة هذا العمل، يرجى إضافة صيغة إخلاء المسؤولية التالية إلى جانب نسبة العمل إلى المؤلف: هذه الترجمة ليست من عمل البنك الدولي، وينبغي ألا تعتبر ترجمة رسمية له. ولا يتحمل البنك الدولي أي مسؤولية عن أي محتوى أو خطأ في هذه الترجمة.

التعديل - في حالة تعديل هذا العمل، يرجى إضافة صيغة إخلاء المسؤولية التالية إلى جانب نسبة العمل إلى المؤلف: هذا تعديل لعمل أصلي للبنك الدولي. ووجهات النظر والآراء المعبر عنها في التعديل تقع مسؤوليتها على عاتق كاتب التعديل وحده. وهي غير معتمدة من البنك الدولي.

محتوى الطرف الثالث - البنك الدولي لا يمتلك بالضرورة جميع مكونات المحتوى المتضمن في هذا العمل. ولذا، فإن البنك الدولي لا يضمن ألا يمس استخدام أي مكون أو قسم يملكه طرف ثالث متضمن في هذا العمل بحقوق هؤلاء الأطراف. وتقع مخاطر أي دعاوى قد تنشأ عن مثل هذا المساس على عاتقك وحدك. وإذا كنت ترغب في إعادة استخدام أحد مكونات هذا العمل، فإن مسؤولية تحديد ما إذا كان يلزم الحصول على تصريح إعادة الاستخدام أو الحصول على تصريح من صاحب حقوق الملكية يقع على عاتقك وحدك. ويمكن أن تتضمن أمثلة المكونات، على سبيل المثال لا الحصر، الجداول أو الأشكال أو الصور.

وجميع الاستفسارات بشأن الحقوق والتراخيص، يجب أن توجه إلى مكتب الناشر بالبنك الدولي. بريد إلكتروني: worldbank.org/pubrights، TheWorldBank، فاكس 202-522-2625، 1818 H Street NW Washington DC 20433 USA

978-1-4648-0736-7 (ISBN paper)

978-1-4648-0737-4 (ISBN electronic)

10.1596/978-1-4648-0736-7 (DOI)

صورة الغلاف: © صفاء الكوكلي. تم استخدامه بتصريح. هناك حاجة لإذن إضافي لإعادة الاستخدام.

قائمة المحتويات

xix	التمهيد	
xxi	شكر وعرّفان	
xxiii	لمحة عن المؤلفين	
xxv	الاختصارات والأسماء المختصرة	
1	المقدمة	الفصل 1
1	المقدمة	
4	قياس تنمية الطفولة المبكرة	
9	كيف ينظر هذا الكتاب في تنمية الطفولة المبكرة	
9	كيفية تنظيم الكتاب	
10	الحواشي	
10	المراجع	
15	وجهات نظر عالمية وإقليمية لتنمية الطفولة المبكرة في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	الفصل 2
15	المقدمة	
16	تنمية الطفولة المبكرة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا - الوضع في العالم	
	تنمية الطفولة المبكرة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا - مقارنة البلدان في منطقة	
21	الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	
29	العوامل التي تؤثر على تنمية الطفولة المبكرة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	
36	فرص غير متكافئة في تنمية الطفولة المبكرة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	
43	الخاتمة	
44	الملحق 2 أ - مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة، حسب البلد أو الأراضي	
45	الملحق 2ب - مجموعات بيانات جزئية	
45	الحواشي	
46	المراجع	
	الطريق إلى الأمام: بعض السياسات والبرامج للنهوض بتنمية الطفولة المبكرة	الفصل 3
49	في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	

49	يمكن منع حدوث أوجه قصور في التنمية
50	تحسين الصحة
51	تحسين التغذية
52	الوالدية والمشاركة المجتمعية لتعزيز التنمية
54	تعزيز التعلم المبكر
56	تناول الأبعاد المتعددة للتنمية
56	دور تنمية الطفولة المبكرة في الرخاء المشترك
57	الإستراتيجيات الوطنية والعمل الوطني
59	أهمية المعلومات والمعرفة
60	الخاتمة
60	المراجع

65 الجزائر الفصل 4

65	حالة تنمية الطفولة المبكرة في الجزائر
71	العوامل الرئيسية التي تؤثر على تنمية الطفولة المبكرة
75	يواجه الأطفال فرصا غير متكافئة للتطور الصحي
78	الخاتمة
78	الملحق 4 أ: البيانات
79	الملحق 4 ب: المؤشرات حسب الخصائص الأساسية
	الملحق 4 ج: العلاقة بين مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة والمعلومات الأساسية،
81	عند أخذ الخصائص الأساسية المتعددة في الاعتبار
83	الحواشي
83	المراجع

85 جيبوتي الفصل 5

85	حالة تنمية الطفولة المبكرة في جيبوتي
91	العوامل الرئيسية التي تؤثر على تنمية الطفولة المبكرة
95	يواجه الأطفال فرصا غير متكافئة للتطور الصحي
98	الخاتمة
98	الملحق 5 أ: البيانات
99	الملحق 5 ب: المؤشرات حسب الخصائص الأساسية
	الملحق 5 ج: العلاقة بين مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة والمعلومات الأساسية،
102	عند أخذ الخصائص المتعددة في الاعتبار
103	الحواشي
104	المراجع

105 جمهورية مصر العربية الفصل 6

105	حالة تنمية الطفولة المبكرة في جمهورية مصر العربية
-----	---

110	العوامل الرئيسية التي تؤثر على تنمية الطفولة المبكرة
117	يواجه الأطفال فرصا غير متكافئة للتطور الصحي
120	الخاتمة
120	الملحق 6 أ: البيانات
121	الملحق 6 ب: المؤشرات حسب الخصائص الأساسية
	الملحق 6 ج: العلاقة بين مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة والمعلومات الأساسية،
124	عند أخذ الخصائص الأساسية المتعددة في الاعتبار
124	الحواشي
125	المراجع

127	العراق	الفصل 7
127	حالة تنمية الطفولة المبكرة في العراق	
134	حالة تنمية الطفولة المبكرة في العراق	
140	يواجه الأطفال فرصا غير متكافئة للتطور الصحي	
143	الخاتمة	
143	الملحق 7 أ: البيانات	
144	الملحق 7 ب: المؤشرات حسب الخصائص الأساسية	
	الملحق 7 ج: العلاقة بين مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة والمعلومات الأساسية،	
148	عند أخذ الخصائص الأساسية المتعددة في الاعتبار	
150	الحواشي	
151	المراجع	

153	الأردن	الفصل 8
153	حالة تنمية الطفولة المبكرة في الأردن	
158	العوامل الرئيسية التي تؤثر على تنمية الطفولة المبكرة	
161	يواجه الأطفال فرصا غير متكافئة للتطور الصحي	
164	الخاتمة	
164	الملحق 8 أ: البيانات	
165	الملحق 8 ب: المؤشرات حسب الخصائص الأساسية	
	الملحق 8 ج: العلاقة بين مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة والمعلومات الأساسية،	
167	عند أخذ الخصائص الأساسية المتعددة في الاعتبار	
169	الحواشي	
169	المراجع	

171	لبنان	الفصل 9
171	حالة تنمية الطفولة المبكرة في لبنان	
174	العوامل الرئيسية التي تؤثر على تنمية الطفولة المبكرة	
177	يواجه الأطفال فرصا غير متكافئة للتطور الصحي	

179	الخاتمة
179	الملحق 9 أ: البيانات
180	الملحق 9 ب: المؤشرات حسب الخصائص الأساسية
	الملحق 9 ج: العلاقة بين مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة والمعلومات الأساسية،
181	عند الخصائص الأساسية المتعددة في الاعتبار
181	الحواشي
182	المراجع

183	ليبيا	الفصل 10
183	حالة تنمية الطفولة المبكرة في ليبيا	
188	العوامل الرئيسية التي تؤثر على تنمية الطفولة المبكرة	
193	يواجه الأطفال فرصا غير متكافئة للتطور الصحي	
195	الخاتمة	
196	الملحق 10 أ: البيانات	
197	الملحق 10 ب: المؤشرات حسب الخصائص الأساسية	
	الملحق 10 ج: العلاقة بين مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة والمعلومات الأساسية،	
200	عند أخذ الخصائص الأساسية المتعددة في الاعتبار	
202	الحواشي	
202	المراجع	

205	المغرب	الفصل 11
205	حالة تنمية الطفولة المبكرة في المغرب	
210	العوامل الرئيسية التي تؤثر على تنمية الطفولة المبكرة	
214	يواجه الأطفال فرصا غير متكافئة للتطور الصحي	
216	الخاتمة	
217	الملحق 11 أ: البيانات	
218	الملحق 11 ب: المؤشرات حسب الخصائص الأساسية	
	الملحق 11 ج: العلاقة بين مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة والمعلومات الأساسية،	
220	عند أخذ الخصائص الأساسية المتعددة في الاعتبار	
222	الحواشي	
222	المراجع	

225	الجمهورية العربية السورية	الفصل 12
225	حالة تنمية الطفولة المبكرة في الجمهورية العربية السورية	
232	العوامل الرئيسية التي تؤثر على تنمية الطفولة المبكرة	
238	يواجه الأطفال فرصا غير متكافئة للتطور الصحي	
241	الخاتمة	

241	الملحق 12 أ: البيانات
242	الملحق 12 ب: المؤشرات حسب الخصائص الأساسية
	الملحق 12 ج: العلاقة بين مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة والمعلومات الأساسية،
245	عند أخذ الخصائص الأساسية المتعددة في الاعتبار
247	الحواشي
248	المراجع

249 تونس

الفصل 13

249	حالة تنمية الطفولة المبكرة في تونس
255	العوامل الرئيسية التي تؤثر على تنمية الطفولة المبكرة
258	يواجه الأطفال فرصا غير متكافئة للتطور الصحي
260	الخاتمة
261	الملحق 13 أ: البيانات
262	الملحق 13 ب: المؤشرات حسب الخصائص الأساسية
	الملحق 13 ج : العلاقة بين مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة والمعلومات الأساسية،
264	عند أخذ الخصائص الأساسية المتعددة في الاعتبار
265	الحواشي
265	المراجع

267 الضفة الغربية وقطاع غزة

الفصل 14

267	حالة تنمية الطفولة المبكرة في الضفة الغربية وقطاع غزة
272	العوامل الرئيسية التي تؤثر على تنمية الطفولة المبكرة
275	يواجه الأطفال فرصا غير متكافئة للتطور الصحي
277	الخاتمة
278	الملحق 14 أ: البيانات
279	الملحق 14 ب: المؤشرات حسب الخصائص الأساسية
	الملحق 14 ج: العلاقة بين مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة والمعلومات الأساسية،
283	عند أخذ الخصائص الأساسية المتعددة في الاعتبار
284	الحواشي
285	المراجع

287 جمهورية اليمن

الفصل 15

287	حالة تنمية الطفولة المبكرة في اليمن
294	العوامل الرئيسية التي تؤثر على تنمية الطفولة المبكرة
299	يواجه الأطفال فرصا غير متكافئة للتطور الصحي
302	الخاتمة

302	الملحق 15 أ: البيانات
303	الملحق 15 ب: المؤشرات حسب الخصائص الأساسية
	الملحق 15 ج: العلاقة بين مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة والمعلومات الأساسية،
308	عند أخذ الخصائص الأساسية المتعددة في الاعتبار
309	الحواشي
310	المراجع

311	الطرق	الملحق أ
311	تحليل الانحدار	
311	حالات المحاكاة للأقل حظا/الأوفر حظا	
311	مؤشر الاختلاف	
312	تحليل شبلي	
312	الحواشي	
312	مراجع	

الإطارات

3	تنمية الطفولة المبكرة والأهداف الإنمائية للألفية	1-1
5	مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة التي تم فحصها في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	2-1
16	مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة التي تم فحصها في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	1-2
51	توسيع إمكانية الحصول على الرعاية الصحية والتنمية الصحية مع عاملي الصحة في المجتمع	1-3
53	إشراك الوالدين والمجتمع في الأردن	2-3
54	الجزائر: قصة نجاح لتعليم الطفولة المبكرة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	3-3
55	حماية التطور في أوقات الأزمات	4-3
56	أدوات تقييم البيئة والتنمية المبكرة	5-3
57	الالتزام الحكومي بتقليل سوء التغذية المزمن أثمر في بيرو	6-3
59	التزام بلدان الشرق الأوسط وشمال أفريقيا بحقوق الطفل	7-3
66	مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة التي تم فحصها في الجزائر	1-4
67	موجز لمؤشرات التنمية في الجزائر	2-4
86	مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة التي تم فحصها في جيبوتي	1-5
87	موجز لمؤشرات التنمية في جيبوتي	2-5
106	مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة التي تم فحصها في جمهورية مصر العربية	1-6
107	ملخص لمؤشرات التنمية في جمهورية مصر العربية	2-6
110	أثر رعاية وتعليم الطفولة المبكرة في جمهورية مصر العربية	3-6
115	التغذية والسلوكيات الصحية	4-6
128	مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة التي تم فحصها في العراق	1-7
129	ملخص مؤشرات التنمية في العراق	2-7
154	ملخص مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة التي تم فحصها في الأردن	1-8
155	ملخص لمؤشرات التنمية في الأردن	2-8
172	مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة التي تم فحصها في لبنان	1-9

173	ملخص مؤشرات التنمية في لبنان	2-9
184	مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة في ليبيا	1-10
185	ملخص مؤشرات التنمية في ليبيا	2-10
206	مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة التي تمت دراستها في المغرب	1-11
207	ملخص مؤشرات التنمية في المغرب	2-11
226	مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة التي تمت دراستها في الجمهورية العربية السورية	1-12
227	ملخص مؤشرات التنمية في الجمهورية العربية السورية	2-12
250	مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة التي تمت دراستها في تونس	1-13
251	ملخص مؤشرات التنمية في تونس	2-13
268	مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة التي تمت دراستها في الضفة الغربية وقطاع غزة	1-14
269	ملخص مؤشرات التنمية في الضفة الغربية وقطاع غزة	2-14
288	مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة التي تمت دراستها في اليمن	1-15
289	ملخص تنمية الطفولة المبكرة في اليمن	2-15

الأشكال

17	معدلات وفيات الرضع وحديثي الولادة (الوفيات لكل ألف ولادة) - مقارنة إقليمية 2012	1-2
18	رعاية قبل الولادة وأثناء الولادة بوجود قابلة ماهرة - مقارنة إقليمية، 2008 - 2012	2-2
18	الأطفال المصابون بالتقزم، بعمر 0-59 شهرا، مقارنة إقليمية -2008-2012	3-2
19	الأسر التي تتناول ملحا فيه كميات كافية من اليود - مقارنة إقليمية، 2006-2010	4-2
20	الأطفال بعمر 36-59 شهرا يمارسون أربعة إلى ستة أنشطة تنموية على الأقل، بلدان مختارة	5-2
21	معدلات الالتحاق الإجمالي في مرحلة ما قبل الابتدائي - مقارنة إقليمية، 2011	6-2
21	وفيات حديثي الولادة والرضع حسب البلدان أو الأراضي،	7-2
22	وفيات لكل ألف ولادة - أحدث مسح	
22	رعاية قبل الولادة وأثناء الولادة في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	8-2
22	حسب البلد أو الأراضي - أحدث مسح	
23	الرعاية قبل الولادة والرعاية المنتظمة قبل الولادة حسب البلد - أحدث مسح	9-2
24	الأطفال بعمر 12-23 شهرا محصنون بالكامل حسب البلد - أحدث مسح	10-2
25	الأطفال بعمر 0-59 شهرا المصابون بالتقزم حسب البلد أو الأراضي - أحدث مسح	11-2
25	النسبة المئوية للأطفال في رعاية وتعليم الطفولة المبكرة،	12-2
27	حسب البلد أو الأراضي وحسب العمر	
27	أنواع رعاية وتعليم الطفولة المبكرة حسب البلد، الأطفال الذين يحضرون	13-2
28	رعاية وتعليم الطفولة المبكرة، الأعمار 3-5	
29	الأطفال بعمر 0-4 المصابون بالتقزم والناتج المحلي الإجمالي للفرد، حسب البلد	14-2
30	الأطفال بعمر 0-4 المصابون بالتقزم ومؤشر التنمية البشرية، حسب البلد أو الأراضي	15-2

	معدلات الالتحاق في مرحلة ما قبل الابتدائي مقابل معدلات الالتحاق الإجمالي في الابتدائي،	16-2
30	حسب البلد أو الأراضي	
	الرعاية قبل الولادة حسب مستوى الثروة والبلد،	17-2
31	بلدان مختارة من الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	
	الأطفال بعمر 12-23 شهرا، محصنون بالكامل، حسب مستوى الثروة والبلد،	18-2
32	بلدان مختارة من الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	
33	التقزم حسب مستوى الثروة والبلد أو الأراضي، الأعمار 0-4	19-2
	الأطفال الذين يذهبون إلى رعاية وتعليم الطفولة المبكرة، حسب مستوى الثروة	20-2
34	والبلد أو الأراضي، بلدان وأراضٍ مختارة في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	
	الأطفال الذين يذهبون إلى رعاية وتعليم الطفولة المبكرة حسب إقامتهم في الحضر/الريف	21-2
35	والبلد أو الأراضي، بلدان ومناطق مختارة في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	
	الأطفال بعمر 0-4 الذين يمارسون أربعة أنشطة تنموية على الأقل، حسب تعليم الأم والبلد،	22-2
36	بلدان مختارة من الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	
39	وفيات الرضع - حالات المحاكاة للأوفر حظا والأقل حظا	23-2
40	الرعاية قبل الولادة - حالات المحاكاة للأوفر حظا والأقل حظا	24-2
40	الأطفال المحصنون بالكامل في عمر سنة - حالات المحاكاة للأوفر حظا والأقل حظا	25-2
41	التقزم، الأعمار 0-59 شهرا، حالات المحاكاة للأكثر حظا والأقل حظا	26-2
42	الملح المعالج باليود - حالات المحاكاة للأوفر حظا والأقل حظا	27-2
43	حضور رعاية وتعليم الطفولة المبكرة - حالات المحاكاة للأوفر حظا والأقل حظا	28-2
66	ملخص مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة	1-4
68	النسبة المئوية للأطفال المحصنين حسب المطعوم، الأعمار 12-23 شهرا	2-4
	متوسط الطول بالنسبة للعمر، والوزن بالنسبة للعمر، والوزن بالنسبة للطول،	3-4
	مقارنة بمرجعية السكان الأصحاء في الانحرافات المعيارية والنسبة المئوية	
69	من المصابين بالتقزم، ونقص الوزن، والهزال، حسب العمر بالأشهر، الأعمار 0-4 سنوات	
71	معدلات الالتحاق الإجمالي في مرحلة ما قبل الابتدائي، 1993-2010	4-4
72	أسباب عدم تلقي رعاية قبل الولادة حسب النساء اللواتي لم تستخدم رعاية قبل الولادة	5-4
	أسباب عدم تلقي رعاية قبل الولادة حسب مستوى الثروة،	6-4
73	وفقا للنساء اللواتي لم تستخدم الرعاية قبل الولادة	
74	النسبة المئوية للأطفال المصابين بالتقزم حسب الثروة، الأعمار 0-4 سنوات	7-4
77	حالات المحاكاة للأوفر حظا والأقل حظا	8-4
86	ملخص مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة	1-5
88	النسبة المئوية للأطفال بعمر 12-23 شهرا المحصنين حسب المطعوم	2-5
	متوسط الطول للعمر، والوزن للعمر، والوزن للطول مقارنة بمرجعية من السكان تتمتع بصحة	3-5
	جيدة في الانحرافات المعيارية والنسبة المئوية للمصابين بالتقزم، ونقص الوزن، والهزال،	
89	حسب العمر بالأشهر، الأعمار من 0-4 سنين	

91	النسبة المئوية للأطفال الذين يمارسون أنشطة تنموية مختلفة	4-5
	النسبة المئوية للأطفال بعمر 3-4 سنوات المصابين بالتقزم، أو نقص الوزن، أو الهزال،	5-5
93	حسب مستوى الثروة	
94	النسبة المئوية للأطفال الذين يمارسون أربعة أنشطة تنموية على الأقل حسب مستوى الثروة	6-5
	النسبة المئوية للأطفال بعمر 3-4 سنوات الذين يحضرون	7-5
95	تعليم ورعاية الطفولة المبكرة حسب مستوى الثروة	
97	عمليات المحاكاة للأوفر حظا والأقل حظا	8-5
106	ملخص مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة	1-6
	متوسط الطول للعمر مقارنة بالسكان المرجعيين الذين يتمتعون بصحة جيدة،	2-6
	في الانحرافات المعيارية والنسب المئوية للمصابين بالتقزم، حسب العمر بالأشهر،	
108	الأعمار من 0-59 شهرا.	
	النسبة المئوية للأطفال بعمر 3-5 الذين التحقوا في رعاية	3-6
110	وتعليم الطفولة المبكرة حسب العمر	
111	نوع رعاية وتعليم الطفولة المبكرة التي تم حضورها، الأعمار 3-5	4-6
	أسباب عدم الولادة في مؤسسة صحية، حسب ما أفادت به النساء اللواتي	5-6
113	لم يلدن في مؤسسة صحية	
114	النسبة المئوية للأطفال المصابين بالتقزم حسب المحافظة	6-6
	النسبة المئوية للأطفال بعمر 3-5 الذين حضروا رعاية	7-6
116	وتعليم الطفولة المبكرة حسب المحافظة	
	النسبة المئوية للأطفال الذين ذهبوا إلى دور رياض أطفال حكومية وخاصة حسب الثروة،	8-6
117	الأعمار من 3-5	
119	حالات المحاكاة للأوفر حظا والأقل حظا	9-6
128	ملخص مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة	1-7
130	النسبة المئوية للأطفال بعمر 12-23 شهرا المحصنين، حسب المطعم	2-7
	متوسط الطول بالنسبة للعمر، والوزن بالنسبة للطول مقارنة بالسكان المرجعيين الذين	3-7
	يتمتعون بصحة جيدة في الانحرافات المعيارية ونسبة المصابين بالتقزم، ونقص الوزن،	
132	والهزال حسب العمر بالأشهر، الأعمار 0-4 سنوات	
133	النسبة المئوية للأطفال الذين يمارسون أنشطة تنموية، حسب النشاط	4-7
	معدلات التحصين الكامل والمشاركة في حملات التحصين حسب الثروة،	5-7
136	الأعمار من 12-23 شهرا	
138	رصد النمو، حسب الثروة، الأعمار 0-3	6-7
	النسبة المئوية للأطفال الذين يتناولون ملحا مضافا إليه كميات كافية من اليود،	7-7
138	حسب المحافظة، الأعمار 0-4	
	النسبة المئوية للأطفال الذين يمارسون أربعة أنشطة تنموية على الأقل،	8-7
139	حسب مستوى الثروة، الأعمار من 0-4 سنين	
142	عمليات المحاكاة للأوفر حظا والأقل حظا	9-7
154	ملخص مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة	1-8
156	النسبة المئوية للأطفال في عمر 12-23 شهرا المحصنين، حسب المطعم	2-8

	متوسط الطول بالنسبة للعمر للسكان المرجعيين الذين يتمتعون بصحة جيدة،	3-8
156	في الانحرافات المعيارية حسب العمر بالأشهر، مع متوسط متحرك لثلاثة أشهر	
157	النسبة المئوية للأطفال الذين يمارسون أنشطة تنموية مختلفة	4-8
159	النسبة المئوية للأطفال بعمر 0-4 المصابين بالتقزم، حسب الثروة	5-8
	النسبة المئوية من للأطفال بعمر 3-4 سنوات الذين يحضرون رعاية وتنظيم الطفولة المبكرة،	6-8
161	حسب الثروة	
163	حالات المحاكاة للأوفر حظا والأقل حظا	7-8
172	ملخص مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة	1-9
174	النسبة المئوية للأطفال بعمر 12-23 شهرا المحصنين حسب المطعم	2-9
175	النسبة المئوية للولادات التي تتلقى رعاية قبل الولادة حسب تعليم الأم	3-9
176	تغطية التحصين للأطفال بعمر 12-23 شهرا حسب تعليم الأم	4-9
176	التقزم حسب الثروة، الأعمار 0-4	5-9
178	حالات المحاكاة للأوفر حظا والأقل حظا	6-9
184	ملخص مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة	1-10
186	النسبة المئوية للأطفال بعمر 12-23 شهرا المحصنين، حسب المطعم	2-10
	متوسط الطول للعمر مقارنة بالمرجعية الصحية من السكان،	3-10
187	بالانحرافات المعيارية حسب العمر بالأشهر	
188	نسبة الأطفال بعمر 3-5 المنتظمين حاليا في رعاية وتعليم الطفولة المبكرة	4-10
	نوع رعاية وتعليم الطفولة المبكرة التي يذهب إليها الطفل،	5-10
188	والأطفال الذين يتنظمون حاليا فيها الأعمار 3-5	
191	النسبة المئوية للأطفال بعمر 0-4 المصابين بالتقزم، حسب القضاء	6-10
	النسبة المئوية للأطفال في عمر 0-5 الذين يتناولون ملحا مضافا إليه كميات كافية من اليود،	7-10
192	حسب الثروة	
	النسبة المئوية للأطفال 3-5 الذين هم ملتحقون حاليا في رعاية وتعليم الطفولة المبكرة،	8-10
193	حسب القضاء	
195	حالات المحاكاة للأوفر حظا والأقل حظا	9-10
206	ملخص مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة	1-11
	متوسط الطول بالنسبة للعمر، والوزن بالنسبة للعمر، والوزن بالنسبة للطول والتقزم،	2-11
	نقصان الوزن والهزال، مقارنة بالأطفال الطبيعيين في الانحرافات المعيارية	
209	حسب العمر بالأشهر، الأعمار من 0 إلى 59 شهرا	
211	الرعاية ما قبل الولادة حسب الثروة	3-11
213	التقزم حسب الثروة، الأعمار من 0 إلى 4 سنوات	4-11
	النسبة المئوية للأطفال بعمر 3-5 سنين الذين يحضرون رعاية وتعليم الطفولة المبكرة،	5-11
214	مقارنة بالخصائص الأساسية	
216	حالات المحاكاة للأوفر حظا والأقل حظا	6-11
226	ملخص مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة	1-12
229	نسبة الأطفال المحصنين، العمر 12-23 شهرا، حسب المطعم	2-12

3-12	متوسط الطول للعمر مقارنة بمرجعية صحية من الأطفال، في الانحرافات المعيارية،
229	والنسبة المئوية للمصابين بالتقرمز، حسب العمر بالأشهر
230	نسبة الأطفال من عمر 4-0 الذين مارسوا أنشطة تنموية، حسب النشاط
231	نسبة الأطفال الذين يحضرون برامج رعاية وتعليم الطفولة المبكرة حالياً، في سن 3-5 سنوات
233	رعاية ما قبل الولادة والرعاية المنتظمة قبل الولادة، تبعاً لمستوى الثروة
234	نسبة الأطفال المحصنين حسب تعليم الأم، سن 12-23 شهرا
235	نسبة الأطفال المصابين بالتقرمز حسب المنطقة، من سن 0 - 4 سنوات
	النسبة المئوية للأطفال الذين يحصلون على ملح مضاف إليه كميات كافية من اليود،
236	حسب المحافظة
237	نسبة الأطفال الذين يشاركون في أربعة نشاطات تنموية أو أكثر، حسب تعليم الأم
	نسبة الأطفال الذين يحضرون برامج رعاية وتعليم الطفولة المبكرة،
238	حسب مستوى الثروة، العمر 3-5 سنوات.
240	حالات المحاكاة للأوفر حظا والأقل حظا
250	ملخص مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة
252	النسبة المئوية للأطفال المحصنين من خلال التطعيم، في عمر 18-29 شهرا
	متوسط الطول بالنسبة للعمر مقارنة بمرجعية صحية من السكان، في الانحرافات المعيارية،
253	والنسبة المئوية للتقرمز، حسب العمر بالأشهر، الأعمار 0-59 شهرا
254	النسبة المئوية للأطفال الذين يمارسون أنشطة تنموية، حسب النشاط، الأعمار 3-4 سنوات
254	النسبة المئوية للأطفال بعمر 2-5 الذين يتلقون تاديباً عنيفاً، حسب نوع التأديب
	النسبة المئوية للأطفال الذين يحضرون رعاية
257	وتنمية الطفولة المبكرة حسب المنطقة، الأعمار 3-4
	النسبة المئوية للأطفال الذين يمارسون أنشطة تنموية
257	أو يحضرون رعاية وتنمية الطفولة المبكرة، حسب المنطقة، الأعمار 3-4
260	حالات المحاكاة للأكثر حظا والأقل حظا
268	ملخص مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة
	متوسط الطول بالنسبة للعمر، والنسبة المئوية للمصابين بالتقرمز،
270	حسب العمر بالأشهر، الأعمار من 0-59 شهرا
271	نسبة الأطفال الذين يمارسون أنشطة تنموية، حسب النشاط، الأعمار 4-0
274	نسبة الأطفال الذين يمارسون أنشطة تنموية، حسب الثروة، الأعمار من 0 إلى 4 سنوات
275	الحضور في رعاية وتعليم الطفولة المبكرة، حسب الثروة، الأعمار 3-4 سنوات
277	حالات المحاكاة للأوفر حظا والأقل حظا
288	ملخص مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة
290	النسبة المئوية للأطفال بعمر 12-23 شهرا المحصنين، حسب المطعوم

	متوسط الطول بالنسبة للعمر، والوزن بالنسبة للعمر، والوزن بالنسبة للطول	3-15
	مقارنة بمرجعية سكانية تتمتع بصحة جيدة في الانحرافات المعيارية ونسب التقرمز،	
292	ونقص الوزن، والهزال وفق العمر بالأشهر لأعمار من صفر إلى 4 سنوات	
293	نسبة الأطفال في اليمن الذين يشاركون في أنشطة تنموية، حسب النشاط	4-15
	نسبة الولادات التي تتلقى رعاية قبل الولادة ورعاية على أيدي ماهرة أثناء الولادة	5-15
295	حسب مستوى ثروة وثقافة الأم	
296	النسبة المئوية للأطفال بعمر 12-23 شهرا المحصنين بالكامل، حسب المحافظة	6-15
	النسبة المئوية للأطفال المحصنين بالكامل (12-23 شهرا) ووفيات الرضع،	7-15
297	حسب مستوى الثروة	
298	نسبة الأطفال الذين يشاركون في أربعة أنشطة تنموية أو أكثر، حسب مستوى الثروة	8-15
301	حالات المحاكاة للأكثر حظا والأقل حظا	9-15

الجداول

	مؤشرات الاختلاف التي تقيس عدم تكافؤ الفرص لتنمية الطفولة المبكرة	1-2
37	في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	
44	مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة حسب البلد أو الأراضي	1-أ2
45	مصادر بيانات	1-ب2
67	المؤشرات الاجتماعية الاقتصادية للجزائر	1-2-4-ب
76	النسبة المئوية للفرص التي ينبغي إعادة توزيعها	1-4
76	مساهمات الخصائص الأساسية في عدم المساواة	2-4
79	المؤشرات حسب الخصائص الأساسية	1-ب4
81	العلاقة بين مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة والخصائص الأساسية المتعددة	1-ج4
87	المؤشرات الاجتماعية الاقتصادية لجيبوتي	1-2-5-ب
96	النسبة المئوية للفرص التي ينبغي إعادة توزيعها	1-5
96	مساهمات الخصائص الأساسية في عدم المساواة	2-5
99	المؤشرات حسب الخصائص الأساسية	1-ب5
102	العلاقة بين مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة والخصائص الأساسية المتعددة	1-ج5
107	المؤشرات الاجتماعية الاقتصادية لجمهورية مصر العربية	1-2-6-ب
118	النسبة المئوية من الفرص التي ينبغي إعادة توزيعها	1-6
118	مساهمات الظروف المختلفة في عدم المساواة	2-6
121	المؤشرات حسب الخصائص الأساسية	1-ب6
124	العلاقة بين مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة والخصائص الأساسية المتعددة	1-ج6
129	المؤشرات الاجتماعية الاقتصادية للعراق	1-2-7-ب
140	النسبة المئوية لفرص إعادة التوزيع	1-7
141	مساهمات الخصائص الأساسية في عدم المساواة	2-7
144	المؤشرات حسب الخصائص الأساسية	1-ب7

148	العلاقة بين مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة والخصائص الأساسية المتعددة	7-ج1
155	المؤشرات الاجتماعية والاقتصادية للأردن	8-2-1
162	النسبة المئوية للفرص التي ينبغي إعادة توزيعها	8-1
162	مساهمة الخصائص الأساسية في عدم التكافؤ	8-2
165	المؤشرات حسب الخصائص الأساسية	8-ب1
167	العلاقة بين مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة والخصائص الأساسية المتعددة	8-ج1
173	المؤشرات الاجتماعية الاقتصادية للبنان	9-2-1
177	النسبة المئوية للفرص التي ينبغي إعادة توزيعها	9-1
178	مساهمة الخصائص الأساسية في عدم التكافؤ	9-2
180	المؤشرات حسب الخصائص الأساسية	9-ب1
181	العلاقة بين مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة والخصائص الأساسية المتعددة	9-ج1
185	المؤشرات الاجتماعية الاقتصادية لليبيا	10-2-1
194	النسبة المئوية للفرص التي ينبغي إعادة توزيعها	10-1
194	مساهمة الخصائص الأساسية في عدم التكافؤ	10-2
197	المؤشرات حسب الخصائص الأساسية	10-ب1
200	العلاقة بين مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة والخصائص الأساسية المتعددة	10-ج1
207	المؤشرات الاجتماعية الاقتصادية في المغرب	11-2-1
215	النسبة المئوية للفرص التي ينبغي إعادة توزيعها	11-1
215	مساهمة الخصائص الأساسية في عدم التكافؤ	11-2
218	المؤشرات حسب الخصائص الأساسية	11-ب1
220	العلاقة بين مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة والخصائص الأساسية المتعددة	11-ج1
227	المؤشرات الاجتماعية الاقتصادية للجمهورية العربية السورية	12-2-1
239	النسبة المئوية للفرص التي ينبغي إعادة توزيعها	12-1
239	مساهمة الخصائص الأساسية في عدم التكافؤ	12-2
242	المؤشرات حسب الخصائص الأساسية	12-ب1
245	العلاقة بين مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة والخصائص الأساسية المتعددة	12-ج1
251	المؤشرات الاجتماعية الاقتصادية لتونس	13-2-1
258	النسبة المئوية للفرص التي ينبغي إعادة توزيعها	13-1
259	مساهمة الخصائص الأساسية في عدم التكافؤ	13-2
262	المؤشرات حسب الخصائص الأساسية	13-ب1
264	العلاقة بين مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة والخصائص الأساسية المتعددة	13-ج1
269	المؤشرات الاجتماعية الاقتصادية للصفة الغربية وقطاع غزة	14-2-1
276	النسبة المئوية للفرص التي ينبغي إعادة توزيعها	14-1
276	مساهمة الخصائص الأساسية في عدم التكافؤ	14-2
279	المؤشرات حسب الخصائص الأساسية	14-ب1
283	العلاقة بين مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة والخصائص الأساسية المتعددة	14-ج1

289	المؤشرات الاجتماعية الاقتصادية لليمن	ب15-2-1
300	النسبة المئوية للفرص التي ينبغي إعادة توزيعها	1-15
300	مساهمة الخصائص الأساسية في عدم التكافؤ	2-15
303	المؤشرات حسب الخصائص الأساسية	ب15-1
307	قياسات الجسم البشري حسب الخصائص الأساسية	ب15-2
308	العلاقة بين مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة والخصائص الأساسية المتعددة	ج15-1
309	العلاقة بين مؤشرات قياس الجسم البشري والخصائص الأساسية المتعددة	ج15-2

كان أحد أكثر التطورات إثارة في مجال تنمية الطفولة المبكرة في السنوات العشر الأخيرة، هي الأدلة التي تراكمت من عدد من التخصصات، والتي تثبت أن الاستثمارات في تنمية الطفولة المبكرة تُحسِّن بشكل كبير من صحة الطفل، وقدرته على التعلم، ومكتسباته المستقبلية، ومعدل توقع الحياة له. وأظهرت عمليات تقييم الآثار الدقيقة من أفريقيا، وآسيا، وأمريكا اللاتينية، والولايات المتحدة أن الأطفال الذين يتلقون تحفيزا معرفيا، ومكملات غذائية وتعلما قبل المرحلة الابتدائية في الأشهر الستين الأولى من حياتهم، يعيشون حياة صحية أكثر، ويبقون في المدرسة لفترة أطول، ويكسبون أكثر من الأطفال الذين هم من خلفيات اجتماعية اقتصادية مشابهة ولكن لم يتلقوا هذه التدخلات. وتشرح الأبحاث الرائدة في مجال الجهاز العصبي سبب ذلك، حيث إن معظم نقاط الاتصال العصبي في الدماغ تتشكل في السنوات القليلة الأولى من العمر، والتفاعلات المتكررة بين الأطفال وأهاليهم أو مانحي الرعاية تعزز نقاط الاتصال هذه. وعلى العكس من ذلك، فإن غياب مثل هذه التفاعلات، والضغط الناتجة عن سوء التغذية والإهمال، يمكن أن تؤثر سلبا على تطور الدماغ.

على الرغم من هذه الأدلة الدامغة، فإن الاستثمار في تنمية الطفولة المبكرة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا هو من بين أدنى الاستثمارات في العالم. ففي 2011، بلغ إجمالي الالتحاق في مرحلة التعليم قبل الابتدائي 27 في المائة، أي نصف المعدل في العالم وأقل من المعدل في أي منطقة أخرى باستثناء أفريقيا جنوب الصحراء. وهذا النقص مهم لسببين على الأقل. أولا، استثمرت المنطقة بشكل كبير في التعليم وفي الأطفال بعمر 6 سنوات وأكثر، وحققت نتائج جيدة من حيث الالتحاق ومعدلات إكمال التعليم. إلا أن محصلات التعلم كانت مخيبة للأمل. والواقع أن أحد أسباب ارتفاع معدل البطالة في المنطقة هو عدم المطابقة بين مهارات الشباب المعرفية وغير المعرفية والطلب في مكان العمل. وثانيا، تحاول البلدان الغنية بالموارد في المنطقة، أن تنوع من اقتصادياتها نحو الأفضل لكي تكون أفضل استعدادا لمرحلة ما بعد النفط. وحيث إنه من الصعب التنبؤ بأي من الصناعات ستكون مربحة بعد 20 أو 30 سنة من الآن، فالحل هو أن يملك السكان مهارات كافية بحيث يتمكنون من استغلال الفرص المتوفرة لهم في المستقبل. ويشكل بالتالي الاستثمار في تنمية الطفولة المبكرة الذي هو أحد أقوى الطرق لبناء رأس المال البشري للجيل القادم، جزءا من إستراتيجية التنويع في المنطقة.

ويسعى هذا الكتاب، الذي هو نتاج أبحاث دقيقة، لردم الهوة بين الوضع الحالي لتنمية الطفولة المبكرة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا وإمكانياتها. ويقوم بذلك من خلال توثيق وضع الأطفال الصغار، والاستثمار في تطويرهم، والعوامل التي تحدد الاستثمار عبر بلدان الشرق الأوسط وشمال أفريقيا ومقارنته ببلدان أخرى. ومن شأن

هذه المعلومات وحدها أن تكون سيلا قويا لتحفيز الاستثمار في تنمية الطفولة المبكرة. لأنه لو أدرك الأهالي قيمة الاستثمار في التنمية المبكرة لأطفالهم، فقد يكرسون جزءا أكبر من مواردهم الخاصة، ويحشدون المزيد من الموارد العامة لهذه الأنشطة.

إلا أن الكتاب يذهب إلى أبعد من ذلك، ويُجري تحليلا فرديا للاثني عشر بلدا وأرضاً، حيث يقوم بدراسة ظروفها الخاصة، واستخلاص (للمرة الأولى في بعض الحالات) بيانات عن جهود تنمية الطفولة المبكرة فيها، ويقترح مسارا إلى الأمام لتعزيز فرص تحسين رفاهة الجيل القادم. وحيث إن هذه البرامج والسياسات تمت مناقشتها مع الحكومات وأصحاب المصلحة الآخرين في المنطقة، فإن هذا يعتبر بشير خير من حيث اعتمادها.

ويشكك خبراء الاقتصاد عادة عندما يواجهون استثمارا له عوائد مرتفعة بشكل غير عادي. (وقد يتساءلون "لو كان هذا الأمر مربحا لهذه الدرجة، فلم لم يتم القيام به من قبل؟") ولكن في حالة تنمية الطفولة المبكرة، الدليل العلمي جديد نسبيا. كما كان صناع السياسات في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا مشغولين بمشكلات أخرى لاسيما مؤخرا. وبعد أن قرأت هذا الكتاب، أصبحت مقتنعا بأن استثمار الموارد في تنمية الطفولة المبكرة هو أحد أفضل الاستثمارات التي يمكن لشعوب منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا القيام بها.

شانتانايان ديفاراجان

كبير الاقتصاديين

منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا

البنك الدولي

شكر وعرقان

نظرا لندرة المعلومات عن وضع تنمية الطفولة المبكرة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، قام فريق من إدارة التنمية البشرية في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا في البنك الدولي بوضع برنامج لعمل تحليلي واستشاري بعنوان تنمية الطفولة المبكرة من أجل فرص أفضل (ECD-4-ABC). وكان الهدف من البرنامج هو المساهمة في بناء قاعدة الأدلة اللازمة لتنمية الطفولة المبكرة من أجل إفادة صانعي السياسات، والعاملين في مجال التنمية، في تصميم سياسات وبرامج يمكن أن تدعم تطوير هذه المرحلة الهامة. و قد قام برنامج تنمية الطفولة المبكرة من أجل فرص أفضل باستخدام أحدث بيانات المسوحات الوطنية المتاحة لتحليل وضع تنمية الطفولة المبكرة في 12 بلدا من بلدان وأراضي منطقة الشرق الأوسط و شمال أفريقيا (الجزائر، وجيبوتي، وجمهورية مصر العربية، والعراق، والأردن، ولبنان، وليبيا، والمغرب، والجمهورية العربية السورية، وتونس، والصفحة الغربية وقطاع غزة، واليمن). وهذا الكتاب هو نتاج هذا العمل، ويعرض وضع تنمية الطفولة المبكرة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، مع مقارنات بين الأقاليم وداخلها ودراسة حالات من الاثني عشر بلدا وأرضاً. وهذه هي المرة الأولى في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا التي يتم فيها استخدام بيانات المسوحات الوطنية لإجراء تحليل شامل لوضع تنمية الطفولة المبكرة الذي لا يغطي فقط الصحة، والتغذية، والتعليم، ولكن يتفحص أيضا التطور المعرفي، والعاطفي والنفسي للأطفال. وعلاوة على ذلك، فهو يتحرى الخصائص الأساسية التي تؤثر على محصلات تنمية الطفولة المبكرة، وتكافؤ الفرص في تنمية الطفولة المبكرة، ومساهمة الخصائص الأساسية في تفاوت الفرص بين الأطفال.

وتود المؤلفتان أن تعبرا عن شكرهما على الدعم الذي تلقتهما من عدد من الزملاء، من بينهم جوناثان والترز لتسهيل تمويل عملنا، ومراد الزين لتوفير الإشراف الإداري، وولاء السير على مساعدتها في البحث الخاص بالمعلومات الأساسية، وإيلينا جاجيفا على الدعم الإداري. كما نود أن نشكر المراجعين النظراء على ملاحظاتهم القيمة وتوجيهاتهم وهم تمار مانويليان أتنيك، وماريتو جارسيا، وبول غليوي، وميشيل نيومان. كما نتمن عالبا التغذية الراجعة التي تلقيناها من عدد من الزملاء في مراحل مختلفة وهم أنيس باريس، وكمال براهام، وهنا بلاكوكا بريكسي، ومنى كوزي، وأرنستو كوادرا، وشانتيانا ديفارجان، وأماندا ديفنتشيلي، وجانيت دولي، ولير أرسادو، وكارولين فروند، وستين جورجسنن، وروزالين كيشي مبا كالو، وبيرس ميريك، ويلي موتاغلي، ورائجانا مخيرجي، وتامر رابي، وجانيت أولمان، وتارا فيشوانات.

ونود أن نوجه شكرا خاصا للدكتور أحمد عبد المنعم، مدير المشروع العربي لصحة الأسرة، على إتاحة مجموعات البيانات لنا. كما نود أن نشكر أيضا منظمة الأمم المتحدة للطفولة على بيانات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات، والوكالة الأمريكية للتنمية الدولية على بيانات المسح الديمغرافي والصحي. وأخيرا والأهم من ذلك، نود التعبير عن امتناننا للمسؤولين الحكوميين والباحثين في المنطقة على ملاحظاتهم وتبادلهم الآراء حول النتائج، سواء خطيا أو أثناء تقديم النتائج خلال دورة الخيارات الإستراتيجية لإصلاح التعليم في العالم العربي التي عقدت في الكويت في أبريل/نيسان 2013.

كارولين كرافت	صفاء الكوكلي
مرشحة لنيل الدكتوراة	أخصائية أولى
قسم الاقتصاد التطبيقي	مجموعة الممارسات العالمية المعنية بالتعليم لدى البنك الدولي
جامعة مينيسوتا	البنك الدولي

نبذة عن المؤلفتين

صفاء الطيب الكوكلي خبيرة أولى في مجال التعليم مع 20 عاما من الخبرة في التنمية الدولية. تعمل السيدة صفاء حاليا أخصائية أولى مع مجموعة الممارسات العالمية المعنية بالتعليم لدى البنك الدولي. وقبل ذلك كانت مديرة قطاع للتنمية البشرية، وتغطي التعليم، والصحة والعمل، والحماية الاجتماعية لأربعة عشر بلدا من بلدان البحر الكاريبي وهاتي في منطقة أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي في البنك الدولي. كما كانت السيدة الكوكلي خبيرة اقتصادية أولى في إدارة التنمية البشرية ورئيس الخبراء الاقتصاديين في مكتب البنك الدولي لمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. بالإضافة إلى الاثني عشرة سنة التي أمضتها في البنك الدولي، كانت السيدة صفاء الكوكلي المدير الإقليمي لغرب آسيا وشمال أفريقيا في مجلس السكان الدولي ومقره في القاهرة، مصر، ومسؤولة أبحاث في منتدى البحوث الاقتصادية (ERF)، حيث تشغل حاليا منصب مسؤولة سياسات. وتغطي خبرتها أكثر من 20 دولة حول العالم، وتشمل الأبحاث، وحوار السياسات، وصياغة الإستراتيجيات وتصميم المشاريع، والإدارة. والسيدة صفاء لها منشورات على نطاق واسع في مجالات التنمية البشرية، والتعليم، وأسواق العمل، والنوع الاجتماعي. وهي حاصلة على بكالوريوس في الاقتصاد من جامعة بنسلفانيا (الولايات المتحدة) ودرجة الماجستير في الفلسفة في دراسات التنمية من معهد الدراسات التنموية في جامعة ساسكس (المملكة المتحدة).

كارولين كرافت حاصلة على درجة الماجستير في السياسات العامة من مدرسة همفري للشؤون العامة وتتابع الآن دراستها للحصول على درجة الدكتوراة في الاقتصاد التطبيقي في جامعة مينيسوتا. ويتناول بحثها قضايا في اقتصاديات التنمية، وبشكل رئيسي العمل، والتعليم، والصحة وعدم التكافؤ في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. وتشارك حاليا في أبحاث تتعلق بسوق العمل في مصر، واقتصاديات الزواج في شمال أفريقيا، والتعليم في جمهورية مصر العربية والأردن، وتنمية الطفولة المبكرة في جميع أنحاء منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا.

الاختصارات والأسماء المختصرة

فرصة أفضل	ABC
لقاح السل	BCG
التحويلات النقدية المشروطة	CCT
المسح الديموغرافي والصحي	DHS
دفتيريا، سعال ديكلي، كزاز	DPT
جمهورية الكونغو الديمقراطية	DRC
رعاية وتعليم الطفولة المبكرة	ECCE
تنمية الطفولة المبكرة	ECD
تنمية الطفول المبكرة من أجل فرص أفضل	ECD-4-ABC
مقياس تصنيف البيئة في مرحلة الطفولة المبكرة - النسخة المنقحة	ECERS-R
أداة التنمية المبكرة	EDI
التعليم للجميع	EFA
منتدى البحوث الإقتصادية	ERF
إصلاح التعليم من أجل إقتصاد المعرفة	ERfKE
الناتج المحلي الإجمالي	GDP
الدخل القومي الإجمالي	GNI
مؤشر التنمية البشرية	HDI
النزلة الترفيية من النوع باء	HIB
نسبة الذكاء	IQ
الأهداف الإنمائية للألفية	MDGs
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	MENA
المسح العنقودي المتعدد المؤشرات	MICS
التنمية البشرية في الشرق الأوسط و شمال أفريقيا - التعليم	MNSHE
منظمة التعاون الإقتصادي والتنمية	OECD
المشروع العربي لصحة الأسرة	PAPFAM
برنامج التعليم والصحة والغذاء (برنامج التحويلات النقدية المشروطة لحكومة المكسيك)	PROGRESA
نهج النظر من أجل تحسين نتائج التعليم	SABER

الإحراف المعياري	SD
برنامج الأمم المتحدة الإنمائي	UNDP
منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة	UNESCO
صندوق الأمم المتحدة للسكان	UNFPA
منظمة الأمم المتحدة للطفولة	UNICEF

المقدمة

المقدمة

الطفولة المبكرة¹ هي أهم مرحلة في التنمية البشرية. إن نجاح أو فشل البلدان في تعزيز تنمية الطفولة المبكرة لا يُشكل مسار حياة الأطفال الصغار فحسب، بل مسارات تنمية البلدان كذلك. والنجاح في المدرسة ومحصلات سوق العمل متجزران في تنمية الطفولة المبكرة. فالسنوات الأولى من حياة الطفل هي تكوينية بشكل خاص، إذ إن الدماغ الذي يكون في طور النمو في هذه الفترة يستجيب استجابة كبيرة للبيئة المادية، والاجتماعية، والعاطفية. وتبدأ عملية تشكيل نقاط الاشتباك العصبي - وهي اللبنة الأساسية للدماغ والجهاز العصبي - في الرحم وتصل إلى حدها الأقصى في غضون السنوات الأولى من الحياة (شونكوف وفيليبس 2000). ويمكن أن يكون للتجارب الأولى أثر دائم على تطور دماغ الأطفال وصحتهم. وبالتالي فإن التنمية في مرحلة الطفولة المبكرة هي أساس هام للنجاح خلال سنوات الدراسة ولاحقا في مرحلة سن الكبار. وعندما يعاني الأطفال من سوء الصحة، وسوء التغذية، أو من عدم كفاية التحفيز المبكر، يكونون عرضة لخطر نقص النمو. وسيستمر على الأقل 200 مليون طفل دون سن 5 سنوات في جميع أنحاء العالم بالحياة بعد مرحلة الطفولة، ولكنهم سيفشلون في تطوير إمكانياتهم الكاملة بسبب أوجه القصور التي تعرضوا لها خلال السنوات الأولى (والكر وآخرون، 2007)، والتجارب المتكررة والمطولة السلبية، التي تتراوح بين الفقر والتعرض للعنف، وتولد مستويات «ضارة جدا» من التوتر في مرحلة الطفولة المبكرة، من المرجح أن تؤدي إلى إلحاق الضرر بالإدراك، والتعلم، والسلوك والصحة البدنية (شونكوف وغارنر 2012).

مرحلة الطفولة المبكرة هي أيضا المرحلة التي تحدث فيها بعض التدخلات الأكثر فاعلية لتعزيز التنمية البشرية. تُظهر أحدث الأدبيات حول تنمية الطفولة المبكرة أنه في حين توجد مجموعة واسعة من العوامل البيولوجية والسيكولوجية التي تعرض الأطفال لخطر ضعف التطور، مثل عدم كفاية التحفيز الإدراكي، والتقزم، ونقص اليود، أو اكتئاب الأمهات (والكر وآخرون، 2011)- هناك أيضا مجموعة كبيرة متنوعة من العوامل الوقائية والإستراتيجيات الفاعلة التي يمكن أن تحسن تنمية الطفولة المبكرة (إنغل وآخرون، 2011؛ والكر وآخرون، 2011). ويمكن أن يكون للتدخلات في مرحلة الطفولة المبكرة آثار صحية وسلوكية فورية تؤدي إلى نمو بدني ومعرفي أفضل على المدى القريب، وتحسينات طويلة الأمد في التحصيل التعليمي والموارد البشرية. فعلى سبيل المثال، الأطفال الذين لا يحصلون على ما يكفي من عنصر اليود المغذي سيكونون تطور دماغهم محدودا، مما ينتج عنه انخفاض مستوى الذكاء لديهم كثيرا (كيان وآخرون 2005). إلا أن مكملات اليود، التي غالباً ما يتم توفيرها من خلال إضافة اليود إلى الملح، يمكن أن تمنع خسارة الإمكانيات البشرية هذه. كما يمكن أن يكون التعليم في مرحلة الطفولة المبكرة أحد التدخلات الهامة في مرحلة

الطفولة المبكرة. وتوصلت إحدى الدراسات إلى أن الطلاب في سن 15 عاما الذين كانوا قد التحقوا بالتعليم ما قبل الابتدائي، كان أداءهم أفضل في تقييم للقراءة من أولئك الذين لم يلتحقوا بالتعليم ما قبل الابتدائي. وحتى بعد احتساب الفروق الاجتماعية والاقتصادية بين الطلاب، فإن أولئك الذين التحقوا بالتعليم قبل الابتدائي كان أداءهم أعلى، بفارق يعادل تقريبا سنة واحدة من التعليم النظامي (منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، 2011). في الهند، كان من المرجح أن يكون الأطفال الذين شاركوا في برامج تنمية الطفولة المبكرة ملتحقين في المدرسة حتى سن 18 (هازاريكا وفيرين، 2013).

إن رعاية وتعليم الطفولة المبكرة ليست مفيدة فقط لتطور الأطفال ولكن أيضا لأسرهم، حيث إن رعاية وتعليم الطفولة المبكرة يمكن أن تتيح الوقت للأشقاء أو الآباء لكي يستثمروا وقتهم في أنشطة إنتاجية أخرى، مثل الدراسة أو العمل (لوكشين، وغلينسكايا وغارسيا، 2000؛ سشلوسير، 2005). إن النهوض بتنمية الطفولة المبكرة يمكن أن يكون فاعلا كبرنامج للأشغال العامة، يوفر فرص تشغيل، لاسيما للشابات. على سبيل المثال، درب برنامج للأشغال العامة في جنوب أفريقيا 20000 شاب عاطل عن العمل تقريبا (معظمهم من الشابات) للعمل في مواقع لتنمية الطفولة المبكرة في المناطق الفقيرة (أتونوبولوس وكيم، 2011).

حالات النقص في النمو التي تصيب الطفل في مرحلة مبكرة من العمر لايمكن التخلص من أثرها على حياته لاحقا، وهي تؤدي إلى إدامة دورة الفقر وعدم المساواة. وتبدأ حالة عدم المساواة في مرحلة الطفولة المبكرة، وهي تسهم في مرحلة الطفولة المبكرة في دورات من الفقر والحرمان بين الأجيال. فالأطفال من الأسر الفقيرة يراكمون رأس مال بشريا أقل، وبالتالي هم أكثر عرضة للفقر عندما يكبرون. فالفرقات في النمو الحركي المرتبطة بالوضع الاجتماعي والاقتصادي للأسرة تم اكتشافها في مصر في مرحلة مبكرة من عمر الطفل وصلت إلى ستة أشهر (كيركسي وآخرون 1994). فالعلاقة بين الفقر والمجالات المتعددة لتنمية الطفل وجدت في مراحل مبكرة من عمر الطفل، أي في عمر 12 شهرا في البرازيل، و10 أشهر في الهند، و18 شهرا في بنغلاديش (غرائنام - ماكزيرغور وآخرون، 2007). علاوة على ذلك، بين الأطفال في عمر ما قبل المدرسة، يمكن أن يتراكم التأخير على المستوى اللغوي والإدراكي تراكما سريعا إن لم تتم معالجته. وفي الإكوادور مثلا، في حين أن الفروقات في المفردات بين الأطفال في سن ثلاثة أعوام تميل إلى أن تكون ضئيلة، فإنه في سن ست سنوات كان الأطفال في الأسر الأقل ثراءً أو تعليما متأخرين جداً عن الأطفال في الأسر الأكثر ثراءً أو تعليماً (باكسون وسكادي 2007). ويمكن أن تساعد برامج تنمية الطفولة المبكرة على تقليص هذه الفجوات؛ على سبيل المثال، قلص برنامج تنمية طفولة مبكرة في إندونيسيا من فجوة التحصيل بين الأطفال الفقراء والأغنياء (جونغ وحسن 2014). وتم تعريف التوسع في نطاق التعليم ما قبل الابتدائي الحكومي على أنه سياسة التعليم ذات الأثر الأكبر على التقليل من عدم المساواة في المكاسب (شيشي وفان دي ويفهورست، 2014). وتلعب بالتالي تنمية الطفولة المبكرة دورا هاما في الشمول الاجتماعي.

للاستثمارات في تنمية الطفولة المبكرة فوائد اقتصادية جمّة (نوريس وبارنيت 2010). يكون النمو الاقتصادي للبلدان التي تستثمر في رأس المال البشري نموا أقوى (سالا-إي-مارتن، ودوبيلهوفر، وميلر، 2004). والاستثمارات في مرحلة الطفولة المبكرة لها أعلى معدل للعائد على رأس المال البشري. وقد بين هيكممان (2006) أن منافع الاستثمار في برامج مرحلة ما قبل المدرسة تفوق بشكل كبير الاستثمارات في التعليم المدرسي والتدريب الوظيفي. إن فوائد البرنامج الخاص بتنمية الطفولة المبكرة تتجاوز تكاليفه؛ فقد أظهرت محاكاة تمت مؤخرا أن الآثار الاقتصادية المحتملة الطويلة الأمد لزيادة نسبة الالتحاق بمرحلة ما قبل المدرسة إلى 25 في المائة أو 50 في المائة في البلدان النامية لها نسبة منفعة إلى تكلفة تتراوح بين 6.4 و 17.6 (إنغل وآخرون 2011). وتظهر أهمية الطفولة المبكرة بالنسبة لتنمية البلدان من خلال صدارة موضوع التنمية المبكرة في الأهداف الإنمائية للألفية (انظر الإطار 1-1). ولا يقتصر الأمر على كون المنافع

الاقتصادية مرتفعة من حيث الاستثمار في تنمية الطفولة المبكرة، إلا أن الاستثمارات غير الكافية في هذه المرحلة الحاسمة تسبب في تكاليف اقتصادية عالية لاحقاً في الحياة من حيث انخفاض رأس المال البشري. على سبيل المثال، الاستثمار المبكر في صحة الأطفال يمكن أن يمنع التقزم، الذي يضر برأس المال البشري. فالتقزم يؤدي إلى خسارة في الموارد البشرية² في انخفاض يصل إلى 20 في المائة من دخل الكبار (غرانثام - ماكغريغور وآخرون، 2007). وبالرغم من أن معظم الأطفال المصابين بالتقزم سوف يبقون على هذه الحال حتى مرحلة الكبار (غرانثام - ماكغريغور وآخرون، 2007)، فإن التدخلات التي تحدد وتستهدف الأطفال الذين يتعثر نموهم يمكن أن تمنع التقزم والخسارة في رأس المال البشري الناتجة عنه (نودو وآخرون، 2011). وهذه الخسارة في الموارد البشرية لاتجلى فقط في إمكانيات

الإطار 1-1 تنمية الطفولة المبكرة والأهداف الإنمائية للألفية

التركيز على تنمية الطفولة المبكرة هي أحد النهج الأكثر كفاءة لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية. وهي ثمانية أهداف تتناول التحديات الإنمائية الرئيسية في العالم وتشمل أهدافاً محددة ينبغي تحقيقها بحلول 2015. والأعمال والأهداف المطلوبة لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية كان منصوص عليها في إعلان الألفية لعام 2000. ومن بين الأهداف الإنمائية الثمانية للألفية، تتناول خمسة منها تحسين الصحة والتغذية والتعليم للأطفال.

والأهداف الخمسة المتعلقة بالطفل هي:

- تقليل عدد الناس (الأطفال على نحوٍ غير متناسب) الذين يعانون من الجوع إلى النصف،
- ضمان أن يُتم كافة الأولاد والفتيات دورة كاملة من الدراسة الابتدائية،
- القضاء على الاختلاف بين الإناث والذكور في التعليم الابتدائي والثانوي،
- التقليل من معدل الوفيات بمقدار الثلثين للأطفال دون سن الخامسة من العمر؛ والتقليل
- بمقدار الثلاثة أرباع من معدل وفيات الأمهات.

يتطلب تخفيض معدل وفيات الأمهات ووفيات الأطفال دون سن الخامسة تركيزاً مستداماً على صحة ورفاهة الأمهات وتطور الأطفال قبل وأثناء وبعد الولادة. وتشكل الرعاية قبل الولادة، ووجود قابلة ماهرة عند الولادة، والرعاية بعد الولادة مكونات هامة للتقليل من وفيات الأمهات ووفيات حديثي الولادة (الشهر الأول). وتساهم الصحة والتغذية وممارسات تشيئة الأطفال في بقاء الأطفال على قيد الحياة في المرحل الأولى من عمرهم، ويمكن تحسينها جميعها من خلال التركيز المستدام على تنمية الطفولة المبكرة. ومن أجل التقليل من عدد الأشخاص الذين يعانون من الجوع إلى النصف، ينبغي أن يتم توسيع برامج تنمية الطفولة المبكرة التي تحدد من هم الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية وتقدم لهم الدعم. وتشكل تدخلات الطفولة المبكرة كذلك جزءاً هاماً من تحقيق الهدف الثاني، أي دورة كاملة من التعليم الابتدائي لكافة الأطفال. ويماكن البرامج والسياسات التي تدعم تنمية الطفولة المبكرة أن تساعد في ضمان أن يكون الأطفال جاهزين للمدرسة وقادرين على تحقيق النجاح فيها. ويماكن التدخلات المبكرة كذلك أن تساعد في ضمان أن الأولاد والبنات يدخلون إلى المدرسة على قدم المساواة، مما يساعد في التقليل من الفروقات بين الجنسين.

ولا يمكن تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية، كما لا يمكن مواجهة التحديات التنموية الرئيسية في العالم، بدون جهود واسعة النطاق ومستدامة لدعم وتعزيز التنمية المبكرة للأطفال.

المصدر: إنقاذ الطفل 2012، البنك الدولي 2011.

بدنية ومعرفية أقل، ولكن أيضا في مجالات أخرى للتنمية. فالأطفال المصابون بالتقزم يفتقرون إلى الكفاءات النفسية والاجتماعية، مثل الكفاءة الذاتية وتقدير الذات، التي هي مرتبطة بالنجاح في سوق العمل (ديركون وسانشيز 2011). وتعزز تدخلات تنمية الطفولة المبكرة الإنصاف أيضا، حيث تميل إلى أن يكون لها أكبر تأثير على الأطفال المحرومين (هيكمان وماستيروف 2007). ولذلك فإن مرحلة الطفولة المبكرة هي مرحلة لا يجب فيها المفاضلة بين الكفاءة الاقتصادية والإنصاف، بل على العكس من ذلك يمكن أن يتم تعزيز الاثنين معاً.

تتصف منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا³ بأنها منطقة لم تستثمر بالشكل الكافي في تنمية الطفولة المبكرة. على سبيل المثال، التعليم في مرحلة الطفولة المبكرة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا متأخر إلى حد كبير مقارنةً بالمناطق الأخرى. بلغ معدل الالتحاق الإجمالي بالتعليم ما قبل الابتدائي 27 في المائة اعتباراً من 2011. والمنطقة الوحيدة التي فيها معدل التحاق أقل من هذا هي أفريقيا جنوب الصحراء حيث وصل المعدل إلى 18 في المائة (البنك الدولي 2014). وبالإضافة إلى تدني معدلات الالتحاق في التعليم ما قبل الابتدائي في منطقة الشرق الأوسط، تحتوي المنطقة على أقل عدد من دور الحضانه ورياض الأطفال الحكومية لمرحلة ما قبل الابتدائي، ونسبة الالتحاق في البرامج العامة لمرحلة ما قبل الابتدائي هي فقط 29 في المائة، ونسبة الالتحاق في دور الحضانه ورياض الأطفال في القطاع الخاص هي 71 في المائة (اليونسكو 2014). وسجلت بلدان وأراضي منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا أعلى المعدلات في العالم للتأديب العنيف للطفل (اليونسكو 2013)، وتحتوي المنطقة على أقل تغطية لليود، وهو من المغذيات الهامة لتطور الدماغ (اليونسكو 2012). وتحد أوجه القصور هذه في تنمية الطفولة المبكرة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا من إمكانيات جيل من الأطفال، وتجعل المنطقة أقل إنتاجية وتنافسية على المدى البعيد. وهناك سبب آخر هام لدراسة تنمية الطفولة المبكرة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا هو النقص الكبير في البيانات والأبحاث عن تنمية الطفولة المبكرة في المنطقة. تناول تحليل وصفي أجري مؤخراً أدلة ريفية المستوى على تنمية الطفولة المبكرة (نوريس وبارنيت 2010)، وقد شمل 56 دراسة مختلفة من 23 بلداً من جميع مناطق العالم عدا منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا؛ فلم يكن هناك دراسات من منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. وبدون أبحاث ريفية المستوى حول تنمية الطفولة المبكرة، ومعلومات عن الأثر مرتبطة بالسياق، والتكاليف، والفوائد المتأتبة عن الاستثمارات في تنمية الطفولة المبكرة، سيكون من الصعب على واضعي السياسات إعطاء الأولوية للاستثمار في تنمية الطفولة المبكرة.

وفي ضوء ما ذكر أعلاه، فإن الهدف من التحليل المقدم في هذا الكتاب هو توفير دليل على حالة تنمية الطفولة المبكرة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا من أجل السماح لواضعي السياسات بتنفيذ سياسات وبرامج أفضل، بالإضافة إلى توجيه برامج لأولئك الذين هم الأكثر حاجة لها. وستسمح هذه المعلومات أيضاً للبلدان بمقارنة تقدمها والتعلم من تجارب البلدان والمناطق الأخرى.

قياس تنمية الطفولة المبكرة

تتحقق التنمية الصحية للطفولة المبكرة عبر مجموعة متنوعة من الأبعاد المختلفة. بالإضافة إلى التطور من حيث الصحة البدنية، والتغذية، من المهم أن يتطور الأطفال تطوراً صحياً من ناحية المعرفة والعاطفة والعلاقات الاجتماعية الصحية (انظر الإطار 1-2).

الصحة والتغذية

تمثل الوفاة المبكرة الخسارة المطلقة لكامل إمكانيات تنمية الطفل، والأثر المركب لسوء التغذية والأمراض. وينظر هذا الكتاب في كل من وفيات حديثي الولادة (الذين يتوفون في الشهر الأول من الحياة) ووفيات الرضع (الذين يتوفون في

الإطار 2-1 مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة التي تم فحصها في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا

رعاية ما قبل الولادة
وجود قابلات مدربات عند الولادة
وفيات حديثي الولادة (وفيات الشهر الأول)
وفيات الأطفال (وفيات السنة الأولى)
تطعيم كامل
التقزم/الطول بالنسبة للعمر
الملح المعالج باليود
أنشطة التنمية الودية
الرعاية والتعليم لمرحلة الطفولة المبكرة
التأديب العنيف
عمالة الأطفال

السنة الأولى من عمرهم)، ويمكن تفادي معظم حالات الوفاة المبكرة. وعلى الصعيد العالمي، تعود وفيات حديثي الولادة أساساً لحدوث ولادات الخدج، والاختناق أثناء الولادة والعدوى (الإنتان والالتهاب الرئوي والكزاز والإسهال) (لوون، وكوسنس، وزوبان 2005). ومن الممكن أن يسهم انخفاض الوزن عند الولادة إسهماً غير مباشر في حدوث الوفيات المبكرة (بلاك وآخرون 2008). وتوسيع تغطية الرعاية أثناء الولادة وفي المرحلة المبكرة لما بعد الولادة أساسي للتقليل من وفيات حديثي الولادة (لوون، وكوسنس، وزوبان 2005). إن معالجة كل من الوفاة المبكرة وتنمية الطفولة المبكرة تبدأ أثناء الحمل. تبدأ تنمية الطفولة المبكرة في الرحم، ورعاية ما قبل الولادة هي فرصة لمنع أو كشف وعلاج القضايا الصحية، خاصة النقص في تغذية الأم ونمو الجنين والمرتبطة بالمحصلات الفورية، مثل الوزن عند الولادة، ومعدل وفيات الأطفال، وأمراض الطفولة، وفي نهاية المطاف في التنمية والإنتاجية المفقودة خلال فترة حياة الطفل بأكملها (بوتا وآخرون، 2008؛ الكر وآخرون، 2011). من الأساسي أيضاً أن تتم الولادة بوجود قابلات ماهرات⁴، وذلك للحد من الوفيات والمراضة بين حديثي الولادة. وفضلاً عن المساعدة في أن تكون الولادة آمنة، فإن القابلات الماهرات تلعب دوراً هاماً في تحديد القضايا الصحية وتوفير الرعاية ما بعد الولادة (منظمة الصحة العالمية 2004). والرعاية ما قبل الولادة والرعاية أثناء الولادة هما مكونان مهمان لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية (انظر الإطار 2-1). ويلعب /التحصين الكامل للأطفال دوراً هاماً في التقليل من وفيات الأطفال -وتشكل الأمراض، مثل الحصبة، سبباً رئيسياً لوفيات الأطفال. وتمنع أيضاً عمليات التحصين الأمراض التي قد تعوق النمو البدني الصحي (مولينا 2012) وهي فاعلة للغاية من حيث التكلفة (فيدلر وشوكو، 2008).

وتلعب التغذية الملائمة طوال فترة الطفولة دوراً حيوياً في التطور الصحي والمعرفي. وللتغذية مكونان هامان. ويحتاج الطفل لتلقي ما يكفي من المغذيات "الكلية Macro" - السعرات الحرارية والبروتين - وما يكفي من المغذيات "الدقيقة Micro" - مثل الحديد، وفيتامين أ، واليود. ويقاس الطول السعرات الحرارية المتراكمة والبروتين على مدى فترة حياة الطفل، من تناول التغذية اليومي. ويقارن هذا الكتاب بين الأطفال في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا و "السكان المرجعيين العالميين" من الأطفال الأصحاء، ويحتسب كم يبعد الطفل عن متوسط الطفل الذي يتمتع بصحة جيدة من نفس العمر والنوع الاجتماعي. وهذا يسمى "علامة صفر" الطول بالنسبة للعمر، الذي يقاس بالانحرافات المعيارية

عن متوسط السكان المرجعيين الذيت يتمتعون بصحة جيدة. وتم ربط *التقزم*، والذي هو أكثر من انحرافين معياريين دون متوسط الطول لطفل من مرجعية صحية في نفس العمر والنوع الاجتماعي، بتدني الإدراك، وضعف الأداء المدرسي، وتدني الإنتاجية لاحقاً في الحياة، وانخفاض الدخل (غلووي وميغيل 2008؛ غرانثام - ماكغريغور وآخرون. 2007؛ والكر وآخرون 2011). وهناك قياسان شائعان آخران هما الوزن بالنسبة للعمر والوزن بالنسبة للطول، نسبة لوزن طفل يتمتع بصحة جيدة من نفس الجنس والعمر (أو طول). ويعتبر الأطفال الذين يكون وزنهم بالنسبة لعمرهم أقل من ناقص انحرافين معياريين (2-SD) تحت المتوسط المرجعي للسكان بأنهم يعانون من «نقص الوزن» سريريًا. ويعتبر الأطفال الذين يكون وزنهم بالنسبة لطولهم أقل من ناقص انحرافين معياريين (2-SD) تحت المتوسط المرجعي للسكان بأنهم مصابون بالهزال. وفي حين أن الطول بالنسبة للعمر هو أفضل مؤشر للتغذية أو سوء التغذية المتراكمة، فإن الوزن بالنسبة للعمر والوزن بالنسبة للطول يمكن أن يكون مفيداً في تحديد حالات سوء التغذية الأقصر أمداً.

ويعتمد أيضاً النمو البدني والمعرفي للأطفال على جودة المغذيات. والمغذيات الدقيقة هي مغذيات متناهية الصغر لها آثار كبيرة على تنمية الطفولة المبكرة. الحديد وفيتامين ألف واليود هي أمثلة على المغذيات الدقيقة التي يمكن أن توجد بشكل طبيعي في بعض الأغذية، ولكنها غالباً ما لا توجد بالمستويات الضرورية للتطور الصحي. ويمكن أن تعطل كذلك هذه المغذيات الدقيقة في صورة مكملات غذائية أو تضاف إلى الغذاء. على سبيل المثال، غالباً ما يضاف اليود إلى الملح ليصبح الملح يحتوى على يود. وتغلب المغذيات الدقيقة في الطفولة المبكرة دوراً هاماً في زيادة الوزن، والتطور الحركي، والمعرفي، والنفسي والاجتماعي، بأثر دائم (وولكر وآخرون 2011). والمكملات الغذائية الدقيقة هي فاعلة جداً من حيث التكلفة وتتصدر الأولويات بين كافة التحديات الإنمائية العالمية (لامبورغ 2009). ولتقييم إمكانية حصول الأطفال على مغذيات دقيقة، يركز هذا الكتاب على *إضافة اليود إلى الملح*، على الأخص سواء كانت الأسرة التي يعيش فيها الطفل تتناول ملحاً مضافاً إليه كميات كافية من اليود أم لا. ونقص اليود هو أكثر الأسباب شيوعاً للتخلف العقلي في العالم (مولينا 2012). وفي المتوسط يكون مستوى ذكاء الأفراد الذين يعانون من نقص في اليود هو أقل بعشر نقاط من الأفراد الذين لا يعانون من نقص فيه (مولينا 2012).

التطور المعرفي والاجتماعي والعاطفي

يتطور الأطفال على المستوى الإدراكي والاجتماعي والعاطفي من خلال المشاركة في *أنشطة* تنموية مع أسرهم. فالقراءة، واللعب ومشاهدة الكتب المصورة، وغناء الأغاني، والأنشطة الأخرى التي تساعد الأطفال على النمو والتعلم. ووجود الوالدية من حيث استجابة الأهالي لأطفالهم والقراءة لأطفالهم مرتبطة بالعلامات التي يحصل عليها الأطفال الصغار في اختبارات المعرفة (باكسون وسكادي، 2007). كما تعزز هذه الأنشطة كذلك التعلم والجاهزية للمدرسة (تيناجيرو ولويزليون 2012). ومن الممكن أن يتعلم الأهالي عن الصلة بين التفاعل واللعب وتنمية الطفل، وكيفية تعزيز التفاعل والتنمية في الأنشطة اليومية. وعندما يكتسب الأهالي مهارات الوالدية الجديدة هذه، يتحسن التطور الذهني والجسدي للأطفال؛ حيث تتم ملاحظة نتائج أكبر على الأطفال الذين يبدأون بتطور ذهني وجسدي ضعيف (إيكمان وآخرون، 2003). وبشكل إشراك الكبار في الأنشطة المتعددة التي تعزز التعلم دعماً هاماً للتطور المعرفي، ومؤشراً

هاما لممارسات الوالدية والمشاركة الاجتماعية والعاطفية للأهالي مع أطفالهم. ويحسن حضور رعاية وتعليم الطفولة المبكرة من التطور والمعرفي والاجتماعي والعاطفي، مع مزايا تدوم مدى الحياة. وعلى المدى القريب، تحسن رعاية وتعليم الطفولة المبكرة التحصيل العلمي وترفع من الأجور في مرحلة لاحقة من الحياة (كرافت 2011؛ واليونسكو 2006). ورعاية وتعليم الطفولة المبكرة هي أحد التدخلات التعليمية الأكثر كفاءة من حيث التكلفة؛ والتدخلات المبكرة لها أثر أكبر بتكلفة أقل من تلك التي تتم لاحقاً في الحياة.

تأديب الطفل هو جزء هام من تنشئة الطفل. وعلى الرغم من أن تأديب الطفل أمر مهم وضروري، فإن التأديب العنيف ليس شكلاً ضرورياً من أشكال تأديب الطفل. والتأديب العنيف للطفل يعوق تطور وتعلم الأطفال وأداءهم المدرسي على المدى القصير، مما يقلل في نهاية المطاف من رأس المال البشري ويضر بالتطور العاطفي والاجتماعي للأطفال (اليونسيف 2010). وينتهك كذلك التأديب العنيف للطفل حق الطفل في الحماية من كافة أشكال العنف (اليونسيف 2010).

هناك آراء مختلفة عن عمل الأطفال، وعمما يشكل بالضبط عمالة أطفال. عادة ما تُعرّف عمالة الأطفال بأنها مجموعة فرعية من عمل الأطفال تشكل تهديداً لصحة وتنمية الأطفال، عادة نتيجة نوع العمل، وظروف العمل، أو الوقت الذي يتم تمضيته في العمل (إدموندز 2008؛ وتافيري، وأبيبي، وأسازينيو 2009). والأطفال الذين ينخرطون في العمل، يكون احتمال ذهابهم إلى المدرسة أقل ويكونون معرضين لخطر حلقات الفقر المزمن (إدموندز 2008، واليونسكو 2006). وأحد الآراء الخاصة بعمل الأطفال هو أنه يضر بشكل عام بتعليم، وصحة الأطفال وتطورهم الجسدي والمعرفي والاجتماعي والعاطفي. إلا أن هناك رأياً آخر مفاده أن عمل الطفل الذي لا يعوق صحة الطفل أو تطوره، ولا يحول دون دراسته في المدرسة، قد يكون في الواقع جزءاً هاماً وإيجابياً من تعليم الأطفال وتطورهم إلى كبار منتجين (بورديون وآخرون 2010؛ وتافيري، وأبيبي، وأسازينيو 2009). وينظر هذا الكتاب بصورة خاصة في عمل الطفل في عمر خمس سنوات، بما في ذلك العمل خارج البيت والعمل التجاري أو الأعمال المنزلية في البيت. وقيام الطفل بعمر خمس سنوات بالعمل في عمل تجاري أو مؤسسة عائلية أو المشاركة في مهام منزلية، مثل جمع الحطب، والتنظيف، وإحضار المياه، أو الاعتناء بالأطفال الآخرين، يضع صحة وتنمية صغار الأطفال في خطر، وقد يعوق قدرتهم على الانتقال بنجاح إلى المدرسة. ويسمي بالتالي هذا الكتاب كل هذه الأنشطة «بعمالة الطفل» ويؤيقي على الرأي الذي مفاده أنه قد يكون هناك استثناءات، إلا أن عمل الطفل في عمر خمس سنوات هو مؤشر سلبي سيضر بتنمية الطفولة المبكرة.

تنمية الطفولة المبكرة هي عملية تراكمية، فيها نمو صحي أو متعثر في بعد واحد من المحصلات تتفاعل مع أبعاد أخرى من النمو. وكافة العناصر المختلفة من التنمية الصحية متداخلة. ونتيجة توفر البيانات، فإن المؤشرات التنموية التي يفحصها هذا الكتاب هي مزيج من «المدخلات»، مثل عمليات التحصين، و«المحصلات»، كالوفاة المبكرة. وتساهم مؤشرات مختلفة في محصلات التنمية المهمة المختلفة. على سبيل المثال، تساهم التغذية في الوفيات، والصحة والتطور الجسدي، والتطور المعرفي المبكر للأطفال. وتساهم رعاية وتعليم الطفولة المبكرة والأنشطة التنموية في التطور الاجتماعي والعاطفي المبكر للأطفال، وتطورهم المعرفي وتعلمهم المبكر. ورعاية وتعليم الطفولة

المبكرة والأنشطة التنموية تستطيع أن تتفاعل وتكمل بعضها البعض في تعزيز تنمية الأطفال. ومحصلات التنمية تستطيع أن تتفاعل أيضا؛ والأطفال الذين يعانون من صحة بدنية ضعيفة يكونون في وضع غير مواتٍ من حيث قدرتهم على التعلم المبكر والتطور المعرفي. وتتفاعل وتتراكم المؤشرات والمحصلات المختلفة في الطفولة المبكرة طوال فترة الحياة المبكرة والتجارب والمحصلات التنموية التي يمر بها الأطفال في الطفولة المبكرة، وتعلمهم اللاحق، ودراساتهم، وصحتهم، ومشاركتهم الاجتماعية، وبصورة عامة، فرصهم في الحياة.

المخاطرة والعوامل الحمايية

هناك مجموعة من الخصائص الأساسية التي قد تعرض الأطفال لخطر ضعف محصلات تنمية الطفولة المبكرة. وقد يكون ضعف محصلات تنمية الطفولة المبكرة مرتبطا بالنوع الاجتماعي، والثروة، وتعليم الأم والأب، والإقامة في الريف أو الحضر، ومنطقة السكن. ولفهم العوامل التي تعرض الأطفال للخطر، ينظر هذا الكتاب في كيفية «ارتباط» كل من هذه الخصائص الفردية بمؤشرات تنمية الطفولة المبكرة. وهذا يساعد في الإجابة على أسئلة مثل، ما هو احتمال أن يقوم طفل من المناطق الريفية مقارنة بطفل من المناطق الحضرية بحضور رعاية وتعليم الطفولة المبكرة؟ إلا أن الاختلافات بين الريف والحضر في حضور رعاية وتعليم الطفولة المبكرة سببها أن المناطق الريفية تميل لأن تكون أكثر فقرا، ولو استعرضنا الأطفال من نفس مستوى الثروة، وقمنا بمقارنة بين المناطق الريفية والحضرية، فإن الأطفال من نفس مستوى الثروة يحققون نفس مستوى الحضور في المناطق الريفية والحضرية. وبالتالي، فإن استخدام الانحدار متعدد المتغيرات (تقنية إحصائية، راجع الملحق أ للحصول على تفاصيل) يجيب عن السؤال الخاص بالعلاقة بين الخصائص الأساسية وتنمية الطفولة المبكرة بعد أخذ الخصائص الأخرى في الحسبان. وتستطيع هذه الطريقة إظهار الفرق في حضور رعاية وتعليم الطفولة المبكرة بين المناطق الحضرية والريفية، بعد الأخذ في الاعتبار الاختلافات بين الريف والحضر في تعليم الأم والأب، والثروة، والنوع الاجتماعي، ومنطقة الإقامة.

الفرص غير المتساوية

يواجه الأطفال فرصا غير متساوية حين تقوم الاختلافات في تنمية الطفولة المبكرة على الاختلافات في ظروفهم - التي ليس لهم سيطرة عليها. على سبيل المثال، هناك تفاوت طبيعي في طول الأطفال. فلو كنا نمشي في الشارع ورأينا ولدين مختلفين بعمر ثلاث سنوات ذوي طول مختلف، فإن هذا لا يعني بالضرورة أن هذين الطفلين واجها فرصا غير متساوية لنمو صحي. ولكن عندما يواجه هذان الطفلان احتمالات مختلفة للتقزم، نتيجة عوامل خارجة عن سيطرتهم، كأن يكونا ولدا في منطقة ريفية، أو لأب غير متعلم، فإن هذه تكون حالة من الفرص غير المتكافئة. وتمثل الطفولة أيضا مرحلة تكون فيها الفرص غير المتساوية ناتجة بوضوح عن ظروف معينة. في حين أن الاختلافات في المحصلات للبالغين، مثل الأجر، يمكن أن تعود جزئيا إلى الجهود الكبيرة التي بذلها البالغون في عملهم، أو في دراساتهم، فالأطفال لا يمكنهم أن يؤثروا على تميئهم المبكرة. وما يواجهه الأطفال وهم لا يزالون أجنة في الرحم، وفي السنوات الأولى هو خارج سيطرتهم بالكامل. ويحدد هذا الكتاب الفرص غير المتساوية التي يواجهها الأطفال بطرق عديدة. أولا؛ يقاس نطاق عدم المساواة في كل بلد وأراضٍ ولكل مؤشر باستخدام مؤشر الاختلاف (راجع الملحق أ للحصول على التفاصيل). ثم يتم احتساب مساهمات الظروف المختلفة في عدم المساواة - مثل ثروة الأسرة أو النوع الاجتماعي

- باستخدام تحليل شابلبي (راجع الملحق أ للتفاصيل). وأخيرا، من أجل قياس الاختلافات في فرص الأطفال للتنمية الصحية، نضع ملامح للطفل «الأقل حظا» و«الأكثر حظا» لكل بلد وأرض ونحسب كيف أن محصلات الأطفال المختلفة تقوم على اختلافات في بعض الظروف القليلة فقط (راجع الملحق أ للتفاصيل).

كيف يفحص هذا الكتاب تنمية الطفولة المبكرة

من أجل تقييم حالة تنمية الطفولة المبكرة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، يتبع هذا الكتاب ثلاث خطوات. أولا، نقوم باحتساب المستوى المتوسط لمؤشر تنمية الطفولة المبكرة لكل من البلدان والأراضي. ثانيا، نرصد علاقة مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة مع عدد من الخصائص الأساسية للأطفال، مثل النوع الاجتماعي، والثروة، وتعليم الأهالي، والإقامة في الريف مقابل في الحضر؛ من أجل تحديد العوامل المرتبطة بمخاطر ضعف محصلات تنمية الطفولة المبكرة، ولاختبار أهمية العلاقة حين يتم بصورة جماعية أخذ العوامل الأساسية في الحسبان (باستخدام نماذج الانحدار متعدد المتغيرات، راجع الملحق أ للتفاصيل). وأخيرا، نقوم بالبحث في عدم مساواة الفرص في تنمية الطفولة المبكرة لكل من مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة ونطاق عدم المساواة بين الأطفال من خلفيات مختلفة.

البيانات

تستخدم التحليلات المستخدمة في هذا الكتاب عددا من المسوحات التمثيلية الوطنية المختلفة. وتستند الإحصائيات المقدمة إلى حسابات البنك الدولي ما لم يتم ذكر غير ذلك. وتستند التحليلات إلى أحدث البيانات المتوفرة التي تغطي تنمية الطفولة المبكرة. راجع الملحق أ للحصول على تفاصيل بشأن المسوحات المستخدمة في كل بلد وأرض. وفي حين أنه في الظروف الطبيعية، تتغير مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة نسبيا ببطء، على أرض الواقع اليوم، وفي ضوء عدد من الصراعات المستمرة، والتغيرات السياسية، والأزمات الاقتصادية في المنطقة، قد تكون حدثت تغيرات أسرع وأكبر، مثيرة تحديات وفرصا جديدة لتحسين تنمية الطفولة المبكرة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا.

كيف تم تنظيم الكتاب

يتضمن الجزء الأول من الكتاب مقدمة (الفصل 1)، نظرة عامة بمنظور عالمي وإقليمي لتنمية الطفولة المبكرة (الفصل 2) وبعض خيارات البرنامج والسياسات للنهوض بتنمية الطفولة المبكرة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (الفصل 3). وينظر القسم الثاني في تنمية الطفولة المبكرة في كل بلد وأرض من بلدان الشرق الأوسط وشمال أفريقيا الاثني عشر: الجزائر، وجيبوتي، ومصر، والعراق، والأردن، ولبنان، وليبيا، والمغرب، وسوريا، وتونس، والصفة الغربية وقطاع غزة، واليمن.

الحواشي

1. هناك تعريفات مختلفة للطفولة المبكرة. وتتركز هذه الملاحظة على تنمية الطفولة المبكرة منذ مرحلة ما قبل الولادة (في الرحم) حتى عمر خمس سنوات. ويدخل عادة الأطفال في معظم بلدان الشرق الأوسط وشمال أفريقيا في سن السادسة إلى المدرسة، وهو ما يغير إلى حد كبير من احتياجاتهم وتطورهم، بالإضافة إلى فرص إجراء تدخلات.
2. سبب انخفاض الموارد البشرية هو تدني القدرة المعرفية والإنتاجية نتيجة التقزم.
3. ننظر في هذا الكتاب بشكل خاص في الجزائر، وجيبوتي، وجمهورية مصر العربية، والعراق، والأردن، ولبنان، وليبيا، والمغرب، والجمهورية العربية السورية، وتونس، والصفة الغربية وقطاع غزة، وجمهورية اليمن.
4. طبيب أو ممرضة أو قابلة.

المراجع

- Antonopoulos, Rania, and Kijong Kim. 2011. "Public Job-Creation Programs: The Economic Benefits of Investing in Social Care: Case Studies in South Africa and the United States." Levy Economics Institute Working Paper 671, Bard College, Blithewood, NY.
- Bhutta, Zulfiqar A., Tahmeed Ahmed, Robert E. Black, Simon Cousens, Kathryn Dewey, Elsa Giugliani, Batool A. Haider, Betty Kirkwood, Saul S. Mooris, H. P. S. Sachdev, Meer Shekar, for the Maternal and Child Undernutrition Study Group. 2008. "What Works? Interventions for Maternal and Child Undernutrition and Survival." *Lancet* 371 (9610): 417–40.
- Black, Robert E., Lindsay H. Allen, Zulfiqar A. Bhutta, Laura E. Caulfield, Mercedes de Onis, Majid Ezzi, Colin Mathers, and Juan Rivera. 2008. "Maternal and Child Undernutrition: Global and Regional Exposures and Health Consequences." *Lancet* 371 (9608): 243–60.
- Bourdillon, Michael, Deborah Levison, William Myers, and Ben White. 2010. *Rights and Wrongs of Children's Work*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Checchi, Daniele, and Herman G. van de Werfhorst. 2014. "Educational Policies and Income Inequality." IZA Discussion Paper Series 8222, Institute for the Study of Labor (IZA), Bonn, Germany.
- Dercon, Stefan, and Alan Sanchez. 2011. "Long-Term Implications of Under-Nutrition on Psychosocial Competencies: Evidence from Four Developing Countries." Young Lives Working Paper 72. Oxford, U.K.
- Edmonds, Eric V. 2008. "Child Labor." *Handbook of Development Economics* 4: 3607–709.
- Eickmann, Sophie H., Ana C. V. Lima, Miriam Q. Guerra, Marilia C. Lima, Pedro I. C. Lira, Sharon R. A. Huttly, and Ann Ashworth. 2003. "Improved Cognitive and Motor Development in a Community-Based Intervention of Psychosocial Stimulation in Northeast Brazil." *Developmental Medicine and Child Neurology* 45 (8): 536–41.
- Engle, Patrice L., Lia C. H. Fernald, Harold Alderman, Jere Behrman, Chloe O'Gara, Aisha Yousafzai, Meena Cabral de Mello, Melissa Hidrobo, Nurper Ulkuer, Ilgi Ertem, Selim Iltus, and the Global Child Development Steering Group. 2011. "Strategies for Reducing Inequalities and Improving Developmental Outcomes for Young Children in Low-Income and Middle-Income Countries." *Lancet* 378 (9799): 1339–53.
- Fiedler, John L., and Tesfaye Chuko. 2008. "The Cost of Child Health Days: A Case Study of Ethiopia's Enhanced Outreach Strategy (EOS)." *Health Policy and Planning* 23 (4): 222–33.

- Glewwe, Paul, and Edward A. Miguel. 2008. "The Impact of Child Health and Nutrition on Education in Less Developed Countries." In *Handbook of Development Economics*, 4:3561–606.
- Grantham-McGregor, Sally, Yin Bun Cheung, Santiago Cueto, Paul Glewwe, Linda Richter, Barbara Strupp, and International Child Development Steering Group. 2007. "Developmental Potential in the First 5 Years for Children in Developing Countries." *Lancet* 369: 60–70.
- Hazarika, Gautam, and Vejaya Viren. 2013. "The Effect of Early Childhood Developmental Program Attendance on Future School Enrollment in Rural North India." *Economics of Education Review* 34: 146–61.
- Heckman, James J. 2006. "Skill Formation and the Economics of Investing in Disadvantaged Children." *Science* 312 (5782): 1900–02.
- Heckman, James J., and Dimitriy V. Masterov. 2007. "The Productivity Argument for Investing in Young Children." *Review of Agricultural Economics* 29 (3): 446–93.
- Jung, Haeil, and Amer Hasan. 2014. "The Impact of Early Childhood Education on Early Achievement Gaps: Evidence from the Indonesia Early Childhood Education and Development (ECED) Project." Policy Research Working Paper 6794, World Bank, Washington, DC.
- Kirksey, A., T. D. Wachs, F. Yunis, U. Srinath, A. Rahmanifar, G. P. McCabe, O. M. Galal, G. G. Harrison, and N. W. Jerome. 1994. "Relation of Maternal Zinc Nutriture to Pregnancy Outcome and Infant Development in an Egyptian Village." *The American Journal of Clinical Nutrition* 60 (5): 782–92.
- Krafft, Caroline. 2011. "Is Early Childhood Care and Education a Good Investment for Egypt?" Master's thesis, University of Minnesota, Minneapolis.
- Lawn, Joy E., Simon Cousens, and Jelka Zupan. 2005. "4 Million Neonatal Deaths: When? Where? Why?" *Lancet* 365 (9462): 891–900.
- Lokshin, Michael, Elena E. Glinskaya, and Marito Garcia. 2000. "The Effect of Early Childhood Development Programs on Women's Labor Force Participation and Older Children's Schooling in Kenya." Policy Research Working Paper 2376, World Bank, Washington, DC.
- Lomborg, Bjorn, ed. 2009. *Global Crises, Global Solutions*. 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press.
- Molina, Helia. 2012. "The Review of Health and Nutrition Indicators in Early Childhood." Report, UNESCO, Paris.
- Naudeau, S., N. Kataoka, A. Valerio, M. Neuman, and L. K. Elder. 2011. *Investing in Young Children: An Early Childhood Development Guide for Policy Dialogue and Project Preparation*. Washington, DC: World Bank.
- Nores, Milagros, and W. Steven Barnett. 2010. "Benefits of Early Childhood Interventions across the World: (Under) Investing in the Very Young." *Economics of Education Review* 29 (2): 271–82.
- OECD. 2011. *PISA in Focus: Does Participation in Pre-Primary Education Translate into Better Learning Outcomes at School?* Vol. 1. Paris: OECD.
- Paxson, Christina, and Norbert Schady. 2007. "Cognitive Development among Young Children in Ecuador: The Roles of Wealth, Health, and Parenting." *Journal of Human Resources* 42 (1): 49–84.

- Qian, Ming, Dong Wang, William E. Watkins, Val Gebski, Yu Qin Yan, Mu Li, and Zu Pei Chen. 2005. "The Effects of Iodine on Intelligence in Children: A Meta-Analysis of Studies Conducted in China." *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition* 14 (1): 32–42.
- Sala-i-Martin, Xavier, Gernot Doppelhofer, and Ronald I. Miller. 2004. "Determinants of Long-Term Growth: A Bayesian Averaging of Classical Estimates (BACE) Approach." *The American Economic Review* 94 (4): 813–35.
- Save the Children. 2012. "Laying the Foundations: Early Childhood Care and Development." London: Save the Children International.
- Schlosser, Analia. 2005. "Public Preschool and the Labor Supply of Arab Mothers: Evidence from a Natural Experiment." Mimeo, the Hebrew University of Jerusalem.
- Shonkoff, Jack P., and Andrew S. Garner. 2012. "The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress." *Pediatrics* 129 (1): e232–46.
- Shonkoff, Jack P., and Deborah A. Phillips, ed. 2000. *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development*. Washington, DC: National Academy Press.
- Tafere, Yisak, Workneh Abebe, and Asham Assazineu. 2009. "Key Transitions and Well-Being of Children in Ethiopia: Country Context Literature Review." Young Lives Technical Note 17, Oxford University, UK.
- Tinajero, Alfredo R., and Anais Loizillon. 2012. "The Review of Care, Education and Child Development Indicators in Early Childhood." Report, UNESCO, Paris.
- UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization). 2006. "Strong Foundations: Early Childhood Care and Education." Education for All Global Monitoring Report 2007, UNESCO, Paris.
- . 2014. "Teaching and Learning: Achieving Quality for All." Education for All Global Monitoring Report 2013/4.
- UNICEF (United Nations Children's Fund). 2010. *Child Disciplinary Practices at Home: Evidence from a Range of Low- and Middle-Income Countries*. New York: UNICEF.
- . 2012. *The State of the World's Children 2012: Children in an Urban World*. New York: UNICEF.
- . 2013. "Percentage of Children Aged 2–14 Who Experience Any Form of Violent Discipline (Physical Punishment and/or Psychological Aggression)." Report, UNICEF, Paris. http://www.childinfo.org/discipline_countrydata.php.
- Walker, Susan P., Theodore Wachs, Julie Meeks Gardner, Betsy Lozoff, Gail A. Wasserman, Ernesto Pollitt, Julie Carter, and International Child Development Steering Group. 2007. "Child Development: Risk Factors for Adverse Outcomes in Developing Countries." *Lancet* 369: 145–57.
- Walker, Susan P., Theodore D. Wachs, Sally Grantham-McGregor, Maureen M. Black, Charles A. Nelson, Sandra L. Huffman, Helen Baker-Henningham, Susan M. Chang, Jena D. Hamadani, Betsy Lozoff, Julie M. Meeks Gardner, Christine A. Powell, Atif Rahman, Linda Richter. 2011. "Inequality in Early Childhood: Risk and Protective Factors for Early Child Development." *Lancet* 378 (9799): 1325–38.

- World Bank. 2011. *Improving the Odds of Achieving the MDGs: Global Monitoring Report 2011*. Washington, DC: World Bank.
- World Development Indicators (database). World Bank, Washington, DC. <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>.
- World Health Organization. 2004. *Making Pregnancy Safer: The Critical Role of the Skilled Attendant. A Joint Statement by WHO, ICM, and FIGO*. Geneva: World Health Organization.

وجهات نظر عالمية وإقليمية عن تنمية الطفولة المبكرة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا

المقدمة

الخطوة الأولى نحو فهم وضع تنمية الطفولة المبكرة (ECD) في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (MENA) هي دراسة وضع منطقة الشرق الأوسط مقارنة بمناطق أخرى في العالم. وعلاوة على ذلك، فإن تحديد الوضع الخاص بكل بلد على حدة وإجراء قياس مقارن لوضعها يوفر معرفة أفضل بالتقدم الذي أحرزته البلدان المختلفة. إن هذا النوع من التحليل المقارن يوفر فرصة للمنطقة كلها، وللبلدان بشكل فردي، من أجل تحديد أوجه القصور في تنمية الطفولة المبكرة، ويمكن أن يؤدي إلى فرص لتعلم وتبادل الخبرات. ويوفر هذا الفصل لمحة عامة عن وضع تنمية الطفولة المبكرة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (أ) مقارنة بمناطق أخرى، و(ب) قياس مقارن لوضع تنمية الطفولة المبكرة في 12 بلداً. وكما هو موضح في الفصل 1، فإن تنمية الطفولة المبكرة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا يتم قياسها من حيث الصحة، والتغذية، والتطور المعرفي، والاجتماعي، والعاطفي للأطفال باستخدام عدد من المؤشرات. ويتم فحص الحالة الصحية للأطفال من خلال مؤشرات الوفيات المبكرة، ورعاية ما قبل الولادة، ووجود قابلة مدربة عند الولادة، والتطعيمات. ويتم قياس الوضع الغذائي للأطفال من خلال التقزم (الطول بالنسبة للعمر)، فضلاً عن توفر المغذيات الدقيقة، وتحديداً اليود. ومن أجل تقييم التطور المعرفي والاجتماعي أو العاطفي، فإن التحليل ينظر إلى مدى مشاركة الأطفال في أنشطة التعلم التنموية، والتحاقهم في رعاية وتعليم الطفولة المبكرة، وما إذا كانوا يتعرضون للتأديب العنيف، وما إذا كانوا منخرطين في عمالة الأطفال في سن الخامسة. هذه كانت المؤشرات التي تم اختيارها لقياس تنمية الطفولة المبكرة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (انظر الإطار 1.2). إن استخدام هذه المؤشرات مبني على البيانات المتاحة. ودراسة مؤشرات إضافية يمكن أن يوفر فكرة أفضل عن تنمية الطفولة المبكرة في منطقة الشرق الأوسط.

ومن أجل الحصول على فهم أفضل للسياق والظروف التي تؤثر على محصلات تنمية الطفولة المبكرة، يقوم التحليل أيضاً بدراسة العوامل الأساسية التي قد تتوافق مع محصلات تنمية الطفولة المبكرة على مستوى الفرد، والأسرة، والمجتمع، وعلاقتها. وأخيراً فإن التحليل يقوم بقياس الفجوات ومدى التفاوت في محصلات تنمية الطفولة المبكرة عبر دول المنطقة. ينبغي أن يكون للأطفال فرص متساوية للتطور الصحي خلال السنوات الأولى من حياتهم، بغض

الإطار 1-2 مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة التي تمت دراستها في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا

رعاية ما قبل الولادة
وجود قابلات مدربات عند الولادة
وفيات حديثي الولادة (وفيات الشهر الأول)
وفيات الأطفال (وفيات السنة الأولى)
تطعيم كامل
التقزير/الطول بالنسبة للسن
الملح المعالج باليود
الرعاية والتعليم لمرحلة الطفولة المبكرة
الأنشطة التنموية الوالدية
التأديب العنيف للطفل
عمالة الأطفال

النظر عن ظروفهم . ويستند هذا التحليل إلى أحدث البيانات المتاحة عن كل بلد من البلدان التي تمت دراستها.¹ وبينما تتغير مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة ببطء نسبياً في ظل الظروف العادية، فإنه على أرض الواقع اليوم وفي ظل الربيع العربي والصراعات في المنطقة، قد تكون هناك تغييرات كبيرة في تنمية الطفولة المبكرة. فقد يواجه الأطفال تحديات إضافية، ولكن قد يكون هناك أيضاً فرص جديدة لتعزيز تنمية الطفولة المبكرة.

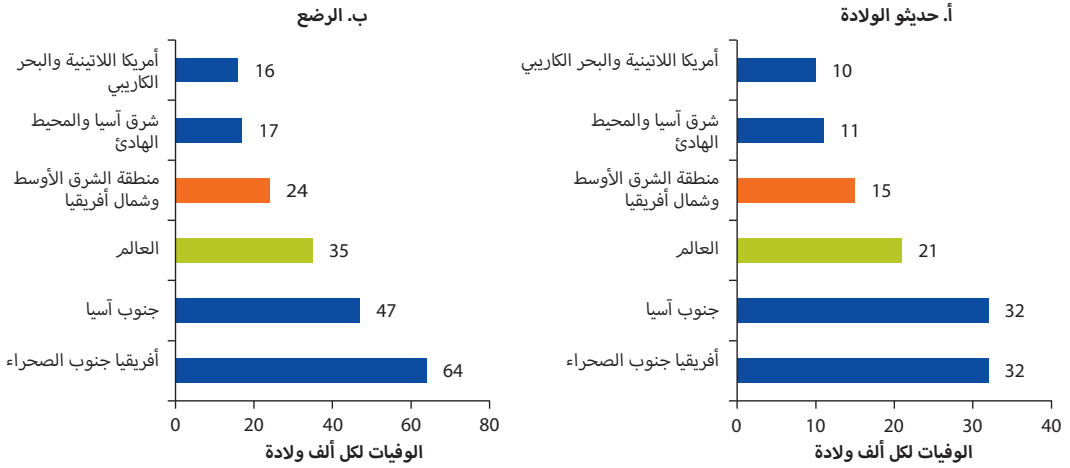
تنمية الطفولة المبكرة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا-الوضع في العالم

البقاء على قيد الحياة، والرعاية الصحية، والتغذية

إن الخطوة الأولى لتنمية طفولة مبكرة صحية هي ببساطة البقاء على قيد الحياة في مرحلة الطفولة المبكرة. في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، تقريباً واحد من كل 40 طفلاً يموت في السنة الأولى من عمره. على الرغم من وجود تحسن على مر الزمن، إلا أن الكثير من الأطفال لا يزالون يموتون لأسباب يمكن الوقاية منها. العديد من أبعاد تنمية البلاد وتجارب الأطفال تشكل الوفيات المبكرة، والعديد من المدخلات المختلفة للتنمية المبكرة للأطفال يمكن أن تؤثر على الوفاة المبكرة، بما في ذلك الصحة والخدمات الصحية، والتغذية، والمعرفة التي يملكها مقدمو الرعاية في مجال تربية الأطفال، وتوقيت الولادة والمباعدة بين الولادات، وإمكانية الحصول على المياه النظيفة والصرف الصحي (نودو وآخرون. 2011).

وتمثل الوفاة المبكرة أقصى خسارة لجميع إمكانات تنمية الطفل وللآثار المترابطة لسوء التغذية والأمراض. والوفيات بين الأطفال الرضع في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (الأطفال الذين يموتون في السنة الأولى من العمر)، التي هي بمعدل 24 حالة وفاة لكل ألف ولادة، هي أقل من المتوسط العالمي البالغ 35 حالة وفاة لكل ألف ولادة (الشكل 1-2)؛ إلا أنها أعلى من معدلات منطقة شرق آسيا والمحيط الهادئ (17 حالة وفاة لكل ألف ولادة) وأمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي (16 حالة وفاة لكل ألف ولادة) - وهي مناطق ذات مستويات دخل مماثلة لمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. وتتضمن معظم وفيات الأطفال الرضع، وفيات الأطفال حديثي الولادة (الذين يموتون في الشهر الأول من الحياة). ومنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا تحدث فيها وفيات أقل خلال الشهر الأول من الحياة

الشكل 1-2 معدلات وفيات الرضع وحديثي الولادة (الوفيات لكل ألف ولادة) - مقارنة إقليمية 2012



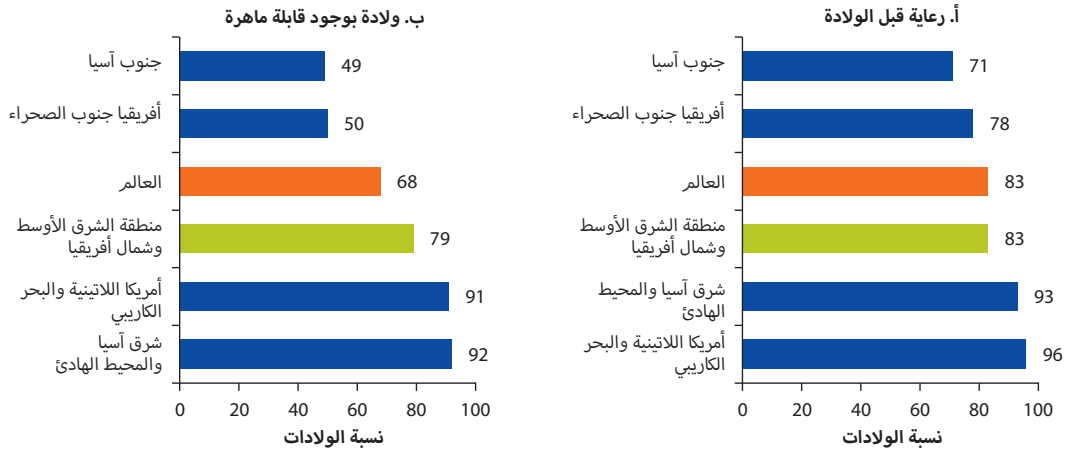
المصدر: اليونيسف 2014.

(معدل وفيات أقل بين الأطفال حديثي الولادة) مقارنة بالمتوسط العالمي، إلا أن 15 حالة وفاة لكل ألف ولادة تعني أن 1 من كل 67 طفلاً يموت في الشهر الأول من العمر (الشكل 1-2).

إن معالجة كل من الوفيات المبكرة وتنمية الطفولة المبكرة تبدأ خلال فترة الحمل. في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، 83 في المائة من المواليد يحصلون على رعاية ما قبل الولادة. وفي حين أن هذا الرقم مماثل للمتوسط العالمي، فإنه أقل بكثير عن المناطق ذات مستويات الدخل المماثلة، مثل شرق آسيا والمحيط الهادئ وأمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي، حيث أكثر من 90 في المائة من المواليد يتلقون رعاية ما قبل الولادة. إن معدل رعاية ما قبل الولادة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا أعلى بـ 5 نقاط مئوية فقط عن المعدل في أفريقيا جنوب الصحراء. وتمثل الولادة بوجود قابلة ماهرة عنصرًا هامًا آخر للحد من وفيات ومرض الأطفال حديثي الولادة. ومع معدل يصل إلى 79 في المائة، يعتبر معدل الولادات التي تتم على يد القابلات الماهرات في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا أعلى بكثير من المتوسط العالمي البالغ 68 في المائة (الشكل 2-2)، ولكنه أقل من معدل أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي وشرق آسيا والمحيط الهادئ. إن التحصين الكامل للأطفال يلعب دورًا هامًا في الحد من الأمراض بين الأطفال - حيث إن أمراضًا مثل الحصبة تعتبر سببًا رئيسيًا لوفيات الأطفال. وتقترب منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا من تغطية تحصين عالية، حيث إن 89 في المائة من الأطفال محصنون بالكامل ضد الدفتيريا، والسعال الديكي، والكزاز (DPT)، (اليونيسف 2014). كما تمنع عمليات التطعيم أيضاً حدوث الأمراض التي يمكن أن تعوق النمو الجسدي الصحي (مولينا، 2012). في حين أن هناك احتياجات خاصة بمجموعة متنوعة أخرى من اللقاحات الهامة، على الأقل من حيث الدفتيريا، والسعال الديكي، والكزاز (DPT)، فإن منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا أداؤها أفضل من المتوسط العالمي (84 في المائة)، وقريب من مناطق أخرى ذات أداء عالٍ، مثل أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي (93 في المائة) وشرق آسيا والمحيط الهادئ (92 في المائة).

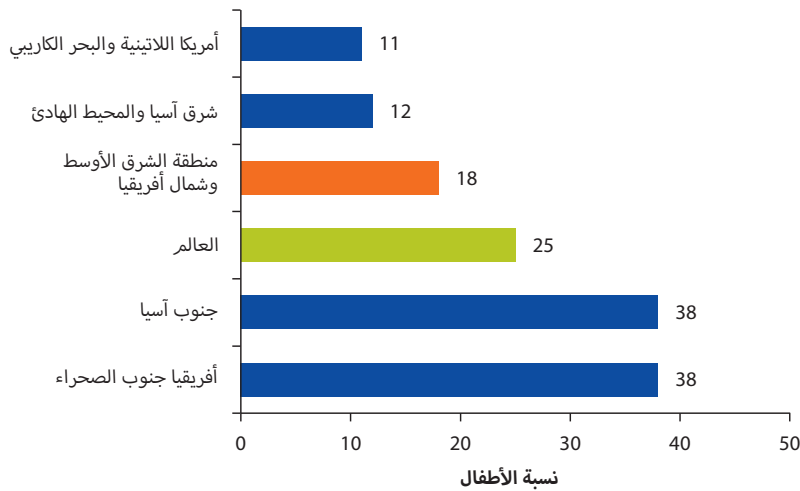
إن سوء التغذية، الذي يعوق نمو خمس الأطفال تقريباً، يشكل تحدياً كبيراً لمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. والتقرير - الذي يزيد عن انحرافين معياريين أقل من طول طفل مرجعي صحي من نفس العمر والجنس - تم ربطه بانخفاض المعرفة، وتدني المستوى الدراسي، وانخفاض الإنتاجية لاحقاً في الحياة، وكذلك تدني الدخل

الشكل 2-2 رعاية قبل الولادة وأثناء الولادة بوجود قابلة ماهرة - مقارنة إقليمية، 2008 - 2012



المصدر: اليونيسف 2014

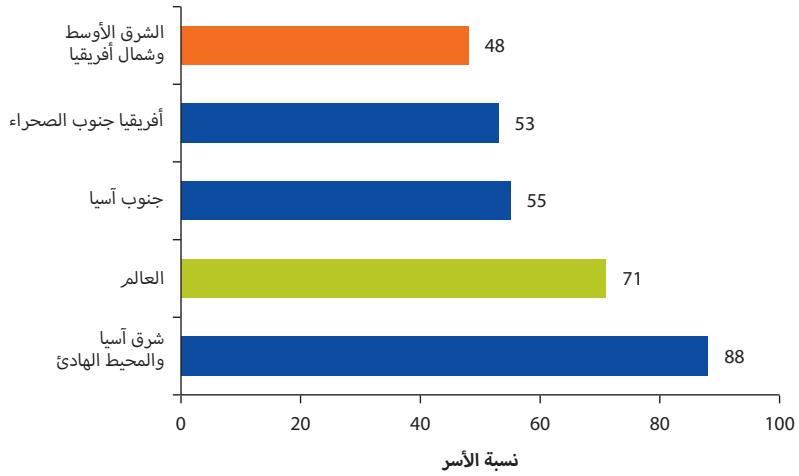
الشكل 3-2 الأطفال المصابون بالتقرم، بعمر 0-59 شهرا، مقارنة إقليمية 2008-2012



المصدر: اليونيسف 2014

(غلوي وميغيل 2008؛ وغرانثام - ماكغريغور وآخرون 2007؛ وولكر وآخرون 2011). ما يقارب من خمس (18 في المائة) من الأطفال في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا يعانون من التقزم. ونتيجةً للتقزم، فإن الأطفال في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا سوف يراكمون رأس مالٍ بشريا وصحيا أقل ويجنون أجوراً أقل في وقت لاحق في الحياة. وهذا يشكل خمس القوى العاملة المستقبلية التي سوف تكون أقل إنتاجية في سنوات عملها، بسبب سوء التغذية التي كان بالإمكان الوقاية منها كلياً تقريباً. وفي حين أن معدل التقزم في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا هو أقل من المتوسط العالمي، وكذلك عن جنوب آسيا أو أفريقيا جنوب الصحراء، فإنه أعلى من أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي،

الشكل 4-2 الأسر التي تتناول ملحا فيه كميات كافية من اليود - مقارنة إقليمية، 2006-2010



المصدر: اليونيسف 2014

ملاحظة: الفترة من 2006 إلى 2010 هي آخر فترة بها بيانات قابلة للمقارنة لمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا.

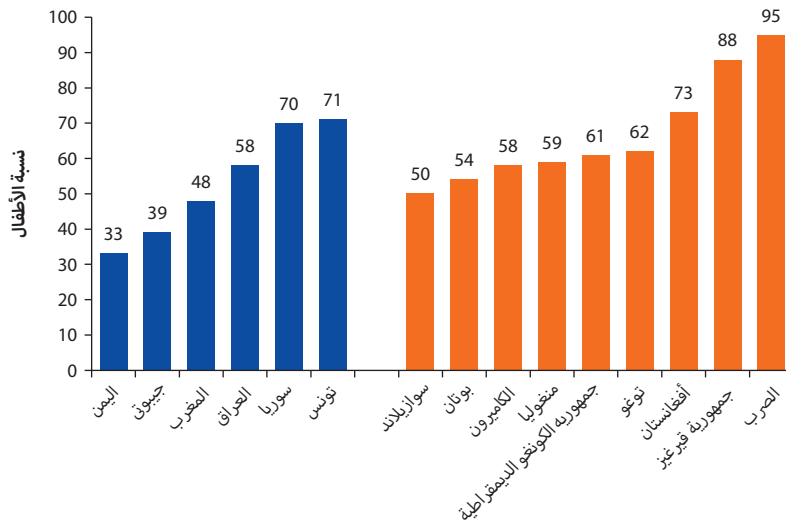
حيث 11 في المائة من الأطفال يعانون من التقزم، ومن شرق آسيا والمحيط الهادئ، حيث 12 في المائة من الأطفال يعانون من التقزم (الشكل 2-3).

إن منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا لديها أقل عدد من الأسر استخداماً للملح المعالج باليود² على نحو كافٍ في أي منطقة أخرى، مما يعرض الأطفال لخطر كبير من ضعف التطور المعرفي. والمغذيات الدقيقة مثل الحديد، وفيتامين (أ)، والزنك، واليود، تلعب دوراً هاماً في كل من التطور الجسدي والمعرفي. والأفراد الذين يعانون من نقص اليود كان متوسطهم في اختبار الذكاء أقل بـ 10 نقاط عن الأفراد الذين ليس لديهم أي نقص (مولينا، 2012). إن الملح المضاف إليه اليود هو الوسيلة الأساسية لتقديم اليود للأطفال. وبمعدل 48 في المائة من الأسر التي تستخدم الملح المضاف إليه كميات كافية من اليود، فإن معدلات منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا هي أقل من أفريقيا جنوب الصحراء (53 في المائة) وجنوب آسيا (55 في المائة)، وأقل بكثير من المتوسط العالمي (71 في المائة) من الأسر التي تستخدم الملح المضاف إليه كميات كافية من اليود (الشكل 4-2).

التطور الاجتماعي، والعاطفي، والمعرفي

على الرغم من أنه ثبت أن اللعب والتفاعل هما عنصران هامين لتنمية الطفولة المبكرة، فإن الأطفال في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا يفتقرون إلى فرص هامة للتطور اجتماعياً وعاطفياً، وهم في وضع سيئ إلى حد كبير مقارنة بالمناطق الأخرى. إن مشاركة الآباء في أنشطة تعزز التعلم تشكل دعماً هاماً للتطور المعرفي، ومؤشراً هاماً لممارسات الوالدية والمشاركة الاجتماعية والعاطفية للوالدين مع أطفالهم. ويبين الشكل 2-5 نسبة الأطفال بين سن 36-59 شهراً الذين يشاركون في على الأقل أربعة من ستة أنشطة مختلفة تدعم نمو الطفل،³ ومقارنة لعدد من دول المنطقة مع عينة فرعية عشوائية من بلدان أخرى. وكما يوضح الشكل، فإن أداء دول المنطقة هو بشكل عام أقل من البلدان الأخرى من حيث دعم التنمية المبكرة. فقط 33 في المائة من الأطفال في الجمهورية اليمنية، و39 في المائة من الأطفال في

الشكل 5-2 الأطفال بعمر 36-59 شهرا يمارسون أربعة إلى ستة أنشطة تنموية على الأقل، بلدان مختارة



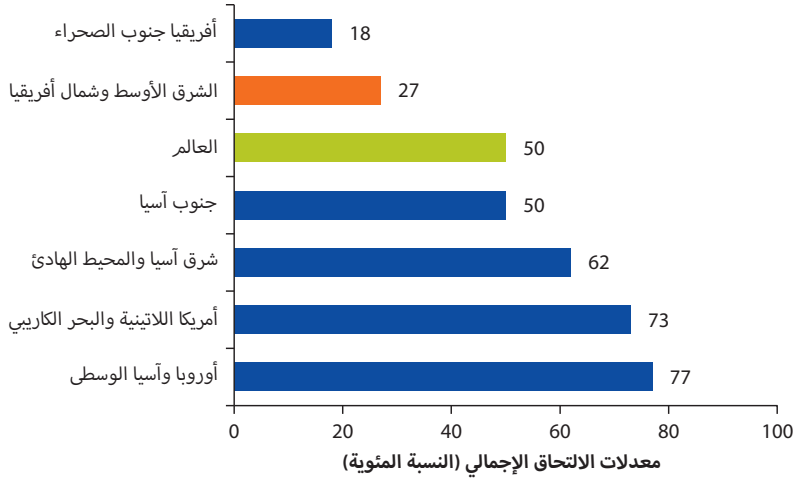
المصدر: اليونيسف 2013، باستثناء جيبوتي (وزارة الصحة، جيبوتي، ومعهد الإحصائيات والدراسات الديمغرافية، وجامعة الدول العربية 2012)، والعراق (جهاز الإحصاء المركزي ومكتب الإحصاء الإقليمي لكردستان، 2012)، وتونس (وزارة التنمية والتعاون الدولي، ومؤسسة الإحصاء الوطنية، واليونيسف 2013).
ملاحظة: جيبوتي لعمر 24-59 شهرا.

جيبوتي، و48 في المائة من الأطفال في المغرب يمارسون أنشطة تنموية - أدناه هي أدنى عينة عشوائية لبلدان أخرى، سوازيلاند، حيث 50 في المائة من الأطفال يمارسون أنشطة تنموية. في حين أن العراق، والجمهورية العربية السورية (ما قبل النزاع)، وتونس التي كان أداءها أفضل، لا تزال معدلاتها منخفضة. في العينة الفرعية العشوائية لبلدان أخرى، أفغانستان، وقيرغيزستان، وصربيا، كان أداءها أفضل من أي من دول منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا من حيث البيانات. حيث تونس كانت الأفضل ولكن لا زالت تحتل المرتبة 24 من أصل 49 دولة من حيث الأنشطة التنموية. والعراق في المرتبة 31، والمغرب 40، وجيبوتي 44، واليمن 47، من أصل 49 دولة.

إن التعليم في مرحلة الطفولة المبكرة والتعلم المبكر يلعبان دوراً هاماً في النجاح في المدرسة. إلا أن منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا لا تستثمر سوى القليل جدا في هذه المرحلة الهامة من التعليم. وعلى الرغم من أن الأدلة تشير إلى أن رعاية وتعليم الطفولة المبكرة (ECE) يحسنان التطور المعرفي، والاجتماعي والعاطفي ويمنحان فوائد مدى الحياة، فإن إجمالي الالتحاق في مرحلة ما قبل الابتدائي في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا هو تقريباً نصف المتوسط العالمي. فمعدل الالتحاق في مرحلة ما قبل الابتدائي في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا أقل من جميع المناطق الأخرى باستثناء أفريقيا جنوب الصحراء وتقريباً ثلث معدل أوروبا وآسيا الوسطى وأمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي (الشكل 2-6).

والتحدي الآخر الذي يهدد بإعاقة التنمية الصحية للأطفال هو التأديب العنيف. فالتأديب العنيف للأطفال⁴ ينتشر على نطاق واسع في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، ويؤثر سلباً على النمو البدني والنفسي، والاجتماعي للأطفال. ومقارنة دول المنطقة ذات البيانات المتاحة مع بلدان في مناطق أخرى يبين أن دول منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا لديها أعلى نسبة أطفال تتراوح أعمارهم بين عامين و14 عاماً يتعرضون للتأديب العنيف.⁵ اليمن والصفة العربية

الشكل 6-2 معدلات الالتحاق الإجمالي في مرحلة ما قبل الابتدائي - مقارنة إقليمية، 2011



المصدر: مؤشرات التنمية العالمية

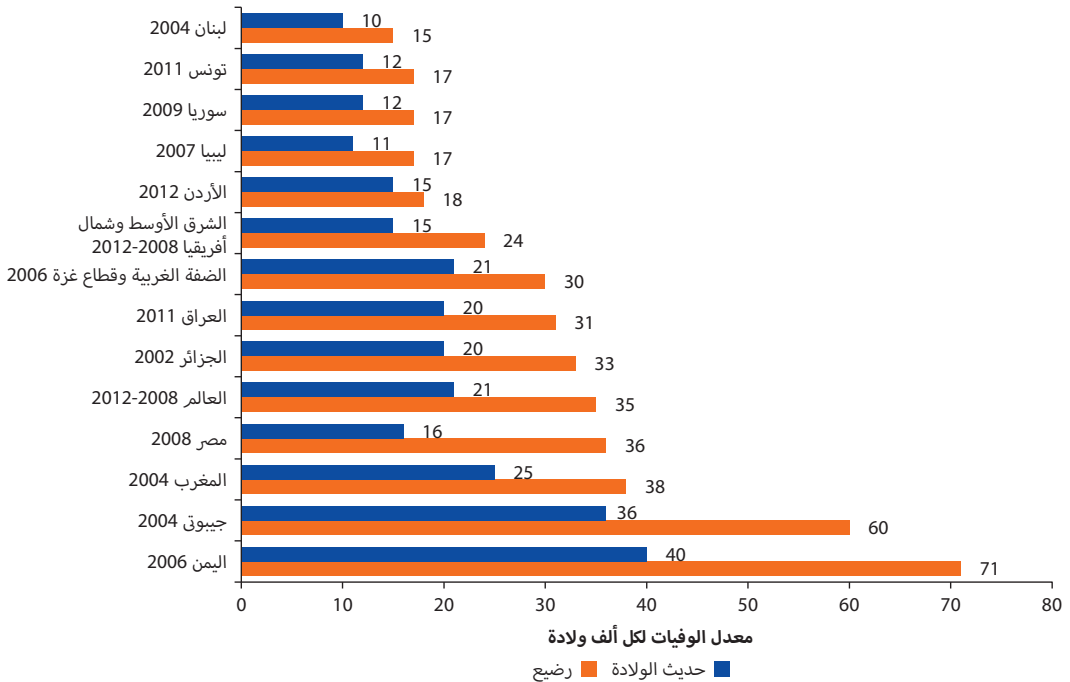
وقطاع غزة لديهما أعلى معدلات من التأديب العنيف (من أصل 50 دولة)، مع تعرض 95 في المائة من الأطفال للتأديب العنيف. تونس، والعراق، والجزائر، وسوريا (ما قبل النزاع)، والمغرب، وجمهورية مصر العربية لديها جميعاً معدلات عالية من التأديب العنيف، وبمعدل يتراوح بين 79 و 93 في المائة. وتحتل تونس المرتبة 5 من بين أعلى الدول التي فيها تأديب عنيف، ومصر في المرتبة 8، والمغرب 11، وسوريا (ما قبل النزاع) كانت في المرتبة 14، والجزائر 17، والعراق 26. فقط جيبوتي كان لديها معدل أقل، حوالي 38 في المائة واحتلت المرتبة 49 من حيث التأديب العنيف للأطفال من بين 50 بلداً.

تنمية الطفولة المبكرة في بلدان منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا - مقارنة دول منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا

البقاء على قيد الحياة، والرعاية الصحية، والتغذية

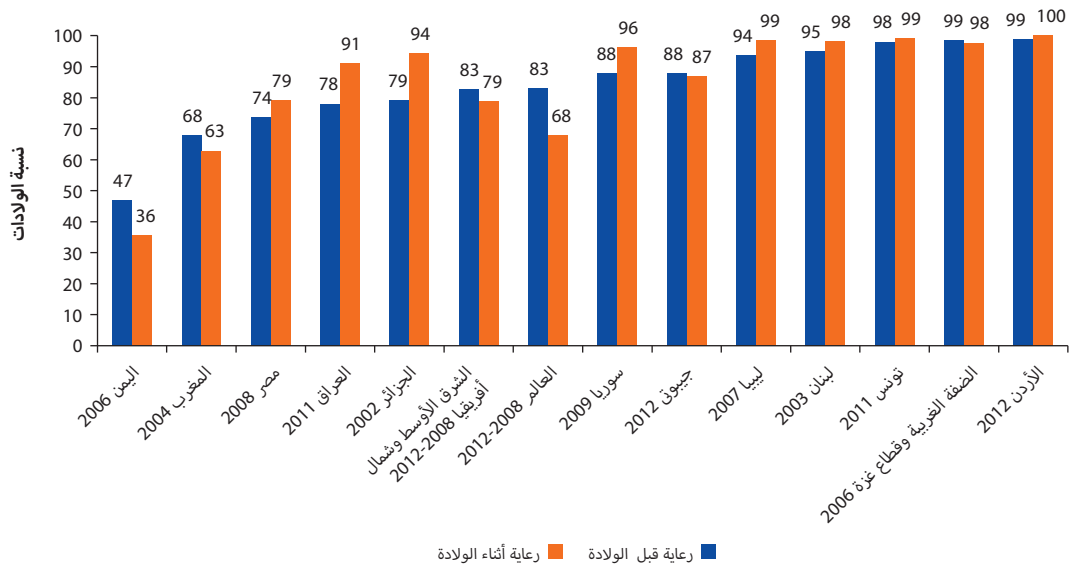
هناك تباين واسع في وضع تنمية الطفولة المبكرة بين الدول في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. فمعدلات وفيات الأطفال الرضع تتباين، مع وجود أعلى المعدلات في اليمن وأقلها في لبنان (الشكل 7-2). وجيبوتي واليمن لديهما معدلات وفيات بين الأطفال الرضع أعلى بكثير من المتوسط العالمي وأقرب إلى معدلات أفريقيا جنوب الصحراء. وطفل واحد من بين كل 15 طفلاً يتوفى في السنة الأولى من الحياة في هذه البلدان. في اليمن، طفل من كل 25 طفلاً يموت في الشهر الأول من الحياة. والمغرب، ومصر، والجزائر، وتونس، والصفة الغربية وقطاع غزة جميعها لديها معدلات وفيات بين الأطفال حديثي الولادة والرضع، أعلى من المتوسط الإقليمي لعام 2010، وذلك وفقاً لآخر المسوحات. مصر هي الأبرز من حيث الفجوة الواسعة غير الاعتيادية بين معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة والأطفال الرضع. مقارنة بدول أخرى ذات معدلات وفيات مماثلة بين الأطفال الرضع، مصر لديها معدل وفيات أقل بكثير بين الأطفال حديثي الولادة. والأطفال أقل عرضة للوفاة في الشهر الأول من الحياة، ولكنهم أكثر عرضة للوفاة خلال الفترة المتبقية من السنة الأولى من العمر، مما يشير إلى أن مصر تواجه تحديات صحية مبكرة تختلف عن بلدان أخرى. لبنان، والأردن، وليبيا، وسوريا (قبل النزاع) جميعها كان لديها معدلات أقل من المتوسطات الإقليمية، على الرغم من أن الصراعات الأخيرة في ليبيا وسوريا بشكل خاص من المحتمل أن تكون قد غيرت هذا الوضع.

الشكل 7-2 وفيات حديثي الولادة والرضع حسب البلدان أو الأراضي، وفيات لكل ألف ولادة - أحدث مسح



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسوحات أسرية (راجع الملحق 2، الجدول 2). معدلات العالم ومنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا من اليونسيف (2014).

الشكل 8-2 رعاية قبل الولادة وأثناء الولادة في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا حسب البلاد أو الأراضي - أحدث مسح

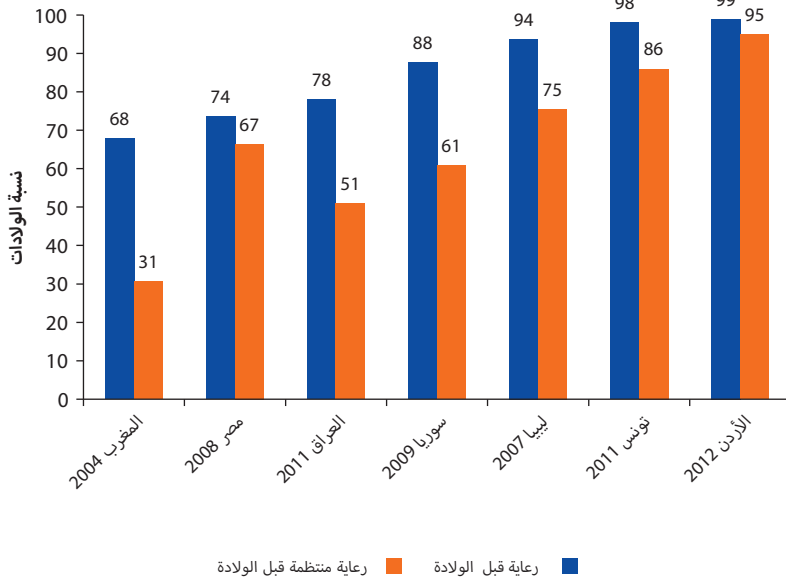


المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسوحات أسرية (راجع الملحق 2، الجدول 2). معدلات العالم ومنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا من اليونسيف (2014).

معظم دول منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا كان أداءها جيداً من حيث استخدام رعاية ما قبل الولادة ووجود قابلات ماهرات عند الولادة. بيد أن العديد من الدول لديها فجوات كبيرة في التغطية، مما يعرض الأمهات والأطفال لخطر كبير (الشكل 2-8). وعدد من دول منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا تقترب من الرعاية الشاملة لما قبل وأثناء الولادة، بما في ذلك تونس، وجيبوتي، وليبيا، ولبنان، والصفة الغربية وقطاع غزة، والأردن. في سوريا (ما قبل النزاع)، والعراق، والجزائر هناك نقص معتدل، مع تغطية لرعاية ما قبل الولادة بنسبة أقل من نسبة الولادات التي تتم بوجود قابلة ماهرة. في مصر والمغرب، ما بين ثلث وخمس الولادات تتم بدون رعاية ما قبل الولادة أو بدون وجود قابلة ماهرة. اليمن لديه معدلات منخفضة جداً، مع تلقي 47 في المائة فقط من الولادات رعاية ما قبل الولادة و 36 في المائة من الولادات تحضرها قابلات ماهرات.

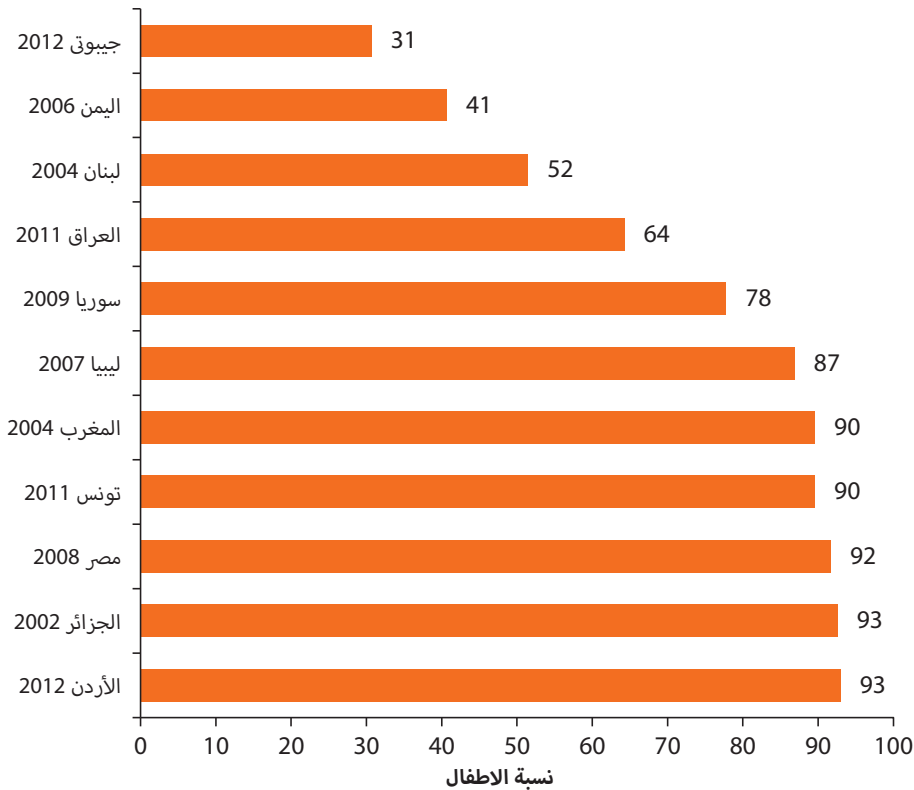
هناك حاجة إلى زيادة الحصول على رعاية منتظمة ما قبل الولادة في معظم بلدان الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. ففي حين كان أداء منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا جيداً من حيث حصول المواليد على زيارة واحدة على الأقل لرعاية ما قبل الولادة، لا يزال هناك فجوات كبيرة في حجم الرعاية المنتظمة ما قبل الولادة (أربع زيارات على الأقل) التي تحصل عليها الأمهات (الشكل 2-9). ومن بين البلدان التي لديها بيانات، كان أداء الأردن هو الأفضل، مع تلقي 99 في المائة من المواليد رعاية ما قبل الولادة وتلقي 95 في المائة رعاية منتظمة ما قبل الولادة. تونس أيضاً كان أداءها جيداً، مع تلقي 98 في المائة من الولادات رعاية ما قبل الولادة و 86 في المائة رعاية منتظمة ما قبل الولادة. ليبيا وسوريا (ما قبل الصراع) كان لهما فجوات معتدلة بين رعاية ما قبل الولادة ورعاية منتظمة ما قبل الولادة، بينما في مصر، تقريباً كل هؤلاء الذين يتلقون رعاية ما قبل الولادة (74 في المائة من الولادات) يقومون بذلك بانتظام (67 في المائة). أما في المغرب، ففي حين أن 68 في المائة من المواليد يتلقون رعاية ما قبل الولادة، فإن فقط 31 في المائة من جميع المواليد يتلقون الرعاية بانتظام، وفي العراق، في

الشكل 2-9 الرعاية قبل الولادة والرعاية المنتظمة قبل الولادة حسب البلد - أحدث مسح



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسوحات الأسرية (راجع الملحق 2ب، الجدول 2ب1)

الشكل 10-2 الأطفال بعمر 12-23 شهرا مطعمون بالكامل حسب البلد - أحدث مسح



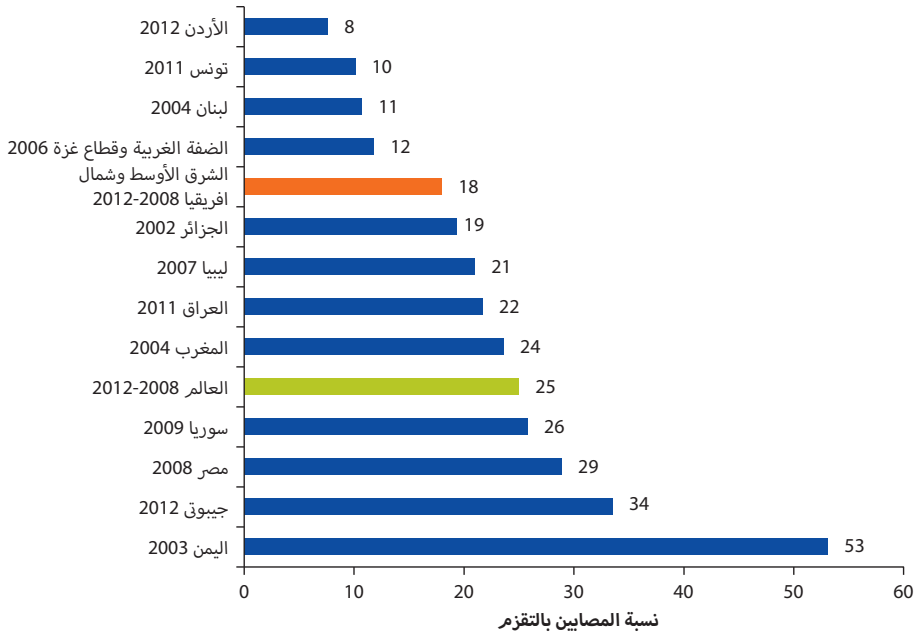
المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسوحات أسرية (راجع الملحق 2، الجدول 2ب1)

ملاحظة: لبنان كان ينقصها معلومات بشأن مطعوم BCG، وبالتالي تم احتساب التطعيم الكامل للمطاعيم الأخرى للبنان. وكانت الجزائر ينقصها معلومات على لقاح الحصبة، والجرعات الثانية والثالثة لشلل الأطفال، وبالتالي تم احتساب التطعيم الكامل للقاحات الأخرى للجزائر. تونس هي 18-29 شهرا.

حين يتلقى 78 في المائة من الولادات رعاية ما قبل الولادة، 51 في المائة فقط يحصلون عليها بانتظام. من المهم معالجة هذه الفجوات، ولكن من المرجح أن يكون هناك حاجة لنوع مختلف من التوعية لمعالجة الأنواع المختلفة من الفجوات. وعدد من بلدان منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا تقترب من مستويات كافية من التطعيمات، في حين أن بلدانا أخرى لم تحقق المستوى اللازم من تغطية التطعيم لحماية الأطفال من أمراض ووفاة يمكن الوقاية منها (الشكل 10-2). ويعتبر الأطفال محصنين بالكامل إذا كانوا قد تلقوا تطعيمات لجميع أمراض الطفولة الستة الرئيسية التي يمكن الوقاية منها: السل، والدفتيريا، والسعال الديكي، والكزاز،⁶ وشلل الأطفال،⁷ والحصبة. وينبغي أن يكونوا محصنين بالكامل قبل 12 شهرا.⁸ وحققت عدد من دول المنطقة مستوى تطعيم من شأنه أن يمنع مناعة قطعية،⁹ ومنها المغرب، وتونس، ومصر، والأردن، والجزائر. وليبيا، التي فيها 87 في المائة من الأطفال محصنون تماماً، تعتبر قريبة جداً من التغطية الكافية، في سوريا (ما قبل النزاع) في عام 2009، فقط 78 في المائة من الأطفال تم تحصينهم بالكامل، ومن المرجح أن تكون معدلات التحصين قد انخفضت نتيجة للصراع. اليمن، وجيبوتي، والعراق، ولبنان لديها معدلات منخفضة جداً من التحصين الكامل، تتراوح بين 31-64 في المائة.

إن تلقي الجرعات الكاملة من اللقاحات متعددة الجرعات هي أحد أكبر التحديات في البلدان ذات معدلات التحصين المنخفضة. وبمقارنة النقص في التطعيمات في اليمن، وجيبوتي، والعراق يبدو أن البلدان تواجه تحديات مختلفة إلى حد ما من حيث تغطية التحصين؛ على سبيل المثال، العراق أدأؤه أفضل بكثير من حيث تغطية شلل

الشكل 11-2 الأطفال بعمر 59-0 شهرا المصابون بالتقرم حسب البلاد أو الأراضي - أحدث مسح



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسوحات الأسرية (راجع الملحق 2، الجدول 2ب1). معدلات العالم والشرق الأوسط وشمال أفريقيا من اليونسيف، 2014.

الأطفال عنه في الدفتيريا، والسعال الديكي والكرزاز (DPT). أما جيبوتي فأداؤها أفضل في التطعيم ضد السل من اليمن، ولكن اليمن أداؤه أفضل من جيبوتي في تغطية الحصبة. كما يميل الأطفال أيضاً إلى عدم إتمام جرعة كاملة من الجرعات المتعددة للتطعيمات؛ ففي جيبوتي، في حين أن نحو 70 في المائة من الأطفال يتلقون أول جرعة من تطعيم شلل الأطفال، فإن حوالي 40 في المائة فقط يحصلون على الجرعة الثالثة. إن زيادة معدلات تغطية التحصين سوف تتطلب استهداف جميع هذه الأنواع المختلفة من الفجوات، التي غالباً ما تكون خاصة بكل بلد.

إن التقزم منتشر في جميع دول المنطقة. ويبين الشكل 11-2 نسبة الأطفال من سن 59-0 شهراً الذين يعانون من التقزم في بلدان المنطقة. وعلى الرغم من أن الأردن، وتونس، ولبنان والضفة الغربية وقطاع غزة لديها معدلات منخفضة نسبياً، ومع إصابة 8-12 في المائة من الأطفال بالتقرم، فإن ذلك يمثل ضرراً كبيراً لمئات الآلاف من الأطفال من حيث تراكم رأس المال البشري والتنموي. في عدد من الدول (الجزائر، وليبيا، والمغرب، والعراق، وسوريا) ما قبل الصراع، من خمس إلى ربع الأطفال يعانون من التقزم، مما يعني أن الأطفال لديهم ما بين 1 إلى 5 و 1 إلى 4 احتمال أن تكون صحتهم الجسدية والمعرفية ضعيفة وأن يحصلوا على أجور أقل في وقت لاحق في الحياة. مصر لديها معدلات تقزم تفوق المتوسط العالمي، مع معاناة 29 في المائة من الأطفال من التقزم. والوضع مشابه في جيبوتي، مع ثلث (34 في المائة) من الأطفال مصابين بالتقرم. اليمن على وجه الخصوص لديه مشكلة خطيرة للغاية مع التغذية والتقرم، مع إصابة أكثر من 53 في المائة من الأطفال بالتقرم؛ وأكثر من نصف الأطفال في اليمن لا يحققون كامل إمكاناتهم التنموية.

ودول منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا صارت باستمرار للحد من التقزم. وجيبوتي زادت بها معدلات التقزم، من 28 في المائة في عام 1989 إلى 34 في المائة في عام 2012، وبقي التقزم في اليمن أكثر من 50 في المائة منذ عام 1992 (مؤشرات التنمية العالمية). على الرغم من أن مصر كانت تبرز تقدماً في خفض التقزم في وقت مبكر من

الألفية، فإن المعدلات زادت بشكل كبير منذ ذلك الحين. وارتفعت معدلات التقزم وانخفضت في كل من الجزائر، وسوريا (ما قبل النزاع)، والصفة الغربية وقطاع غزة، وبقيت ثابتة بشكل أساسي في العراق، ولبنان، وليبيا، و فقط تونس، والأردن، والمغرب أحرزت بشكل عام بعض التقدم في إنقاص التقزم، مع بعض التقلبات.

إن فرص الأطفال في الحصول على ملح مضاف إليه كميات كافية من اليود، الذي يساعد في النمو الصحي للدماغ، تتراوح بشكل كبير داخل منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، من 0-97 في المائة¹⁹ وجيبوتي لديها أقل معدل- أقل من 1 في المائة - والمغرب، والعراق، واليمن، وسوريا (ما قبل النزاع) جميعها لديها معدلات منخفضة للغاية- بين 20 و 30 في المائة. ليبيا (53 في المائة) والجزائر (61 في المائة) أداؤها أفضل من متوسط منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا ولكن أقل من المتوسط العالمي. مصر، والصفة الغربية وقطاع غزة، والأردن، ولبنان جميعها أداؤها معتدل إلى حد ما بين 77 و 88 في المائة - ولكن لا يزال لديها مجال للتحسين. فقط تونس لديها تغطية شاملة تقريباً (97 في المائة). إن الفجوات في الوصول إلى ملح معالج باليود بحاجة إلى معالجة سريعة لضمان تطور الأطفال في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا ليحققوا كامل قدراتهم المعرفية؛ إن إضافة اليود إلى الملح هي أحد التدخلات التنموية الأكثر فاعلية من حيث التكلفة في العالم.

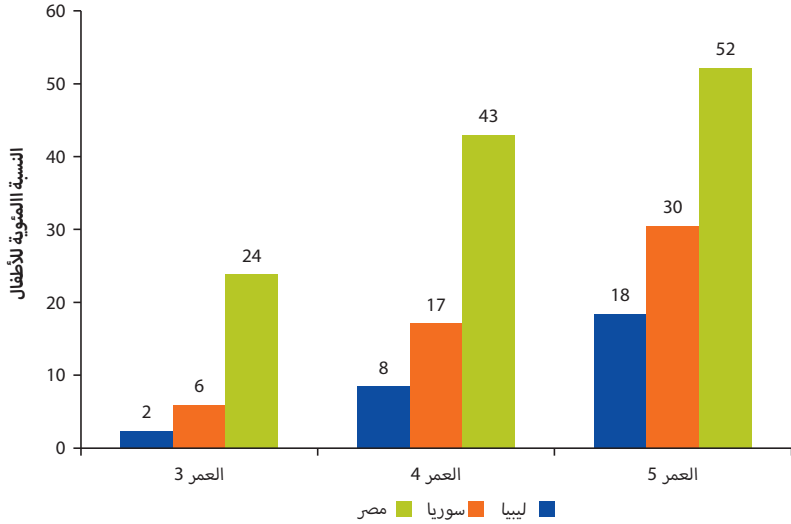
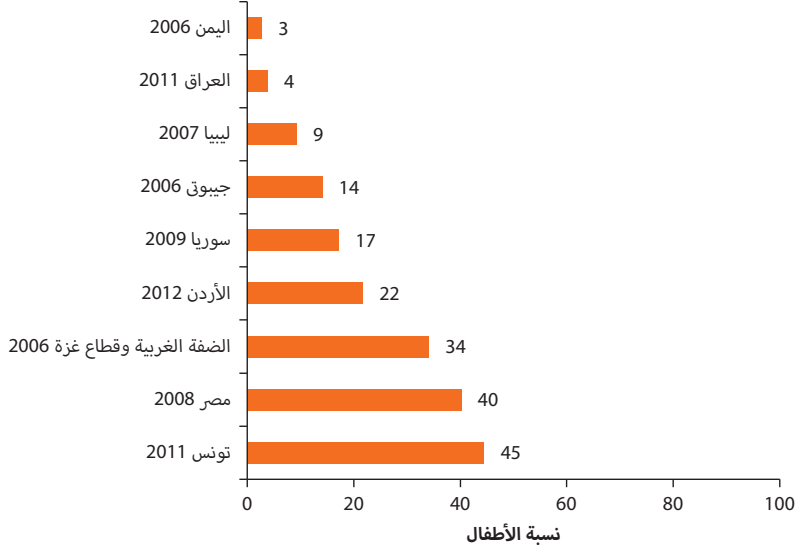
التطور الاجتماعي، والعاطفي، والمعرفي

يفتقد الأطفال في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا فرصاً هامة للتطور معرفياً، واجتماعياً وعاطفياً والجاهزية للمدرسة. فقط ثلث الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من صفر إلى أربع سنوات في جيبوتي (37 في المائة) والربع في اليمن (26 في المائة) يقومون بأنشطة تدعم تطوّرهم المعرفي والتعليمي. و فقط نصف الأطفال في العراق (54 في المائة)، وفي الضفة الغربية وقطاع غزة (47 في المائة)، وسوريا (ما قبل النزاع) (55 في المائة) يمارسون أنشطة تنموية. الأردن (82 في المائة) وتونس (71 في المائة) أداؤها أفضل، ولكن لا يزالان يظهران عجزاً كبيراً. وفي حين أن جميع الأنشطة مهمة من أجل التطور الاجتماعي والعاطفي، فإن القراءة والتسمية، والعد، والرسم، لها عنصر تربوي ومعرفي هام. والأنشطة الشائعة بشكل خاص هي الغناء، واصطحاب الأطفال إلى الخارج واللعب. إلا أن قراءة الكتب، وسرد القصص، والتسمية / العد / الرسم هي أقل شيوعاً بكثير.

وفي حين أنه غالباً ما تخرط العائلات اجتماعياً وعاطفياً مع أطفالهم، فإن هناك متسعاً للتحسين في التطور المعرفي للأطفال، لا سيما من حيث القراءة، والتسمية، والعد، والرسم. وفي حين أن المعدلات تختلف من بلد إلى آخر، فإنه في كل البلدان التي شملها الاستطلاع، أقل من نصف الأطفال يلتحقون في رعاية وتعليم الطفولة المبكرة. وبين الشكل 2-12 نسبة الأطفال في رعاية وتعليم الطفولة المبكرة في مختلف دول منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. والمعدلات منخفضة بشكل خاص في العراق واليمن، حيث فقط 3-4 في المائة من الأطفال يلتحقون بتعليم ورعاية الطفولة المبكرة. ليبيا، وجيبوتي، وسوريا (ما قبل النزاع) فيها أيضاً معدلات منخفضة (14-9 في المائة). في الأردن حول خمس (22 في المائة) من الأطفال يلتحقون بتعليم ورعاية الطفولة المبكرة. في حين أن الضفة الغربية وقطاع غزة (34 في المائة)، ومصر (40 في المائة)، وتونس (44 في المائة) أداؤها يعتبر جيداً نسبياً بالنسبة لمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، إلا أنه في هذه البلدان والأراضي، أكثر من نصف الأطفال تفوتهم هذه الفرصة التنموية الهامة.

وعلى الرغم من أن الالتحاق يميل إلى أن يكون أعلى بين الأطفال في سن الخمس سنوات من العمر، إلا أن الكثير من الأطفال لا يلتحقون أبداً بتعليم ورعاية الطفولة المبكرة. وبين الشكل 12-2 أيضاً نسبة الأطفال في سن ثلاث، وأربع، وخمس سنوات الذين يلتحقون برعاية وتعليم الطفولة المبكرة في ليبيا، وسوريا (ما قبل النزاع)، ومصر. القليل من الأطفال في سن ثلاث سنوات في سوريا (ما قبل النزاع) وفي ليبيا يلتحقون برعاية وتعليم الطفولة المبكرة، في حين 24 في المائة من الأطفال في مصر في سن ثلاث سنوات يلتحقون برعاية وتعليم الطفولة المبكرة. والمعدلات لاتزال منخفضة نسبياً

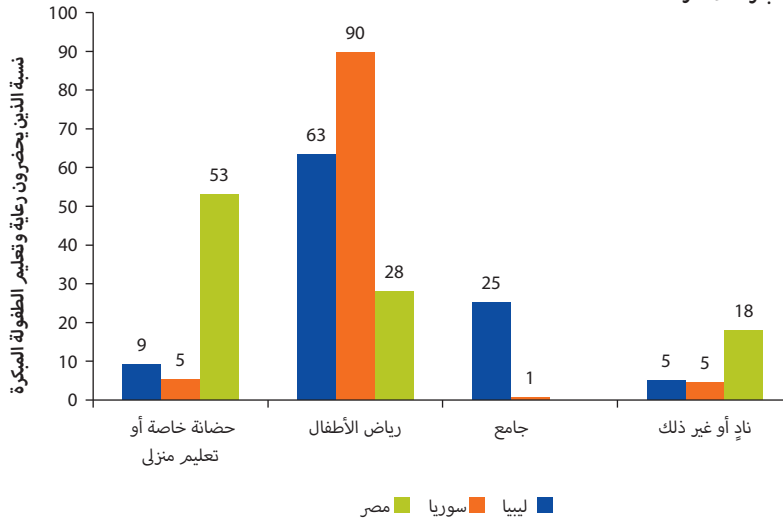
الشكل 2-12 النسبة المئوية للأطفال في رعاية وتعليم الطفولة المبكرة، حسب البلد أو الأراضي وحسب العمر
العمر يخص بلداناً مختارة



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسوحات الأسرية (راجع الملحق 2ب، الجدول 2ب1).
ملاحظة: الأعمار 4-3 في تونس، والأردن، والضفة الغربية وقطاع غزة، والعراق وجيبوتي واليمن. الأعمار 5-3 في مصر، وسوريا (قبل النزاع).
جميعها حضور حالي في رعاية وتعليم الطفولة المبكرة باستثناء مصر.

بالنسبة للأطفال في سن أربع سنوات في ليبيا وسوريا (ما قبل النزاع). و فقط في سن خمس سنوات (18 في المائة) من الأطفال في ليبيا والثلث (30 في المائة) من الأطفال في سوريا (ما قبل النزاع) يلتحقون برعاية وتعليم الطفولة المبكرة. نصف الأطفال في مصر يلتحقون في رعاية وتعليم الطفولة المبكرة في سن الخامسة. وحتى عندما تكون معدلات الالتحاق منخفضة بين الأطفال الأصغر سناً، فإن معظم الأطفال يفقدون هذه الفرصة الهامة للتنمية المبكرة والاستعداد للمدرسة. البلدان المختلفة لديها أنظمة مختلفة لرعاية وتعليم الطفولة المبكرة.

الشكل 2-13 أنواع رعاية وتعليم الطفولة المبكرة حسب البلد، الأطفال الذين يحضرون رعاية وتعليم الطفولة المبكرة، الأعمار 3-5



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسوحات الأسرية (راجع الملحق 2ب، الجدول 2ب1).
ملاحظة: سوريا (قبل النزاع) وليبيا هما حضور حالي لرعاية وتعليم الطفولة المبكرة. مصر في حالة أن كان هناك حضور.
والجامع لم يكن خيار إجابة في مصر.

ويبين الشكل 2-13 الأنواع المختلفة لرعاية وتعليم الطفولة المبكرة التي يتم الالتحاق بها في ليبيا وسوريا (ما قبل النزاع)، وفي مصر. وتشكل رياض الأطفال 90 في المائة من رعاية وتعليم الطفولة المبكرة في سوريا (ما قبل النزاع)، و63 في المائة في ليبيا، و28 في المائة في مصر. وتعتبر المساجد مزودا هاما لرعاية وتعليم الطفولة المبكرة في ليبيا (25 في المائة). ودور رياض الأطفال في مصر هو مزيج من البرامج الحكومية والخاصة؛ والحضانات الخاصة (53 في المائة من رعاية وتعليم الطفولة المبكرة) هي في الواقع أكثر أشكال رعاية وتعليم الطفولة المبكرة شيوعاً. وهذه الأنواع المختلفة من رعاية وتعليم الطفولة المبكرة من المرجح أن تكون متفاوتة من حيث الجودة وتقدم دعماً متفاوتاً للتنمية المبكرة. حتى بين الأطفال الصغار جداً - الذين تتراوح أعمارهم بين سنتين وخمس سنوات - التأديب العنيف هو ممارسة شائعة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. في جيبوتي، في 36 في المائة من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 2-5 سنوات يتم تأديبهم بعنف، وهذا أدنى معدل في المنطقة. في سوريا (ما قبل النزاع) كان المعدل 85 في المائة، و77 في المائة في العراق. واليمن وتونس كانت معدلتهما 93 في المائة، والصفة الغربية وقطاع غزة كان لديها أعلى المعدلات، مع 96 في المائة من الأطفال بين 2-5 سنوات تعرضوا للتأديب بعنف.

وعلاوة على ذلك، نسبة كبيرة من الأطفال في سن الخامسة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا يشاركون في نوع من عمالة الأطفال - أي العمل لدى شخص ليس عضواً في الأسرة، والقيام بالأعمال المنزلية، أو القيام بغيرها من الأعمال العائلية. العمل والأعمال المنزلية في هذه السن المبكرة من المرجح أن تعرض نمو الأطفال للخطر وقد تقلل من فرصهم في الانتقال الناجح إلى المدرسة. وهناك تباين بين دول منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا من حيث نسبة الأطفال في سن الخامسة المنخرطين في عمالة الأطفال: 24 في المائة في تونس و19 في المائة في جيبوتي، و16 في المائة في اليمن، و12 في المائة في سوريا (قبل الصراع)، و10 في المائة في العراق، و7 في المائة في ليبيا.

العوامل التي تؤثر على تنمية الطفولة المبكرة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا

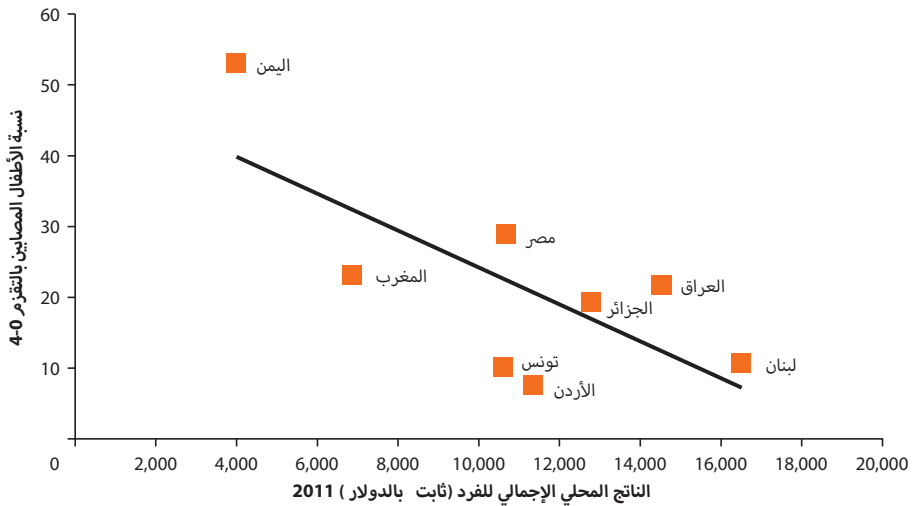
تطور البلد وتنمية الطفولة المبكرة

إن نجاح البلدان في تعزيز تنمية الطفولة المبكرة يعتمد إلى حد ما على مستواها التنموي الكلي. إلا أن التباين في تنمية الطفولة المبكرة عبر البلدان ذات مستويات التنمية المماثلة يُظهر أيضاً أن الدول التي تلتزم بمعالجة تنمية الطفولة المبكرة يمكن أن تحرز تقدماً كبيراً بغض النظر عن ناتجها المحلي الإجمالي أو غيره من مؤشرات التنمية. وكما يظهر الشكل 2-14، فإن البلدان ذات مستويات الدخل المماثلة، مثل مصر، وتونس، لديها معدلات متفاوتة من التقرّم، تتراوح من 29 في المائة في مصر إلى 10 في المائة في تونس. والواقع أن معدل التقرّم في لبنان (11 في المائة) قريب جداً من معدل تونس، التي يعتبر الناتج المحلي الإجمالي للفرد فيها أقل بكثير من لبنان.

ويرتبط التقرّم بمؤشرات أخرى للتنمية البشرية. الشكل 2-15 يبين كيف أن التقرّم ومؤشر التنمية البشرية (HDI) مرتبطان في كل بلد. ويشمل مؤشر التنمية البشرية مقياساً للدخل، والتعليم، ومتوسط العمر المتوقع. البلدان التي ينخفض مؤشر التنمية البشرية فيها، تكون نسبة التقرّم فيها عالية، وينخفض التقرّم بشكل عام مع ارتفاع مؤشر التنمية البشرية. على الرغم من أن هناك صلة واضحة بين التنمية البشرية بشكل عام والتقرّم، فإن معدلات التقرّم في بعض البلدان لا تتبع هذا النمط. على سبيل المثال، مصر، وليبيا، واليمن لديها معدلات تقرّم عالية بالتناسب مع مؤشر التنمية البشرية، في حين أن الأردن والصفة العربية وقطاع غزة لديها معدلات تقرّم أقل من المتوقع بالنظر إلى مؤشر التنمية البشرية فيها.

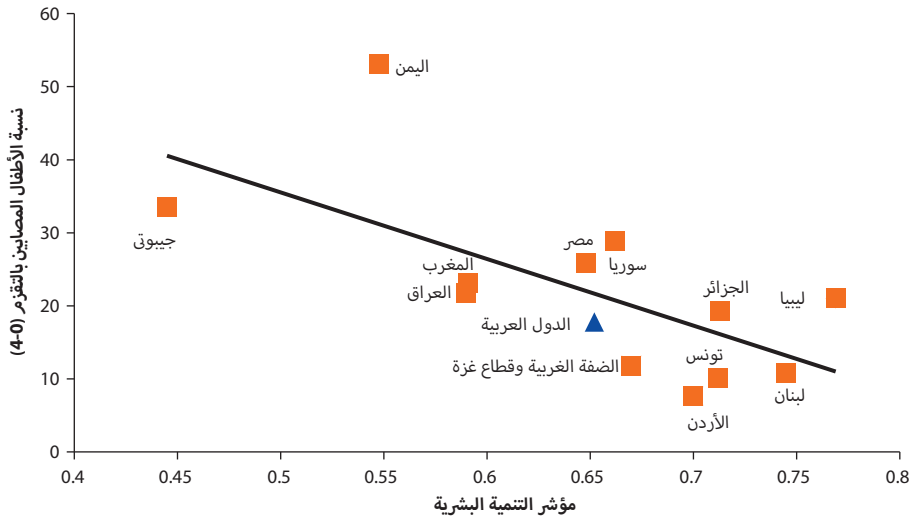
والبلدان التي بها معدلات مماثلة للاتحاق بالمرحلة الابتدائية، في كثير من الأحيان تكون معدلات الالتحاق في مرحلة ما قبل المرحلة الابتدائية فيها مختلفة جداً. ويبين الشكل 2-16 معدلات الالتحاق الإجمالية في مرحلة ما قبل الابتدائي ومعدلات الالتحاق الإجمالية في المرحلة الابتدائية في مختلف بلدان الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. والبلدان ذات معدلات الالتحاق الإجمالية القابلة للمقارنة والمنزوعة في المرحلة الابتدائية، لديها معدلات التحاق مختلفة جداً في مرحلة ما قبل الابتدائي. على سبيل المثال، العراق لديه معدلات التحاق إجمالية في المرحلة الابتدائية تصل إلى 104 في المائة، ولكن فقط 6 في المائة في مرحلة ما قبل الابتدائي. والشيء نفسه في لبنان مع معدل التحاق إجمالي يصل إلى 104 في المائة في مرحلة التعليم الابتدائي، ويصل معدل الالتحاق بمرحلة ما قبل الابتدائي إلى

الشكل 2-14 الأطفال بعمر 4-0 المصابون بالتقرّم والناتج المحلي الإجمالي للفرد، حسب البلد



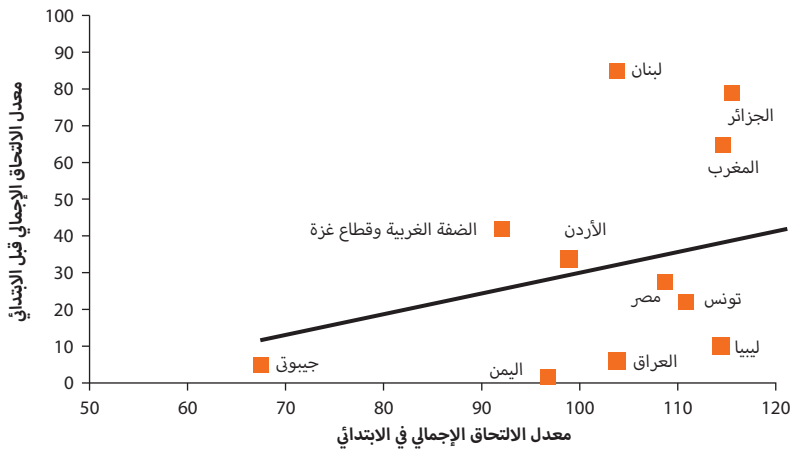
المصدر: حسابات البنك الدولي (التقرّم) والبنك الدولي (2014) (الناتج المحلي الإجمالي)

الشكل 15-2 الأطفال بعمر 4-0 المصابون بالتقزم ومؤشر التنمية البشرية، حسب البلد أو الأراضي



المصدر: حسابات البنك الدولي (التقزم) وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي (2014) (مؤشر التنمية البشرية).

الشكل 16-2 معدلات الالتحاق في مرحلة ما قبل الابتدائي مقابل معدلات الالتحاق الإجمالية في الابتدائي، حسب البلد أو الأراضي



المصدر: مؤشرات التنمية العالمية (بيانات 2014) ملاحظة: بيانات العراق هي من 2004؛ ليبيا، 2006؛ تونس 2003 (آخر سنة متوفرة بمؤشرين)

85 في المائة، إن الالتحاق في مرحلة ما قبل الابتدائي يتفاوت بشكل واسع النطاق حتى في البلدان التي بها نفس قدرة التعليم الأساسي. إن التزامات دول الشرق الأوسط وشمال أفريقيا تجاه التعليم الأساسي لا تترجم بالضرورة إلى استثمارات في مرحلة ما قبل الابتدائي. وفي حين أن مؤشرات تنمية أخرى مثل التعليم، والناتج المحلي الإجمالي للفرد، ومؤشر التنمية البشرية مرتبطة بتقدم البلدان في تنمية الطفولة المبكرة. ومن الواضح أيضاً أن الدول يمكن أن تخطو خطوات كبيرة في تنمية الطفولة المبكرة على جميع مستويات التنمية الاقتصادية.

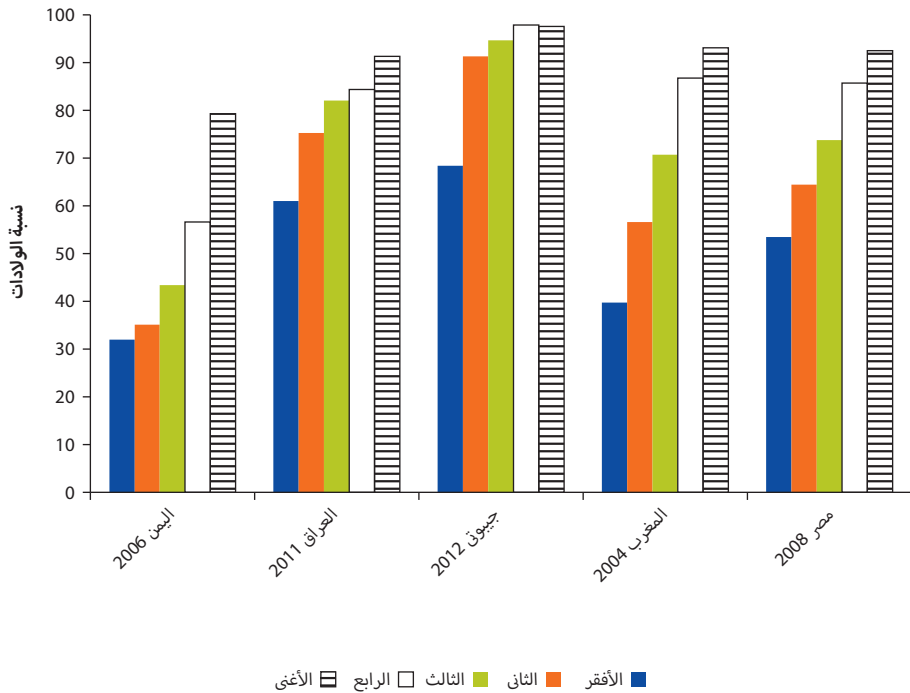
المعلومات الأساسية للأطفال وتنمية الطفولة المبكرة

هناك عدد من الخصائص الأساسية على مستوى الطفل، والأسرة، والمجتمع التي تؤثر على محصلات تنمية الطفولة المبكرة: النوع الاجتماعي، وتعليم الوالدين، والوضع الاجتماعي والاقتصادي للأسرة (الثروة)،¹¹ الموقع الجغرافي (الإقليم أو المحافظة)، والسكن (حضر/ريف). إن فهم هذه العلاقات يمكن أن يساعد في تحديد لماذا بعض الأطفال لديهم ضعف في محصلات تنمية الطفولة المبكرة وأي الأطفال ينبغي استهدافهم بالسياسات أو التدخلات البرمجية. وعلى الرغم من اكتشاف أن الثروة، والتعليم، والاختلافات الجغرافية جميعها تؤثر على تنمية الطفولة المبكرة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، فإنه لا يوجد اختلافات جوهرية أو منهجية في تنمية الطفولة المبكرة على أساس النوع الاجتماعي. والتأديب العنيف هو مشكلة متفشية في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، بغض النظر عن خلفية الأطفال، وعمالة الأطفال، والتي تعد مشكلة كبيرة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، فهي مرتبطة بشكل منهجي بخلفية الأطفال. وتميل كل الأبعاد الأخرى للتنمية المبكرة إلى التشكل حسب خلفيات الأطفال.

ثروة الأسرة وتنمية الطفولة المبكرة

الوصول إلى رعاية ما قبل الولادة يرتبط ارتباطاً وثيقاً بثروة الأسرة. في كل بلد مدرج بالتحليل، الأطفال الذين يولدون في أسر أكثر فقراً لديهم احتمال أقل في أن يتلقوا رعاية ما قبل الولادة من الأطفال الذين يولدون في أسر أكثر ثراءً. إلا أن مدى الفروقات القائمة على أساس الثروة يختلف بشكل كبير حسب البلد. وتم تقسيم الأسر إلى أخماس الثروة لرصد العلاقة بين مستوى ثروتهم ومؤشرات تنمية الطفولة المبكرة المختلفة. الشكل 2-17 يبين العلاقة بين مستوى

الشكل 2-17 الرعاية قبل الولادة حسب مستوى الثروة والبلد، بلدان مختارة من الشرق الأوسط وشمال أفريقيا

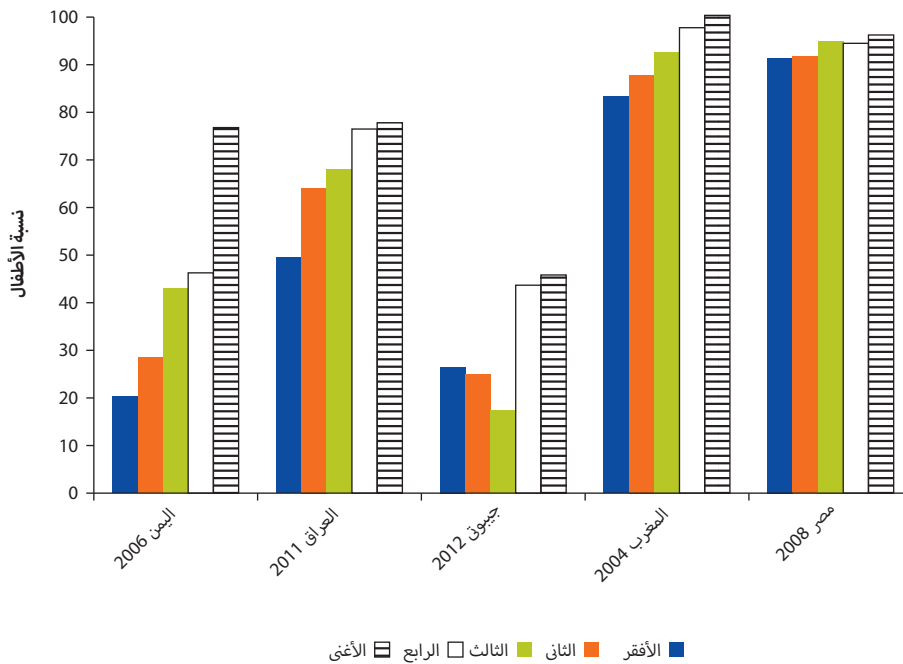


المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسوحات الأسرية (راجع الملحق 2، الجدول 2ب1).

الثروة واستخدام رعاية ما قبل الولادة. ويتراوح تأثير نطاق الثروة من فرق معتدل في جيبوتي بين الأكثر فقراً وأغنى 20 في المائة من الأسر إلى فرق كبير في اليمن، حيث الفجوة بين الأغنى والأفقر أكبر بكثير. في جيبوتي، يتراوح استخدام رعاية ما قبل الولادة ما بين 69 في المائة من بين الأفقر و98 في المائة ما بين الأغنى؛ إلا أن معدل رعاية ما قبل الولادة بين أفقر الأسر في اليمن (32 في المائة) هو أقل من نصف معدل أغنى الأسر (79 في المائة). والتفاوت ما بين أغنى 20 في المائة وأفقر 20 في المائة صارخ في المغرب، وبدرجة أقل في مصر. والأطفال الأكثر فقراً أكثر عرضة لخطر أن يفوتهم الحصول على رعاية ما قبل الولادة، ولكن الاختلافات في رعاية ما قبل الولادة حسب الثروة تتباين بشكل كبير حسب البلد.

في بعض البلدان، يتم تحصين الأطفال بالكامل بغض النظر عن الثروة، ولكن في بلدان أخرى، فرص الأطفال في الوقاية من الأمراض الشائعة مرتبطة بشكل وثيق بثروة أسرهم. مثلاً، في مصر هناك اختلافات بسيطة في معدلات التحصين على أساس الثروة، لكن في العراق والمغرب، الأطفال من الأسر الأفقر لديهم احتمال أقل بأن يحصلوا على تحصين كامل (الشكل 2-18). في اليمن، الأطفال من الأسر الأفقر لديهم احتمال أقل بكثير في الحصول على تحصين كامل: طفل من الخمس الأفقر من الأسر لديه فقط فرصة تصل إلى 20 في المائة في الحصول على تحصين كامل،

الشكل 2-18 الأطفال بعمر 12-23 شهراً، مطعمون بالكامل، حسب مستوى الثروة والبلد، بلدان مختارة من الشرق الأوسط وشمال أفريقيا

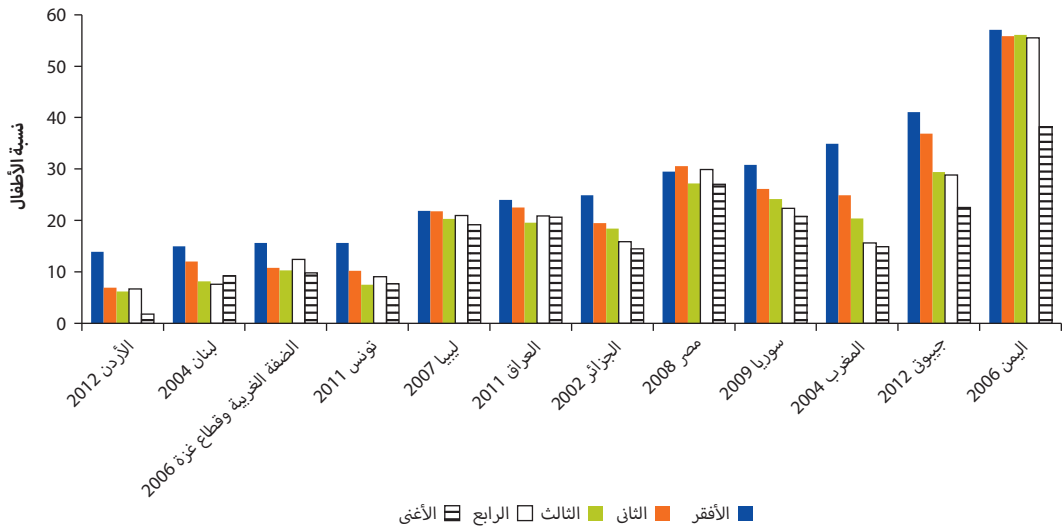


المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسوحات الأسرية (راجع الملحق 2ب، الجدول 2ب1).

في حين أن الطفل من الخمس الأغنى من الأسر لديه فرصة 75 في المائة. حتى لو كان الطفل ضمن المستوى الرابع من الثروة، فإن ذلك يعطيه فرصة أقل بكثير للتحصين الكامل في اليمن - فقط 45. ومقارنة أنماط التطعيم ورعاية ما قبل الولادة على أساس مستوى ثروة الأسرة يبين أنه في جيبوتي، الأطفال لديهم فرص متساوية في الوصول لهذه المدخلات الصحية المبكرة الهامة بغض النظر عن الثروة. في مصر، على الرغم من الاختلافات الكبيرة في رعاية ما قبل الولادة على أساس الثروة، فإن الأطفال لديهم نسبياً فرص متساوية في التحصين. العراق لديه فروقات معتدلة على أساس الثروة في كل من رعاية ما قبل الولادة والتحصين المبكر، كما هو الحال أيضاً في جيبوتي، في حين يظهر المغرب فروقات أكبر بكثير في رعاية ما قبل الولادة وأكثر من التطعيمات. في اليمن، هناك اختلافات هائلة على أساس الثروة في فرص تلقي الأطفال كل من رعاية ما قبل الولادة والتحصين. إن دراسة كيف تصل التطعيمات إلى الأطفال بغض النظر عن الثروة يمكن أن يوفر دروساً مهمة للبلدان الأخرى، وتوسيع نطاق الخدمات الصحية الأخرى، خاصة في البلدان التي لا يوجد بها إنصاف من حيث رعاية ما قبل الولادة ولكنها أكثر إنصافاً من حيث التطعيمات.

وفي حين يشكل التقزم مشكلة منتشرة في بعض الدول بغض النظر عن مستوى ثروة الأسرة، فإنه في بلدان أخرى يرتبط بشكل وثيق بثروة الأسرة. وبشكل عام، فإن منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا لديها مشكلة كبيرة مع التقزم، ولكن مساهمات مشاكل الصحة العامة، وانخفاض جودة التغذية، والقدرة على تحمل تكاليف الغذاء تختلف بشكل كبير من بلد لآخر. في ليبيا ومصر، هناك فروقات بسيطة في نسبة الأطفال الذين يعانون من التقزم استناداً إلى مستوى ثروة الأسرة، مما يشير إلى أن التقزم هو مشكلة متفشية متعلقة بالصحة العامة ونوعية التغذية وليس بتكاليف الغذاء (الشكل 2-19). وهناك عدد من البلدان، بما في ذلك لبنان، والصفة الغربية وقطاع غزة، والجزائر، والعراق، وسوريا (ما قبل النزاع)، والمغرب، وجيبوتي، واليمن، تظهر بعض الفروقات في مستوى التقزم على أساس ثروة الأسرة، ولكن لا تزال هناك معدلات عالية من التقزم حتى بين الأسر الأكثر ثراء. في المغرب وجيبوتي، أفقر خمس من الأسر لديها

الشكل 2-19 التقزم حسب مستوى الثروة والبلد أو الأراضي، الأعمار 0-4

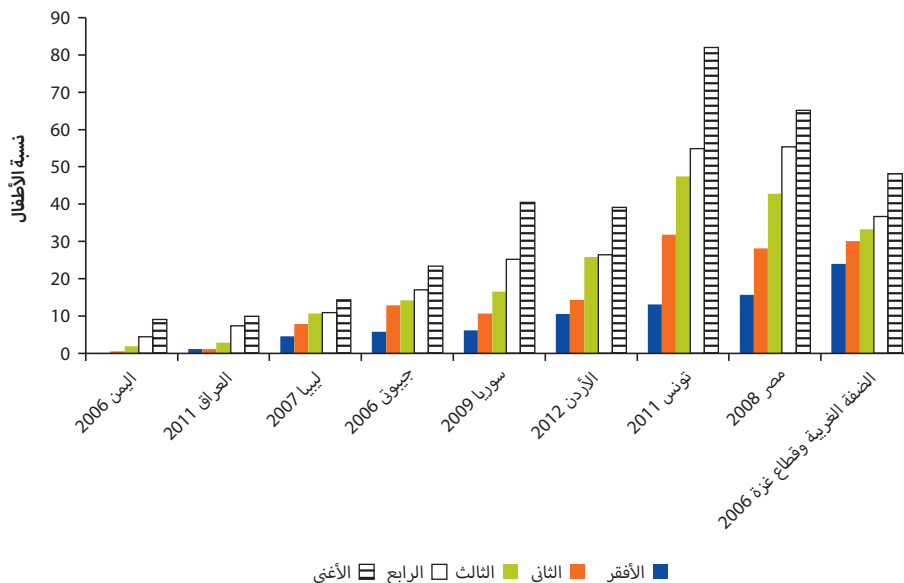


المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسوحات الأسرية (راجع الملحق 2، الجدول 2ب1).

معدلات عالية من التقرير بشكل خاص. في اليمن، فقط الخمس الأثني من الأسر لديهم معدلات تقرير أقل من المستويات الأخرى من الثروة. ومن بين جميع البلدان والأماكن التي شملتها الدراسة، فقط في الأردن أغنى 20 في المائة من الأسر لديها مستويات تقرير أقل من 2 في المائة - المستوى الذي من المفترض أن يسود بشكل طبيعي بين سكان يتمتعون بصحة جيدة.

وفي جميع أنحاء منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، الأطفال لديهم فرص مختلفة جداً في الالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة اعتماداً على ثروة أسرهم. ويبين الشكل 20-2 كيف يختلف الالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة حسب الثروة. في البلدان التي تنخفض فيها معدلات الالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة، مثل العراق واليمن، الأطفال من الأسر الأكثر فقراً، الذين هم الأكثر احتمالاً بأن يستفيدوا من رعاية وتعليم الطفولة المبكرة، لديهم فرصة التحاق أقل من 2 في المائة، في حين أن الأطفال الأكثر ثراء في العراق فرصتهم 10 في المائة، وفي اليمن 9 في المائة. في ليبيا، فرصة الطفل في الالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة ترتفع من 5 في المائة إذا كان هو أو هي من أفقر خمس من الأسر إلى 14 في المائة إذا كان هو أو هي من أغنى خمس من الأسر. في جيبوتي، الفرق هو 6 في المائة مقابل 23 في المائة. في حين أن الأطفال الأكثر فقراً في الأردن لديهم فرصة تصل إلى 11 في المائة، والأطفال الأكثر ثراءً فرصتهم 39 في المائة. أما في الضفة الغربية وقطاع غزة، فالطفل من الخمس الأثني من الأسر لديه احتمال يصل إلى الضعف في أن يلتحق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة (48 في المائة) عن طفل من الخمس الأفقر من الأسر (24 في المائة). وفي مصر، الطفل من الخمس الأثني من الأسر فرصته في الالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة تصل إلى أربعة أضعاف (65 في المائة) أكثر من طفل من الخمس الأفقر من الأسر (16 في المائة). في سوريا (ما قبل النزاع)، الطفل من أغنى خمس من الأسر فرصته في الالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة تزيد بستة أضعاف

الشكل 20-2 الأطفال الذين يذهبون إلى رعاية وتعليم الطفولة المبكرة، حسب مستوى الثروة والبلد أو الأراضي، بلدان وأراضٍ مختارة في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا



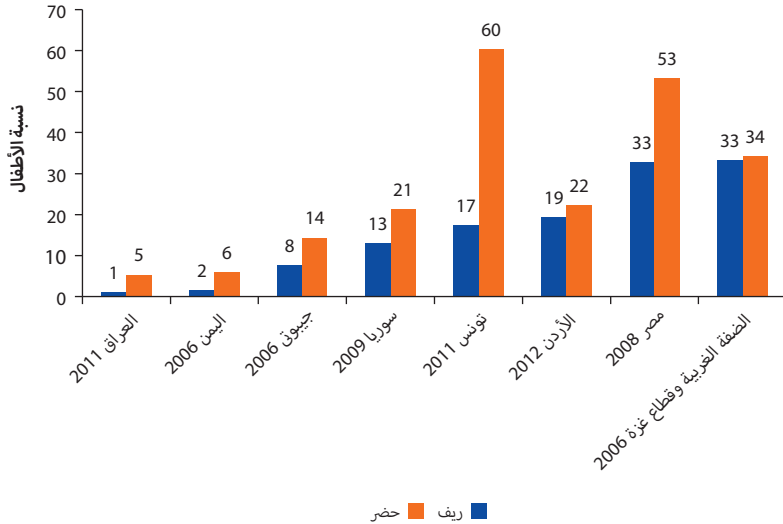
المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسوحات الأسرية (راجع الملحق 2ب، الجدول 2ب1).
ملاحظة: الأعمار 4-3 في الأردن، وتونس، الضفة الغربية وقطاع غزة، والعراق، وجيبوتي، واليمن. الأعمار 5-3 في مصر، وسوريا (قبل الصراع)، وليبيا. جميعها حضور حالي لرعاية وتعليم الطفولة المبكرة باستثناء مصر.

(41 في المائة) عن الطفل من أفقر خمس من الأسر (6 في المائة). وبالإمكان ملاحظة نمط مماثل في تونس، حيث الأطفال الأكثر فقراً لديهم فرصة 13 في المائة والأكثر ثراءً فرصة 82 في المائة. هذه الاختلافات تعني أنه اعتماداً على ثروة أسرهم، يصل الأطفال إلى سن المدرسة الابتدائية وكان لديهم فرص مختلفة جداً في الالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة، والجاهزية للمدرسة، والتطور المعرفي، والعاطفي، والاجتماعي.

موقع السكن وتنمية الطفولة المبكرة

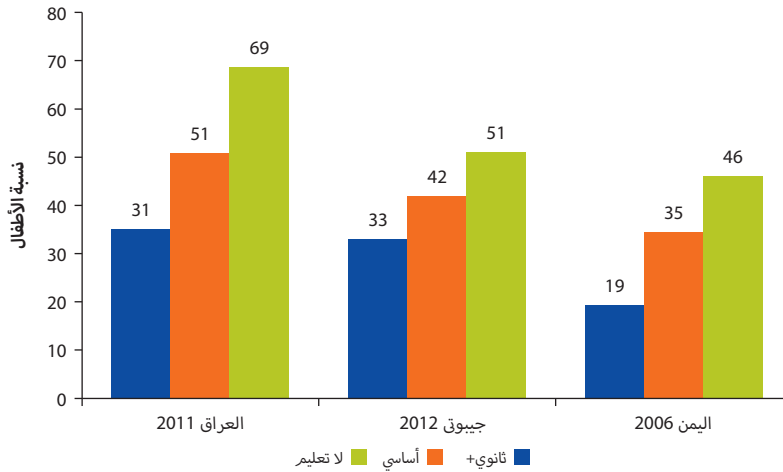
سواء كان الطفل يعيش في منطقة حضرية أو ريفية أمر يرتبط أيضاً بمحصلات تنمية الطفولة المبكرة. على سبيل المثال، هناك فجوات كبيرة بين الحضر/الريف في الالتحاق برعاية وتنمية الطفولة المبكرة. وبين الشكل 2-21 الفرص المختلفة للالتحاق بالأطفال في رعاية وتعليم الطفولة المبكرة اعتماداً على ما إذا كانوا يعيشون في منطقة حضرية أو ريفية. فقط في الضفة الغربية وقطاع غزة معدلات الحضر والريف في الالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة هي نفسها تقريباً، على الرغم من أنها هي أيضاً قريبة في الأردن. الأطفال في العراق واليمن يعيشون في منطقة حضرية أو ريفية. في سوريا (ما قبل النزاع)، في حين أن الطفل من المناطق الريفية لديه فرصة 13 في المائة في الالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة، فإن الطفل في المناطق الحضرية فرصته 21 في المائة. في مصر، هناك فجوة تبلغ 20 نقطة مئوية بين المناطق الحضرية (53 في المائة) والريف (33 في المائة) من الأطفال. تونس لديها أكبر فجوة، 43 نقطة مئوية، مع التحاق 17 في المائة من الأطفال في المناطق الريفية برعاية وتعليم الطفولة المبكرة مقابل 60 في المائة من الأطفال في المناطق الحضرية. هذه الفروقات المبكرة في الوصول إلى تعلم مبكر والتي تستند فقط إلى مكان إقامة الأطفال سوف تشكل تطورهم المعرفي ونجاحهم في المدرسة.

الشكل 2-21 الأطفال الذين يذهبون إلى رعاية وتعليم الطفولة المبكرة حسب إقامتهم في الحضر/الريف والبلد أو الأراضي، بلدان ومناطق مختارة في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسوحات الأسرية (راجع الملحق 2ب، الجدول 2ب1). ملاحظة: الأعمار 4-3 في الأردن، وتونس، الضفة الغربية وقطاع غزة، والعراق، وجيبوتي، واليمن. الأعمار 5-3 في مصر، وسوريا (قبل الصراع)، وليبيا. جميعها حضور حالي لرعاية وتعليم الطفولة المبكرة باستثناء مصر

الشكل 22-2 الأطفال بعمر 4-0 الذين يمارسون أربعة أنشطة تنموية على الأقل، حسب تعليم الأم والبلد، بلدان مختارة من الشرق الأوسط وشمال أفريقيا



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسوحات الأسرية (راجع الملحق 2ب، الجدول 2ب1).

تعليم الأم وتنمية الطفولة المبكرة

الأطفال ذوي الأمهات الأقل تعليماً هم أقل احتمالاً لأن يشاركوا في أنشطة تنموية. ويبين الشكل 22-2 كيف تختلف الأنشطة التنموية حسب تعليم الأم في العراق، وجيبوتي، واليمن. وفي العراق، في حين أن 35 في المائة من الأطفال ذوي الأمهات غير المتعلّمتين مارسوا أربعة أنشطة تنموية على الأقل، فإن 69 في المائة من الأطفال لأمهات لديهن تعليم ثانوي أو أعلى مارسوا ذلك. في جيبوتي، الفروقات أكثر اعتدالاً: 33 في المائة من الأطفال لأمهات غيرمتعلّمتين مقابل 51 في المائة من الأطفال لأمهات لديهن تعليم ثانوي أو أعلى. في اليمن، هناك فجوة كبيرة حتى بين الأمهات غير المتعلّمتين (19 في المائة) والأمهات اللواتي لديهن تعليم أساسي فقط (35 في المائة)، فضلاً عن الأمهات ذوات التعليم الثانوي أو التعليم العالي (46 في المائة). على الرغم من أن هذا النمط يختلف إلى حد ما حسب البلد، فإن الأطفال الذين لديهم أمهات تعليمهم أقل، لديهم فرص أقل في تطوير إمكاناتهم الاجتماعية، والعاطفية والمعرفية بشكل كامل. وسوف يكونون أقل جاهزية للمدرسة وأكثر احتمالاً في تحقيق مستويات أدنى من التعليم، مما يديم دورات من عدم المساواة. ويتم ملاحظة نمط مماثل من حيث مستوى تعليم الأب.

فرص غير متكافئة في تنمية الطفولة المبكرة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا

يواجه الأطفال في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا فرصاً غير متكافئة للتنمية الصحية، استناداً إلى عوامل خارجة عن سيطرتهم. ولقياس مدى عدم التكافؤ، يقوم التحليل باحتساب (أ) نسبة الفرص التي كان ينبغي توزيعها بشكل مختلف لإحداث تكافؤ في الفرص لكل من مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة، و(ب) فرصة أن تكون قد حدثت حسب التباين العشوائي (الجدول 2-1).

الشكل 1-2 مؤشرات الاختلاف التي تقيس عدم تكافؤ الفرص لتنمية الطفولة المبكرة في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا

الجزائر	جيبوتي	مصر	العراق	الأردن	لبنان	ليبيا	المغرب	سوريا (قبل النزاع)	تونس	الضفة الغربية وقطاع غزة	اليمن	
***7.7	**6.4	***9.0	20.9	0.5	2.6	*2.0	***14.3	***5.1		0.5	**16.8	رعاية قبل الولادة
* 2.4	***9.6	***9.0	***2.9	0.2		*0.7	***19.6	***2.1		*0.8	***26.1	قابلية ماهرة عند الولادة
2.2	22.2	1.7	***8.6	2.3	18.4	2.7	3.6	*6.2	4.4		*20.6	تطعيم كامل
13.9	غير مهم	24.9	9.7	19.7		30.7	19.5	غير مهم	40.0	غير مهم	غير مهم	وفيات حديثي الولادة
14.7	غير مهم	20.3	6.1	20.3		25.8	19.8	غير مهم	33.4	غير مهم	15.5	وفيات الرضخ
9.9	9.6	**9.0	**7.1	*24.1	غير مهم	6.3	***16.1	***13.0	19.8	**13.4	*4.9	مصابون بالتقزم
	***7.2	***7.2	***20.3			***16.9		***32.3		غير مهم		الملح المعالج باليود
	* 13.9		***12.6	3.4				***10.6	**11.8	**5.7	***19.3	أنشطة تنموية
	11.6		2.6	4.5				1.7	غير مهم	0.8		تأديب عنيف
	34.6	***21.8	***43.5	***24.4		***23.7		***36.3	***25.5	**12.1		الرعاية والتعليم لمرحلة الطفولة المبكرة
	23.2		***17.0			25.7		12.1	21.7		25.1	عمالة أطفال

المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسوحات الأسرية (راجع الملحق 2ب، الجدول 2ب1).

ملاحظة: البيانات من مؤشر الاختلاف.

*= احتمال < 0.05، **= احتمال < 0.01، ***= احتمال < 0.001.

الأرقام غير المميزة بعلامة تشير إلى أن النموذج الأساسي غير مهم. بعض المحصلات قد لا تكون ممثلة لأن معدلاتها إما عالية للغاية أو متدنية للغاية.

يواجه الأطفال فرصاً غير متكافئة في التنمية الصحية وهم لا يزالون في الرحم. هناك اختلافات كبيرة فيما إذا تلقت أمهاتهم رعاية ما قبل الولادة وإذا ما تمت ولادتهم بحضور قابلة ماهرة؛ وقلة قليلة من هذه الفروقات هي بالمصادفة.¹² والمغرب، والعراق، ومصر لديها الكثير من عدم المساواة في رعاية ما قبل الولادة وفي الولادة في حضور قابلة ماهرة. وفي حين أن عدم المساواة في معدلات الوفيات المبكرة تميل إلى أن تكون عالية، ونظراً إلى الندرة النسبية للوفيات المبكرة فإنه لا يمكن تحديد إذا ما كان هذا نتيجة للمصادفة أم نمطاً منتظماً. إن فرص الأطفال في التحصين موزعة بشكل عادل نسبياً. إلا أنه، في سوريا (ما قبل النزاع)، والعراق، وخصوصاً اليمن، هناك تفاوت كبير وهام في الفرص. ويميل الأطفال إلى مواجهة عدم تكافؤ الفرص في نمو بدني صحي، باختلافات كبيرة في معدلات التقزم في مصر، والعراق، والأردن، والمغرب، وسوريا (ما قبل النزاع) والصفة الغربية وقطاع غزة، واليمن. كما يواجه الأطفال فرصاً غير متكافئة للغاية في النمو السليم للدماغ، من حيث الحصول على الملح المعالج باليود. وفي كل بلد باستثناء الضفة الغربية وقطاع غزة هناك الكثير من عدم التكافؤ في حصول الأطفال على الملح المعالج باليود.

وفرس الأطفال في تجربة أنشطة تنموية تميل أيضاً إلى أن تكون موزعة بشكل غير متكافئ، مع عدم تكافؤ كبير إحصائياً في كل من جيبوتي، والعراق، وسوريا (ما قبل النزاع)، وتونس، والضفة الغربية وقطاع غزة، واليمن. وعدم التكافؤ فيما يتعلق بهذا لقياس مرتفع بشكل خاص في اليمن. لا يوجد تفاوت كبير أو ملحوظ في فرص الأطفال في التأديب العنيف؛ فهي مشكلة متفشية. وفي حين أن عدم التكافؤ مرتفع إلى حد ما في معدلات عمالة الأطفال في سن الخامسة، قد يكون ذلك دائماً بسبب التباين العشوائي. وأكبر تفاوت يميل إلى أن يكون في معدلات الالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة، مع عدم تكافؤ كبير في مصر، والعراق، والأردن، وليبيا، وسوريا (ما قبل النزاع)، وتونس، والضفة الغربية وقطاع غزة، فضلاً عن مقاييس عالية جداً من عدم المساواة.

وباختصار، فإن الأطفال يواجهون فرصاً غير متكافئة للتنمية الصحية من قبل ولادتهم وطوال عمرهم المبكر، مع فرص غير متكافئة لاسيما في رعاية وتعليم الطفولة المبكرة. والفرص غير المتكافئة في التنمية المبكرة للأطفال عبر مجموعة متنوعة من المجالات من المرجح أن تضاعف من أثر بعضها البعض. مثلاً الأطفال لديهم فرص متفاوتة جداً من التنمية الصحية والنجاح في المدرسة مع تقدمهم في السن.

ويساهم عدد من العوامل في عدم التكافؤ في محصلات تنمية الطفولة المبكرة. ثروة الأسرة، وتعليم الأم، والمكان الحضري/الريفي تشكل أكبر المساهمات في الفرص غير المتكافئة للأطفال. ويميل تعليم الأب إلى لعب دور صغير في عدم المساواة مقارنة بتعليم الأم. ومساهمات الحضر/الريف والفروقات الإقليمية تختلف بشكل كبير حسب البلد. إلا أنه، حيثما تكون البيانات متاحة، فإن الوصول إلى الرعاية الصحية المبلغ عنها ذاتياً لا يساهم بشكل كبير في عدم التكافؤ. كما يساهم النوع الاجتماعي للطفل لمساهمة بسيطة في عدم التكافؤ. وفي حين أن الأطفال في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا قد يواجهون عدم تكافؤ في الفرص في وقت لاحق في الحياة بسبب النوع الاجتماعي، فإنه خلال مرحلة الطفولة المبكرة يواجه الذكور والإناث فرصاً متكافئة نسبياً في التنمية. إذا أردنا فرصاً متساوية للأطفال في التنمية المبكرة، فإنه يجب استهداف، في كل بلد ولكل قضية، الظروف المختلفة التي تسهم في عدم التكافؤ. ويميل الأطفال إلى أن يكونوا محظوظين أو محرومين باستمرار عبر مجموعة متنوعة من أبعاد تنمية الطفولة المبكرة، ويمكن أن يواجهوا فرصاً حياتية مختلفة جداً استناداً على بعض الخصائص فقط.

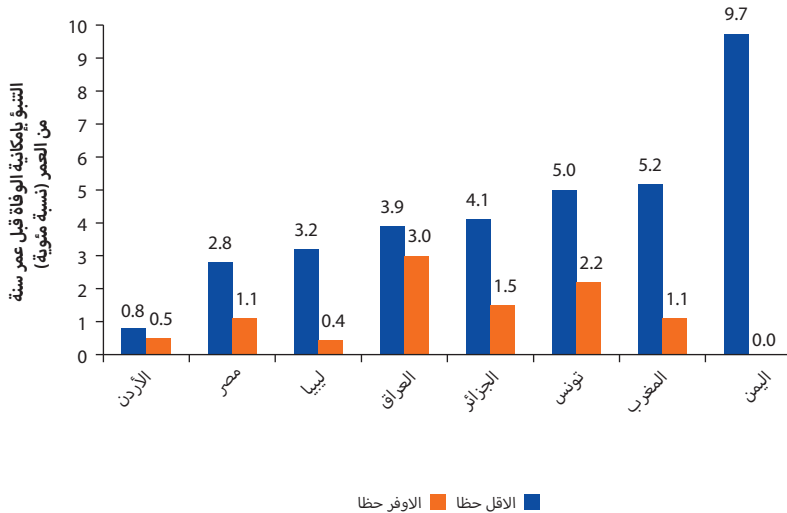
الطفولة المبكرة هي عندما تتقل دورات الفقر وعدم المساواة عبر الأجيال. والطفل الذي يعيش في أفقر 20 في المائة من الأسر ومن آباء غير متعلمين (طفل أقل حظاً) لديه فرص مختلفة جداً في الحصول على تنمية طفولة

مبكرة صحية مقارنة بطفل والديه لديهما تعليم ثانوي أو أعلى ومن أغنى 20 في المائة من الأسر (طفل أكثر حظاً). الفروقات في الفرص بالنسبة للأطفال الأقل والأكثر حظاً قد تختلف أيضاً بين الأطفال حسب الأقليم والسكن في الحضر/الريف. والتحليل التالي يعرض فرصة (الفرصة المتوقعة) لمحصلات تنمية الطفولة المبكرة المختلفة (على أساس اندحارات متعددة المتغيرات) بالنسبة للأطفال الأقل والأكثر حظاً.

الأطفال، بشكل منهجي، أكثر عرضة للوفاة في السنة الأولى من العمر استناداً إلى بضع خصائص فقط. ويعرض الشكل 2-23 محاكاة للطفل الأكثر حظاً والأقل حظاً (الوفيات بين الأطفال حديثي الولادة تتبع نمطا مماثلاً). الطفل الأكثر حظاً لديه فرصة 2.2 في المائة كحد أقصى لأن يتوفى في السنة الأولى من العمر في جميع البلدان، في حين أن الطفل الأقل حظاً لديه فرصة أكبر من ذلك بكثير تختلف على نطاق واسع بين البلدان. في العراق والأردن، الطفل الأقل حظاً أكثر عرضة بقليل لأن يتوفى في السنة الأولى من العمر؛ وفي تونس، ومصر، والجزائر، الطفل عرضة بضعفين أو ثلاثة لأن يتوفى في السنة الأولى؛ وفي المغرب، تقريباً خمسة أضعاف، وفي ليبيا، ثمانية أضعاف. أما في اليمن، حيث كانت الفجوة أعلى، الطفل الأقل حظاً لديه فرصة تصل إلى 9.7 في المئة أن يتوفى في السنة الأولى من العمر مقارنة بالطفل الأكثر حظاً الذي فرصته في أن يتوفى تقترب من الصفر.¹³

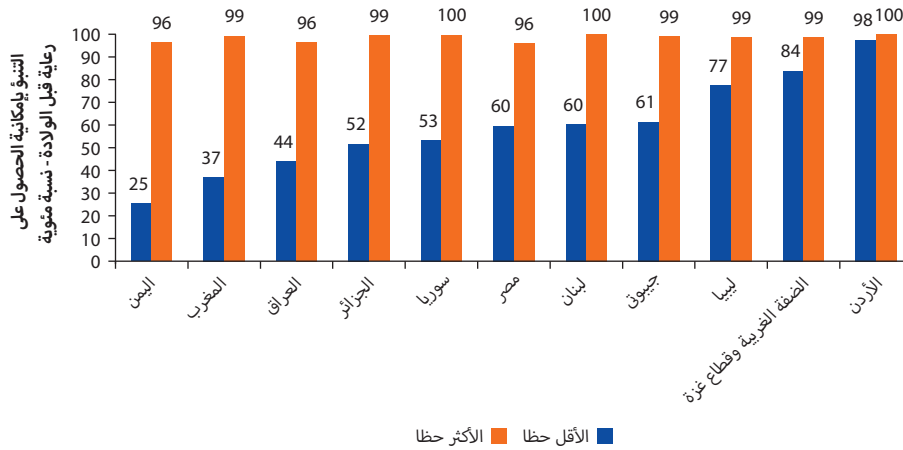
في كل مكان في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، من شبه المؤكد أن يتلقى الطفل الأكثر حظاً رعاية ما قبل الولادة، ولكن الطفل الأقل حظاً لديه فرص أقل بكثير ومتفاوتة (الشكل 2-24). فرص الطفل الأكثر حظاً في تلقي رعاية ما قبل الولادة تتراوح ما بين 96-100 في المائة، في حين أن فرص الطفل الأقل حظاً تتراوح ما بين 25 في المائة في اليمن إلى 98 في المائة في الأردن. حتى في البلدان ذات المعدلات العالية نسبياً في تغطية رعاية ما قبل الولادة، مثل

الشكل 2-23 وفيات الرضع - حالات المحاكاة للأوفر حظا والأقل حظا



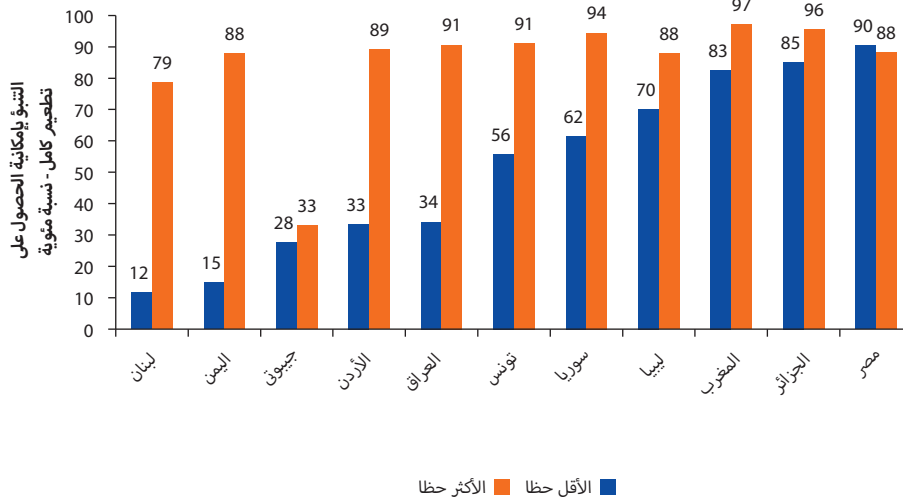
المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسوحات الأسرية (راجع الملحق 2ب، الجدول 2ب1).

الشكل 24-2 الرعاية قبل الولادة - حالات المحاكاة للأكثر حظاً والأقل حظاً



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسوحات الأسرية (راجع الملحق 2ب، الجدول 2ب1).

الشكل 25-2 الأطفال المطعمون بالكامل في عمر سنة - حالات المحاكاة الأوفر حظاً والأقل حظاً



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسوحات الأسرية (راجع الملحق 2ب، الجدول 2ب1).

العراق، فإن الأطفال الأقل حظاً قد يكون لديهم فرصة منخفضة في رعاية ما قبل الولادة، وتشير إلى أن الأطفال الذين يعانون الحرمان المتعدد هم عرضة بشكل خاص لمخاطر مرتفعة من سوء الحالة الصحية المبكرة. والنمط بالنسبة للولادة بحضور قابلة ماهرة يميل إلى أن يكون مماثلاً لرعاية ما قبل الولادة.

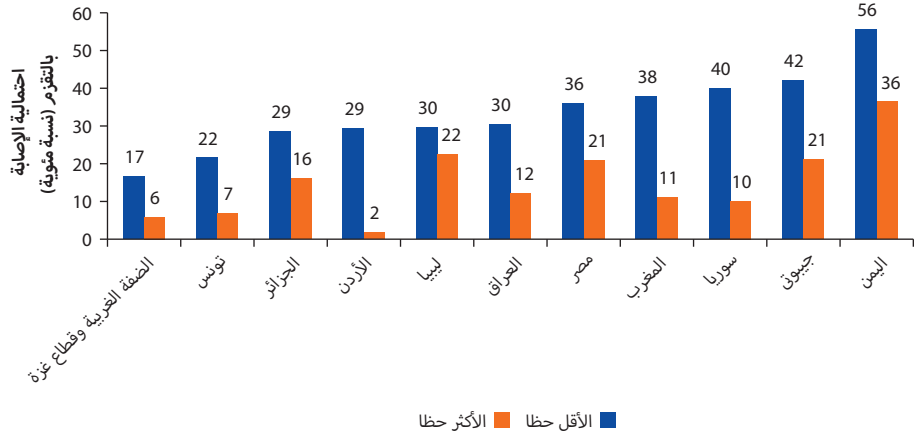
ففي حين الأطفال في بعض البلدان لديهم فرص متساوية نسبياً في التحصين التام بغض النظر عن ظروفهم، في بلدان أخرى الأطفال لديهم فرص تختلف إلى حد كبير استناداً إلى بضع خصائص فقط. ويبين الشكل 25-2 الفرق التي لدى الطفل الأكثر حظاً والطفل الأقل حظاً في التحصين التام في عمر سنة واحدة، حسب البلد. الطفل الأكثر حظاً لديه فرصة مرتفعة إلى حد ما لأن يكون محصناً بالكامل (88-97 في المائة) في كل مكان ماعداً لبنان (79 في المائة)،

وجيبوتي (33 في المائة). لبنان وخصوصاً جيبوتي لديهما معدلات تحصين منخفضة بشكل منهجي. وفرص تحصين الطفل الأقل حظاً تختلف على نطاق واسع حسب البلد. في مصر، الطفل الأقل حظاً لديه فرصة أعلى بقليل في التحصين الكامل - وهي نتيجة جديرة بالذكر بسبب ندرتها. في ليبيا، والمغرب، والجزائر، الطفل الأقل حظاً لديه فرصة 83-89 في المائة في التحصين الكامل في عمر سنة واحدة. في سوريا (ما قبل النزاع)، الطفل الأقل حظاً لديه فقط فرصة 62 في المائة وفي جيبوتي 28 في المائة. في الأردن، والذي لديه معدلات تحصين عالية نسبياً، الطفل الأقل حظاً يعاني من وضع سلبي للغاية، على الرغم من ذلك، حيث إن 33 في المائة فقط هي فرصة حصوله على تحصين كامل. في لبنان، واليمن، الطفل الأقل حظاً لديه فرصة ضئيلة للغاية في التحصين، ما بين 12 و15 في المائة.

في كل مكان، الطفل الأقل حظاً لديه فرصة أكبر في التقرم أكثر من الطفل الأكثر حظاً، على الرغم من أن حجم الفروقات يختلف إلى حد كبير. الشكل 2-26 يبين كيف تختلف فرص التقرم ما بين الطفل الأقل حظاً والطفل الأكثر حظاً. وفي حين أن فرص الطفل الأكثر حظاً في التقرم تتراوح ما بين 2 في المائة في الأردن إلى 36 في المائة في اليمن، فإن فرص الطفل الأقل حظاً في التقرم تتراوح بشكل كبير ما بين 17 في المائة في الضفة الغربية وقطاع غزة إلى 56 في المائة في اليمن. والطفل الأقل حظاً لديه دائماً فرصة كبيرة في التقرم. في بعض البلدان، مثل ليبيا واليمن، الفروقات النسبية ليست كبيرة جداً؛ في بلدان أخرى، مثل الأردن، وسوريا (ما قبل النزاع)، والمغرب، الاختلافات تعتبر جوهرية.

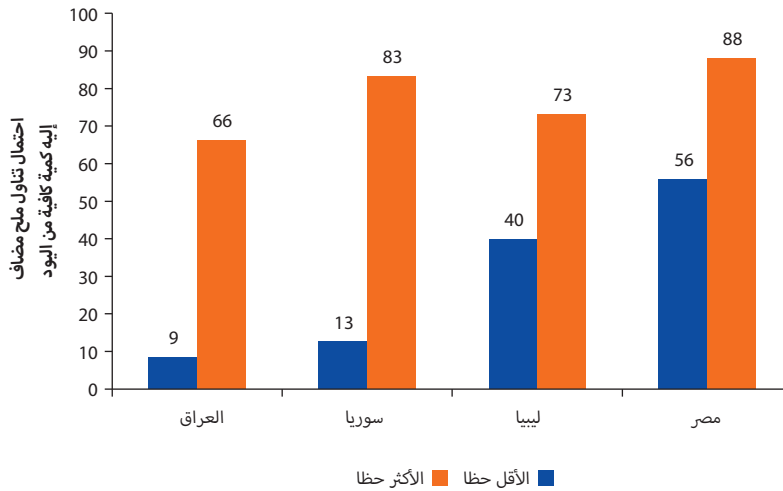
والأطفال لديهم فرص مختلفة جداً للتطور الصحي للدماغ استناداً إلى ظروفهم. وبين الشكل 2-27 أن فرص الحصول على ملح مضاف إليه كميات كافة من اليود في أسرهم تختلف بين الطفل الأقل حظاً والطفل الأكثر حظاً. والجدير بالذكر، أن الضفة الغربية وقطاع غزة غير مشمولة في الشكل لأن النموذج نفسه لم يكن ذا أهمية، مما يشير إلى أنه لا توجد اختلافات منهجية حسب الظروف من حيث الحصول على ملح مضاف إليه اليود في الضفة الغربية

الشكل 2-26 التقرم، الأعمار 0-59 شهراً، حالات المحاكاة للأكثر حظاً والأقل حظاً



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسوحات الأسرية (راجع الملحق 2، الجدول 2ب1).

الشكل 27-2 الملح المعالج باليود - حالات المحاكاة للأوفر حظا والأقل حظا

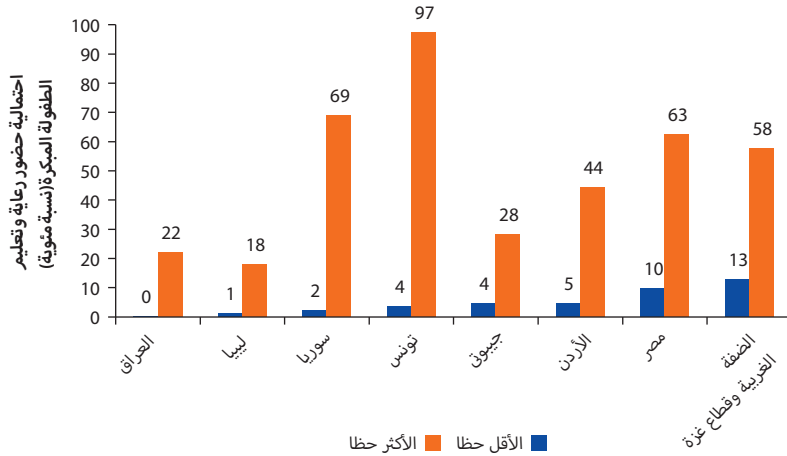


المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسوحات الأسرية (راجع الملحق 2ب، الجدول 2ب1).

وقطاع غزة. إلا أنه في العراق، وسوريا (ما قبل النزاع)، وليبيا، ومصر، هناك فرص مختلفة جداً تبعاً لظروف الأطفال. ففي حين أن الطفل الأكثر حظاً لديه فرصة تتراوح ما بين 66 و 88 في المائة في الحصول على ملح مضاف إليه كميات كافية من اليود، فإن الطفل الأقل حظاً لديه فرصة تتراوح ما بين 6 و 56 في المائة عبر مختلف البلدان. فالفرص كبيرة بشكل خاص في العراق، حيث إن الطفل الأقل حظاً لديه فرصة 9 في المائة في حين أن الطفل الأكثر حظاً لديه فرصة 66 في المائة. حتى في مصر، التي بها نسبياً مساواة أكثر من البلدان الأخرى، الطفل الأكثر حظاً لديه فرصة أعلى ب 32 نقطة مئوية في الحصول على ملح معالج باليود وتطور صحي للدماغ.

ويواجه الأطفال أيضاً فرصاً مختلفة بشكل جذري في الالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة وبالتالي التطور معرفياً وأن يكون جاهزاً للمدرسة بناء على الظروف. ويبين الشكل 28-2 مقارنة لفرص الالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة ما بين الطفل الأكثر حظاً والطفل الأقل حظاً في كل بلد. وفي حين أن الطفل الأكثر حظاً لديه فرصة ما بين 18-97 في المائة في الالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة، حسب البلد، الطفل الأقل حظاً لديه فرصة ما بين 0-13 في المائة، والفرقات في الفرص النسبية للأطفال هائلة. في الضفة الغربية وقطاع غزة، احتمال التحاق الطفل الأكثر حظاً برعاية وتعليم الطفولة المبكرة يزيد بأربع مرات عن الطفل الأقل حظاً، وهذه أصغر فجوة نسبية. في جيبوتي ومصر، احتمالية التحاق الطفل الأكثر حظاً في رعاية وتعليم الطفولة المبكرة تزيد بستة أضعاف عن الطفل الأقل حظاً. في العراق، وليبيا، وتونس، احتمالية التحاق الطفل الأكثر حظاً في رعاية وتعليم الطفولة المبكرة تزيد ب 17 مرة عن الطفل الأقل حظاً، وفي سوريا (ما قبل النزاع)، 32 مرة، 69 في المائة مقابل 2 في المائة. فرص الأطفال في الالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا تختلف اختلافاً كبيراً تبعاً لبعثة ظروف فقط.

الشكل 2-28 حضور رعاية وتعليم الطفولة المبكرة - حالات المحاكاة للأوفر حظا والأقل حظا



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسوحات الأسرية (راجع الملحق 2ب، الجدول 2ب1).

الخاتمة

إن مرحلة الطفولة المبكرة هي فترة حاسمة في التنمية البشرية ومرحلة ينبغي أن تتوفر فيها السياسات والبرامج الفاعلة لضمان تحقيق الأطفال لكامل إمكاناتهم. في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، ينبغي بذل المزيد من الجهد من أجل ضمان تنمية صحية للأطفال. وعلى مر الزمن كانت هناك بعض التحسينات، ولاسيما في الحد من الوفيات المبكرة وزيادة استخدام رعاية ما قبل الولادة وأثناء الولادة. إلا أنه تبقى هناك فجوات في مجال الرعاية الصحية المبكرة التي تعرض الأطفال (والأمهات) إلى خطر الإصابة بالأمراض والوفاة. ونظراً لثبوت فاعلية التطعيمات من حيث التكلفة في حماية صحة الأطفال، يجب أن تسعى جميع بلدان منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا إلى الوصول إلى تغطية شاملة؛ وفي حين أحرز بعضها تقدماً، فإن العديد لا يزالون يعيدون عن تحقيق هذا الهدف.

إن المعدلات المرتفعة للتقزم، وتدني التغطية بالمغذيات الدقيقة الهامة تعرض الكثير من الأطفال في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا لخطر ضعف النمو البدني والمعرفي. إن انخفاض معدلات الأنشطة الإنمائية وانخفاض تغطية رعاية وتعليم الطفولة المبكرة يعينان أن الأطفال لا يتطورون إلى كامل إمكاناتهم المعرفية والاجتماعية، والعاطفية. إن المعدلات العالية جداً للتأديب العنيف وانتشار عمالة الأطفال حتى في سن الخامسة يعرضان التنمية المبكرة للأطفال للخطر. وعلى الرغم من وجود العديد من التحديات أمام ضمان تحقيق جميع الأطفال في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا لإمكاناتهم الكاملة، هناك أيضاً العديد من السياسات والبرامج المثبتة فاعليتها التي يمكن بها التغلب على هذه التحديات وتعزيز وحماية تنمية الطفولة المبكرة للطفل.

وينبغي أن يكون للأطفال فرص متكافئة للتنمية الصحية بغض النظر عن ظروفهم المبكرة. والعوامل التي ليس للأطفال سيطرة عليها، مثل مكان ولادتهم، ونوعهم الاجتماعي، أو خصائص أسرهم، لا ينبغي أن تؤثر على فرص الأطفال في النمو والازدهار. بالإضافة إلى ذلك، تشير الأبحاث إلى أن الأطفال المحرومين يتلقون أكبر قدر من المنفعة من التدخلات المبكرة. إلا أنه في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا هناك فرص غير متكافئة إلى حد بعيد في تنمية الأطفال، استناداً إلى فقط بضعة ظروف؛ الأطفال الأكثر حرماناً هم الأقل احتمالاً في أن يحصلوا على دعم تنموي

مبكر. إن عدم المساواة في السنوات الأولى، لاسيما من حيث رعاية وتعليم الطفولة المبكرة، يعني أن الأطفال يصلون إلى سن دخول المدرسة في ظل فرص مختلفة للغاية في النجاح. إن عدم المساواة هذه ستتفاقم مع استمرار الأطفال في التطور. إن الطفولة المبكرة هي مرحلة مهمة لإعطاء الأطفال فرصا متساوية للنجاح في المدرسة وفي الكبر. يجب بذل المزيد من الجهود لضمان حصول الأطفال في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا على فرص متساوية للنمو والازدهار. من شأن الاستثمار في السنوات الأولى ومعالجة عدم المساواة إحداث تغيير هائل في حياة الملايين من الأطفال، وحتى تطوير مسارات دول منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا.

الملحق 2 أ: مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة، حسب البلد أو الأراضي

الجدول 1.أ2 مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة حسب البلد أو الأراضي

نسبة مئوية

البلد أو الأراضي	قابلة		وفيات		وفيات		قابلة		رعاية قبل	
	ماهرة عند الولادة	تطعيم كامل	حديثي الولادة	الرضع	مصابون بالتقزم	معالج باليود	أنشطة تنموية	تأديب عنيف	الطفولة المبكرة	المرحلة عمالة الأطفال
الجزائر	94.4	92.6	2.0	3.3	19.3	0.4	—	—	—	—
جيبوتي	87.4	30.7	3.6	6.0	33.5	0.4	36.6	36.2	14.1	18.6
مصر	79.0	91.7	1.6	2.4	28.9	76.7	—	—	40.2	—
العراق	90.8	64.3	2.0	3.1	21.7	24.4	53.5	77.2	3.8	10.1
الأردن	99.6	93.0	1.5	1.8	7.6	—	81.6	91.3	21.7	—
لبنان	98.2	51.5	1.0	1.5	10.7	—	—	—	—	—
ليبيا	98.7	86.9	1.1	1.7	21.0	52.5	—	—	9.3	7.0
المغرب	62.9	89.6	2.5	3.8	23.1	—	—	—	—	—
سوريا	96.3	77.9	1.2	1.7	25.8	30.4	55.0	85.0	17.2	12.3
تونس	98.6	89.6	1.2	1.7	10.1	—	71.1	94.9	44.5	24.0
الضفة الغربية وقطاع غزة	97.7	—	—	2.1	11.8	87.7	46.8	95.5	34.1	—
اليمن	35.7	40.7	4.0	7.1	53.1	—	25.5	93.2	2.7	15.8

المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسوحات الأسرية (راجع الملحق 2ب، الجدول 2ب1). ملاحظة: - = غير متاح

الملحق 2 ب : مجموعات بيانات جزيئية

الجدول 2ب-1 مصادر البيانات

البلد	مسوحات البلدان (المراجع)
الجزائر	مسح المشروع العربي لصحة الأسرة (PAPFAM) لعام 2002 (الديوان الوطني للإحصائيات، وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، وجامعة الدول العربية 2003)
جيبوتي	مسح المشروع العربي لصحة الأسرة (PAPFAM) لعام 2012 (وزارة الصحة [جيبوتي]، معهد الإحصاء والدراسات الديمغرافية، وجامعة الدول العربية 2012) و المسح العنقودي المتعدد المؤشرات (MICS) لعام 2006 (وزارة الصحة وجامعة الدول العربية 2007)
جمهورية مصر العربية	المسح الديمغرافي والصحي (DHS) لعام 2008 (الزنتاني وواي 2009)
العراق	المسح العنقودي المتعدد المؤشرات (MICS) لعام 2011 (الجهاز المركزي للإحصاء وهيئة إحصاء إقليم كردستان 2012)
الأردن	المسح الديمغرافي والصحي (DHS) لعام 2012 (دائرة الإحصاءات العامة [الأردن] و ICF الدولية 2013)
لبنان	مسح المشروع العربي لصحة الأسرة (PAPFAM) لعام 2004 (جامعة الدول العربية وإدارة الإحصاء المركزي في لبنان 2006)
ليبيا	مسح المشروع العربي لصحة الأسرة (PAPFAM) لعام 2007 (جامعة الدول العربية 2009)
المغرب	المسح الديموغرافي والصحي (DHS) لعام 2003/4 (وزارة الصحة، ORC المغرب وجامعة الدول العربية 2005)
الجمهورية العربية السورية	المسح العنقودي المتعدد المؤشرات (MICS) لعام 2006 (المركز السوري للإحصاء والبحوث وآخرين 2008) و مسح المشروع العربي لصحة الأسرة (PAPFAM) لعام 2009 (جامعة الدول العربية والجمهورية العربية السورية 2011)
تونس	المسح العنقودي المتعدد المؤشرات (MICS) لعام 2011/2012 (وزارة التنمية والتعاون الدولي، والمعهد الوطني للإحصاء، واليونيسف 2013)
الضفة الغربية وقطاع غزة	مسح المشروع العربي لصحة الأسرة (PAPFAM)/ المسح العنقودي المتعدد المؤشرات (MICS) (المسح الوطني للأسرة NHS) (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني 2007)
اليمن	مسح المشروع العربي لصحة الأسرة (PAPFAM) لعام 2003 (وزارة الصحة العامة والسكان في الجمهورية اليمنية والمشروع العربي لصحة الأسرة) والمسح العنقودي المتعدد المؤشرات (MICS) لعام 2006 (وزارة الصحة العامة والسكان واليونيسف 2008)

ملاحظة: DHS هو المسح الديمغرافي والصحي، MICS هو المسح العنقودي المتعدد المؤشرات، و PAPFAM هو مسح المشروع العربي لصحة الأسرة. و المسح الوطني للأسرة (NHS) لعام 2006 للضفة الغربية وقطاع غزة كان مزيجاً من كل من مسح المشروع العربي لصحة الأسرة والمسح العنقودي المتعدد المؤشرات

الحواشي

1. بعض البيانات هي من مسوحات تمت قبل عدة سنوات؛ إلا أنها أحدث البيانات المتاحة، وتتيح فرصة لتحليل وضع تنمية الطفولة المبكرة في تلك المرحلة من الزمان، مما يشكل أيضاً أساساً لتحليل مستقبلي عندما تتوفر بيانات أحدث.
2. أكثر من 15 جزءاً في المليون من اليود في الملح.
3. الأنشطة الستة كانت: (1) قراءة الكتب أو تصفح كتاب مصور مع الطفل؛ (2) سرد القصص للطفل. (3) غناء الأغاني مع الطفل؛ (4) أخذ الطفل خارج المنزل، المجمع السكني، الفناء، أو المحيط. (5) اللعب مع الطفل؛ (6) قضاء بعض الوقت مع الطفل، القيام بالتسمية، والعد، أو رسم الأشياء.
4. حسب تعريف المسح العنقودي المتعدد المؤشرات، التأديب العنيف للطفل قائم على التأديب من قبل أي شخص في الأسرة خلال الشهر الماضي، ويتضمن التعدي النفسي (الصياح، أو الصراخ على الطفل؛ ونعت الطفل بالمغفل، والكسول، أو ما شابه)؛ العقاب البدني (هز الطفل؛ صفع أو ضرب الطفل على مؤخرة باليد؛ ضر بالطفل على الجزء السفلي أو على أي مكان آخر من الجسم بشيء مثل الحزام، أو فرشاة الشعر، أو العصا، أو غيرها من الأدوات الصلبة؛ ضرب أو صفع الطفل على الوجه، أو الذراع، أو الساق)؛ والعقاب الجسدي الشديد (ضرب أو صفع الطفل على الوجه، أو الرأس، أو الأذنين؛ ضرب الطفل بأداة (الضرب مراراً وتكراراً وبأكبر قدر من القسوة).
5. المصدر: اليونيسف (2013)، باستثناء جيبوتي (وزارة الصحة [جيبوتي]، معهد الإحصاء والدراسات الديمغرافية، وجامعة الدول العربية 2012)، والعراق (الجهاز المركزي للإحصاء وهيئة إحصاء إقليم كردستان 2012)، وتونس (وزارة التنمية والتعاون الدولي، والمعهد الوطني للإحصاء، واليونيسف 2013).

6. لقاح DPT (الثلاثي) هومزيغ من اللقاحات تغطي الدفتيريا، والسعال الديكي، والكزاز. ويجب أن يحصل الأطفال على ثلاث جرعات لكي يكونوا محصنين بالكامل.
7. يجب أن يتلقى الأطفال ثلاث جرعات للتحصين التام ضد شلل الأطفال.
8. يركز هذا التحليل على الأطفال من سن 12 إلى 23 شهراً لإتاحة تذكر الوالدين بأفضل طريقة ممكنة.
9. تحدث الحصانة القطيعية عندما تتم حماية الأفراد من السكان الذين لم يأخذوا المطعوم (القطيع) من المرض لأن المرض لم يعد قادراً على الانتشار. هذا يتم عندما يتم تلقيح حوالي 90-95 في المائة من الأطفال الرضع.
10. في المغرب، واليمن، والجزائر، والأردن، ولبنان، وتونس البيانات تخص الأسر بدلاً من الأطفال. وبيانات الأطفال هي من حسابات البنك الدولي باستخدام مسوحات الأسر (انظر الملحق 2B، الجدول B1.2). بيانات الأسرة هي من مؤشرات التنمية العالمية.
11. تعرف الثروة وفقاً لأي 20 في المائة من الأسر يقع فيها الطفل، استناداً إلى مؤشر موجودات السلع المعمرة (الثروة).
12. عبر الدراسة، استخدمنا مستوى أهمية بمقدار 5 في المائة.
13. هذا المعدل المنخفض قد يكون راجعاً إلى التغيير في أخذ العينات.

المراجع

- Arab League and The Republic of Lebanon Central Administration of Statistics. 2006. *Lebanon Family Health Survey 2004 Principal Report*.
- Central Bureau of Statistics, Pan-Arab Project for Family Health/League of Arab States, and United Nations Children's Fund (UNICEF). 2008. *Syrian Arab Republic Multiple Indicator Cluster Survey 2006*.
- The Central Statistics Organization and the Kurdistan Regional Statistics Office. 2012. *Iraq Multiple Indicator Cluster Survey 2011, Final Report*. Baghdad, Iraq: The Central Statistics Organization and the Kurdistan Regional Statistics Office.
- Department of Statistics (Jordan), and ICF International. 2013. *Jordan Population and Family Health Survey 2012*. Calverton, MD: Department of Statistics and ICF International.
- El-Zanaty, Fatma, and Ann Way. 2009. *Egypt Demographic and Health Survey 2008*. Cairo: Ministry of Health, El-Zanaty and Associates, and Macro International.
- Glewwe, Paul, and Edward A. Miguel. 2008. "The Impact of Child Health and Nutrition on Education in Less Developed Countries." In vol. 4 of *Handbook of Development Economics*, edited by T. Paul Schultz and John Strauss, 3561-606. Amsterdam: North Holland, an imprint of Elsevier B.V.
- Grantham-McGregor, Sally, Yin Bun Cheung, Santiago Cueto, Paul Glewwe, Linda Richter, Barbara Strupp, and International Child Development Steering Group. 2007. "Developmental Potential in the First 5 Years for Children in Developing Countries." *Lancet* 369: 60-70.
- League of Arab States. 2009. *Libya Family Health Survey 2007, Final Report (Arabic)*.
- League of Arab States and Syrian Arab Republic. 2011. "Family Health Survey of the Arab Republic of Syria 2009: Principal Report (Arabic)." Cairo.
- Ministry of Development and International Cooperation, National Institute of Statistics, and UNICEF. 2013. "Survey of the Situation of Children and Women in Tunisia-Multiple Indicator Cluster Survey 2011-2012: Final Report (French)." Cairo.
- Ministry of Health (Djibouti), Institute of Statistics and Demographic Studies, and League of Arab States. 2012. "Second Djibouti Survey of Family Health EDSF/PAPFAM 2-2012: Final Report (French)." Cairo.
- Ministry of Health and League of Arab States. 2007. "Djibouti Multiple Indicator Survey 2006 Final Report (French)." Djibouti.

- Ministry of Health, ORC Morocco, and League of Arab States. 2005. "Morocco Demographic and Health Survey 2003–04: Final Report (French)." Ministry of Health and ORC Morocco, Calverton, MD.
- Ministry of Health and Population Republic of Yemen, and Pan-Arab Project for Family Health. 2003. "Yemen Family Health Survey 2003." http://papfam.org/index.php?option=com_content&view=article&id=46&lang=en.
- Ministry of Health and Population, and UNICEF. 2008. "Yemen Multiple Indicator Cluster Survey 2006." UNICEF Division of Policy and Planning, New York.
- Molina, Helia. 2012. "The Review of Health and Nutrition Indicators in Early Childhood." UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization), Paris.
- National Office of Statistics, Ministry of Health Population and Hospital Reform, and League of Arab States. 2003. "Algeria Family Health Survey 2002–2003."
- Naudeau, S., N. Kataoka, A. Valerio, M. Neuman, and L. K. Elder. 2011. *Investing in Young Children: An Early Childhood Development Guide for Policy Dialogue and Project Preparation*. Washington, DC: World Bank.
- Palestinian Central Bureau of Statistics. 2007. "Palestinian Family Health Survey 2006: Final Report." Ramallah, Palestine.
- UNDP (United Nations Development Programme). 2014. "Human Development Index." (accessed April 23, 2014), <https://data.undp.org/dataset/Table-2-Human-Development-Index-trends/efc4-gjvq>.
- UNICEF (United Nations Children's Fund). 2012. "The State of the World's Children 2012: Children in an Urban World." New York: UNICEF.
- . 2013. "Attendance in early childhood education—Support for learning." Retrieved March 19, 2013, from http://www.childinfo.org/ecd_support.php.
- . 2014. *The State of the World's Children 2014 in Numbers: Every Child Counts: Revealing Disparities, Advancing Children's Rights*. New York: UNICEF.
- Walker, Susan P., Theodore D. Wachs, Sally Grantham-McGregor, Maureen M. Black, Charles A. Nelson, Sandra L. Huffman, Helen Baker-Henningham, Susan M. Chang, Jena D. Hamadani, Betsy Lozoff, Julie M. Meeks Gardner, Christine A. Powell, Atif Rahman, and Linda Richter. 2011. "Inequality in Early Childhood: Risk and Protective Factors for Early Child Development." *Lancet* 378 (9799): 1325–38.
- World Development Indicators (database). World Bank, Washington, DC. <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>.

الطريق إلى الأمام: بعض السياسات والبرامج للهوض بتنمية الطفولة المبكرة في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا

يمكن منع حدوث أوجه قصور في التنمية

يمكن أن يتم تحسين حالة تنمية الطفولة المبكرة في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، إلا أن ذلك سيتطلب أن تعالج البلدان بشكل مباشر وعن قصد أوجه العجز في تنمية الطفولة المبكرة بسياسات وبرامج مستهدفة، ولايكفي التركيز على التنمية الاقتصادية الكلية؛ فتنمية الطفولة المبكرة لن تتحسن بالضرورة نتيجة النمو الاقتصادي للبلاد. على سبيل المثال، أظهرت دراسة لـ36 بلدا من ذوي الدخل المتوسط والمتدني، استخدمت 121 مسحا ديمغرافيا وصحيا أن نمو الاقتصادي الكلي وحده لا يكفي لمحاربة سوء التغذية. ووجد أن الزيادات في الناتج المحلي الإجمالي للفرد غير مرتبطة أو بالكاد مرتبطة بالإجراءات المتنوعة لسوء التغذية. وتؤكد نتائج هذه الدراسة الموسعة الحاجة للاستثمار المباشر في صحة الطفل (فولمر وآخرون، 2014). والنمو وحده لن يعالج المشاكل في تنمية الطفولة المبكرة؛ وهناك حاجة لإجراءات مباشرة للسياسات والبرامج.

هناك مجموعة من التدخلات الفاعلة (التي غالبا ما تكون فاعلة للغاية من حيث التكلفة) وقابلة للتوسيع، وتستهدف أبعادا مختلفة لتنمية الطفولة المبكرة. وهناك نماذج ناجحة عديدة لبرامج صحة الأمهات، والرضع والأطفال التي يمكن تنفيذها أو توسيعها في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. وتحقق برامج التحصين والتدعيم بمكملات المغذيات الدقيقة منافع كبيرة نسبيا مقارنة بتكلفتها (بهيمان، وألديرمان، وهودينوت 2004). ويتوفر في العديد من بلدان الشرق الأوسط وشمال أفريقيا تغطية كبيرة ولكن غير كاملة. وتغطي البرامج الأخرى بصورة مبتكرة تغذية الأمهات والرضع والصحة والتحفيز من خلال توفير المكملات والخدمات، وتشجيع التغييرات السلوكية في الأهالي، والتوعية بتنمية الطفولة المبكرة في الأسر والمجتمعات. وتشمل أكثر أشكال تدخلات التعلم المبكر شيوعا دور رياض الأطفال والحضانات ومراكز رعاية الطفل، لاسيما للأطفال من ذوي الدخل المحدود والمحرومين.

وفي حين أن هذه ليست بقائمة شاملة، يقدم هذا الفصل بعض النهج والبرامج التي تم تنفيذها بنجاح في مختلف أنحاء العالم، والتي من الممكن أن ينتفع منها أطفال في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا.

تحسين الصحة

ارتفاع أعداد وفيات الأطفال في الشهر الأول والسنة الأولى من عمرهم التي تم رصدها في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا ليست حتمية؛ ومعظم الوفيات المبكرة من الممكن تجنبها. هناك برامج وسياسات فاعلة من شأنها تقليل حالات الوفاة المبكرة، وعلى الصعيد العالمي، تعود وفيات حديثي الولادة أساسا لحادث ولادات الخدج، والاختناق أثناء الولادة والعدوى (الإنتان والالتهاب الرئوي والكزاز والإسهال) (لوون، وكوسينس، وزويان 2005). ومن الممكن أن يساهم انخفاض الوزن عند الولادة بصورة غير مباشرة في حدوث الوفيات المبكرة (بلاك وآخرون 2008). وتوسيع الرعاية قبل الولادة والولادة على يد قابلة ماهرة، واستهداف النساء الأفقر والأقل تعليما اللواتي لديهن المعدلات الأدنى من الرعاية قبل الولادة، من شأن كل ذلك أن يحسن من بقاء الأطفال والنساء على قيد الحياة ومن الصحة المبكرة. وعلاوة على ذلك، فإن زيادة استمرارية الرعاية وربط الخدمات الصحية للنساء والأطفال يمكن أن يشكلنا عنصرا عمليا مهما لتحسين صحة الطفل والأم على أرض الواقع. قامت الضفة الغربية وغزة بإصدار أول كتاب باللغة العربية بعنوان «كتيب صحة الأم والطفل»، الذي هو وثيقة واحدة تتبع صحة الأم والطفل أثناء الحمل، والرعاية قبل الولادة، وأثناء الولادة، وصحة حديثي الولادة، وتنظيم الأسرة، وتحصين الطفل، ورصد نمو الطفل (وزارة الصحة الفلسطينية 2012). والكتيب لا يساعد فقط على متابعة معلومات الصحة والتغذية، بل يوفر تقريبا صحيا بما في ذلك عن تنمية الطفولة المبكرة.

وينبغي أن تقوم منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا بتوسيع نطاق الرعاية بعد الولادة. وعلى مستوى العالم، ما بين 25 و45 في المائة من وفيات حديثي الولادة تحدث في اليوم الأول، و75 في المائة تحدث خلال الأسبوع الأول (اليونيسف 2008)، مما يوفر نافذة مهمة من الفرص للتقليل من الوفيات المبكرة خلال مرحلة ما بعد الولادة. ويشير التحليل الإضافي للمسوحات إلى انخفاض التغطية فيما يتعلق بالرعاية بعد الولادة. وزيادة نطاق التغطية للرعاية خلال فترة ما بعد الولادة المبكرة أساسا للتقليل من وفيات حديثي الولادة (لاون، وكوسينس، وزويان، 2005). وقد وجدت دراسة أجريت في بنغلاديش أن قيام عامل صحة مجتمعي (انظر الإطار 1-3 للمزيد عن عاملي الصحة المجتمعية) بزيارة بيتية خلال يومين من الولادة قد قلل من وفيات حديثي الولادة بثلاثين (باقي وآخرون 2009). ويمكن استخدام شبكة المهنيين والمرافق الموجودة التي توفر رعاية قبل الولادة والولادة على يد قابلات ماهرات وتوسيع نطاقها لتوفير رعاية بعد الولادة. بالإضافة إلى تناول صحة الطفولة المبكرة والتقليل من الوفيات المبكرة، يمكن أن يكون للتحسينات المستهدفة في الرعاية الصحية في الأيام الأولى من حياة الأطفال آثار طويلة الأمد. والأطفال الرضع الذين كانوا يعانون من انخفاض وزنه عند الولادة في شيلي والنرويج ثم تلقوا رعاية إضافية، واجهوا ليس فقط انخفاضا في وفيات الرضع بل مستويات أعلى من التحصيل الأكاديمي في المدرسة (بارادواج، ولوكن، ونبلسون 2013).

وزيادة تغطية التحصين تساعد على الحيلولة دون حدوث الأمراض والوفيات المبكرة. وعلى الرغم من أن بعض بلدان الشرق الأوسط وشمال أفريقيا قد حققت تغطية تحصين واسعة، فإن عددا منها لم يحقق ذلك. وأحد أسباب نجاح جمهورية مصر العربية بصورة خاصة في توفير تغطية تحصين واسعة ومنصفة هي أن عمليات التحصين مفروضة قانونا، على أن يتم توفيرها مجانا من قبل الوحدات الصحية، وبحيث يكون والد الطفل أو الوصي عليه مسؤولا عن ضمان أن الطفل تلقى التطعيم (مجلس الوزراء المصري: المجلس القومي للطفولة والأمومة، 2008).

الإطار 3-1 توسيع نطاق الوصول إلى الرعاية الصحية والتطور الصحي مع العاملين الصحيين في المجتمع

يمكن أن يشكل العاملون الصحيون في المجتمع دعماً هاماً لتنمية وصحة الأطفال المبكرة، لاسيما في الأوضاع التي يكون فيها من الصعب توسيع المرافق الصحية وتعيين موظفين مدربين تدريباً عالياً. من الممكن أن يكون للعاملين الصحيين الذين يتم تعيينهم من المجتمع المحلي والحاصلين على تدريب ملائم، أثر هام على الصحة في المراحل المبكرة من العمر، حتى حين لا يكون لديهم شهادات في الرعاية الصحية. على سبيل المثال، يمكن أن يوفر العاملون في الصحة في المجتمع رعاية قبل الولادة، وكذلك يمكنهم أن يعززوا استخدام الرعاية الماهرة أثناء الولادة، ويوفروا حزم ولادة آمنة لعمليات الولادة التي تتم في البيوت، ورعاية بعد الولادة (هينز وآخرون، 2007). وبالإضافة إلى تحسين محصلات الصحة والتغذية، والتقليل من الوفيات، بإمكان عملي الصحة تثقيف الأهالي حول جوانب أخرى من تنمية الطفولة المبكرة، بما في ذلك كيفية دعم التطور المعرفي والاجتماعي والعاطفي للأطفال (اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية، 2011).

وحيث إن كافة البلدان توفر بعض المطاعيم لبعض الأطفال، فإن توسيع النظام الحالي أساسي للتغطية الشاملة. وزيادة عدد وتكرار حملات التطعيم هو أحد النهج، حيث إن عمليات التطعيم لوحدها فاعلة للغاية من حيث التكاليف. ويمكن كذلك الجمع ما بين عمليات التطعيم والتدخلات الأخرى لتنمية الطفولة المبكرة في أيام صحة الطفل. وفي إثيوبيا، تكون تكلفة أيام صحة الطفل التي تشمل الفيتامين أ، وعمليات التطعيم والتخلص من الديدان، ورصد النمو، 1.04 دولار للطفل، أو 2.08 دولار للطفل في السنة، إذا ما أجريت مرتين في السنة. وتكلفة كل وفاة أمكن تفاديها هي 228 دولاراً فقط (فيدلر وشوكو 2008). وفي منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، من المهم بشكل خاص أن تستهدف هذه الحملات المناطق الأفقر، وأن تصل إلى الأسر الفقيرة والأقل تعليماً، حيث إن هؤلاء الأطفال يواجهون خطراً كبيراً في عدم تلقي اللقاحات وبالتالي تعثر تنميتهم المبكرة.

تحسين التغذية

تخفيض المعدلات المرتفعة للتقرم يتطلب تحديد الأطفال المعرضين لخطر ضعف النمو، ومراقبة صحتهم، ودعم تغذيتهم. يمكن أن تتخذ برامج تعزيز النمو لمكافحة سوء التغذية أشكالاً مختلفة، من أجل تحديد وحماية الأطفال الذين يتعثر تطوهرهم. وينبغي أن تشمل برامج تعزيز النمو، رصداً للنمو وأن تساعد على تثقيف الأهل حول الإطعام والرعاية الصحية، مع ربط الأطفال بالخدمات الصحية الحيوية والتغذية التكميلية عند الحاجة (بوتا وآخرون 2008؛ البنك الدولي 2006). والوقاية من سوء التغذية هي إستراتيجية أفضل من السماح بحدوث سوء التغذية، ثم توفير العلاج لها (هورتون وآخرون 2010). ولأن العلامات المبكرة لسوء التغذية الخفيف والمتوسط لا تكون واضحة، فإنه من المهم أن يخضع السكان المعرضون للخطر لرصد منتظم لوزن وطول الأطفال على رسم بياني للنمو. وعاملو الصحة المجتمعية هم أيضاً مثاليون لتقديم خدمات تعزيز النمو، لأن تكلفتهم أقل ويسهل على السكان المحليين الوصول إليهم (البنك الدولي 2006). وعندما يتم تحديد الأطفال الذين تطوهرهم

مهدد بسبب سوء التغذية، تكون برامج المكملات الغذائية استجابة فاعلة لسوء التغذية. ففي إثيوبيا مثلاً، كان الأطفال في سن 6-24 شهراً تلقوا مساعدات غذائية ينمون 1.8 سم أسرع في المتوسط، مما لو لم يكن هناك مساعدات غذائية متاحة (يامانو 2005).

والفقر هو أحد العوامل الأكثر خطورة لسوء التنمية المبكرة - فإن برامج التحويلات النقدية المشروطة (CCT) يمكن أن تلعب دوراً هاماً جداً في تعزيز التنمية الصحية للأطفال. تضمن بروجيسا (PROGRESA)، وهو برنامج للتحويلات النقدية المشروطة في المكسيك، شرطاً مفاده أن على الأطفال من سن 0-60 شهراً زيارة عيادات رصد التغذية. ويتم إعطاء الأطفال تحت سن 24 شهراً مكملات غذائية بغض النظر عن حالة نموهم، كما يتم إعطاء الأطفال من 24-60 شهراً مكملات إذا ما تم تقييم نموهم على أنه سيئ. وأظهر تقييم قائم على اختبار عشوائي، أن الأطفال من 12-36 شهراً الذين خضعوا لبرنامج بروجيسا، كانوا في المتوسط 1 سنتيمتر أطول، و8.6 في المائة أقل عرضة للتقزم (جرتلر 2004). ولأنه توجد في جيبوتي بعض الفروقات في الوضع التغذوي حسب الثروة فإن برامج التحويلات النقدية المشروطة تعد طريقة واعدة في معالجة كل من الفقر والتغذية.

من الممكن أن يكون للاستثمار في المغذيات الدقيقة الإضافية عوائد ضخمة لجيبوتي. أقل من نصف الأسر تتناول ملحا مضافا إليه كميات كافية من اليود، مما يترك الأطفال يواجهون خطر وجود فجوات في التطور المعرفي يمكن تفاديها بالكامل. وإضافة اليود إلى الملح يرفع من تكلفته بحوالي 5 في المائة؛ ومعدل المنفعة/التكلفة لإضافة اليود إلى الملح هو منفعة تتراوح بين 15 و520 دولارا لكل دولار يتم استثماره (بهرمان، وألدريمان وهودينيوت، 2004). ومن الممكن تحقيق توسع سريع؛ فقد زادت مدغشقر من التغطية الخاصة بالملح المضاف إليه اليود من صفر في المائة من الأسر في 1995 إلى 98 في المائة من الأسر في 1999، بعد أربع سنوات فقط. ومن المهم معالجة كل من العرض والطلب على الملح المعالج باليود، من خلال التوعية العامة بمخاطر نقص اليود وأهمية تناول الملح المضاف إليه اليود، ومن خلال ضمان إمكانية الحصول على إمدادات كافية من الملح المضاف إليه اليود، عن طريق التركيز على الامتثال بصناعة الملح عبر رصد وإنفاذ معايير إضافة اليود إلى الملح (غوه 2002). وفي منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، غالبا ما يكون للبلدان برامج، وتشريعات أو سياسات تفرض إضافة اليود إلى الملح، إلا أنها لم تنفذ بشكل كامل وشامل على أرض الواقع (منظمة الأغذية والزراعة 2003، 2005، و2011). وينبغي التحقيق في التغطية وأوجه القصور من حيث المغذيات الدقيقة الأخرى، مثل الفيتامين أ والحديد؛ والمقويات والمكملات الغذائية والأشكال الأخرى من مكملات المغذيات الدقيقة هي فاعلة جدا من حيث التكاليف، وتعتبر ذات أهمية قصوى من حيث كافة تحديات التنمية العالمية (لومبورغ، 2009).

الوالدية والمشاركة المجتمعية لتعزيز التنمية

هناك برامج ناجحة تساعد الأهالي على تعلم كيفية إشراك أطفالهم وتعزيز التنمية المعرفية والاجتماعية والعاطفية والبدنية. وفي الأردن أمثلة عن برامج لإشراك الأهالي والمجتمع (راجع الإطار 2-3). وقدم برنامج في منطقة فقيرة في البرازيل ورش عمل لأمهات حول سبب أهمية اللعب والتفاعل لتطور الأطفال، وكيفية تعزيز التطور من خلال اللعب والتفاعل حتى في الأنشطة اليومية والمهام المنزلية. وتبعت ورشات العمل زيارات منزلية لتعزيز ودعم المهارات الجديدة لدى الأمهات. ومقارنة بمجموعة الضبط، لوحظ تحسن كبير في نمو الأطفال نتيجة للبرنامج (إيكمان وآخرون 2003). وتحسين الوالدية يؤتي بثماره على المدى البعيد؛ ويستهدف برنامج التحفيز للطفولة المبكرة في جامباكا الأطفال

الإطار 2-3 إشراك الوالدين والمجتمع في الأردن

مع الإقرار بأن معظم الأهالي الشباب ليس لديهم المعرفة أو المهارات لتوفير بيئة منزلية محفزة أو تعزيز التطور الاجتماعي والعاطفي، طورت الأردن مشروع والدية أفضل. واستهدف المشروع بصورة خاصة الأسر المحرومة، وتم تنفيذه من خلال الشراكات بين اليونيسف والمنظمات غير الحكومية المحلية. وتشمل المواضيع التي تمت تغطيتها تنمية الطفل ودور الأسرة، والتأديب الإيجابي وأهمية اللعب.

وخلال سنواته الأولى، كافح البرنامج للوصول إلى الآباء. وتم تحديد الجوامع بوصفها مكانا مثاليا للتواصل مع الآباء والمجتمع، وبالتالي تواصل البرنامج مع المجتمع الديني. وتم استخدامه لتدريب الأئمة وخطباء المساجد حول كيفية تثقيف الناس عن تحسين والدية أثناء أو بعد صلاة الجمعة. وركز الدليل على الوسائل التي يمكن للوالدين استخدامها لدعم تنمية أطفالهم، وخاصة دور الآباء. وهذا النهج المستخدم للتوعية أشرك المجتمعات والأهالي، وزاد بشكل كبير من مشاركة الرجال في مشروع والدية أفضل.

المصدر: اليونيسف، 2009

المصابين بالتقزم واستخدم زيارات أسبوعية من عاملي الصحة المجتمعية على مدى سنتين لتعزيز مهارات والدية وتشجيع التفاعات التي طورت مهارات معرفية واجتماعية وعاطفية. وبعد عشرين سنة، زادت المداخلة من الأرباح بواقع 25 في المائة (جرتر وآخرون 2014). فعلى سبيل المثال، تم دمج برنامج تنمية الطفولة المبكرة في باكستان ببرنامج العاملات الصحيات، الذي قدم رسائل تتعلق بتنمية الطفولة المبكرة من خلال الزيارات المنزلية واجتماعات المجموعات المجتمعية، والتي تم دمجها أيضا مع الخدمات الصحية والتغذية. وقام البرنامج المتكامل بتعزيز تنمية الطفولة المبكرة، وكانت تكلفته 4 دولارات في الشهر للطفل (غواني وآخرون 2014).

والبرامج التي تركز على الوالدين والمشاركة المجتمعية تستطيع أن تساعد في زيادة الوعي وتعزيز تحسين والدية. وهناك في تركيا، مشروع إثراء يستهدف أمهات الأطفال الصغار ويتضمن دروساً في التأديب وفي التواصل بين الأهل والطفل في اجتماعات جماعية غطت مجموعة متنوعة من مواضيع تنمية الطفولة المبكرة. وكان احتمال أن تستخدم الأمهات المشاركات في برنامج الإثراء العقاب البدني أو اللفظي احتمالاً قليلاً، إذ إن الاحتمال الأكبر كان أن تستخدم المنطق مع أطفالهن، وأن تتواصلن معهم بشكل فاعل، وذلك أكثر من الأمهات اللواتي لم تشاركن في البرنامج (كاجيتسيباسي، وسونار، وبيكمان، 2001). فعندما يكون للآباء والأمهات فهم أفضل لتطور أطفالهم ويكونون يعرفون طرقاً أكثر إيجابية للقيام بالتأديب، تكون تنمية الطفل محمية ومعززة.

السعي لإشراك المجتمعات والتواصل معها بشأن تنمية الطفولة المبكرة من خلال منافذ متعددة يمكن أن يساعد أيضاً في دعم تنمية الأطفال والتقليل من التأديب العنيف. وفي جزر المالديف، تم نشر 12 رسالة أساسية حول التنمية المبكرة من خلال الإعلام المطبوع، والإذاعة، والتلفزيون (نودو وآخرون 2011). كما بالإمكان تضمين رسائل حول إشراك الأطفال في الأنشطة التنموية والتأديب المناسب للأطفال حينما يتواصل الأطفال مع النظام الصحي في السنوات الأولى من عمرهم - أثناء التحصين، وخلال أيام صحة الطفل، أو حينما يزور الطفل والأم المركز الصحي من أجل

الرعاية ويتواصلان مع المهنيين هناك. من المهم بصفة خاصة أن تكون الرسائل مصممة من أجل الوصول إلى السكان المعرضين أكثر من غيرهم لخطورة أن يكون لديهم محصلات ضعيفة في مجال تنمية الطفولة المبكرة. على سبيل المثال، والوالدان الأميان لا يمكن تثقيفهما عن أهمية الأنشطة الإنمائية من خلال الرسائل المكتوبة. إلا أن الصور المتوالية يمكن استخدامها لتوضيح الأنشطة التنموية - هذا كان النهج المتبع في البرازيل لتعليم الأمهات بشكل فاعل كيفية دعم تنمية أطفالهن (إيكمان وآخرون 2003).

تعزيز التعلم المبكر

يمكن توسيع نطاق فرص التعلم المبكر من خلال مجموعة متنوعة من الطرق. في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، نسبة الالتحاق الإجمالي في مرحلة ما قبل الابتدائي هي فقط 27 في المائة (البنك الدولي 2014)، مما يعني أن تقريبا ثلاثة أرباع الأطفال فوتتهم فرصة هامة لكي يتطوروا ويصبحوا جاهزين للمدرسة. والتوسع السريع في الفصول الدراسية ما قبل المرحلة الابتدائية هو أحد النهج لتوسيع نطاق الحصول على رعاية وتنمية الطفولة المبكرة (انظر الإطار 3-3 بشأن مثال عن التوسع في مرحلة ما قبل الابتدائي في الجزائر). تم في الأرجنتين، في عام 1993، إضافة إلى النظام التعليمي، سنة إلزامية ما قبل الابتدائي. وعلى مدى السنوات الست التالية، تم بناء فصول دراسية إضافية مع قدرة استيعابية لأكثر من 180,000 طالب. واستهدفت المباني الإضافية المناطق الفقيرة ذات نسب الالتحاق المتدنية في مرحلة ما قبل الابتدائي، وذلك استناداً إلى معدلات الالتحاق في مرحلة ما قبل المدرسة لعام 1991 (بيرلنسكي، وغالياني، وغرتلر 2009). ووجدت دراسة في الأرجنتين لأثر تعليم مرحلة ما قبل الابتدائي على المحصلات التعليمية اللاحقة، بأن سنة واحدة من التعليم ما قبل الابتدائي قد رفعت علامات الاختبارات، وزادت من الانتباه داخل الفصل الدراسي، ومن الجهد، والانضباط، والمشاركة (بيرلنسكي، وغالياني، وغرتلر 2009). وحسنت بشكل أساسي المهارات المعرفية والاجتماعية والعاطفية على حد سواء. وتحسنت في المهارات المعرفية

الإطار 3-3 الجزائر: قصة نجاح لتعليم الطفولة المبكرة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا

في 1999، كان معدل الالتحاق الإجمالي في الجزائر في التعليم قبل الابتدائي 2 في المائة فقط. وبحلول 2011، بعد 12 سنة فقط، ارتفع المعدل إلى 75 في المائة. وتبين حالة الجزائر أن التوسع السريع ممكن لبلدان الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. كيف قامت الجزائر بتوسيع نطاق تعليم الطفولة المبكرة بهذه السرعة؟ في 2004، تم تنفيذ منهاج لمرحلة ما قبل الابتدائي، بالإضافة إلى هدف متمثل في زيادة معدل الالتحاق الإجمالي إلى 80 في المائة بحلول 2010. وقامت الجزائر بتوسيع عملية توفير خدمات التعليم الحكومية لمرحلة ما قبل الابتدائي بشكل سريع. وفيها الآن أعلى نسبة من الخدمات الحكومية في المنطقة، حيث وصلت إلى 86 في المائة لمرحلة ما قبل الابتدائي. وتم أيضاً تشجيع التوسع في توفير خدمات التعليم الخاص لمرحلة ما قبل الابتدائي، مع استمرار الإشراف على منهاج في حالة القطاع العام والخاص.

المصدر: اليونسكو، 2014

والاجتماعية والعاطفية له آثار هامة على محصلات الكبار. ووجدت دراسة أجريت عن برنامج للطفولة المبكرة عالي الجودة يستهدف أطفالاً محرومين في الولايات المتحدة بأن البرنامج حسن بصورة طويلة المدى من المهارات في الشخصية، مما حسن في نهاية المطاف من محصلات سوق العمل والصحة، بالإضافة إلى التقليل من الجريمة (هيكمان، وبنتنو، وسافيليف 2013). وبالإضافة إلى توسيع نطاق الفصول الدراسية لمرحلة ما قبل الابتدائي، فإن نماذج منزلية لرعاية وتعليم الطفولة المبكرة يمكن أن تكون أيضاً طريقة فعالة لتعزيز التنمية المبكرة، وخصوصاً عندما يكون التوسع في مرحلة التعليم ما قبل الابتدائي صعباً لأسباب تتعلق بالموازنة أو القدرات (انظر الإطار 3-4 حول مناقشة خاصة بتنمية الأطفال في أوقات الأزمات). وفي كولومبيا، قام برنامج لحضانة ورعاية الأطفال باستخدام "أمهات من المجتمع المحلي" لرعاية وإطعام الأطفال الذين يعيشون في فقر في «مراكز» منزلية. ويغطي البرنامج ما يقارب من مليون طفل دون سن 7 سنوات، وأثبت أنه قام بتحسين صحة الأطفال وانتظامهم في الدراسة (فيغاس وسانتياغو، 2010). كانت المدارس القرآنية التقليدية في الدول العربية، التي تعمل في المساجد، تدرس وتقدم الرعاية للأطفال الصغار (اليونسكو 2010). وفي كينيا، أظهر الأطفال المشاركون في برنامج «المدرسة» في مرحلة ما قبل المدرسة الذي كان يستخدم أسلوباً تربوياً للتعلم الفاعل متكامل مع التربية الإسلامية، تحسناً كبيراً في مجال الذكاء المبكر، كما كان أداءهم أفضل من غيرهم من الأطفال غير المشاركين في البرنامج (موورا، وسيلفا، وماملبيرغ 2008). ويمكن التوسع في البرامج المنفذة في المساجد و«المدرسة» وتعزيزها. وتوفير منهاج من الأنشطة المتناسبة مع العمر وتعزيز التنمية المبكرة هو عنصر هام في جميع أنواع برامج رعاية وتعليم الطفولة المبكرة. ومن المهم جداً كذلك الحفاظ على جودة البرنامج عند تنفيذ برامج موسعة لرعاية وتنمية الطفولة المبكرة من أي نوع (انظر الإطار 3-5 حول مناقشة الأدوات لتقييم الجودة)؛ والمشكلات المتعلقة بتنفيذ ثلاثة أنواع مختلفة من برامج رعاية وتنمية الطفولة المبكرة في كمبوديا قللت من منافع البرامج (بوغين وآخرون 2013).

الإطار 3-4 حماية التطور في أوقات الأزمات

يكون الأطفال - وتطورهم المبكر - مستضعفين بشكل خاص خلال النزاع، ولكن هناك إستراتيجيات فاعلة لحماية ودعم الأطفال في أوضاع الصراع واللاجئين. والبلدان التي تتعامل مع أزمة اللاجئين نتيجة الصراع في الجمهورية العربية السورية، ينبغي أن تعطي الأولوية لإستراتيجيات حماية وتعزيز تنمية الأطفال اللاجئين. وإنشاء مساحات للعب الأطفال، يضمن توفر بيئة آمنة للأطفال ومساحة ذات هيكلية وتحفيز. ودمج التعلم المبكر في مساحات الأطفال قد يساعد الأطفال على الانتقال بنجاح للمدرسة. ومعلمو مرحلة ما قبل المدرسة يمكن أن يقدموا دعماً عاطفياً مهماً للأطفال. على سبيل المثال، قام مخيم للاجئين في إثيوبيا بدمج تنمية الطفولة المبكرة في المجتمع بفاعلية من خلال إنشاء مساحات مساندة للأطفال الذين هم في سن ما قبل المدرسة.

المصدر: اللجنة الدولية للإغاثة 2006.

الإطار 5-3 أدوات تقييم البيئة والتنمية المبكرة

هناك مجموعة متنوعة من الأدوات التي تساعد في توجيه عمل البلدان نحو تعزيز تنمية الطفولة المبكرة. وتساعد هذه الأدوات في إجراء الأبحاث والتقييم الذاتي. على سبيل المثال، يمكن أن تستخدم النسخ المنقحة لمقياس تصنيف بيئة الطفولة المبكرة (ECERS-R) لتقييم الرعاية والتعلم المبكر، من حيث كل من بيئة الغرفة الصافية والجودة. ويمكن أن تستخدم النسخ المنقحة لمقياس تصنيف بيئة الطفولة المبكرة (ECERS-R) من قبل الباحثين أو واضعي السياسات لتحديد التحديات المنهجية في الرعاية المبكرة؛ ويمكن أن تستخدم أيضاً من قبل برامج ومزودي الرعاية المبكرة لتقييم جاهزية الأطفال للمدرسة وفقاً لمجموعة متنوعة من الأبعاد خلال سنوات ما قبل الابتدائي. وتم استخدام كلا الأدوات على نطاق واسع في أوضاع دولية، ويمكن أن تكون مفيدة لبلدان الشرق الأوسط وشمال أفريقيا التي تقوم بتقييم برامج رعاية وتنمية الطفولة المبكرة والجاهزية للمدرسة.

المصدر: غون، وجانوس، وهيرتزمان 2007؛ ساكاس وآخرون 2003.

تأول الأبعاد المتعددة للتنمية

هناك ما يثبت أن تدخلات تنمية الطفولة المبكرة التي تركز على الأبعاد المتعددة للتنمية قد تكون أكثر فاعلية. وتظهر دراسة في جمايكا الأدلة بشأن الآثار المشتركة للتغذية وتحفيز الطفل. والأطفال بعمر تسعة أشهر إلى 24 شهراً الذين تلقوا مكملات غذائية وتحفيزاً الذين أصيبوا بالتقزم حصلوا على علامات أعلى في اختبارات التنمية من الأطفال الذين تلقوا مداخلة واحدة فقط أو لم يتلقوا مداخلة (غرانتام - ماكغريغور وآخرون 2007). وبعد سنتين من المداخلة (كيلوغرام واحد من حليب الأطفال في الأسبوع، وزيارات يينية أسبوعية لمدة ساعة واحدة من قبل عاملي الصحة المجتمعية لتحسين التفاعلات بين الأم والطفل من خلال اللعب)، تم تقريباً القضاء على فجوة حاصل التنمية بين الأطفال المصابين بالتقزم والأطفال غير المصابين بالتقزم بين المصابين بسوء التغذية. وهناك حاجة للمزيد من الأبحاث حول أي مزيج من التدخلات هو الفاعل، حيث لا يوجد سوى عدد قليل من الدراسات حتى هذا التاريخ (إنجل وآخرون 2011؛ وجرانتام- ماكغريغور وآخرون 2014؛ ونوريس وبارنت 2010). وتوازن الأدلة لحالة الجمع بين التغذية والتحفيز يتمثل في أنه من المؤكد أن الجمع بين التدخلات لا يقلل من آثارها، على الرغم من أن أوجه التآزر قد تكون قليلة أو غير موجودة. والجمع بين التدخلات له مزايا عملية كبيرة، مثل حقيقة أن الأطفال الذي يواجهون خطر سوء التغذية من المرجح أيضاً أنهم يواجهون تطوراً ضعيفاً في أبعاد أخرى، أو أنه قد يكون من الممكن تحقيق منافع إضافية بتكلفة أقل عند إضافة مكون لبرنامج قائم (جرانتام - ماكغريغور وآخرون 2014).

دور تنمية الطفولة المبكرة في الرخاء المشترك

تعزيز تنمية الطفولة المبكرة قد يكون عنصراً هاماً لمعالجة عدم تساوي الفرص وتعزيز الرخاء المشترك. والعنصر الرئيسي للتعقود الاجتماعية للبلدان هو في الغالب أنه سيكون للأفراد فرص متساوية للنجاح، «فرص متكافئة». وبموجب مثل هذا العقد الاجتماعي، لا ينبغي أن يواجه الأطفال فرصاً مختلفة للنجاح بناءً على إيجابيات أو سلبيات الظروف التي ولدوا فيها. وفي الطفولة المبكرة، هذا يعني إمكانية وصول شاملة للتجارب والخدمات التي تعزز التنمية، بما فيها الصحة والتغذية والتعليم (ناراين، وسافيدرا - شانديفي، وتيوار 2013). ويمكن أن يستفيد الأطفال المحرومون

بصورة خاصة من برامج الطفولة المبكرة. على سبيل المثال، في إندونيسيا، قلل برنامج لتنمية وتعليم الطفولة المبكرة من فجوة التحصيل بين الأطفال الفقراء والأغنياء (جونغ وحسن 2014). وتم تحديد التوسع في التعليم العام ما قبل الابتدائي بأنه أفضل إصلاح في التعليم للتقليل من عدم المساواة في الدخل (شيشي وفان دي ويرفهورست، 2014). وبما أن حالات عدم المساواة في الطفولة المبكرة تبنى عليها العديد من حالات عدم مساواة للكبار، فإن البرامج التي تتناول الفجوات خلال الطفولة المبكرة يمكن أن تكون أدوات قوية للتعامل مع عدم المساواة.

الإستراتيجيات الوطنية والعمل الوطني

يمكن أن يتم دعم ودمج تنمية الطفولة المبكرة في العديد من البرامج والسياسات، ولكن وجود التزام وطني عام لتنمية الطفولة المبكرة هو عنصر مهم لتعزيز التطور الصحي للأطفال (راجع الإطار 3-6 بشأن مثال عن الالتزام الوطني بتنمية الطفولة المبكرة يمكن أن يحدث فرقا في حياة الأطفال في بيرو). وتنمية الطفولة المبكرة متعددة القطاعات، والعديد من الأطراف الفاعلة المتعددة تشارك في العمل المتعلق بتنمية الطفولة المبكرة. على سبيل المثال، تعزيز التعليم قبل

الإطار 3-6 الالتزام الحكومي بتقليل سوء التغذية المزمن في بيرو

كما هو الحال في العديد من البلدان، كافتحت البيرو من أجل التقليل من سوء التغذية. وفي 1996، كان 32 في المائة من الأطفال دون سن الخامسة مصابين بتقزم. وعلى الرغم من برامج التغذية المتعددة، لم يتم تحقيق سوى تقدم محدود، حيث إن 30 في المائة من الأطفال دون الخامسة كانوا مصابين بالتقزم بعد عقد من الزمن في 2005. ونقطة التحول الرئيسية لتغذية الأطفال كانت في 2005، عندما اجتمع أصحاب المصلحة في ائتلاف، مبادرة سوء تغذية الطفل، جامعين كل من المؤسسات الحكومية والأطراف غير الحكومية. ولعب هذا الائتلاف دورا حاسما في المناصرة، مما دفع نحو التزام سياسي وحكومي للتقليل من سوء التغذية. وخلال الحملة الرئاسية في عام 2006، تحدى الائتلاف المرشحين الرئاسيين لإعطاء الأولوية لسوء التغذية، وتعهد كافة المرشحين بالتقليل من سوء التغذية بخمس نقاط مئوية للأطفال دون سن الخامسة خلال خمس سنوات، والمشار إليها بحملة خمسة في خمسة في خمسة». ووعد رؤساء المنطقة بتخفيض في سوء التغذية بخمس نقاط بحلول 2011.

تم استكمال هذه الالتزامات العامة بإجراءات سياسات. وفي 2005، تبنت البيرو برنامجا للتحويلات النقدية يستهدف الأطفال المعرضين بشكل كبير لخطر سوء التغذية. ثم طرح إستراتيجية التخفيف من حدة الفقر، الأمر الذي مثل نقلة هامة في السياسات. وأقرت السياسات بالعوامل العديدة المساهمة في سوء التغذية، وبالإضافة إلى التدخلات التقليدية لتوزيع الغذاء، أدرجت تدخلات مثل تدريب عامل الصحة، وتدريب الأهالي مهارات الطبخ، والتعامل مع النظافة والماء.

وأنتمت الالتزامات العامة والإستراتيجيات الوطنية. وفي حين أنه في 2005، حوالي 30 في المائة من الأطفال كانوا مصابين بالتقزم، فإنه بحلول 2011، انخفض هذا الرقم إلى 18 في المائة. وفي حين لا يزال هناك حاجة للقيام بالمزيد من الجهود، فإن الالتزام الحكومي للحكومة، مدعوما بإستراتيجية وطنية والالتزام المجتمعي المدني، جعل من سوء التغذية أولوية وطنية وأحدث فرقا كبيرا في صحة وتطور أطفال بيرو.

المصدر: أكوستا وحداد، 2014.

الابتدائي هو جزء من إستراتيجية وزارة التربية والتعليم في الضفة الغربية وقطاع غزة، في حين أن قضايا صحة الطفل تناولها وزارة الصحة (وزارة التعليم والتعليم العالي [الضفة الغربية وقطاع غزة] 2014؛ وزارة الصحة الفلسطينية 2012). يمكن أن تساعد الإستراتيجيات الوطنية في دمج وتنسيق مبادرات وإجراءات تنمية الطفولة المبكرة عبر القطاعات والوزارات والمؤسسات.

ويمكن أن يؤدي التركيز على تنمية الطفولة المبكرة على المستوى الوطني إلى تحفيز العمل. والأردن مثال عن بلد في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا اتخذ عددا من الخطوات لإعطاء الأولوية ودمج سياسات وبرامج لتنمية الطفولة المبكرة. وقد أطلق الأردن إستراتيجية وطنية شاملة لتنمية الطفولة المبكرة في عام 2000، أفضت إلى خطة عمل في 2003 - 2007، وارتبطت بخطة عمل وطنية للأطفال للأعوام 2004 - 2013 (اليونسيف 2009). وقد رفع هذا العمل ملامح تنمية الطفولة المبكرة ضمن الحكومة وعبر المؤسسات، وحدد أهدافا واضحة للتقدم، وحفز وضع وتوسيع برامج عديدة. على سبيل المثال، تنمية الطفولة المبكرة هي أحد المكونات الأربعة لمشروع إصلاح التعليم في الأردن نحو اقتصاد المعرفة (ERFKE)، الممول جزئيا من البنك الدولي. وهو عبارة عن مبادرة مصممة لتحسين جودة التعليم وتعزيز رأس المال البشري في الأردن. وينتهي المشروع نهج تعلم مدى الحياة إزاء التعليم، بدءا من الطفولة المبكرة. وتقر إستراتيجية الإصلاح بأهمية الطفولة المبكرة بالنسبة للجهازية للمدرسة، وتعمل على رفع القدرة المؤسسية، وتدريب معلمي رياض الأطفال، وتوسيع دور رياض الأطفال للفقراء وزيادة الوعي العام بتنمية الطفولة المبكرة.

وباعتباره جزءا من الإستراتيجيات الوطنية، من المهم أن نحدد أو ننشئ مؤسسة رائدة أو مجلسا رفيع المستوى للتخطيط وتنفيذ وتقييم الإجراءات الوطنية حول تنمية الطفولة المبكرة (اليونسكو 2010). وأنشأت حكومة اليمن مجلسا أعلى للأمومة والطفولة، وهي الهيئة الوحيدة التي تنسق بين الوزارات والمنظمات غير الحكومية والأطراف الفاعلة الأخرى في اليمن. والمجلس مسؤول أيضا عن وضع السياسات والتشريعات والإستراتيجيات التي تعزز تنمية الطفولة المبكرة (البنك الدولي 2012). ويمكن أن تعزز الإستراتيجيات الوطنية كذلك بقوانين وتشريعات للنهوض بتنمية الطفولة المبكرة. على سبيل المثال، قامت البلدان بتنفيذ تشريعات تدمج التعليم ما قبل الابتدائي في التعليم الأساسي (اليونسكو 2010).

ويتطلب إعطاء الأولوية لتنمية الطفولة المبكرة في بلد ما تحديد السياسات القائمة والثغرات في السياسات من حيث تعزيز تنمية الطفولة المبكرة. وإحدى الأدوات التي يمكن أن تكون مفيدة للبلدان في تقييم سياساتها لتنمية الطفولة المبكرة هي أداة تنمية الطفولة المبكرة لنهج الأنظمة لنتائج تعليم أفضل (SABER) (البنك الدولي 2013). وتقوم هذه الأداة بتقييم السياسات من منظور متعدد القطاعات وعبر مجموعة متنوعة من الأطراف الفاعلة لتحديد التقدم الذي تحرزه البلدان نحو تحقيق أهداف تنمية الطفولة المبكرة ولتوليد خطوات سياسات لتعزيز تنمية الطفولة المبكرة. ويمكن استخدام نهج تحقق لتحديد ما إذا كان هناك سياسات قائمة لتعزيز تنمية الطفولة المبكرة على مستوى البلاد، بما في ذلك مؤشرات مثل مطاعيم الطفولة، وإضافة اليود إلى الملح، وبرامج الوالدية، والتعليم المجاني لمرحلة ما قبل الابتدائي، والحماية القانونية لصغار الأطفال (راجع الإطار 3-7 حول مناقشة الالتزامات القانونية الحالية للبلدان إزاء صغار الأطفال). تركز الأداة على ثلاثة أهداف للسياسات عبر النظر: (1) إنشاء بيئة مواتية، و(2) التنفيذ على نطاق

الإطار 7-3 التزام بلدان الشرق الأوسط وشمال أفريقيا بحقوق الطفل

قام عدد من بلدان الشرق الأوسط وشمال أفريقيا بالتزامات هامة نحو الأطفال بالتوقيع على اتفاقية حقوق الطفل. وتوفر اتفاقية حقوق الطفل إطارا يكون للأطفال بموجبه حقوق قانونية في مجموعة متنوعة من الأبعاد، بما في ذلك ما يتعلق بالحقوق السياسية والاقتصادية والاجتماعية، وعلى الأهالي، والمجتمعات والحكومات الالتزام بمساعدة الأطفال على تحقيق تلك الحقوق، مثل الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة، ولهذه الحقوق آثار على برامج تنمية الطفولة المبكرة. على سبيل المثال، توفير رعاية وتعليم الطفولة المبكرة يمكن أن تكون طريقة لحماية حقوق الأطفال. وقامت كل من الجزائر، وجيبوتي، وجمهورية مصر العربية، والعراق، والأردن، ولبنان، وليبيا، والمغرب، وسوريا، وتونس، وجمهورية اليمن، بالتوقيع على هذه الاتفاقية الهامة.

المصادر: الأمم المتحدة 1989؛ واليونسكو 2010، 2012؛ واليونسيف 2013.

واسع، و(3) رصد وضمان الجودة، استخدمت هذه الأداة من أجل تقييم تنمية الطفولة المبكرة على المستوى العالمي، بما في ذلك في بعض بلدان منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. وتقييم السياسات "في الكتب" و"على أرض الواقع"، وربطها بالمحصلات، وتحديد الطريق إلى الأمام مع تنمية الطفولة المبكرة - نهج الأنظمة لنتائج تعليم أفضل SABER - ECD يمكن أن تكون أدوات قوية تستخدمها البلدان لحماية تطور الأطفال والبشر.

أهمية المعلومات والمعرفة

أحد الجوانب الهامة لضمان التطور الصحي للأطفال في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا هو جمع معلومات أفضل عن الطفولة المبكرة وخلالها وتبادل المعرفة ضمن منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا وعالميا. وفي حين أن بلدان منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا تواجه تحديات مختلفة نوعا ما، يمكنها أن تتعلم من بعضها البعض. بالإضافة إلى الإحصائيات الإقليمية والوطنية وتحسينها بشأن حالة تطوير وصحة الأطفال خلال السنوات الأولى حيويان لتحديد المشكلات ورصد التقدم المحرز لتحسين تنمية الطفولة المبكرة. على سبيل المثال، تنفيذ إستراتيجيتها الوطنية لتنمية الطفولة المبكرة، يعمل الأردن أيضا على جميع البيانات التي تسمح برصد تنمية الطفولة المبكرة. وتم تنفيذ المسوحات الصحية والديمغرافية (المسوحات الصحية والديمغرافية، التي قدمت، كمسوحات صحة الأسرة وسكان الأردن، تم تنفيذها في 1990، و1997، و2002، و2007، و2009، و2012. وشمل مسح 2007 أول وحدة لمسح تنمية الطفولة المبكرة، يتضمن سبعة أسئلة تطرح على أمهات الأطفال بعمر ثلاثة إلى ثمانية عن تطور أصغر أطفالهم، بما في ذلك القدرة على العد، والمعرفة المبكرة للقراءة والكتابة، وحل النزاعات، والنظافة، والقراءة، والمشاركة في النقاشات الأسرية (دائرة الإحصاء والمؤسسة الدولية ماكرو 2008). واعتبارا من 2012، أضافت المسوحات الأردنية الصحية والديمغرافية أسئلة تنمية الطفولة المبكرة عن البيئة المنزلية، والأنشطة التنموية، وبرامج تنمية الطفولة المبكرة، والتأديب العنيف (دائرة الإحصاء [الأردن] و2013 ICF International).

إن إجراء المزيد من المسوحات والأبحاث المعمقة، وتوفير البيانات والنتائج للجمهور هو خطوة هامة من أجل الوصول إلى فهم أفضل للتحديات التي تواجه الأطفال الصغار في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. فقط من خلال معلومات عن المخاطر وعوامل الوقاية التي يواجهها الأطفال خلال السنوات الأولى من حياتهم، يمكن توجيه

التدخلات لاستهداف الأطفال الأكثر عرضة لخطر ضعف محصلات تنمية الطفولة المبكرة. و فقط مع خلال الفهم الكامل للتحديات التي يواجهها الأطفال خلال السنوات الأولى من حياتهم، سوف يكون من الممكن التأكد من أن الأطفال في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا بإمكانهم تحقيق كامل إمكاناتهم.

الخاتمة

تمثل أوجه القصور في تنمية الطفولة المبكرة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا تهديدا كبيرا لأجيال من الأطفال ولتنمية الاقتصادية والبشرية لبلدان منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. وهناك عدد من العقبات والتحديات التي تجعل تعزيز تنمية الطفولة المبكرة أمرا صعبا. وتنمية الطفولة المبكرة هي متعددة القطاعات، وتتم من أبعاد للصحة والتعليم والحماية الاجتماعية. وتؤثر خيارات الكثير من الأطراف الفاعلة على تنمية الطفولة المبكرة بدءا من أهالي الأطفال، وكذلك شبكة واسعة من القطاع الخاص، والمنظمات غير الحكومية، وهيئات القطاع العام. وربط وتتسيق هذه القطاعات والأطراف الفاعلة المتنوعة هو تحدٍ كبير لتعزيز تنمية الطفولة المبكرة. ويمثل نقص البيانات حول حالة تنمية الطفولة المبكرة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا عقبة تحول دون تحسين تنمية الطفولة المبكرة في المنطقة. وبدون توفر بيانات جديّة، لا يمكن للبلدان تقييم حالتها أو رصد التقدم المحرز في تعزيز تنمية الطفولة المبكرة. ومما يزيد من نقص البيانات حول حالة تنمية الطفولة المبكرة هو نقص الأدلة حول ما ينجح في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، حيث إنه لا توجد سوى أبحاث قليلة جدا عن برامج تنمية الطفولة المبكرة في المنطقة.

وعلى الرغم من أن منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا تواجه العديد من التحديات في العمل على تحسين تنمية الطفولة المبكرة، فإن الخبر الجيد هو أنه يمكن تحقيق بعض حالات من «الفوز السهل» حيث يمكن بشكل سريع توسيع الإستراتيجيات المثبتة بناء على الأدلة الدولية، على سبيل المثال، ينبغي أن تكون عملية إضافة اليود إلى الملح وعمليات التحصين شاملة للجميع. وغالبا ما يتضمن الأمر التوسع للوصول إلى تغطية كاملة. على سبيل المثال، كافة بلدان الشرق الأوسط وشمال أفريقيا لديها برامج تحصين كبرى، ولكنها لم تتوسع جميعها لتصل إلى مستوى التحصين الذي يحمي بكفاءة الأطفال من تفشي الأمراض. ويمكن أيضا تحقيق تقدم هائل بصورة سريعة، كما هو الحال بالنسبة للتوسع السريع في الجائز للتعليم قبل الابتدائي من معدل التحاق 2 في المائة إلى 75 في المائة على مدى 12 سنة فقط. وعندما تجعل البلدان تنمية الطفولة المبكرة أولوية، يكون من الممكن إجراء تغييرات كبرى، تغييرات يمكن أن تغير مجرى التنمية البشرية للملايين من الأطفال في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا.

المراجع

- Acosta, Andrés Mejía, and Lawrence Haddad. 2014. "The Politics of Success in the Fight against Malnutrition in Peru." *Food Policy* 44: 26–35.
- Baqi, Abdullah H., Saifuddin Ahmed, Shams El Arifeen, Gary L. Darmstadt, Amanda M. Rosecrans, Ishtiaq Mannan, Syed M. Rahman, N. Begum, A. B. A. Mahmud, H. R. Seraji, E. K. Williams, P. J. Winch, M. Santosham, and R. E. Black. 2009. "Effect of Timing of First Postnatal Care Home Visit on Neonatal Mortality in Bangladesh: A Observational Cohort Study." *BMJ* 339: b2826.
- Behrman, Jere R., Harold Alderman, and John Hoddinott. 2004. "Hunger and Malnutrition." In *Global Crises, Global Solutions*, edited by B. Lomborg. Cambridge, U.K.: Cambridge University Press.
- Berlinski, Samuel, Sebastian Galiani, and Paul Gertler. "The Effect of Pre-Primary Education on Primary School Performance." *Journal of Public Economics* 93: 219–34.

- Bharadwaj, Prashant, Katrine Vellesen Løken, and Christopher Neilson. 2013. "Early Life Health Interventions and Academic Achievement." *American Economic Review* 103 (5): 1862–91.
- Bhutta, Zulfiqar A., Tahmeed Ahmed, Robert E. Black, Simon Cousens, Kathryn Dewey, Elsa Giugliani, Batool A. Haider, B. Kirkwood, S. S. Mooris, H. P. S. Sachdev, and M. Shekar. 2008. "What Works? Interventions for Maternal and Child Undernutrition and Survival." *Lancet* 371 (9610): 417–40.
- Black, Robert E., Lindsay H. Allen, Zulfiqar A. Bhutta, Laura E. Caulfield, Mercedes de Onis, Majid Ezzati, Colin Mathers, and Juan Rivera. 2008. "Maternal and Child Undernutrition: Global and Regional Exposures and Health Consequences." *Lancet* 371 (9608): 243–60.
- Bouguen, Adrien, Deon Filmer, Karen Macours, and Sophie Naudeau. 2013. "Impact Evaluation of Three Types of Early Childhood Development Interventions in Cambodia." Policy Research Working Paper 6540, World Bank, Washington, DC.
- Cecchi, Daniele, and Herman G. van de Werfhorst. 2014. "Educational Policies and Income Inequality." IZA Discussion Paper Series 8222, Institute for the Study of Labor (IZA).
- Department of Statistics (Jordan) and ICF International. 2013. *Jordan Population and Family Health Survey 2012*. Calverton, MD: Department of Statistics and ICF International.
- Department of Statistics (Jordan) and Macro International Inc. 2008. *Jordan Population and Family Health Survey 2007*. Calverton, MD: Department of Statistics and Macro International Inc.
- Egyptian Cabinet: The National Council for Childhood and Motherhood. 2008. Law No. 12 of 1996 Promulgating the Child Law, Amended by Law No. 126 of 2008.
- Eickmann, Sophie H., Ana C. V. Lima, Miriam Q. Guerra, Marilia C. Lima, Pedro I. C. Lira, Sharon R. A. Huttly, and Ann Ashworth. 2003. "Improved Cognitive and Motor Development in a Community-Based Intervention of Psychosocial Stimulation in Northeast Brazil." *Developmental Medicine and Child Neurology* 45 (8): 536–41.
- Engle, Patrice L., Lia C. H. Fernald, Harold Alderman, Jere Behrman, Chloe O'Gara, Aisha Yousafzai, Meena Cabral de Mello, M. Hidrobo, N. Ulkuer, I. Ertem, S. Iltus, and the Global Child Development Steering Group. 2011. "Strategies for Reducing Inequalities and Improving Developmental Outcomes for Young Children in Low-Income and Middle-Income Countries." *Lancet* 378 (9799): 1339–53.
- FAO (Food and Agriculture Organization of the United Nations). 2003. *Egypt: Nutrition Country Profiles*.
- . 2005. *Nutrition Country Profile Libyan Arab Jarmahiriya*.
- . 2011. *Morocco Nutrition Country Profile (French)*.
- Fiedler, John L., and Tesfaye Chuko. 2008. "The Cost of Child Health Days: A Case Study of Ethiopia's Enhanced Outreach Strategy (EOS)." *Health Policy and Planning* 23 (4): 222–33.
- Gertler, Paul. 2004. "Do Conditional Cash Transfers Improve Child Health? Evidence from PROGRESA's Control Randomized Experiment." *The American Economic Review* 94 (2): 336–41.
- Gertler, Paul, James Heckman, Rodrigo Pinto, Arianna Zanolini, Christel Vermeersch, Susan Walker, Susan M. Chang, and Sally Grantham-McGregor. 2014. "Labor Market Returns to an Early Childhood Stimulation Intervention in Jamaica." *Science* 344 (6187): 998–1001.
- Goh, Chor-ching. 2002. "Combating Iodine Deficiency: Lessons from China, Indonesia, and Madagascar." *Food and Nutrition Bulletin* 23 (3): 280–91.
- Gowani, Saima, Aisha K. Yousafzai, Robert Armstrong, and Zulfiqar A. Bhutta. 2014. "Cost Effectiveness of Responsive Stimulation and Nutrition Interventions on Early Child Development Outcomes in Pakistan." *Annals of the New York Academy of Sciences* 1308: 149–61.
- Grantham-McGregor, Sally, Yin Bun Cheung, Santiago Cueto, Paul Glewwe, Linda Richter, Barbara Strupp, and International Child Development Steering Group. 2007. "Developmental Potential in the First 5 Years for Children in Developing Countries." *Lancet* 369: 60–70.

- Grantham-McGregor, Sally, Lia C. H. Fernald, Rose M. C. Kagawa, and Susan Walker. 2014. "Effects of Integrated Child Development and Nutrition Interventions on Child Development and Nutritional Status." *Annals of the New York Academy of Sciences* 1308: 11–32.
- Guhn, Martin, Magdalena Janus, and Clyde Hertzman. 2007. "The Early Development Instrument: Translating School Readiness Assessment into Community Actions and Policy Planning." *Early Education & Development* 18 (3): 369–74.
- Haines, Andy, David Sanders, Uta Lehmann, Alexander K. Rowe, Joy E. Lawn, Steve Jan, Damian G. Walker, and Zulfiqar Bhutta. 2007. "Achieving Child Survival Goals: Potential Contribution of Community Health Workers." *Lancet* 369 (9579): 2121–31.
- Heckman, James, Rodrigo Pinto, and Peter Savelyev. 2013. "Understanding the Mechanisms through Which an Influential Early Childhood Program Boosted Adult Outcomes." *American Economic Review* 103 (6): 2052–86.
- Horton, Susan, Meera Shekar, Christine McDonald, Ajay Mahal, and Jana Krystene Brooks. 2010. *Scaling Up Nutrition: What Will It Cost?* Washington, DC: World Bank.
- International Rescue Committee. 2006. *ECD in Emergencies: ECE in Shimelba Refugee Camp, Ethiopia*. Presentation for Global Consultation on ECD, August 31, 2006.
- Jung, Haeil, and Amer Hasan. 2014. "The Impact of Early Childhood Education on Early Achievement Gaps: Evidence from the Indonesia Early Childhood Education and Development (ECED) Project." Policy Research Working Paper 6794, World Bank, Washington, DC.
- Kagitcibasi, Cigdem, Diane Sunar, and Sevda Bekman. 2001. "Long-Term Effects of Early Intervention: Turkish Low-Income Mothers and Children." *Journal of Applied Developmental Psychology* 22 (4): 333–61.
- Lawn, Joy E., Simon Cousens, and Jelka Zupan. 2005. "4 Million Neonatal Deaths: When? Where? Why?" *Lancet* 365 (9462): 891–900.
- Lomborg, Bjorn. ed. 2009. *Global Crises, Global Solutions*. 2nd ed. Cambridge University Press.
- Ministry of Education and Higher Education (West Bank and Gaza). 2014. *Education Development Strategic Plan (EDSP) 2014–2019: A Learning Nation*.
- Mwaura, Peter A. M., Kathy Sylva, and Lars-Erik Malmberg. 2008. "Evaluating the Madrasa Preschool Programme in East Africa: A Quasi-Experimental Study." *International Journal of Early Years Education* 16 (3): 237–55.
- Narayan, Amber, Jaime Saavedra-Chanduvi, and Sailesh Tiwari. 2013. "Shared Prosperity: Links to Growth, Inequality and Inequality of Opportunity." Policy Research Working Paper 6649, World Bank, Washington, DC.
- Naudeau, Sophie, Naoko Kataoka, Alexandria Valerio, Michelle J. Neuman, and Leslie K. Elder. 2011. *Investing in Young Children: An Early Childhood Development Guide for Policy Dialogue and Project Preparation*. Washington, DC: World Bank.
- Nores, Milagros, and W. Steven Barnett. 2010. "Benefits of Early Childhood Interventions across the World: (Under) Investing in the Very Young." *Economics of Education Review* 29 (2): 271–82.
- Palestinian Ministry of Health. 2012. *Overview of the MCHHB in Palestine*.
- Sakai, Laura M., Marcy Whitebook, Alison Wishard, and Carollee Howes. 2003. "Evaluating the Early Childhood Environment Rating Scale (ECERS): Assessing Differences between the First and Revised Edition." *Early Childhood Research Quarterly* 18 (4): 427–45.
- UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization). 2010. *Early Childhood Care and Education Regional Report: Arab States*. UNESCO.
- . 2012. *The Review of Legal Protection Indicators in Early Childhood*.
- . 2014. *Teaching and Learning: Achieving Quality for All*. Education for All Global Monitoring Report 2013/4.
- UNICEF (United Nations Children's Fund). 2008. *The State of the World's Children 2009: Maternal and Newborn Health*. New York: UNICEF.

- . 2009. *Jordan's Early Childhood Development Initiative: Making Jordan Fit for Children*. MENA-RO Learning Series (Vol. 2). New York: UNICEF.
- . 2013. *State of the World's Children 2013: Children with Disabilities*. New York: UNICEF.
- UNICEF and World Health Organization. 2011. *Integrating Early Childhood Development (ECD) Activities into Nutrition Programmes in Emergencies. Why, What and How*.
- United Nations. 1989. Convention on the Rights of the Child. Retrieved August 28, 2014, from <http://www.unicef.org/crc/>.
- Vegas, Emiliana, and Lucrecia Santibanez. 2010. *The Promise of Early Childhood Development in Latin America*. Washington, DC: World Bank.
- Vollmer, Sebastian, Kenneth Harttgen, Malavika A. Subramanyam, Jocelyn Finlay, Stephan Klasen, and S. V. Subramanian. 2014. "Association between Economic Growth and Early Childhood Undernutrition: Evidence from 121 Demographic and Health Surveys from 36 Low-Income and Middle-Income Countries." *The Lancet Global Health* 2 (4): e225–34.
- World Bank. 2006. *Repositioning Nutrition as Central to Development: A Strategy for Large-Scale Action*. Washington, DC: World Bank.
- . 2012. *Childcare and Development in Yemen Background Note for the Regional Early Childhood Development Studies*. Washington, DC: World Bank.
- . 2013. "What Matters Most for Early Childhood Development: A Framework Paper." SABER Working Paper Series 5, World Bank, Washington, DC.
- World Development Indicators (database). World Bank, Washington, DC. <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>.
- Yamano, T. 2005. "Child Growth, Shocks, and Food Aid in Rural Ethiopia." *American Journal of Agricultural Economics* 87 (2): 273–88.

الجزائر

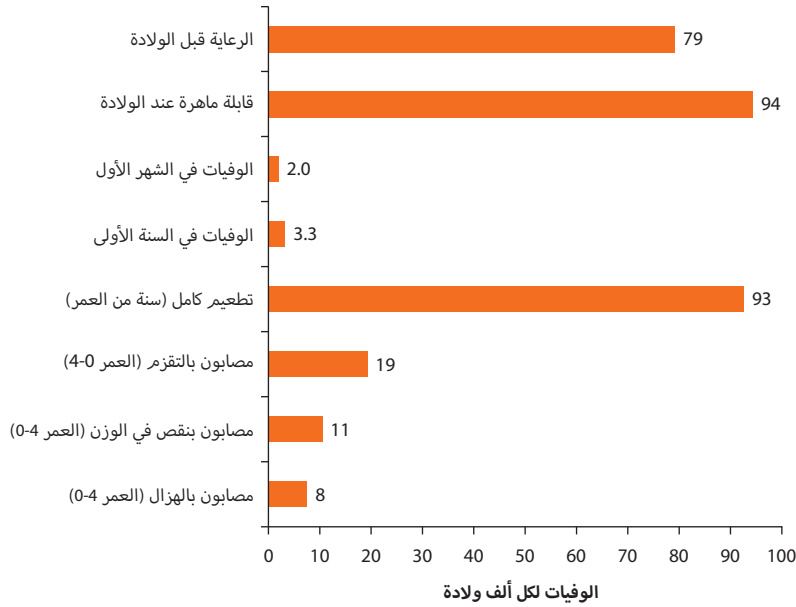
حالة تنمية الطفولة المبكرة في الجزائر

تنمية الطفولة المبكرة في الجزائر متقدمة إلى حد كبير في بعض المناطق ولكن ليس في مناطق أخرى، مما يجعل الأطفال يواجهون خطر عدم تحقيق كامل إمكانياتهم للتنمية المبكرة. ويبين الشكل 1-4 مؤشرات موجزة لتنمية الطفولة المبكرة في الجزائر. وأداء الجزائر من حيث الرعاية الصحية الأولية جيد الى حد ما. وفي حين أن 79 في المائة فقط من الولادات تلقت رعاية قبل الولادة، و94 في المائة من الولادات تمت على يد قابلة ماهرة. وفي الشهر الأول، يموت 2 في المائة من الأطفال، و3.3 في المائة يموتون في السنة الأولى من عمرهم. ومعدلات التحصين في الجزائر عالية، حيث إن 93 في المائة من الأطفال بعمر سنة محصنون بالكامل. ويشكل سوء التغذية مشكلة في الجزائر، حيث إن 19 في المائة من الأطفال مصابون بالتقزم، و11 في المائة مصابون بنقص الوزن، و8 في المائة مصابون بالهزال.

ويقدم هذا الفصل تحليلاً تفصيلياً لوضع تنمية الطفولة المبكرة في الجزائر. ويتم فحص الوضع الصحي للأطفال من خلال مؤشرات (راجع الإطار 1-4) للوفيات المبكرة، والرعاية قبل الولادة، ووجود قابلة ماهرة عند الولادة، وعمليات التحصين. ويتم قياس الوضع الغذائي للأطفال من خلال التقزم (الطول بالنسبة للعمر)، ونقص الوزن (الوزن بالنسبة للعمر) والهزال (الوزن بالنسبة للطول). ومن أجل فهم أفضل للسياق والظروف التي تؤثر على محصلات تنمية الطفولة المبكرة، يدرس التحليل أيضاً العوامل الأساسية التي قد تترافق مع محصلات تنمية الطفولة المبكرة على مستوى الفرد، والأسرة، والمجتمع، والعلاقة بينهم. (راجع الملاحق 4 أ، و4 ب، و4 ج، للحصول على معلومات إضافية بشأن البيانات وهذه العلاقات). وأخيراً، فإن التحليل يقيس الثغرات ومدى التفاوت في محصلات تنمية الطفولة المبكرة.

ويستند التحليل إلى أحدث البيانات المتاحة: مسح المشروع العربي لصحة الأسرة (PAPFAM)، من عام 2002. وتغطي البيانات أساساً البعد الصحي للطفولة المبكرة من قبل ولادة الطفل وحتى سن 4 سنوات. ولو توفرت بيانات أكثر وتم فحصها، لأمكن تقديم صورة أفضل لتنمية الطفولة المبكرة في الجزائر. كما يشير هذا الفصل إلى موجز نتائج المسح العنقودي المتعدد المؤشرات في الجزائر لعام 2006 (وزارة الصحة السكان وإصلاح المستشفيات، والمكتب الوطني للإحصائيات 2008). ولم تكن البيانات الجزئية لهذا المسح متوفرة ولم يكن من الممكن استخدامها لهذا الفصل.

الشكل 1-4 ملخص مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسح المشروع العربي لصحة الأسرة في الجزائر، 2002

الإطار 1-4 مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة التي تم فحصها في الجزائر

رعاية ما قبل الولادة
 قابلات مديرات عند الولادة
 وفيات حديثي الولادة (وفيات الشهر الأول)
 وفيات (وفيات السنة الأولى)
 تطعيم كامل
 التقزم/الطول بالنسبة للعمر
 النقص في الوزن/الوزن بالنسبة للعمر
 الهزال/الوزن بالنسبة للطول

البقاء، والرعاية الصحية، والتغذية

الخطوة الأولى في التنمية الصحية للطفولة المبكرة هي ببساطة تجاوز مرحلة الطفولة المبكرة مع البقاء على قيد الحياة. وفي الجزائر يموت طفل من كل 30 طفلا قبل عمر سنة. وتخفيض معدلات الوفيات دون سن الخامسة بثلاثين هو أحد الأهداف الإنمائية للألفية، وهو هدف حيوي لجهود الجزائر في النهوض بتنمية الطفولة المبكرة. وفي 2002 في الجزائر، بلغت وفيات الرضع، أي وفاة الأطفال قبل عيد ميلادهم الأول، 33 طفلا لكل ألف. ¹ وتتضمن معظم وفيات الرضع وفيات حديثي الولادة، أي الأطفال الذين يموتون في الشهر الأول من الحياة. وفي الجزائر، يموت 20 طفلا من كل ألف طفل خلال الشهر الأول من الحياة. وتتناقص وفيات الرضع مع مرور الزمن- حيث انخفضت من حوالي 55 طفل بالألف في 1990 - وعند مقارنة الجزائر مع بلدان أخرى من المنطقة، نجد أنها حققت تقدما أقل نوعا ما (مؤشرات التنمية العالمية).

الإطار 2-4 موجز لمؤشرات التنمية في الجزائر

الجزائر بلد ذو دخل فوق المتوسط، مع ناتج محلي إجمالي للفرد بلغ في 2012 حوالي 5.348 دولار أمريكي (بالدولار الأمريكي الحالي، الجدول ب4-2-1). ويقدر عدد سكان الجزائر بحوالي 38 مليونا، منهم 27 في المائة تقل أعمارهم عن 15 عاماً. وبلغ معدل توقع الحياة عند الولادة 71 عاماً. وبلغ معدل الالتحاق الإجمالي في المدرسة الابتدائية في الجزائر 119 في المائة في 2012. وبصورة عامة، حلت الجزائر في المرتبة 93 من أصل 186 بلداً، مع بيانات قابلة للمقارنة في مؤشر التنمية البشرية لعام 2012 (HDI).

الجدول ب4-2-1 المؤشرات الاجتماعية والاقتصادية للجزائر

2012	1990	
38.5	26.2	إجمالي السكان
27	44	حجم السكان دون سن 15 سنة
\$5,348	\$2,365	الناتج المحلي الإجمالي للفرد (بالدولار الأمريكي)
71	67	معدل توقع الحياة لدى الولادة
117	90	الالتحاق بالمدرسة، ابتدائي (في المائة إجمالي)

المصدر: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي 2014، مؤشرات التنمية العالمية.

تبدأ معالجة موضوعي الوفاة المبكرة وتنمية الطفولة المبكرة أثناء الحمل والولادة. إلا أنه في الجزائر، اعتباراً من 2002، لم تتلق سوى 79 في المائة من الولادات رعاية قبل الولادة من مهني صحة.² وهذا يعني أن خمس (21 في المائة) من الولادات لم تتلق رعاية قبل الولادة، مما يعرض الأطفال (والأمهات) لخطر الكبير. وعلى الرغم من أن الجزائر حققت تقدماً من حيث رفع معدلات الرعاية قبل الولادة، التي كانت 58 في المائة في 1992 (مؤشرات التنمية العالمية) فإنه لا يزال هناك مجال للتحسين. وعلى الرغم من التقدم الذي أحرز بين 2002 و2006، حين بلغ المعدل 89 في المائة (وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، والمكتب الوطني للإحصائيات 2008)، لا تزال هناك فجوات في تغطية الرعاية قبل الولادة.

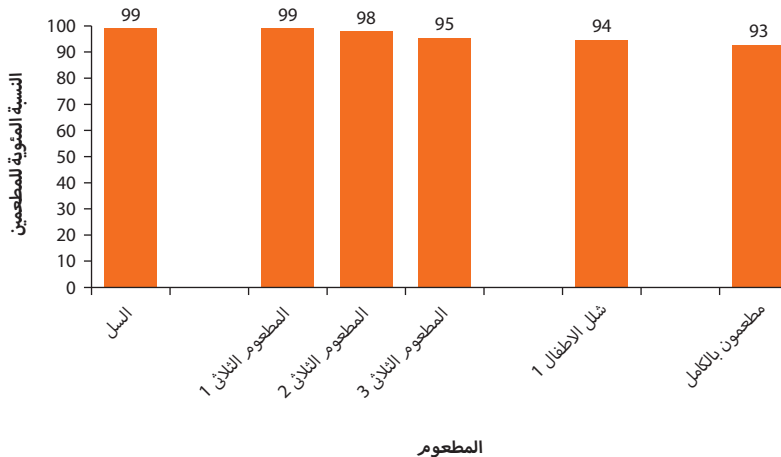
ومن حيث الولادة، كانت تقريبا كافة الولادات (94 في المائة)³ في الجزائر في 2002 قد تمت على يد مهني صحة. وبقيت هذه النسبة أساساً على ما هي (95 في المائة) في 2006 (وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، والمكتب الوطني للإحصائيات 2008). وكان وضع الرعاية أثناء الولادة في الجزائر جيداً منذ عقود من الزمن؛ وفي 1992 كانت النسبة 72 في المائة (مؤشرات التنمية العالمية). ومعدلات الجزائر هي فوق المتوسط الإقليمي بكثير البالغ 79 في المائة (اليونيسف 2014)؛ إلا أن هناك فجوة ملحوظة من 15 نقطة مئوية بين الرعاية قبل الولادة، التي وصلت إلى 79 في المائة، والرعاية أثناء الولادة، 94 في المائة. وتشير الفجوة إلى أن هناك خدمات صحية متوفرة للنساء لا يتم استخدامها للرعاية قبل الولادة.

هناك في الجزائر تغطية تحصين جيدة، حيث إن 93 في المائة تقريباً من الذين هم في عمر سنة محصنون بالكامل، وهم بالتالي محميون من أمراض الطفولة التي يمكن تجنبها، ومنها الوفاة وضعف التطور. ويعتبر الأطفال محصنين تحصيماً كاملاً إذا تلقوا اللقاحات الخاصة بالستة أمراض الرئيسية للأطفال التي يمكن الوقاية منها: السل، والدفتيريا، والسعال الديكي، والتيتانوس،⁴ وشلل الأطفال،⁵ والحصبة. ولم تكن البيانات متوفرة في مسح المشروع العربي لصحة الأسرة حول تغطية لقاح الحصبة أو الجرعات الثانية والثالثة لشلل الأطفال، وبالتالي يتم الاحتساب بناء على المطاعيم

الأخرى. وينبغي أن يكونوا محصنين بالكامل بحلول الشهر الثاني عشر من عمرهم؛ ويركز هذا التحليل على الأطفال بعمر 12-23 شهرا للسماح باستدعاء الوالدين الأمثل. وبالنسبة للمطاعيم المتوفرة بشأنها بيانات في مسح المشروع العربي لصحة الأسرة، اقتربت الجزائر من تحقيق تغطية تحصين كاملة؛ 93 في المائة من الأطفال بعمر 12-23 شهرا هم محصنون بالكامل.⁶ وكما يبين الشكل 2-4، لقا ح شلل الأطفال الأول له أدنى معدلات التغطية (94 في المائة)، مما يبين أنه لو كانت البيانات متوفرة حول الجرعة الثانية والثالثة، يلاحظ وجود معدلات تحصين أقل. إلا أن الجزائر حققت في 2002 تغطية شبه شاملة للقاحات السل ((BCG ولفاح DPT، مما يثبت القدرة الكبيرة للنظام الصحي في إعطاء المطاعيم. في 2006، وبوجود بيانات حول كافة المطاعيم، بلغ معدل التحصين الكامل 88 في المائة. وكان لمطاعيم الحصبة أقل تغطية، حيث بلغت 91 في المائة، وكانت هناك حالات عجز في تلقي السلسلة الكاملة للمطاعيم ذات الجرعات الثلاث (وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات والمكتب الوطني للإحصاء 2008).

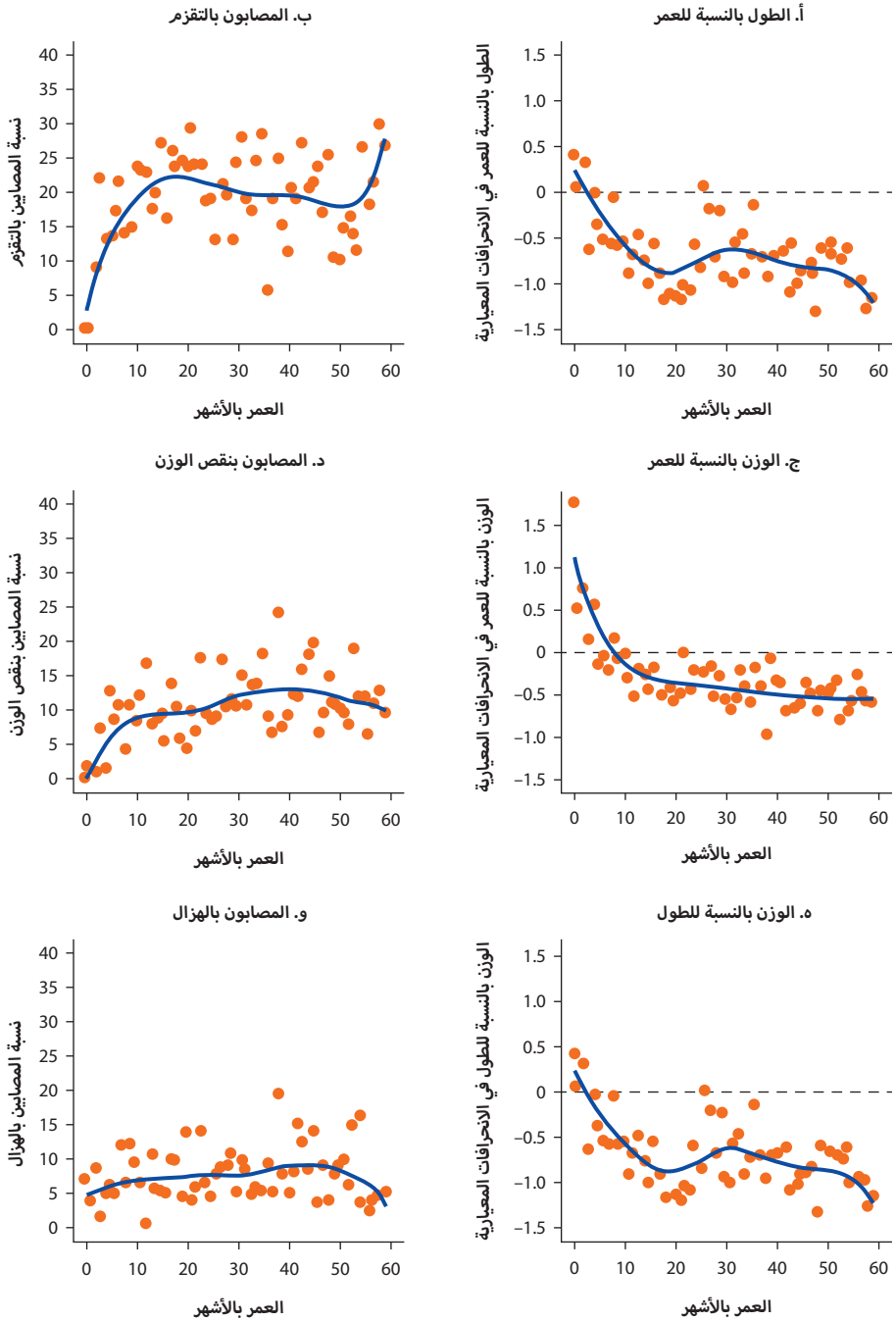
يبدأ الأطفال في الجزائر حياتهم في وضع صحي إلى حد ما، من حيث التغذية المقيسة على أساس الطول بالنسبة للعمر. إلا أنه على مدى أول سنتين من عمرهم، يتردى وضع نموهم بحيث لا يعود صحيا. والشكل 3-4 يبين ما هو وضع الأطفال في الجزائر مقارنة بسكان مرجعيين يتمتعون بصحة جيدة. ونحن ندرس وضع التغذية في الجزائر باستخدام ستة مؤشرات: التقزم، والطول بالنسبة للعمر، ونقص الوزن، والوزن بالنسبة للعمر، والهزال، والوزن بالنسبة للطول. وفي 2002، تقريبا كل طفل من خمسة أطفال (19 في المائة) بعمر صفر إلى أربع سنوات كان مصابا بالتقزم، و11 في المائة كانوا مصابين بنقص الوزن، و8 في المائة كانوا مصابين بالهزال. وحدث تحسن كبير في وضع التغذية بحلول 2006، إذ كان 11 في المائة من الأطفال مصابين بالتقزم، و4 في المائة مصابين بنقص الوزن، و3 في المائة مصابين بالهزال (وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات والمكتب الوطني للإحصاء 2008).

الشكل 2-4 النسبة المئوية من الأطفال المطعمين حسب المطعوم، الأعمار 12-23 شهرا



المصدر: البنك الدولي - حسابات البنك الدولي بناء على مسح المشروع العربي لصحة الأسرة في الجزائر، 2002
الملاحظات: حيث إنه كان هناك مشكلة بيانات بالنسبة للمطعوم الثاني لشلل الأطفال وكانت المعلومات عن المطعوم 3 والحصبة ناقصة للجزائر، فإنه من المرجح أن تكون النسبة المئوية من الأطفال المطعمين بالكامل تتضمن تقديرا مبالغ فيه قليلا.

الشكل 3-4 متوسط الطول بالنسبة للعمر، والوزن بالنسبة للعمر، ومقارنة بمرجعية السكان الأصحاء في الانحرافات المعيارية والنسبة المئوية من المصابين بالتقرم، ونقص الوزن، والهزال، حسب العمر بالأشهر، الأعمار 0-4



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسح المشروع العربي لصحة الأسرة في الجزائر، 2002

تباين أنماط التغذية عبر المقاييس المختلفة. في عام 2002، كان الأطفال في الجزائر يبدأون حياتهم بالطول بالنسبة للعمر فيما يشبه مرجعية السكان الأصحاء. إلا أن نموهم كان يتعثر مبكراً، وكان الطول بالنسبة للعمر أقل من المتوسط الصحي خلال الأشهر الأولى من الحياة. وعند الولادة يكون طول الأطفال مشابهاً لطول مرجعية السكان الأصحاء، ووزنهم فوق المتوسط بقليل من حيث الوزن وفوق متوسط الوزن بالنسبة للطول. والطول بالنسبة للعمر هو متدني للسكان، ويتذبذب بين حوالي 1- انحراف معياري و0.5- انحراف معياري، من عمر 15 شهراً وأكبر. وبالمقابل، ترتفع نسب التقزم بصورة سريعة، حيث إن ما يزيد على 20 في المائة من الأطفال يصابون بالتقزم ببلوغهم الشهر العشرين من عمرهم. وتنخفض الإصابة بالتقزم قليلاً بين الشهر العشرين والخمسين، ولكن يبدو أنها ترتفع من جديد بين الشهر الخمسين والستين، ويقابلها انخفاض في الطول بالنسبة للعمر. وفي السنة الأولى من عمرهم، يتعثر وزن الأطفال بالنسبة للعمر. ويبقى الوزن بالنسبة للعمر حوالي نصف انحراف معياري دون متوسط المرجعية بعد عمر سنة. وبالمثل، يصاب حوالي 10 في المائة من الأطفال بنقص الوزن عند بلوغهم سنة من العمر، ويعاني 10 و15 في المائة من الأطفال من نقص الوزن بين عمر سنة وخمس سنوات. ويبين الوزن بالنسبة للطول المقاس حسب العمر أن الأطفال يكون وزنهم أقل من الوزن الصحي بالنسبة للطول في السنة الأولى من عمرهم ويتذبذب بين 0.5- و1- انحراف معياري دون متوسط المرجعية الصحية لاحقاً. والهزال، الذي هو دون الوزن الصحي بالنسبة للطول بكثير، يزداد بشكل عام مع العمر.

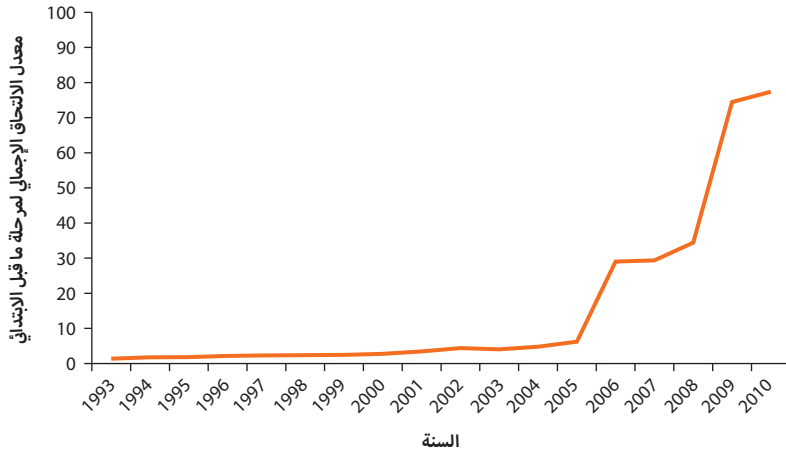
تلعب المغذيات الدقيقة، مثل الحديد، وفيتامين (ألف)، والزنك، واليود أيضاً دوراً هاماً في كل من التنمية البدنية والمعرفية على حد سواء. ويلعب اليود دوراً حيوياً في النمو المعرفي، ونقص اليود هو السبب الأكثر شيوعاً في العالم للتخلف العقلي وتلف الدماغ الذين يمكن الوقاية منهما (الزناتي وواي 2009). والملح المعالج باليود هو الوسيلة الأساسية لتقديم اليود للأطفال. وفي 2006، على الرغم من أن فقط ثلثي الأسر (61 في المائة) من الأسر تتناول ملحاً مضافاً عليه كميات كافية من اليود، ونقص الملح المضاف إليه اليود في الثلث المتبقي من الأسر (39 في المائة) يعرض الأطفال في هذه الأسر إلى خطر كبير يتمثل في اختلال تطوّرهم المعرفي (وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات والمكتب الوطني للإحصاء 2008).

التطور المعرفي والاجتماعي والعاطفي

أثبتت الأدلة أن رعاية وتعليم الطفولة المبكرة (ECCE) تحسن التطور المعرفي والاجتماعي والعاطفي، مع فوائد يمكن أن تدوم مدى الحياة. وفي حين أن مسح المشروع العربي لصحة الأسرة 2002 لا يجمع بيانات عن تعليم الطفولة المبكرة، تشير المصادر الأخرى إلى أنه اعتباراً من 2010، معدل الالتحاق الإجمالي في مرحلة ما قبل الابتدائي هو 77 في المائة (مؤشرات التنمية العالمية). حققت الجزائر تقدماً كبيراً في حضور رعاية وتعليم الطفولة المبكرة في السنوات الأخيرة (الشكل 4-4). واعتباراً من 1993، كان معدل الالتحاق الإجمالي في مرحلة ما قبل الابتدائي 1 في المائة فقط. وحتى مؤخراً أي في 2005، كان معدل الالتحاق الإجمالي لمرحلة ما قبل المدرسة 6 في المائة فقط، ولكن بدءاً من 2006، زادت معدلات الالتحاق بشكل سريع.

وعلى الرغم من أنه ثبت أن اللعب والتفاعل يشكّلان مكونين مهمين لتنمية الطفولة المبكرة، فإن الأطفال في الجزائر تفوتهم هذه الفرص الخاصة بالنمو النفسي والاجتماعي. وفي المسح العنقودي المتعدد المؤشرات لعام 2006، سُئل مانحو الرعاية لأطفال أعمارهم تتراوح بين صفر وأربعة ما إذا كان الكبار في الأسر قد مارسوا أيًا من الأنشطة الستة

الشكل 4-4 معدل الالتحاق الإجمالي في مرحلة ما قبل الابتدائي، 2010-1993



المصدر: مؤشرات التنمية العالمية

المختلفة التي تدعم تنمية الطفولة المبكرة.⁹ وأظهرت النتائج أن أقل من ثلثي الأطفال (62 في المائة) من عمر صفر إلى أربعة قد مارسوا أربعة أنشطة تنموية أو أكثر (وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات والمكتب الوطني للإحصاء 2008).

والتحدي الآخر الذي يهدد بإعاقة التطور الصحي للأطفال في الجزائر هو التأديب العنيف. ويشكل تأديب الأطفال جزءاً هاماً من تربية الأطفال. إلا أن البحث أظهر أن التأديب العنيف يؤثر سلباً على التطور الجسدي والنفسي والاجتماعي للأطفال (اليونيسف 2010). والتأديب العنيف للطفل¹⁰ شائع في الجزائر، حيث إن 83 في المائة من الأطفال بعمر سنتين إلى أربع سنوات قد تعرضوا له اعتباراً من 2006 (وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات والمكتب الوطني للإحصاء 2008).

العوامل الرئيسية التي تؤثر على تنمية الطفولة المبكرة

هناك عدد من السمات الأساسية على مستوى الطفل، والعائلة، والمجتمع تؤثر على محصلات تنمية الطفولة المبكرة: النوع الاجتماعي، وتعليم الآباء، والوضع الاجتماعي والاقتصادي للأسرة (الثروة)،¹¹ والموقع الجغرافي (الإقليم أو المحافظة)، ومحل الإقامة (حضر/ريف). يساعد فهم هذه العلاقات في تحديد سبب ضعف محصلات تنمية الطفولة المبكرة لدى بعض الأطفال، وأي الأطفال يجب استهدافهم بتدخلات في السياسات أو تدخلات برمجية .

البقاء، والصحة، والتغذية

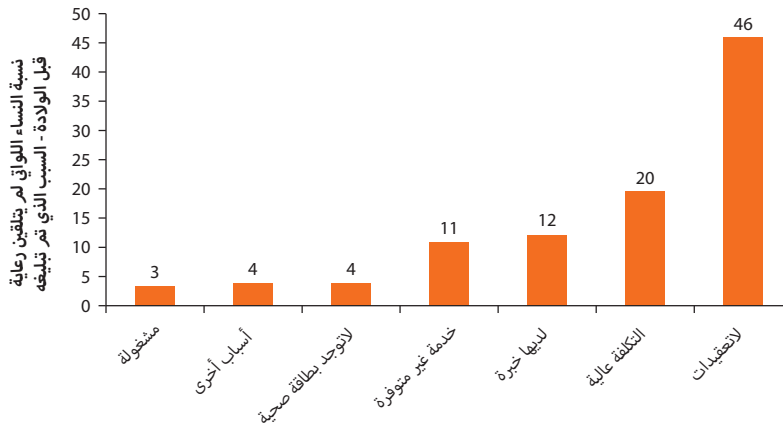
احتمال أن يموت الطفل الجزائري في السنة الأولى من عمره يختلف كثيراً حسب الخصائص الأساسية. واعتباراً من 2002، الإناث أقل عرضة من الذكور للوفاة في السنة الأولى من الحياة، وهذا نمط شائع عالمياً لأسباب وراثية (هيل وأبشير 1995). والثروة مرتبطة أيضاً بالوفيات المبكرة؛ ووفيات حديثي الولادة تشكل 24 في الألف في الخمس الأفقر من الأسر مقارنة بـ 16 في الألف في الخمس الأغنى من الأسر. وهناك فجوة أكبر في وفيات الرضع، التي هي 39 في الألف في الخمس الأفقر من الأسر مقارنة بـ 21 في الألف في الخمس الأغنى من الأسر. ويلاحظ وجود اختلافات مشابهة من حيث

تعليم المرأة وتعليم الشريك، وكذلك من حيث الثروة. ووفيات الرضع أعلى في المناطق الريفية منها في المناطق الحضرية. وبعد أخذ خصائص متعددة في الاعتبار، يكون الأطفال من المستوى الرابع من الثروة أقل احتمالا بالوفاة في الشهر الأول من الحياة، من الأطفال من الخمس الأفقر من الأسر. والأطفال الإناث هن أقل احتمالا بالوفاة في الشهر الأول من الحياة. والأطفال من الخمس الرابع والأغنى من الأسر هم أقل احتمالا بالوفاة في السنة الأولى من العمر، والأطفال الذين يكون رب أسرهم حاصل على تعليم ثانوي هم أقل احتمالا بالوفاة.

استخدام الرعاية قبل الحمل مترابط بشكل وثيق بالثروة والتعليم والجغرافيا. المعدل الوطني لاستخدام الرعاية قبل الولادة هو 79 في المائة في المتوسط، اعتبارا من 2002. وفي حين أن 93 في المائة من الولادات في الخمس الأكثر ثراء من الأسر تلقوا رعاية قبل الولادة، فقط 63 في المائة من الولادات في الخمس الفقر من الأسر تلقوا هذه الخدمة. والفرق بين أب أو أم لم يحصلوا على تعليم وأب أو أم حصلوا على تعليم ثانوي أو عالٍ فرق مشابه جدا لفرق فجوات الثروة. والولادات في المناطق الريفية هي أقل احتمالا لتلقي رعاية قبل الولادة (71 في المائة) من الولادات في المناطق الحضرية (86 في المائة). وبعد أخذ الخصائص الأخرى بالاعتبار، نجد أن استخدام الرعاية قبل الولادة هو أعلى بكثير¹² للولادات من كافة أوضاع الثروة الأخرى مقارنة بالخمس الأفقر من الأسر. واحتمال أن يستخدم الأمهات والآباء الحاصلون على تعليم أعلى الرعاية قبل الولادة هو أكبر بكثير. والعيش في الريف مقارنة بالحضر يقلل إلى حد كبير من فرصة تلقي رعاية قبل الولادة.

الاعتقاد بعدم وجود الحاجة للخدمة، وتكلفتها وعدم توفرها جميعها عوائق تحول دون استخدام الرعاية قبل الولادة. سُئلت 21 في المائة من النساء اللواتي لم تستخدمن رعاية قبل الولادة عن سبب عدم استخدامها (الشكل 4-5). وكان أكثر الأسباب شيوعا هو أنهم لم يواجهن تعقيدات (46 في المائة). هذا السبب وسبب «كان لدينا خبرة»

الشكل 4-5 أسباب عدم تلقي رعاية قبل الولادة حسب النساء اللواتي لم تستخدمن رعاية قبل الولادة



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسح المشروع العربي لصحة الأسرة في الجزائر، 2002

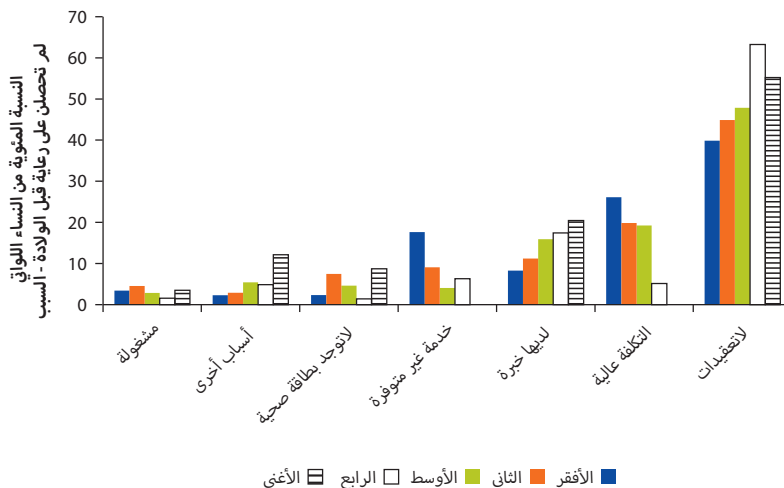
(11 في المائة) يشير إلى أنه كثيرا ما كان يساء فهم الرعاية قبل الولادة على أنها علاجية، بدلا من وقائية. وكانت التكلفة هي ثاني الأسباب الأكثر شيوعا لعدم استخدام الرعاية قبل الولادة (20 في المائة) بالإضافة إلى عدم توفر الرعاية قبل الولادة (11 في المائة).

وتتأثر النساء بشكل مختلف بالتكلفة وعدم توفر الخدمة حسب مستوى الثروة (الشكل 4-6). والنساء الأكثر فقرا، اللواتي هن أقل احتمالا باستخدام الرعاية قبل الولادة، كن كذلك أكثر احتمالا بالتبليغ عن أن العوائق هي التكلفة أو عدم توفر الخدمة. في حين أن 18 في المائة من النساء من الخمس الأفقر من الأسر أفادت بأن عدم توفر الخدمة هو السبب الأساسي لعدم استخدامهن رعاية قبل الولادة، و0 في المائة من النساء من الخمس الأغنى أفدن بذلك. وبالمثل، فإن 26 في المائة من النساء من الخمس الأفقر من الأسر أفدن بأن التكلفة هي سبب عدم استخدامهن للرعاية قبل الولادة، مقارنة ب 0 في المائة من النساء من الخمس الأغنى من الأسر.

إن الفروقات في وجود قابلات ماهرات عند الولادة حسب الثروة والتعليم والجغرافيا هي أقل منها للرعاية قبل الولادة، ولكنها مرتبطة مع ذلك بالخصائص الأساسية. إن احتمال وجود قابلات ماهرات أثناء الولادة في الخمس الأفقر من الأسر هو 87 في المائة، مقارنة بنسبة 98 في المائة في الخمس الأغنى من الأسر. ويلاحظ وجود أنماط مشابهة حسب تعليم المرأة والشريك. ومعدل الرعاية أثناء الولادة في المناطق الحضرية هو 97 في المائة، في حين أن المعدل في الريف هو 90 في المائة فقط. وبعد أخذ خصائص متعددة في الاعتبار، نجد أن استخدام الرعاية أثناء الولادة يزداد بشكل كبير مع زيادة الثروة. وهناك اختلافات كبيرة في استخدام الرعاية أثناء الولادة حسب تعليم المرأة وتعليم الشريك. وفي المناطق الريفية هناك احتمال أقل بكثير بحدوث الولادات على يد قابلات ماهرات.

هناك في الجزائر مستويات عالية من التحصين الكامل (93 في المائة)، واختلافات معتدلة في إمكانية الوصول إلى هذا المورد المهم، حسب الخصائص الأساسية. وهناك بعض الاختلافات في تغطية التحصين حسب تعليم الوالدين، والجغرافيا، والثروة. فمثلا، في حين أن فقط 84 في المائة من الأطفال بعمر 12-23 شهرا من الخمس الأفقر من الأسر

الشكل 4-6 أسباب عدم تلقي رعاية قبل الولادة حسب مستوى الثروة، وفقا للنساء اللواتي لم تستخدمن الرعاية قبل الولادة



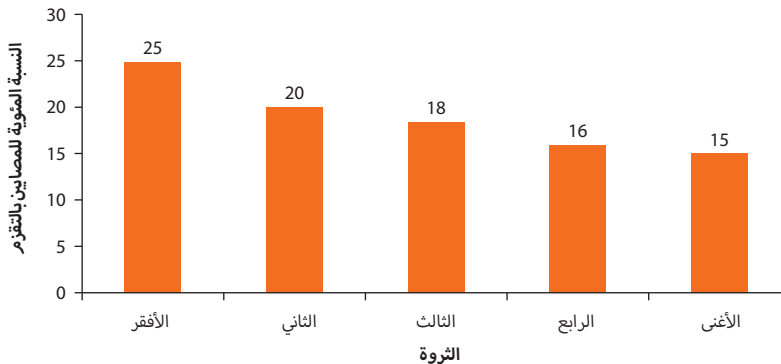
المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسح المشروع العربي لصحة الأسرة في الجزائر، 2002

تلقوا تحصيلنا كاملا، فإن 93-97 في المائة من الأطفال من مستويات ثروة أخرى قد تم تحصينهم. وثاني خمس من الأسر لديهم فعليا أعلى معدلات تحصين 97 في المائة. وهناك فجوة بين الأمهات الأميات، حيث إن 90 في المائة من أطفالهن محصنون، والأمهات الحاصلات على تعليم ثانوي أو أعلى، 95 في المائة من أطفالهن محصنون. وهناك فجوة صغيرة بين الريف والحضر، حيث إن 91 في المائة من الأطفال في الريف محصنون مقارنة بـ 94 في المائة من الأطفال في المناطق الحضرية.

وبعد أخذ خصائص أخرى في الاعتبار، يكون حسب الثروة احتمال أن يتلقى الأطفال في الخمسين الثاني والثالث من الأسر المطاعيم أكبر بكثير من الأطفال الأكثر فقرا. واحتمال أن يتم تحصين الأطفال من أمهات حاصلات على تعليم ابتدائي هو أكبر بكثير من أطفال الأمهات الأميات، إلا أنه لا توجد اختلافات أخرى مهمة من حيث تعليم الوالدين. وبصورة عامة، يلاحظ بأن الجزائر تناضل للوصول إلى أفقر الأسر والأمهات الأميات لغايات التحصين، وبصورة عامة، يعمل برنامج التحصين كبرنامج صحة عامة واسع النطاق بدون اختلافات كبيرة على أساس المعلومات الأساسية. يُظهر التقرم في الجزائر اختلافات معتدلة حسب الثروة، مما يشير إلى أن كلاً من الفقر والصحة العامة ومشاكل نوعية التغذية تؤدي إلى التقرم. على سبيل المثال، توجد أعلى معدلات تقرم في الخمس الأفقر من الأسر (25 في المائة)، وتنخفض هذه المعدلات مع زيادة الثروة لتصل إلى 15 في المائة في الخمس الأغنى من الأسر (وهي نسبة لاتزال مرتفعة) (الشكل 4-7). وعلى الرغم من أنه لا توجد معلومات متوفرة حول تعليم الوالدين في بيانات قياسات الجسم البشري، فإنها متوفرة بشأن تعليم رب الأسرة (الذي من المحتمل أن يكون أحد الوالدين). وتنخفض معدلات التقرم باستمرار مع ارتفاع مستوى تعليم رب الأسرة، حيث تنخفض من 23 في المائة للأطفال من أرباب أسر أميين لتصل إلى 15 في المائة للأطفال الذين والداهم حاصلان على تعليم عالٍ. واحتمال إصابة الذكور بالتقرم أعلى بقليل (21 في المائة) منه للإناث (18 في المائة) وأقل للأطفال في المناطق الحضرية (18 في المائة) منه للأطفال في المناطق الريفية (21 في المائة).

بعد أخذ خصائص أخرى في الاعتبار، يكون الأطفال أقل عرضة بقليل للإصابة بالتقرم مع زيادة الثروة، مقارنة بالخمس الأفقر من الأسر. ومن حيث الطول بالنسبة للعمر، فإن الأطفال من الخمس الثالث والرابع والأغنى من الأسر

الشكل 4-7 النسبة المئوية من الأطفال المصابين بالتقرم حسب الثروة، الأعمار 4-0 سنوات



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسح المشروع العربي لصحة الأسرة في الجزائر، 2002

جميعهم لديهم طول أعلى بكثير بالنسبة للعمر من الأطفال من الخمس الأفقر من الأسر. ويقل احتمال الإصابة بالتقزم ويزداد الطول بالنسبة للعمر مع ارتفاع مستوى تعليم رب الأسرة. ووجود رب أسرة حاصل على تعليم إعدادي يقلل إلى حد كبير من احتمال الإصابة بالتقزم، ويزيد من ارتفاع الطول بالنسبة للعمر. والأطفال الإناث هن أقل احتمالا بقليل للإصابة بالتقزم ولديهم طول أعلى بقليل بالنسبة للعمر.

يظهر نقص الوزن اختلافات مشابهة ولكن أقل حجما حسب الخصائص الأساسية، مقارنة بالتقزم. ويقل احتمال الإصابة بنقص الوزن مع الثروة وتعليم رب الأسرة. وليس هناك اختلافات إقليمية أو ريفية أو حضرية ملموسة في معدلات نقص الوزن، إلا أن هناك متوسط أوزان أقل للعمر في المناطق الريفية. وبعد أخذ خصائص أخرى في الاعتبار، يقل احتمال إصابة الأطفال بنقص الوزن بكثير في الخمس الرابع والأغنى من الأسر، مقارنة بالخمس الأفقر من الأسر. ومن حيث الوزن بالنسبة للعمر، فإن الأطفال في الخمس الأغنى من الأسر جميعهم لديهم أوزان أعلى بالنسبة للعمر من الأطفال في الخمس الأفقر من الأسر. ووجود رب أسرة حاصل على تعليم إعدادي يقلل إلى درجة كبيرة من احتمال الإصابة بنقص الوزن، ويزيد من الوزن بالنسبة للعمر. والأطفال الإناث أقل احتمالا بقليل للإصابة بنقص الوزن ولديهم وزن أعلى بكثير بالنسبة للعمر.

والهزال والوزن بالنسبة للطول يظهران اختلافات أقل حسب الخصائص الأساسية مقارنة بالتقزم أو نقص الوزن والطول أو الوزن بالنسبة للعمر. وهناك تدرج طفيف من حيث الثروة والتعليم فيما يتعلق بالهزال، وعلى الأخص الوزن بالنسبة للطول. وفي حين أنه لا يوجد اختلاف في الهزال للمناطق الريفية والحضرية، هناك اختلاف في متوسط الوزن بالنسبة للطول. ومتوسط الوزن بالنسبة للطول أقل في المناطق الريفية منه في المناطق الحضرية. وبعد أخذ خصائص أخرى في الاعتبار، نجد أن النمط الإحصائي للهزال والوزن بالنسبة للطول هو مطابق لذلك الخاص بنقص الوزن والوزن بالنسبة للعمر. وخلاصة القول أنه يبدو أن للثروة وتعليم الأبوين تأثير هام على وفيات وصحة وتغذية الطفولة المبكرة.

يواجه الأطفال فرصا غير متكافئة للتطور الصحي

يواجه الأطفال في الجزائر فرصا غير متكافئة للتطور الصحي بناء على عوامل خارجة عن سيطرتهم. ومن أجل قياس مدى التفاوت، يقوم التحليل باحتساب (أ) النسبة المئوية للفرص التي هي بحاجة إلى التوزيع بشكل مختلف من أجل إحداث تساوي في الفرص لكل مؤشر من مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة، و(ب) احتمالية أن تكون هذه الاختلافات قد حدثت حسب التنوع العشوائي (الجدول 4-1). يواجه الأطفال فرصا غير متكافئة للتطور الصحي وهم لا يزالون أجنة. وهناك عدم تكافؤ معتدل من حيث تلقي أمهاتهم رعاية قبل الولادة أم لا. ويظهر التحليل أنه كان ينبغي أن يتم توزيع 7.7 في المائة من الفرص بشكل مختلف لكي يكون هناك تكافؤ في الفرص للرعاية قبل الولادة. وفرصة الولادة على يد مهني صحة هي أكثر تكافؤًا، حيث إن فقط 2.4 في المائة من الفرص هي بحاجة إلى إعادة توزيع من أجل تحقيق تكافؤ

الجدول 1-4 النسبة المئوية من الفرص التي ينبغي إعادة توزيعها

بيان الاختلاف	
***7.7	الرعاية قبل الولادة
*2.4	قابلية ماهرة عند الولادة
2.2	تطعيم كامل
13.9	وفيات حديثي الولادة
14.7	وفيات الأطفال
9.9	مصابون بالتقرزم

المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسح المشروع العربي لصحة الأسرة في الجزائر، 2002
ملاحظات: * = احتمال > 5 في المائة، ** = احتمال > 1 في المائة، *** = احتمال > 0.1 في المائة

الجدول 2-4 مساهمات الخصائص الأساسية في عدم المساواة

النسبة المئوية

الثروة	تعليم المرأة	تعليم الشريك	مناطق ريفية	تعليم رب الأسر	جنس الطفل
21.3	37.0	26.4	15.4	لا ينطبق	لا ينطبق
17.9	36.8	22.3	23.0	لا ينطبق	لا ينطبق
44.5	36.2	16.3	3.0	لا ينطبق	لا ينطبق
28.9	لا ينطبق	لا ينطبق	2.2	19.0	2.2
42.8	لا ينطبق	لا ينطبق	5.0	41.9	5.0
56.4	لا ينطبق	لا ينطبق	4.2	32.0	4.2

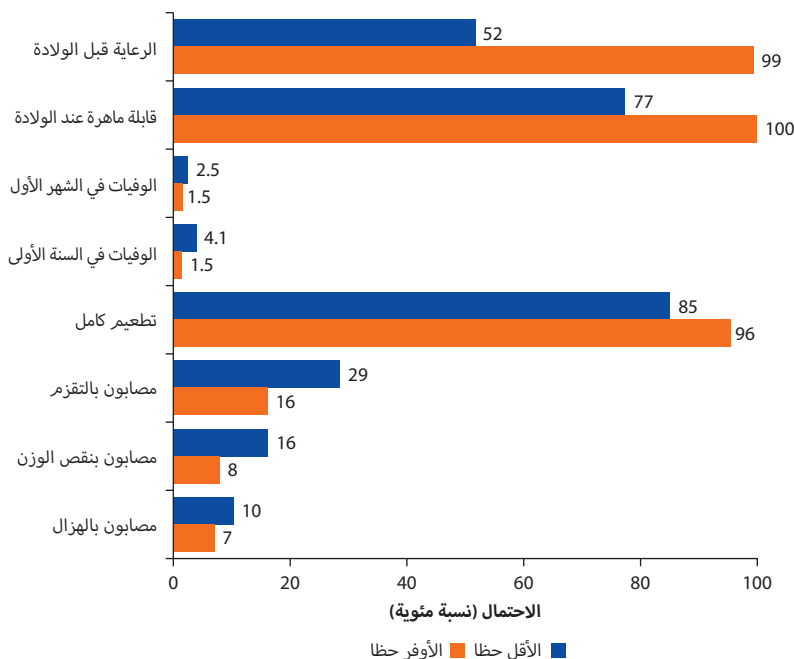
المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسح المشروع العربي لصحة الأسرة في الجزائر، 2002
ملاحظة: تحليلات شيبلي لمؤشر الاختلاف

في الفرص. في حين أن هناك احتمالات غير متساوية للوفاة المبكرة، وبما أن هذه نادرا ما تحدث، فلا يمكننا أن نحدد بشكل نهائي ما إذا كانت هذه الاختلافات هي من محض المصادفة. الفرص التي تمت ملاحظتها في التحصين والتقرزم قد تعزى أيضا للمصادفة.

تساهم الثروة والتعليم بشكل كبير في الفرص غير المتكافئة للأطفال. ويبين الجدول 2-4 الظروف المختلفة المساهمة في عدم المساواة من حيث المحصلات المختلفة، كنسب مئوية. وتلعب الثروة دورا كبيرا نسبيا في التحصين والتقرزم، على الرغم من أن الإختلافات قد تكون عشوائية. وتعليم الأم مهم بشكل خاص للرعاية قبل الولادة، والولادة على يد قابلات ماهرات. ويلعب تعليم الأب دورا صغيرا ولكن مهما في عدم المساواة بشأن هذه النتائج كذلك. ويساهم تعليم رب الأسرة في التقرزم. والاختلافات بين المناطق الريفية والحضرية قليلة، ويساهم جنس الطفل بصورة قليلة جدا في عدم المساواة.

يميل الأطفال إلى أن يكونوا محظوظين أو محرومين باستمرار عبر مجموعة متنوعة من الأبعاد المختلفة لتنمية الطفولة المبكرة، و يمكن أن يواجهوا فرصا حياتية مختلفة إلى حد بعيد بناء على بعض الخصائص فقط. الطفولة المبكرة هي عندما تتنقل حلقات الفقر وعدم المساواة عبر الأجيال. إذا رصدنا طفلا يعيش في منطقة ريفية، ضمن أقر 20 في المائة من الأسر، مع والدين غير متعلمين (طفل أقل حظاً) وقارنا بينه وبين طفل والداه حاصلان على تعليم ثانوي أو أعلى، ومن أثنى 20 في المئة من الأسر، ويعيش في منطقة حضرية (طفل أكثر حظاً)، نجد أن لديهما فرصا

الشكل 4-8 حالات المحاكاة للأوفر حظا والأقل حظا



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسح المشروع العربي لصحة الأسرة في الجزائر، 2002

مختلفة جداً في تنمية صحية للطفولة المبكرة. ويبين الشكل 4-8 فرص (فرصة تم التنبؤ بها) مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة المختلفة (بناء على الانحدارات) لهؤلاء الأفراد «الأقل حظاً» و«الأكثر حظاً».

ولكل مؤشر، يواجه الطفل الأقل حظاً احتمالات أضعف للتطور الصحي المبكر. وفي حين أن الاحتمال في تلقي رعاية قبل الولادة للطفل الأقل حظاً هو 52 في المائة، وللطفل الأوفر حظاً هو 99 في المائة- الفجوة في الرعاية قبل الولادة هي 47 نقطة في المائة. والطفل الأوفر حظاً لديه فرصة نسبتها 100 في المائة في وجود قابلة ماهرة عند الولادة، مقارنة بفرصة نسبتها 77 في المائة للطفل الأقل حظاً. ويواجه الأطفال آفاقاً مختلفة للبقاء في الشهر الأول والسنة الأولى بناء على خصائصهم. ويواجه الطفل الأكثر حظاً احتمال 1.5 في المائة للوفاة في الشهر الأول والطفل الأقل حظاً يواجه احتمال 2.5 في المائة للوفاة في الشهر الأول، واحتمال 4.1 للوفاة في السنة الأولى. ومن حيث التحصين الكامل، الطفل الأوفر حظاً لديه احتمال 96 في المائة مقارنة بـ 85 في المائة للطفل الأقل حظاً. ومن حيث الطول والوزن، الطفل الأقل حظاً لديه احتمال 29 في المائة للإصابة بالتقزم، في حين أن الطفل الأوفر حظاً لديه احتمال 16 في المائة. وفي حين أن الطفل الأوفر حظاً لديه احتمال 16 في المائة للإصابة بنقص الوزن، فإن الاحتمال للطفل الأوفر حظاً هو نصف ذلك (8 في المائة). وبالنسبة للهزال، هناك فجوة أصغر، واحتمال 10 في المائة للطفل الأقل حظاً مقارنة باحتمال 7 في المائة للطفل الأوفر حظاً.

الخاتمة

يواجه الأطفال في الجزائر عددا من التحديات في سنوات حياتهم الأولى. وهناك بعض الفجوات في الرعاية الصحية المبكرة، على الأخص الرعاية قبل الولادة، وتبقى الوفيات المبكرة مرتفعة نسبيا على الرغم من التغطية الجيدة للتحصين. ويشكل سوء التغذية مشكلة للأطفال في الجزائر، مما يولد عجزا في التنمية البشرية سيدوم طوال فترة حياة الأطفال. وهناك أوجه قصور في إمكانية الحصول على ملح مضاف إليه كميات كافية من اليود، الأمر الذي يهدد التطور المعرفي للأطفال. إلا أن الجزائر حققت تقدما كبيرا في توفير رعاية وتعليم الطفولة المبكرة لمعظم الأطفال. وارتفاع معدلات التأديب العنيف وانخفاض معدلات الأنشطة التنموية يهدد تطور الأطفال. ويواجه الأطفال كذلك فرصا غير متكافئة للتطور الصحي بناء على ظروفهم. وينبغي بذل المزيد من الجهود لضمان أن للأطفال فرصا متكافئة لتطوير إمكانياتهم الكاملة، مع التركيز بصورة خاصة على الفئات المحرومة.

الملحق 4 أ: البيانات

مجموعة البيانات

يستخدم التحليل بيانات مستعرضة عن رفاة النساء والأطفال تم جمعها من خلال مسح المشروع العربي لصحة الأسرة (PAPFAM) لعام 2002 في الجزائر. وتضمن مسح صحة الأسرة استبيانا للأسرة ضم خصائص أساسية هامة عن الأفراد والأسر. كما تضمن استبيانا للمرأة المتزوجة والتي سبق لها الزواج في سن 15-49، يجمع معلومات عن عناصر هامة في تنمية الطفولة المبكرة، مثل رعاية ما قبل الولادة، ووجود قابلات ماهرات أثناء ولادة الأطفال، وتحصين الأطفال. ويتم جمع البيانات الخاصة بالوزن والطول للأطفال دون سن الخامسة. والمسح مُمثل على الصعيد الوطني، ويشمل بيانات تسمح بتحليل العلاقة بين تنمية الطفولة المبكرة ومؤشرات الطفل والأسرة في داخل الجزائر.

العينة

مجموعة بيانات مسح المشروع العربي لصحة الأسرة لعام 2002 في الجزائر أخذت عينات من 5532 أسرة، و9597 امرأة متزوجة أو سبق لها الزواج بين سن 15-49، و 4348 طفلا دون الخمس سنوات (القياسات البشرية). والتحليل في هذا الموجز يتم تقييمه ليكون ممثلاً على المستوى الوطني. وأحجام العينة (N) في كل جدول من الجداول قائمة على العدد غير المرجح من الملاحظات في البيانات.

الملحق 4ب المؤشرات حسب الخصائص الأساسية

الجدول 4ب-1 المؤشرات حسب الخصائص الأساسية

نسبة الأطفال	الوزن بالنسبة للطول		الوزن بالنسبة للعمر (انحراف معياري)		الطول بالنسبة للعمر (انحراف معياري)		وفيات السنة الأولى	وفيات الشهر الأول	تطعيم تطعيم	قابلات ماهرات	رعاية ما قبل الولادة	
	انحراف معياري	مصابون بالهزال	انحراف معياري	مصابون بنقص في الوزن	انحراف معياري	مصابون بالتقزم						
النوع الاجتماعي												
50.1	-0.79	8.1	-0.43	11.9	-0.79	20.8	3.5	2.3				ذكر
49.9	-0.64	7.0	-0.29	9.2	-0.64	17.8	3.1	1.7				أنثى
الثروة												
26.4	-0.96	9.9	-0.62	13.5	-0.96	24.9	3.9	2.4	84.4	87.1	63.4	الأقفر
22.0	-0.80	7.1	-0.40	11.8	-0.80	19.5	4.2	2.6	97.1	94.7	77.8	في المرتبة الثانية
17.7	-0.67	8.0	-0.40	9.9	-0.67	18.4	3.6	2.1	94.8	93.9	79.9	في المرتبة الثالث
18.0	-0.56	5.5	-0.17	8.1	-0.56	15.9	2.0	1.2	92.5	97.4	87.9	في المرتبة الرابعة
15.9	-0.42	6.2	-0.05	7.2	-0.42	14.5	2.1	1.6	94.8	98.2	92.6	الأغنى
الإقامة												
53.5	-0.63	7.6	-0.29	10.3	-0.63	18.2	3.0	2.0	93.7	97.0	86.3	الحضر
46.5	-0.81	7.6	-0.44	10.8	-0.81	20.5	3.6	2.1	91.1	90.3	70.5	الريف
تعليم المرأة												
37.6							4.1	2.3	89.5	89.1	67.3	أمية
15.3								1.8	92.7	95.6	80.6	تقرأ / تكتب
24.7								2.0	96.6	97.5	90.0	ابتدائي
18.4								1.6	92.8	98.6	92.6	إعدادي
4.1								1.1	95.3	100.0	99.2	+ ثانوي

يستكمل في الصفحة التالية

الجدول 4ب-1 المؤشرات حسب الخصائص الأساسية (تابع)

نسبة الأطفال	الوزن بالنسبة للطول		الوزن بالنسبة للعمر		الطول بالنسبة للعمر		وفيات السنة الأولى	وفيات الشهر الأول	تطعيم تطعيم	قابلات ماهرات	رعاية ما قبل الولادة	
	(انحراف معياري)	مصايون بالهزال	العمر (انحراف معياري)	مصايون بنقص في الوزن	للعمر (انحراف معياري)	مصايون بالتقزم						
تعليم الشريك												
20.3							3.8	2.1	91.9	87.0	63.4	أمي
25.2							3.8	2.3	91.6	94.0	78.2	يقراً / يكتب
25.6							2.9	1.9	91.6	97.3	83.6	ابتدائي
21.3							2.0	1.6	95.0	97.3	92.6	إعدادي
6.8							2.6	1.9	94.8	97.8	95.0	+ ثانوي
0.3							3.7	2.0	82.1	90.1	75.8	غير معروف
0.4							6.4	3.8	100.0	93.0	56.6	غير موجود
تعليم رب الأسرة												
32.2	-0.88	8.3	-0.51	13.4	-0.88	23.2						أمي
13.2	-0.80	7.5	-0.45	10.2	-0.80	20.1						يقراً / يكتب
16.4	-0.70	6.2	-0.34	9.4	-0.70	18.5						ابتدائي
19.2	-0.60	7.9	-0.28	9.3	-0.60	15.6						إعدادي
13.9	-0.55	7.3	-0.15	8.5	-0.55	17.1						ثانوي
5.1	-0.33	6.8	-0.09	6.9	-0.33	14.5						تعليم عالٍ
100.0	-0.72	7.6	-0.36	10.5	-0.72	19.3	3.3	2.0	92.6	94.4	79.2	المجموع
	4,348	4,348	4,348	4,348	4,348	4,348	11,950	11,950	780	3,431	4,297	N (ملاحظات)

المصدر: حسابات البنك الدولي القائمة على مسح المشروع العربي لصحة الأسرة في الجزائر عام 2002
الخانات الخالية تعني لا ينطبق أو غير متاح.

الملحق 4ج العلاقة بين مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة والخلفية، عند احتساب الخصائص الأساسية المتعددة

الجدول 4ج-1 العلاقة بين مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة والخصائص الأساسية المتعددة

وفيات الرضع	وفيات حديثي الولادة	الوزن بالنسبة للطول (انحراف معياري)		الوزن بالنسبة للعمر (انحراف معياري)		الطول بالنسبة للعمر (انحراف معياري)		ما قبل الولادة	الولادة
		الهزال	نقص في الوزن	التقرمز	تطعيم كامل				
الثروة - 20 في المائة من الأسر- مقارنة بالأكثر فقراً									
				+	-	-	+	+	+
				+	-	+	+	+	+
-	-	+	-	+	-	+	-	+	+
-		+	-	+	-	+	-	+	+
تعليم المرأة- مقارنة بالأميات									
لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	+	+
لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	+	+
لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	+	+
لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	+	+
تعليم الشريك- مقارنة بالأمي									
لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	+	+
لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	+	+
لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	+	+
لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	+	+
تعليم رب الأسرة - مقارنة بالأمي									
								لا ينطبق	لا ينطبق
								لا ينطبق	لا ينطبق

يستكمل في الصفحة التالية

الجدول 4-ج1 العلاقة بين مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة والخصائص الأساسية المتعددة (تابع)

وفيات الرضع	وفيات حديثي الولادة	الوزن بالنسبة للطول (انحراف معياري)	مصابون بالهزال	الوزن بالنسبة للعمر (انحراف معياري)	مصابون بنقص في الوزن	الطول بالنسبة للعمر (انحراف معياري)	مصابون بالتقزم	تطعيم كامل	الولادة	ما قبل الولادة	
				+	-	+	-	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	إعدادي
-				+				لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	ثانوي
								لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	تعليم عالٍ
	-			+	-	+	-	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	أثني
0.000	0.015	0.009	0.184	0.000	0.000	0.000	0.000	0.021	0.000	0.000	قيمة P (نموذج)
0.014	0.012		0.009		0.016		0.014	0.069	0.120	0.123	الجزر التربيعي الزائف
11,947	11,947	4,345	4,345	4,345	4,345	4,345	4,345	780	3,304	4,297	(ملاحظات)

المصدر: حسابات البنك الدولي القائمة على مسح المشروع العربي لصحة الأسرة في الجزائر عام 2002
ملاحظات: تم إضافة ثابت، تم استخدام أخطاء معيارية قوية، تعليم المرأة+الثانوي هو مؤشر مثالي على رعاية الولادة + احتمال > 05. وتأثير إيجابي على المحصلة - احتمال > 05. وتأثير سلبي على المحصلة

الحواشي

1. معدلات الوفيات هي لأطفال ولدوا 1-10 سنوات قبل المسح.
2. إما طبيب أو ممرضة أو قابلة.
3. كما هو الحال للرعاية قبل الولادة، تطرح أسئلة عن أحدث الولادات الحية، في السنوات الخمس الماضية فقط. وبما أنه من المرجح أن تربط الولادات الحية بالرعاية على يد مهني صحة، فإنه من المحتمل أن تكون النسبة المئوية للولادات الحية التي تمت على يد مهني صحة تبالغ في تقدير عدد الولادات التي تتم على يد مهني صحة.
4. لقاح DPT هو مزيج من اللقاحات التي تغطي الدفتيريا، والسعال الديكي، والتيتانوس. وينبغي أن يحصل الأطفال على ثلاث جرعات ليكونوا محصنين بالكامل.
5. ينبغي أن يحصل الأطفال على ثلاث جرعات ليكونوا محصنين بالكامل ضد شلل الأطفال.
6. وكما هو الحال بالنسبة للرعاية قبل الولادة والرعاية أثناء الولادة، طرحت هذه الأسئلة عن أحدث ولادة حية في السنوات الخمس الأخيرة.
7. تبين الوحدات كيف أن الأطفال في الجزائر هم في المتوسط مختلفون عن السكان المرجعيين من حيث الانحرافات المعيارية.
8. أكثر من 15 جزءا في المليون من اليود في الملح.
9. الأنشطة الستة هي: (1) قراءة الكتب أو مطالعة كتب فيها صور مع الطفل؛ و(2) رواية قصص للطفل؛ و(3) غناء أغاني مع الطفل؛ و(4) أخذ الطفل خارج البيت، أو المجمع أو الساحة أو السياج؛ و(5) اللعب مع الطفل؛ و(6) تمضية وقت مع الطفل للقيام بتسمية الأشياء، والعد أو رسم الأشياء.
10. حسب تعريفات المسح المتعدد المؤشرات، يكون التأديب العنيف قائما على التأديب الذي تلقاه الطفل من قبل أي فرد في الأسرة خلال الشهر الأخير، وهو يشمل: الاعتداء النفسي (الصراخ، والصياح على الطفل؛ وتسميته بالغبّي، والكسول، أو أي تسمية كهذه) العقاب الجسدي (هز الطفل؛ صفع على الكفل، ضرب أو صفع الطفل على المؤخرة بيده؛ ضرب الطفل على المؤخرة أو مكان آخر في جسده باستخدام أداة مثل الحزام، أو فرشاة الشعر، أو عصا، أو عرض آخر قاسٍ؛ ضرب أو صفع الطفل على يده، أو ذراعه أو رجله) وعقاب جسدي قاسٍ (ضرب أو صفع الطفل على الوجه، أو الرأس أو الأذنين؛ ضرب الطفل بأداة (مرارا وتكرار ويأقصى ما يمكن).
11. تعرف الثروة من حيث أي فئة 20 في المائة من الأسر يقع الطفل ضمنها، بناء على مؤشر أصول (ثراء) لسلع معمرة.
12. نستخدم في كل الوثيقة مستوى أهمية بقيمة 5 في المائة.

المراجع

- El-Zanaty, Fatma, and Ann Way. 2009. *Egypt Demographic and Health Survey 2008*. Cairo: Ministry of Health, El-Zanaty and Associates, and Macro International.
- Hill, Kenneth, and Dawn M. Upchurch. 1995. "Gender Differences in Child Health: Evidence from the Demographic and Health Surveys." *Population and Development Review* 21 (1): 127-51.
- Ministry of Health, Population and Hospital Reform, and National Office of Statistics. 2008. *Republic of Algeria Multiple Indicator Cluster Survey Principal Report (French)*.
- UNDP (United Nations Development Programme). 2014. "Human Development Index." (accessed April 23, 2014) <https://data.undp.org/dataset/Table-2-Human-Development-Index-trends/efc4-gjvq>.
- UNICEF (United Nations Children's Fund). 2010. *Child Disciplinary Practices at Home: Evidence from a Range of Low- and Middle-Income Countries*. New York: UNICEF.

- . 2014. *The State of the World's Children 2014 in Numbers: Every Child Counts: Revealing Disparities, Advancing Children's Rights*. New York: UNICEF.
- World Development Indicators (database). World Bank, Washington, DC. <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>.

جيبوتي

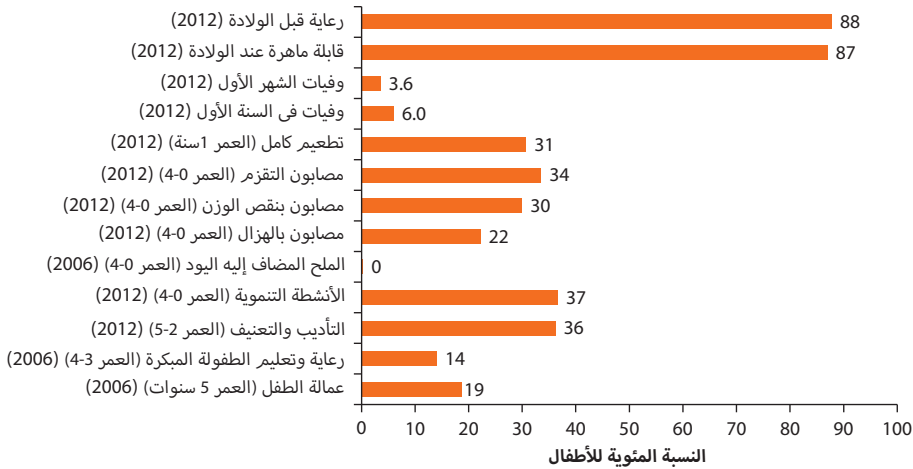
حالة تنمية الطفولة المبكرة في جيبوتي

لا يحقق الأطفال في جيبوتي كامل إمكانياتهم حيث يوجد عدد من أوجه القصور فيما يتعلق بتنمية الطفولة المبكرة. ويبين الشكل 5-1 ملخصاً لحالة تنمية الطفولة المبكرة في جيبوتي. وكما يبين الشكل، فإن جيبوتي سجلت فجوات معتدلة في الرعاية من حيث الرعاية ما قبل الولادة وأثناءها. تلقت 88 في المائة من الولادات رعاية ما قبل الولادة، و87 في المائة من الولادات تمت على يد قابلات ماهرات. ويموت 3.6 في المائة من الأطفال في الشهر الأول من عمرهم، ويموت 6.0 في المائة من الأطفال في السنة الأولى من عمرهم. ومعدلات التحصين متدنية في جيبوتي، حيث إن 31 في المائة فقط من الأطفال في عمر سنة محصنون بالكامل. وتشكل سوء التغذية مشكلة في جيبوتي، حيث إن 34 في المائة من الأطفال مصابون بالتقزم، و30 في المائة يعانون من نقص الوزن، و22 في المائة مصابون بالهزال. ويحصل 0 في المائة من الأطفال في جيبوتي على ملح مضاف إليه كميات كافية من اليود، الأمر الذي يشكل خطراً كبيراً على تطورهم المعرفي. والتطور الاجتماعي والعاطفي للأطفال ضعيف أيضاً في جيبوتي، حيث إن 37 في المائة فقط يمارسون أنشطة تنموية، و36 في المائة من الأطفال يتعرضون للتأديب العنيف. واحتمال أن ينخرط الأطفال في عمالة الطفل في عمر 5 سنوات (19 في المائة) هو أكثر من احتمال التحاقهم في رعاية وتعليم الطفولة المبكرة في عمر 3-4 سنوات (14 في المائة).

ويقدم هذا الفصل تحليلاً تفصيلياً لحالة تنمية الطفولة المبكرة في جيبوتي باستخدام عدد من المؤشرات (راجع الإطار 5-1). ويتم فحص الوضع الصحي للأطفال من خلال مؤشرات للوفيات المبكرة، والرعاية قبل الولادة، ووجود قابلة ماهرة عند الولادة، وعمليات التحصين. ويتم قياس الوضع الغذائي للأطفال من خلال التقزم (الطول بالنسبة للعمر)، ونقص الوزن (الوزن بالنسبة للعمر) والهزال (الوزن بالنسبة للطول)، بالإضافة إلى توفر المغذيات الدقيقة، على الأخص اليود. ومن أجل تقييم التطور المعرفي والاجتماعي أو العاطفي، ينظر التحليل في مدى انخراط الأطفال في أنشطة تعلم تنموية، والحضور في رعاية وتعليم الطفولة المبكرة، وما إذا كان الأطفال يتعرضون للتأديب العنيف، أو كانوا منخرطين في عمالة الأطفال في عمر خمس سنوات. ولو توفرت بيانات أكثر وتم فحصها، لأمكن تقديم صورة أفضل لتنمية الطفولة المبكرة في جيبوتي.

ومن أجل فهم أفضل للسياق والظروف التي تؤثر على محصلات تنمية الطفولة المبكرة، يدرس التحليل أيضاً العوامل الأساسية التي قد تتوافق مع محصلات تنمية الطفولة المبكرة على مستوى الفرد، والأسرة، والمجتمع، والعلاقة بينهم. (راجع الملاحق 5 أ، 5 ب، و5 ج، للحصول على معلومات إضافية بشأن البيانات وهذه العلاقات). ومن أجل الحصول على السياق الكامل للبلد، راجع الإطار 5-2. وأخيراً، فإن التحليل يقيس الثغرات ومدى التفاوت في محصلات

الشكل 5-1 ملخص مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسح المشروع العربي لصحة الأسرة في جيبوتي، 2012، والمسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2006

الإطار 5-1 مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة التي تم فحصها في جيبوتي

- رعاية ما قبل الولادة
- قابلات ماهرات عند الولادة
- وفيات حديثي الولادة (وفيات الشهر الأول)
- وفيات الرضع (وفيات السنة الأولى)
- تطعيم كامل
- التقزم/الطول بالنسبة للعمر
- النقص في الوزن/الوزن بالنسبة للعمر
- الهزال/الوزن بالنسبة للطول
- الرعاية والتعليم لمرحلة الطفولة المبكرة
- الأنشطة التنموية للوالدين
- التأديب العنيف للأطفال
- عمالة الأطفال

تنمية الطفولة المبكرة. ويستند هذا التحليل إلى آخر البيانات المتوفرة: مسح المشروع العربي لصحة الأسرة 2012، والمسح العنقودي المتعدد المؤشرات لعام 2006. وتغطي البيانات الأبعاد المختلفة للطفولة المبكرة بدءاً من ولادة الطفل حتى سن الدخول إلى المدرسة (ست سنوات في جيبوتي).

البقاء، والرعاية الصحية، والتغذية

الخطوة الأولى في التنمية الصحية للطفولة المبكرة هي ببساطة تجاوز مرحلة الطفولة المبكرة مع البقاء على قيد الحياة. وفي جيبوتي، يموت طفل من كل 17 طفلاً قبل عمر سنة. واعتباراً من 2012، يموت 60 طفلاً من كل ألف طفل قبل السنة الأولى من العمر¹، وهو معدل يقارب ضعف متوسط منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (24 في الألف) (اليونيسف 2014). ومعظم وفيات الرضع هي وفيات لحديثي الولادة، أي الوفاة في الشهور الأولى من الحياة. واعتباراً

الإطار 2-5 ملخص لمؤشرات التنمية في جيبوتي

جيبوتي ذات دخل متدنٍ ومتوسط، مع دخل محلي إجمالي للفرد بلغ حوالي 1.062 دولار أمريكي في 2012 (بالدولار الأمريكي الحالي، الجدول ب2-5)، ويقدر عدد سكان جيبوتي بحوالي 0.9 مليون، وثلاثمئة ثمانين ألفاً عامهم عن 15 سنة، ويبلغ معدل توقع الحياة عند الولادة 61 عاماً، وهو معدل ضعيف مقارنة بالبلدان الأخرى على هذا المستوى من التنمية. ويبلغ معدل الالتحاق الإجمالي في جيبوتي 70 في المائة في 2012. وحلت جيبوتي في المرتبة 164 من أصل 186 بلداً، في مؤشر التنمية البشرية (HDI).

الجدول ب2-5-1. المؤشرات الاجتماعية والاقتصادية في جيبوتي

2012	1990	
0.9	0.6	إجمالي السكان (بالمليون)
34	45	النسبة المئوية للسكان دون سن 15 سنة (في المائة من المجموع)
\$1,062	\$767	الدخل المحلي الإجمالي للفرد (بالدولار الأمريكي)
61	57	معدل توقع الحياة عند الولادة
70	33	الإلتحاق بالمدرسة، ابتدائي (في المائة إجمالي)

المصدر: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي 2014، مؤشرات التنمية العالمية، ملاحظة: الناتج المحلي الإجمالي لعام 2012 هو من بيانات عام 2007

من 2012، كان معدل وفيات حديثي الولادة في جيبوتي هو 36 وفاة لكل ألف ولادة. وتمثل وفيات الأطفال الخسارة الرئيسية للإمكانات البشرية، وتخفيض معدلات الوفيات دون سن الخامسة بثلاثين من 1990 إلى 2015 هو أحد الأهداف الإنمائية للألفية. ولم تحقق جيبوتي إلا تقدماً محدوداً للتقليل من وفيات الرضع وحديثي الولادة مع مرور الوقت؛ فعلى مدى الست سنوات من 2006 إلى 2012، لم تنخفض وفيات الرضع إلا قليلاً، من 67 وفاة لكل ألف ولادة (وزارة الصحة وجامعة الدول العربية 2007) إلى 60 وفاة لكل ألف ولادة.

إن معالجة موضوعي الوفاة المبكرة وتنمية الطفولة المبكرة تبدأ أثناء الحمل والولادة. فمن الأساسي أن تتم الولادة بوجود قابلات ماهرات²، وذلك للحد من الوفيات والمراضة بين حديثي الولادة. والرعاية ما قبل الولادة والرعاية أثناء الولادة هما مكونان هامان لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية. في جيبوتي، 88 في المائة من الولادات الحية³ حصلت على رعاية قبل الولادة على يد مهني صحة، و87 في المائة من الولادات تمت على يد مهني صحة ماهر⁴، وهذا أعلى من كل من متوسط منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا لكلا المؤشرين (83 في المائة للرعاية قبل الولادة و79 في المائة للولادة بوجود رعاية ماهرة) والمتوسط لأقل البلدان نمواً (اليونيسف 2014). وعلى الرغم من أن جيبوتي أداؤها جيد نسبياً في مجال رعاية الصحة المبكرة على الأخص من حيث مستوى الدخل فيها، لا يزال هناك بعض الولادات التي لم تتلق رعاية قبل الولادة وأثناء الولادة، مما يعرض هؤلاء الأطفال والأمهات إلى خطر كبير. وفعلياً، هناك تداخل كبير بين الولادات التي لا تتلقى رعاية قبل الولادة والولادات التي لم تتم على يد قابلات قانونيات. وثلاثاً (64 في المائة) الولادات التي لم تتلق رعاية قبل الولادة لم تتم على يد قابلات مدربات.

وشهدت إمكانية الحصول على الرعاية قبل الولادة والولادة بحضور قابلة قانونية في جيبوتي تحسناً غير مطرد مع مرور الوقت؛ في 2003، فقط 67 في المائة من الولادات تلقت رعاية قبل الولادة، و فقط 61 في المائة من الولادات تمت على يد مهني صحة (مؤشرات التنمية العالمية). وبحلول 2006، بلغت هذه المعدلات 93 في المائة (رعاية قبل الولادة)

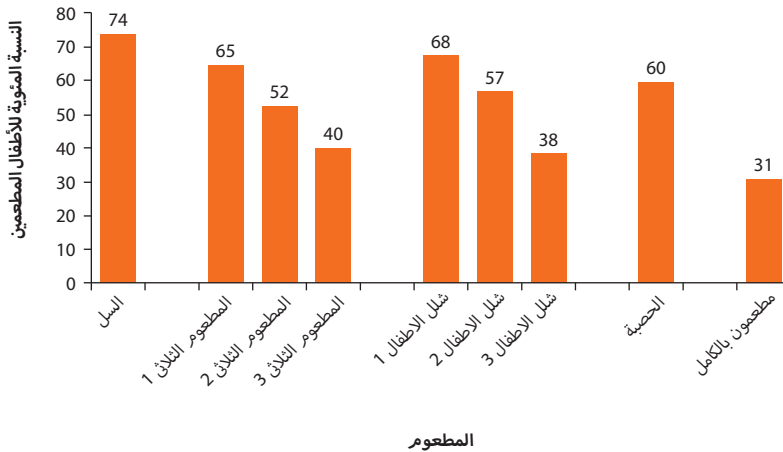
و92 في المائة (رعاية أثناء الولادة). وفي 2012، بلغت المعدلات 88 في المائة للرعاية قبل الولادة و87 في المائة للرعاية أثناء الولادة، وهي بالتالي تمثل انخفاضا في الرعاية الصحية الأولية.

يلعب التحصين الكامل للأطفال دورا هاما في الحد من أمراض الطفولة التي يمكن أن تعوق النمو أو تسبب الوفاة. إلا أنه في جيبوتي، فقط ثلث (31 في المائة) الأطفال في عمر سنة لم يتم تحصينهم تحصينا كاملا. ويعتبر الأطفال محصنين تحصينا كاملا إذا تلقوا اللقاحات الخاصة بالستة أمراض الرئيسية للأطفال التي يمكن الوقاية منها: السل، والدفتيريا، والسعال الديكي، والتيتانوس،⁶ وشلل الأطفال،⁷ والحصبة. وينبغي أن يكونوا محصنين بالكامل بحلول الشهر الثاني عشر من عمرهم؛ ولم تحقق جيبوتي مستوى تغطية من حيث التحصين يسمح بتحقيق المناعة الجماعية،⁸ حيث إن 31 في المائة فقط من الأطفال بعمر 12-23 شهرا هم محصنون بالكامل.

إلا أن هناك مجموعة من اللقاحات المختلفة غير مستخدمة بالقدر الكافي (الشكل 5-2). وتغطية لقاحات الحصبة تصل إلى 60 في المائة فقط. وغالبا ما لا يتلقى الأطفال كافة جرعات اللقاح الثلاثي (الدفتيريا والسعال الديكي والكرزاز) أو لقاح الشلل، بوجود 40 في المائة فقط من الأطفال يتلقون الجرعات الثلاثة لكل مطعوم. إلا أن معظم الأطفال يتلقون بعض المطاعيم، مما يوفر توادلا مع نظام الرعاية الصحية، وفرصة لتحقيق تغطية أشمل بسهولة من خلال متابعة المطاعيم المختلفة.

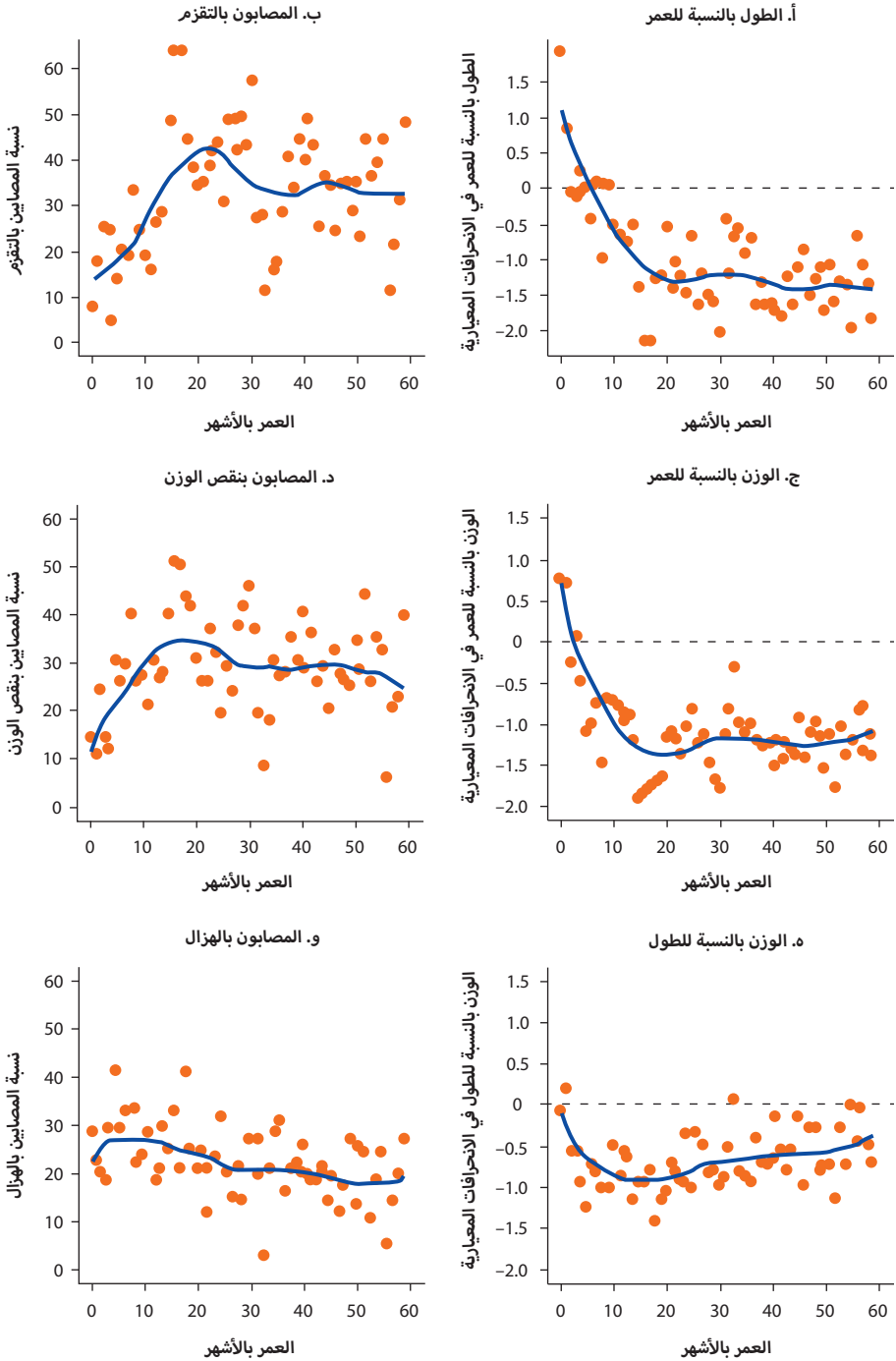
يبدأ الأطفال في جيبوتي حياتهم من حيث التغذية في وضع صحي إلى حد ما. إلا أنه على مدى أول سنتين من عمرهم، يتردى وضع نموهم بشكل كبير بحيث لا يعود صحيا. ويبين الشكل 3-5 وضع الأطفال في جيبوتي من حيث النمو الصحي، مقارنة بمرجعية سكان أصحاء.⁹ ثلث الأطفال في جيبوتي مصابون بالتقزم، و30 في المائة مصابون بنقص الوزن، و33 في المائة مصابون بالهزال اعتبارا من 2012. وحتى الشهر الثامن تقريبا من العمر، يكون للأطفال في المتوسط نفس الطول بالنسبة للعمر أو فوقه، ونفس الوزن بالنسبة للعمر أو فوقه مقارنة بالسكان المرجعيين، ولكن وزنهم يكون أقل من الوزن الصحي بالنسبة للطول خلال الأشهر الأولى من الحياة. وحتى الشهر الثامن عشر، يحدث تعثر في الطول بالنسبة للعمر، والوزن بالنسبة للعمر، الأمر الذي يجعل المتوسط يقل عن مرجعية السكان الأصحاء.

الشكل 5-2 النسبة المئوية للأطفال بعمر 12-23 شهرا المطعمين حسب المطعوم



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012

الشكل 5-3 متوسط الطول للعم، والوزن للعم، والوزن للطول مقارنة بمرجعية من السكان تتمتع بصحة جيدة في الانحرافات المعيارية والنسبة المئوية للمصابين بالتقزم، ونقص الوزن، والهزال، حسب العمر بالأشهر، الأعمار من 4-0 سنين



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسح المشروع العربي لصحة الأسرة 2012
ملاحظة: تمت معظم المقابلات في يونيو/حزيران، ويوليو/تموز، وأغسطس/آب، وهذه تكون «الشهر صفر».

وبعد ذلك، يبقى المتوسط دون مرجعية السكان الأصحاء بانحراف معياري واحد على الأقل، ويتذبذب عادة بين 1-0.5- انحراف معياري.

والاتجاهات في التقزم ونقص الوزن هي مماثلة، حيث هناك معدلات متدنية من التقزم ونقص الوزن بين الأطفال الصغار (ولكن معدلات هزال عالية إلى حد ما)، وهناك ارتفاع في معدلات التقزم ونقص الوزن منذ الولادة حتى الشهر العشرين من العمر. ويصل التقزم إلى أعلى معدلاته، أي حوالي 50 في المائة من الأطفال بعمر 20 شهرا، وكذلك بالنسبة لنقص الوزن، أي حوالي 35 في المائة من الأطفال بعمر 20 شهرا. وفي حين أن نسب التقزم تتخفف نوعا ما مع زيادة عمر الأطفال، فإن نقص الوزن والهزال يبقيان على مستوى 20-30 في المائة تقريبا من الأطفال حتى سن الخامسة من عمرهم.

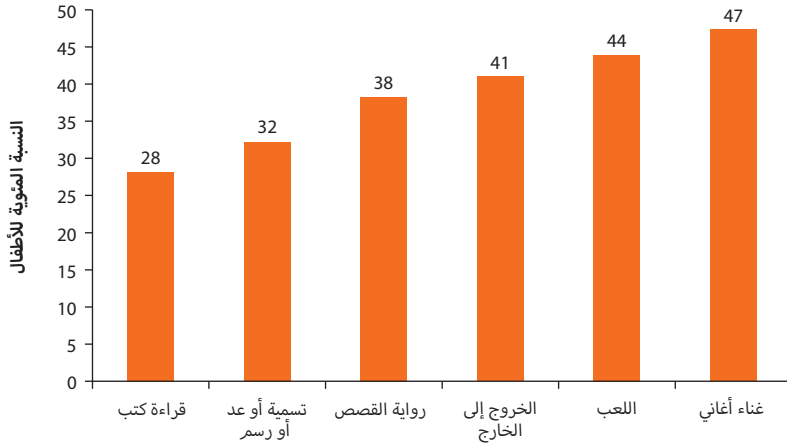
ويواجه الأطفال في جيبوتي خطرا كبيرا للإصابة بضعف التطور المعرفي في حالة عدم توفر الملح المضاف إليه كميات كافية من اليود لأسرههم. تلعب المغذيات الدقيقة، مثل الحديد، و فيتامين (ألف)، والزنك، و اليود أيضا دوراً هاماً في كل من التنمية البدنية والمعرفية الصحية. والملح المضاف إليه اليود هو الوسيلة الأساسية لتقديم اليود للأطفال. وفي جيبوتي، تقريبا 100 في المائة من الأطفال دون سن الخامسة يعيشون في أسرة لا يتوفر لها ملح مضاف إليه كميات كافية من اليود.¹⁰

التطور المعرفي، والاجتماعي، والعاطفي

على الرغم من أنه تم إثبات أن اللعب والتفاعل هما عنصران مهمان من عناصر تنمية الطفولة المبكرة، لزال الأطفال في جيبوتي تفوتهم فرص هامة للنمو النفسي والاجتماعي. وتم في مسح المشروع العربي لصحة الأسرة في جيبوتي 2012، سؤال القائمين على رعاية الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 4-0 إذا ما قام البالغون في الأسرة بالمشاركة في أي نشاط من ستة أنشطة مختلفة تدعم تطور الطفل.¹¹ وفي جيبوتي، فقط ثلث الأطفال (37 في المائة) مارسوا أربعة أنشطة تنموية أو أكثر. وفي حين أن جميع الأنشطة مهمة للتطور الاجتماعي والعاطفي، فإن القراءة، والتسمية، والعد، والرسم تعد مكونا هاما معرفيا وتربويا. ومع ذلك، فإن أنشطة غناء الأغاني، واللعب، والخروج إلى الخارج كانت أكثر الأنشطة شيوعا (الشكل 4-5)، حيث إن 41-47 في المائة من الأطفال مارسوا كل نشاط من هذه الأنشطة. ولوحظ أن أقل نشاط كان يمارس هو قراءة الكتب (أو الكتب التي تتضمن صوراً) - 28 في المائة من الأطفال. وعلاوة على ذلك، فقط 32 في المائة من الأطفال شاركوا في التسمية، أو العد أو الرسم.

أثبتت الأدلة أن رعاية وتعليم الطفولة المبكرة (ECCE) تحسن التطور المعرفي والاجتماعي والعاطفي، مع فوائد يمكن أن تدوم مدى الحياة. وفي جيبوتي، اعتبارا من 2012، فقط 14 في المائة من الأطفال في عمر ثلاثة وأربعة ملتحقون ببرنامج رعاية وتعليم الطفولة المبكرة. وتتضمن منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا بصورة عامة معدلات حضور متدنية للطفولة المبكرة، ومعدل التحاق إجمالي في التعليم ما قبل الابتدائي بلغ 27 في المائة (مؤشرات التنمية العالمية)¹². وجيبوتي متخلفة عن الركب من حيث المعدل الإقليمي. وهناك عدد أكبر من الأطفال الصغار، بعمر ثلاث إلى أربع سنوات، يحضرون نوعا من أنواع رعاية وتعليم الطفولة المبكرة أكثر مما يحضر الأطفال الأكبر عمرا مرحلة ما قبل الابتدائي. وبالنسبة للأطفال بعمر خمس إلى ست سنوات، معدلات الحضور في مرحلة ما قبل الابتدائي هي حوالي 6 في المائة. وهذا يعني أن العديد من الأطفال الذين يحضرون رعاية وتعليم الطفولة المبكرة في عمر ثلاث إلى أربع سنوات، يحضرون برامج أخرى غير ما قبل الابتدائي. وفي جيبوتي في 2006، كان معدل الدخول إلى الابتدائي هو 64 في المائة (وزارة الصحة وجامعة الدل العربية 2007). وكان حوالي عشر (9 في المائة) الأطفال في السنة الأولى من الابتدائي ملتحقين في مدارس ما قبل الابتدائي سابقا - وبعض الأطفال قد يدخلون متأخرين إلى المدرسة، ولكنهم لا يزالون يحضرون مرحلة ما قبل الابتدائي.

الشكل 4-5 النسبة المئوية للأطفال الذين يمارسون أنشطة تنموية مختلفة



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسح المشروع العربي لصحة الأسرة 2012 لجيبوتي

ومن التحديات الأخرى التي تعوق التنمية الصحية للأطفال هي التأديب العنيف¹³ وعمالة الأطفال المبكرة. وما يزيد على ثلث الأطفال (36 في المائة) في عمر سنتين إلى خمس سنوات قد تعرضوا لشكل من أشكال التأديب العنيف اعتباراً من 2012. وتأديب الأطفال هو جزء هام من تربية الطفل. ومع ذلك فقد وجد البحث أن التأديب العنيف يؤثر سلباً على النمو البدني والنفسي والاجتماعي للأطفال (اليونيسف 2010). وعلاوة على ذلك، واعتباراً من 2006، 19 في المائة من الأطفال في سن الخامسة في جيبوتي قد شاركوا في نوع من أنواع عمالة الأطفال في الأسبوع الذي سبق إجراء المسح – العمل لدى شخص ليس فرداً من الأسرة، والقيام بعمل منزلي أو أي عمل أسري آخر¹⁴. وتشكل عمالة الأطفال، والمشاركة في عمل أو مهام، خطورة على الأطفال الصغار بالتحديد. كما أن ذلك قد يعوق قدرتهم على الانتقال إلى المدرسة بنجاح. وكان معظم الأطفال يؤدون مهام (12 في المائة من الذين هم في سن الخامسة)، ولكن بعضهم كانوا يعملون في عمل أسري (2 في المائة من الذين هم في سن 5 سنوات) أو يعملون لدى الآخرين (8 في المائة من الذين هم في سن 5 سنوات). ومعظم العمل للآخرين كان غير مدفوع، حيث إن 7 في المائة من الذين هم في سن خمس سنوات يقومون بعمل غير مدفوع فقط 1 في المائة يعملون في أعمال مأجورة.

العوامل الرئيسية التي تؤثر على تنمية الطفولة المبكرة

الصحة والتغذية

هناك عدد من السمات الأساسية على مستوى الطفل، والعائلة، والمجتمع تؤثر على محصلات تنمية الطفولة المبكرة: النوع الاجتماعي، وتعليم الآباء، والوضع الاجتماعي والاقتصادي للأسرة (الثروة)¹⁵، والموقع الجغرافي (الإقليم أو المحافظة)، ومحل الإقامة (حضر/ريف). يساعد فهم هذه العلاقات في تحديد سبب ضعف محصلات تنمية الطفولة المبكرة لدى بعض الأطفال، وأي الأطفال يجب استهدافهم بتدخلات في السياسات أو تدخلات برامجية.

واحتمال وفاة الأطفال في الشهر الأول أو السنة الأولى من عمره مرتبط بشكل معقد بخلفية الأطفال. واحتمال وفاة الأطفال الذكور مبكراً أكبر من احتمال وفاة الأطفال الإناث، إلا أن هذا نمط شائع عالمياً نتيجة عوامل وراثية (هيل

وأبشيرش (1995). ولاتباع علاقة الوفيات المبكرة مع الثروة والتعليم نمطا منهجيا واضحا، كما لا توجد أيضا اختلافات حسب المنطقة أو الريف مقابل الحضر. وعند احتساب الخصائص المتعددة، لم تكن العلاقة بين الخصائص والوفيات المبكرة ذات دلالة¹⁶.

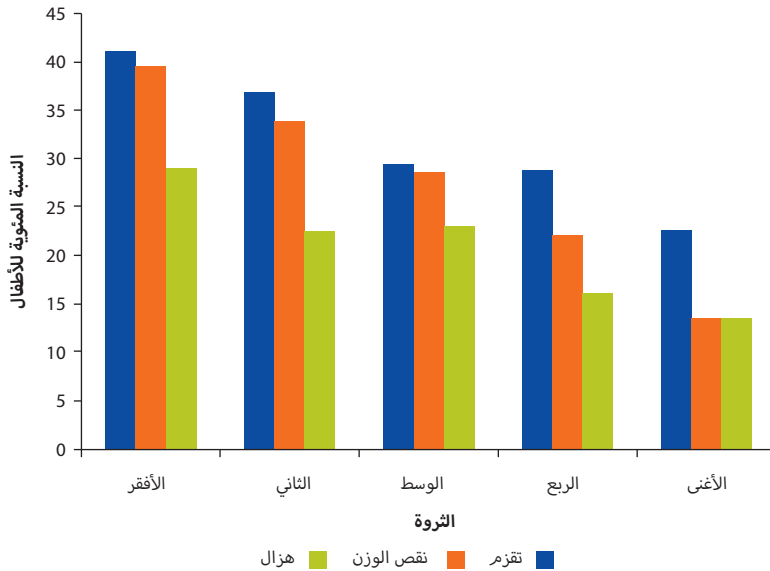
على الرغم من عدم وجود أي صلة بالوفاة المبكرة، فإن استخدام الرعاية قبل الولادة مرتبط بالثروة والتعليم. على سبيل المثال، فقط 68 في المائة من الولادات من الخمس الأفقر من الأسر تلقت رعاية قبل الولادة، و98 في المائة من الولادات من مستوى الثروة الرابع والأغنى تلقت ذلك أيضا. وكانت فرصة الحصول على رعاية قبل الولادة للأمهات غير المتعلمات 84 في المائة، في حين أنها كانت 97 في المائة للأمهات الحاصلات على التعليم الأساسي، و98 في المائة للأمهات الحاصلات على تعليم ثانوي أو أعلى من الثانوي. وهناك أيضا اختلافات كبرى حسب مكان الإقامة في استخدام الرعاية قبل الولادة، الأمر الذي من المرجح أن يمثل اختلافات في إمكانية الوصول إلى بنية تحتية صحية. وفي حين أن 96 في المائة من الولادات في المناطق الحضرية تلقت رعاية قبل الولادة، فإن فقط ثلثي الولادات (67 في المائة) في المناطق الريفية تلقت رعاية قبل الولادة. وإمكانية الحصول عليها هي أقل في الأقضية الأخرى (74 في المائة) منه في مدينة جيبوتي (95 في المائة).

وبعد أخذ الخصائص الأخرى في الاعتبار، فإن العيش في منطقة ريفية يقلل إلى حد كبير من فرصة تلقي رعاية قبل الولادة. والأمر الحاصلة على التعليم الابتدائي مقارنة بتلك غير الحاصلة على أي تعليم تزيد من احتمالية الحصول على رعاية قبل الولادة، كما هو الحال بالنسبة للأب الحاصل على تعليم ابتدائي أو ثانوي. ومقارنة بأدنى مستوى من الثروة، فإن بعض مستويات الثروة الأخرى الأعلى كانت تواجه فرصا أكبر بكثير بالحصول على رعاية قبل الولادة.

من حيث الثروة، هناك ميل أقوى للحصول على رعاية على يد قابلة ماهرة أثناء الولادة منه للرعاية قبل الولادة؛ وتقريبا 100 في المائة من الولادات في الأسر الأكثر ثراءً تتم في وجود قابلة ماهرة أثناء الولادة، مقارنة بنسبة 58 في المائة من الولادات في الأسر الأكثر فقرا. وحدثت أنماط مشابهة حسب تعليم الوالدين. وكان هناك احتمال أقل بوجود قابلة ماهرة أثناء الولادات في الريف (55 في المائة) مقارنة بالولادات في المناطق الحضرية (98 في المائة). وعند أخذ خصائص أخرى في الاعتبار، لم يكن هناك اختلافات كبيرة حسب تعليم الأم من حيث فرص الولادة بوجود قابلة ماهرة، ولكن كان هناك اختلافات هامة حسب تعليم الأب، حيث إن ارتفاع مستوى تعليم الأب كان يزيد من فرص الولادة بوجود قابلة ماهرة. كما كانت هناك اختلافات كبيرة حسب الثروة والمناطق الجغرافية. وكان هناك احتمال أكبر في وجود قابلات ماهرات في الولادات من الخمس الثاني عبر الخمس الأكثر ثراءً من الأسر من حيث الثروة. واحتمال وجود قابلة ماهرة في الولادات من المناطق الريفية كان أقل بكثير.

تختلف إمكانية الحصول على التحصين إلى حد كبير حسب الثروة، حيث بلغت معدلات التحصين 17-26 في المائة لمستويات الثراء الأدنى الثلاثة، مقارنة بنسبة 43-45 في المائة لأعلى مستويين من الثراء. والتحصين، الذي ينبغي أن يكون خدمة صحية حكومية متوفرة على نطاق واسع، يُظهر بدلا من ذلك اختلافات كبرى حسب ثروة الأسر.¹⁷ وهناك بعض الاختلافات حسب التعليم، حيث إن الأهالي الأكثر تعليما هم عادة أكثر احتمالا لتحصين أطفالهم. وليس هناك سوى اختلافات قليلة في التحصين بناء على مكان الإقامة أو المنطقة، مع معدلات أعلى بقليل من التحصين في أقضية أخرى (36 في المائة) منها في مدينة جيبوتي (28 في المائة). وبعد أخذ الخصائص الأخرى في الاعتبار، كان احتمال أن يتم تحصين الأطفال في جيبوتي أقل بكثير منه للأطفال في الأقضية الأخرى. وكان احتمال أن يتم تحصين أطفال الآباء الحاصلين على مستويات أعلى من التعليم ومن أعلى مستويين من الثراء هو أعلى بكثير.

الشكل 5-5 النسبة المئوية للأطفال بعمر 4-0 سنوات المصابين بالتقزم، أو نقص الوزن، أو الهزال، حسب مستوى الثروة



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسح العنقودي متعدد المؤشرات لجيبوتي 2006

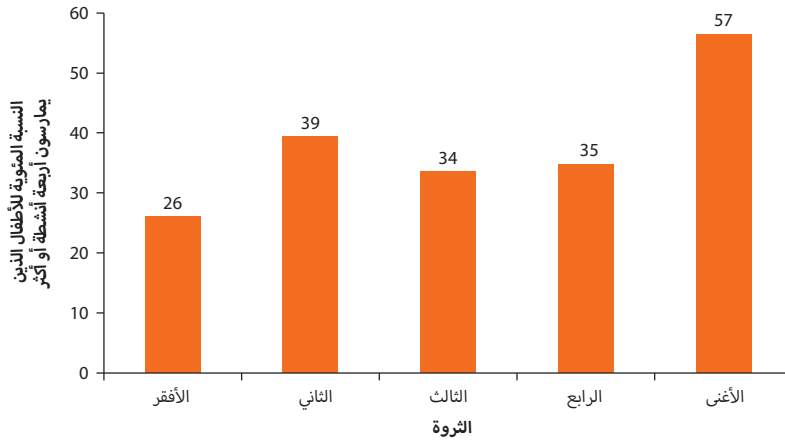
في حين أن سوء التغذية يهدد كافة الأطفال، فإن الأطفال الأكثر فقراً وأولئك الذين يعيشون في المناطق الريفية يواجهون احتمالاً أكبر في أن يصابوا بسوء التغذية. في جيبوتي، في 41 في المائة من الأطفال من الخمس الأثمن من الأسر مقارنة بنسبة 23 في المائة من الخمس الأغنى من الأسر مصابون بالتقزم. (الشكل 5-5). والإصابة بنقص الوزن أو بالهزال تقل كذلك مع الثروة. ومعدلات التقزم هي أعلى في المناطق الريفية (42 في المائة) منها في المناطق الحضرية (30 في المائة) وأعلى في مناطق أخرى (39 في المائة) منها في مدينة جيبوتي (30 في المائة). ولوحظ وجود أنماط مشابهة لنقص الوزن أو الهزال. وإذا كانت الأم أو الأب حاصلين على تعليم ثانوي، فإن ذلك يقلل من احتمالات الإصابة بسوء التغذية.

حتى بعد أخذ خصائص أساسية أخرى في الاعتبار، تُظهر الثروة علاقة قوية بسوء التغذية. وينخفض احتمال الإصابة بالتقزم بشكل كبير في المستوى الأعلى من الثراء. واحتمالات الإصابة بنقص الوزن، بالإضافة إلى الهزال، هي أدنى في الخمس الرابع والأغنى من الأسر مقارنة بالخمس الأثمن من الأسر.

التطور الاجتماعي والعاطفي والمعرفي

التطور الاجتماعي والعاطفي والمعرفي مرتبط بصورة وثيقة بمستوى الثروة لأسرة الطفل وتعليم الأبوين، وموقع الأسرة. والأطفال الأكثر فقراً، من مستويات الثروة الأربعة الدنيا هم أقل احتمالاً بممارسة أربعة أنشطة تنموية من الأطفال من الخمس الأغنى من الأسر (الشكل 6-5). والأطفال في المناطق الريفية والمناطق الأخرى هم أقل احتمالاً بممارسة أنشطة تنموية من الأطفال في المناطق الحضرية وفي مدينة جيبوتي. واحتمال أن يقوم أطفال الأمهات غير المتعلمات

الشكل 6-5 النسبة المئوية للأطفال الذين يمارسون أربعة أنشطة تنموية على الأقل حسب مستوى الثروة



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسح العنقودي متعدد المؤشرات لجيبوتي 2012

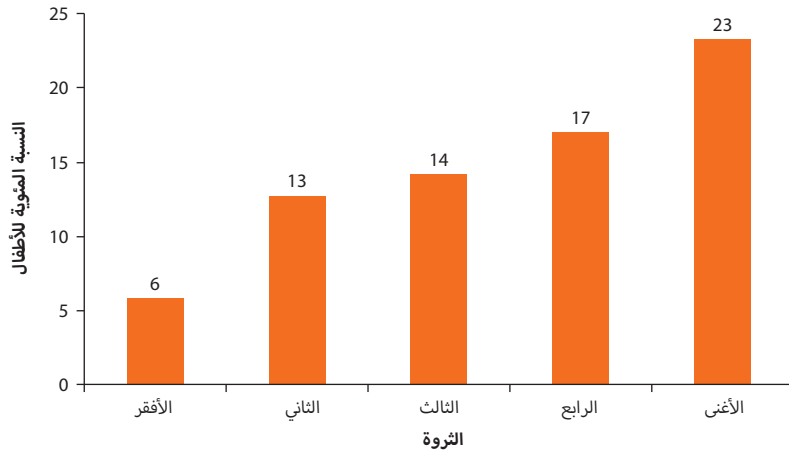
بممارسة أربعة أنشطة تنموية هو 33 في المائة فقط مقارنة بنسبة 51 في المائة للأطفال الأمهات الحاصلات على تعليم ثانوي أو أعلى؛ ولوحظ وجود أنماط مشابهة للآباء. وعند أخذ خصائص متعددة في الاعتبار، كان احتمال ممارسة أنشطة تنموية للأطفال الذين يعيشون في مدينة جيبوتي مقارنة بالمناطق الأخرى، وللأطفال في أعلى مستوى ثراء مقارنة بأفقر مستوى هو احتمال أكبر.

بالنسبة للأطفال في عمر ثلاث إلى أربع سنوات الذين يذهبون إلى نوع من أنواع رعاية وتعليم الطفولة المبكرة، فقط 6 في المائة من الأطفال من الخمس الأفقر من الأسر يفعلون ذلك، في حين أن 23 في المائة من الخمس الأغنى من الأسر يرتادونها (الشكل 7-5). ومن المرجح أن تكون أكبر المنافع من رعاية وتعليم الطفولة المبكرة موجهة لأفقر الأطفال وأكثرهم استضعافاً، إلا أنهم الأقل حصولاً عليها. ويراكم هذا الوضع المزيد من الاختلافات في الخبرات الاجتماعية والاقتصادية والمعرفية الأولى للأطفال؛ وعند أخذ خصائص أخرى في الاعتبار، فإن فقط التواجد في مدينة جيبوتي مقارنة بالمناطق الأخرى هو الذي يزيد من احتمال حضور رعاية وتعليم الطفولة المبكرة.

ويُظهِر التأديب العنيف علاقة معقدة مع الخصائص الأساسية، ومعدل التأديب العنيف للطفل يكون أقل بقليل للأطفال في الأسر الأكثر فقراً ولكن يختلف عبر مستوى الثراء الثاني حتى المستوى الأكثر ثراءً، مع وجود تقلبات مشابهة حسب التعليم. وهو أعلى بين الأطفال من أسر في المناطق الحضرية (42 في المائة) منها للريفية (20 في المائة)¹⁸. ومع أخذ خصائص متعددة في الاعتبار، فقط أطفال المناطق الحضرية يواجهون احتمالاً أقل بكثير بالتعرض للتأديب العنيف.

وعمالة الأطفال هي أعلى بين الأطفال من الخمس الثاني الأفقر (31 في المائة) والخمس الأفقر من الأسر (23 في المائة)، وأقل للأطفال من الخمس الأغنى من الأسر (7 في المائة). وينخرط الأطفال أيضاً في عمالة الأطفال في

الشكل 5-7 النسبة المئوية للأطفال بعمر 3-4 سنوات الذين يحضرون تعليم ورعاية الطفولة المبكرة حسب مستوى الثروة



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسح العنقودي متعدد المؤشرات لجيبوتي 2006

كل من المناطق الحضرية والريفية، على الرغم من أن المعدلات تكون أعلى للأطفال في الريف. ويكون لأدنى معدل لعمالة الأطفال في مدينة جيبوتي دلالة إحصائية مهمة مقارنة بمناطق أخرى، حتى بعد أخذ عوامل أخرى في الاعتبار. وبعد أخذ هذه العوامل في الاعتبار، يكون الأطفال من الخمس الأغنى من الأسر أقل احتمالاً في الانخراط في عمالة الأطفال من الأطفال في الخمس الأغنى من الأسر. إلا أن الأطفال من أمهات حاصلات على تعليم ثانوي هم أكثر احتمالاً في الانخراط في عمالة الأطفال.

يواجه الأطفال فرصاً غير متكافئة للتطور الصحي

يواجه الأطفال في جيبوتي فرصاً غير متكافئة للتطور الصحي بناء على عوامل خارجة عن سيطرتهم. ومن أجل قياس مدى التفاوت، يقوم التحليل باحتساب (أ) النسبة المئوية للفرص التي هي بحاجة إلى التوزيع بشكل مختلف من أجل إحداث تساوي في الفرص لكل مؤشر من مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة، و(ب) احتمالية أن تكون هذه الاختلافات قد حدثت حسب التنوع العشوائي (الجدول 5-1).

بالنسبة للرعاية ما قبل الولادة والرعاية الماهرة أثناء التوليد، فإنه ينبغي إعادة توزيع 6-10 في المائة من الفرص ليتحقق تكافؤ الفرص. وهناك أيضاً تفاوت كبير في التحصين والتغذية، إلا أن ذلك قد يكون على سبيل الصدفة. وهناك كذلك تفاوت من حيث التطور المعرفي والاجتماعي والعاطفي المبكر. وهناك تباين بشكل كبير في رعاية وتعليم الطفولة المبكرة، إلا أن الاختلافات قد تعزى للصدفة. والاختلافات في الأنشطة التنموية كبيرة، حيث إن 13.9 في المائة من الفرص تحتاج إلى إعادة توزيع، وهذا ليس من قبيل المصادفة. ويبدو أن التأديب العنيف وعمالة الأطفال يعكسان قدراً كبيراً من عدم المساواة.

الجدول 1-5 النسبة المئوية من الفرص التي ينبغي إعادة توزيعها

مؤشر الاختلاف	
**6.4	الرعاية قبل الولادة
***9.6	قابلة ماهرة عند الولادة
22.2	تطعيم كامل
9.6	مصابون بالتقزم
*13.9	الأنشطة التنموية
11.6	التأديب العنيف
34.6	الرعاية والتعليم لمرحلة الطفولة المبكرة
23.2	عمالة الأطفال

المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مشروع المسح العربي لصحة الأسرة في جيبوتي 2012، و المسح المتعدد المؤشرات في جيبوتي 2006 ملاحظات: لم تقدم نماذج لوفيات الرضع وحديثي الولادة نظرا للدلالة الإحصائية لنماذج الانحدار مستوى الدلالة = احتمال > 5 في المائة، ** = احتمال > 1 في المائة، *** = احتمال > 0.1 في المائة رعاية وتعليم الطفولة المبكرة

الجدول 2-5 مساهمات الخصائص الأساسية في عدم المساواة

نسبة مئوية

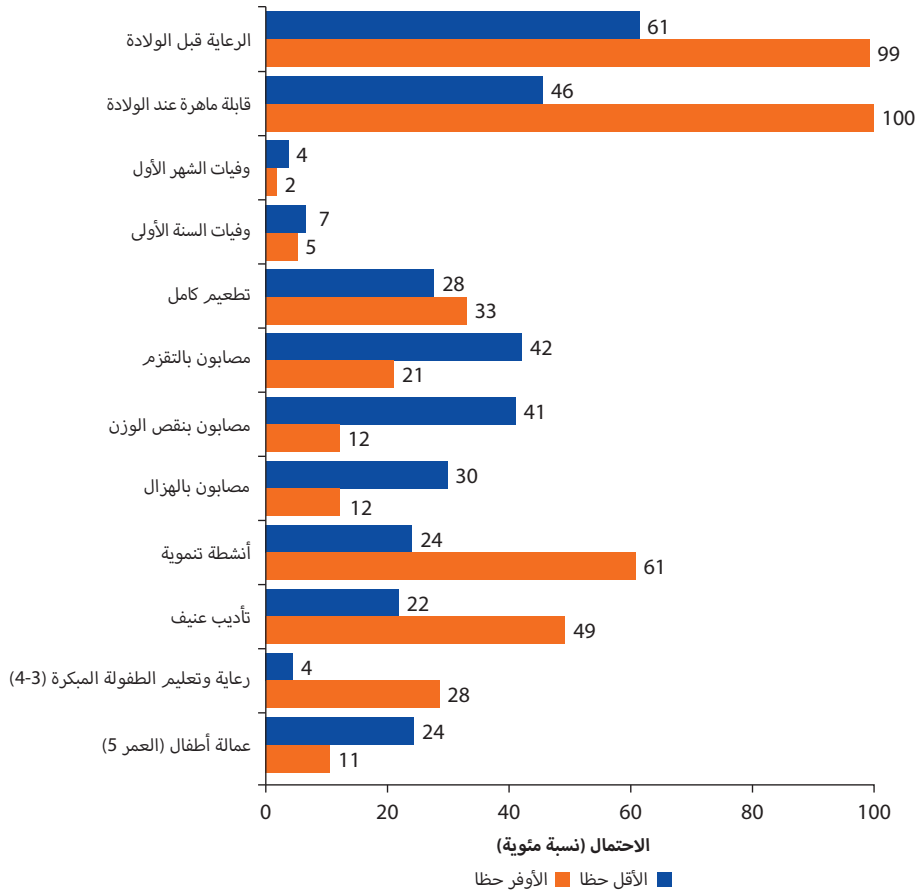
جنس الطفل	المنطقة	الريف	تعليم الأب	تعليم الأم	الثروة	
لاينطبق	22.2	32.4	10.2	6.3	28.8	الرعاية قبل الولادة
لاينطبق	18.7	37.5	9.2	4.4	30.2	قابلة ماهرة عند الولادة
2.6	22.0	3.9	28.1	2.9	40.6	تطعيم كامل
0.2	10.7	21.4	12.0	2.7	52.9	مصابون بالتقزم
1.2	64.2	8.7	3.5	8.9	13.4	أنشطة تنموية
0.3	27.0	10.6	13.8	11.7	36.7	تأديب عنيف
0.5	20.9	3.5	32.4	21.3	21.3	الرعاية والتعليم لمرحلة الطفولة المبكرة
3.8	31.7	0.7	22.4	6.1	35.3	عمالة الأطفال

المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مشروع المسح العربي لصحة الأسرة في جيبوتي 2012، و المسح المتعدد المؤشرات في جيبوتي 2006 ملاحظة: تحليلات شيبلي لمؤشر الاختلاف.

تساهم الاختلافات في الثروة ومستوى تعليم الوالدين والموقع الجغرافي بشكل كبير في الفرص غير المتكافئة للأطفال. ويبين الجدول 2-5 الظروف المختلفة المساهمة في عدم المساواة من حيث المحصلات المختلفة، كنسب مئوية. وتلعب الثروة دورا كبيرا نسبيا في الصحة والتغذية في السنوات الأولى من الحياة، حيث تساهم بحوالي الثلث إلى النصف في عدم المساواة لكل من هذه المقاييس. وتعليم الوالدين مهم بشكل خاص لعدم المساواة في رعاية وتعليم الطفولة المبكرة. وتشكل الاختلافات بين الريف والحضر قدرا كبيرا بصورة خاصة (الثلث) من المساهمات في عدم المساواة في الرعاية قبل الولادة وأثناء الولادة. والاختلافات الإقليمية مهمة لكافة المحصلات تقريبا، ولكن بصورة خاصة لعدم المساواة في الأنشطة التنموية. ويساهم جنس الطفل بصورة قليلة جدا في عدم المساواة.

يميل الأطفال إلى أن يكونوا محظوظين أو محرومين باستمرار عبر مجموعة متنوعة من الأبعاد المختلفة لتنمية الطفولة المبكرة، و يمكن أن يواجهوا فرصا حياتية مختلفة إلى حد بعيد بناء على بعض الخصائص فقط. والطفولة المبكرة هي عندما تنتقل حلقات الفقر وعدم المساواة عبر الأجيال. إذا رصدنا طفلا يعيش في منطقة ريفية، ضمن

الشكل 8-5 عمليات المحاكاة الأوفر حظا والأقل حظا



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسح العقودي متعدد المؤشرات لجيبوتي 2006

أفقر 20 في المائة من الأسر، مع والدين غير متعلمين (طفل أقل حظاً) وقارنا بينه وبين طفل والداه حاصلان على تعليم ثانوي أو أعلى، ومن أغنى 20 في المائة من الأسر، ويعيش في مدينة جيبوتي الحضرية (طفل أكثر حظاً)، نجد أن لديهما فرصاً مختلفة جداً في تنمية صحية للطفولة المبكرة. ويقدم الشكل 8-5 فرصة مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة المختلفة لهؤلاء الأفراد «الأقل حظاً» و«الأكثر حظاً».

ولكل مؤشر تقريباً، يواجه الطفل الأقل حظاً احتمالات أضعف للتطور الصحي. وعند مقارنة الأقل والأكثر حظاً، نجد أن الفجوة في الرعاية قبل الولادة هي 38 نقطة في المائة، والفجوة في وجود قابلة ماهرة عند الولادة هي 54 نقطة مئوية. والطفل الأقل حظاً يواجه احتمالاً أكبر للوفاة في الشهر أو السنة الأولى من الحياة. والطفل الأقل حظاً يواجه احتمالاً أقل بـ 5 نقاط مئوية لتلقي اللقاحات و 21 نقطة مئوية أكثر من حيث الإصابة بالتقرم، و 29 نقطة مئوية أكثر في أن يصاب بنقص الوزن، و 18 نقطة مئوية أكثر في أن يصاب بالهزال. وهناك فجوة قدرها 37 نقطة مئوية في الأنشطة التنموية، حيث

إن الطفل الأوفر حظاً معرض أكثر بمرتين لممارسة هذه الأنشطة. والاختلاف الأكبر في الالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة هو حين تكون فرصة انضمام الطفل الأوفر حظاً لرعاية وتعليم الطفولة المبكرة أكثر بسبع مرات من الطفل الأقل حظاً. ويواجه الطفل الأقل حظاً احتمالاً مضاعفاً للانضمام إلى عمالة الأطفال، واحتمالاً أكبر بقليل للتعرض للتأديب العنيف.

الخاتمة

يواجه الأطفال في جيبوتي عدداً من العقبات تحول دون تحقيق إمكاناتهم الكاملة للتنمية المبكرة. وعلى الرغم من أن الرعاية الصحية المبكرة، على الأخص الرعاية قبل الولادة والرعاية الماهرة أثناء الولادة تظهر فقط فجوات معتدلة في التغطية، فإن وفيات الرضع وحديثي الولادة مرتفعة. ويشكل انخفاض نسبة تغطية التحصين خطراً كبيراً على صحة الأطفال، حيث إن أقل من ثلث الأطفال محصنون بالكامل. وسوء التغذية أمر شائع في جيبوتي حيث إن ثلث الأطفال مصابون بالتقزم. ويواجه الأطفال خطراً كبيراً متمثلاً في اختلال التطور المعرفي نتيجة النسبة المقاربة للصفر للملح المضاف إليه البود. ويواجه الأطفال فرصاً متشابهة لممارسة الأنشطة التنموية بنفس قدر احتمال تعرضهم للتأديب العنيف، ويواجهون احتمالاً أكبر في الانخراط في عمالة الأطفال في عمر خمس سنوات من حضور رعاية وتعليم الطفولة المبكرة. وبالإضافة إلى التهديدات الكبيرة لتنميتهم المبكرة، يواجه الأطفال فرصاً غير متكافئة في تحقيق إمكاناتهم الكاملة بناءً على الظروف التي ولدوا فيها. ولوحظ وجود عدم مساواة كبير عبر كافة أبعاد تنمية الطفولة المبكرة، بالإضافة إلى مجموعة متنوعة من الخصائص التي تساهم في عدم المساواة. وينبغي القيام بالمزيد من أجل ضمان حصول الأطفال على فرص متكافئة لتطوير إمكاناتهم الكاملة.

الملحق 5 أ: البيانات

مجموعة البيانات

يستخدم التحليل بيانات مستعرضة عن رفاة النساء والأطفال تم جمعها من خلال المسح العنقودي المتعدد المؤشرات (MICS) لعام 2006 في جيبوتي ومشروع المسح العربي لصحة الأسرة 2012. والمسح مُمثل على الصعيد الوطني، ويشمل بيانات تسمح بتحليل العلاقة بين مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة ومؤشرات الطفل والأسرة. من أجل الحصول على المزيد من المعلومات في التقرير الأخير عن المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2006، يرجى الرجوع إلى وزارة الصحة وجامعة الدول العربية (2007). ويرجى الرجوع إلى وزارة الصحة، ومعهد الإحصاء والدراسات الديمغرافية وجامعة الدول العربية (2012) للحصول على المزيد من المعلومات في التقرير الأخير حول مشروع المسح العربي لصحة الأسرة لعام 2012.

العينة

مجموعة بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات لجيبوتي لعام 2006 أخذت عينات من 4888 أسرة و 6020 امرأة متزوجة أو سبق لها الزواج بين سن 15-49، و 2565 طفلاً دون الخمس سنوات من العمر (من خلال سؤال أمهاتهم أو القائمين على رعايتهن). ويتم تقييم التحليل في هذا الموجز ليكون ممثلاً على المستوى الوطني. وأحجام العينة (N) في كل جدول من الجداول قائمة على العدد غير المرجح من الملاحظات في البيانات.

الملحق 5ب - المؤشرات حسب الخصائص الأساسية

الجدول 5ب-1 المؤشرات حسب الخصائص الأساسية

نسبة الأطفال (4-0)	نسبة الأطفال (4-0)	عمالة الأطفال (العمر 5)	الرعاية والتعليم لمرحلة الطفولة المبكرة			الوزن بالنسبة للطول (انحراف المعياري)			الطول بالنسبة للعمر (انحراف المعياري)			وفيات حديثي الولادة			رعاية قبل الولادة	قابلة ماهرة عند الولادة	نسبة الأطفال (4-0)
			تأديب عنيف (5-2)	أربعة أنشطة تمويية	انحراف (معيارى)	المصابون بالهزال	الوزن بالنسبة للعمر	المصابون بنقص الوزن	المصابون بالانقزم	تطعيم كامل في عمر ستة	وفيات الرضع	حديثي الولادة					
2012	2006	2006	2006	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012
النوع الاجتماعي																	
50.9	53.3	18.1	12.4	38.2	38.2	-0.81	23.6	-1.19	31.1	-1.05	33.7	31.7	6.8	4.0			الذكر
49.1	46.7	19.1	16.0	33.7	35.0	-0.60	21.0	-1.08	28.6	-1.11	33.3	29.7	5.1	3.2			أنثى
الثروة																	
31.2	26.1	22.6	5.8	24.5	26.0	-0.93	29.0	-1.50	39.7	-1.36	41.1	25.9	5.1	3.5	58.2	68.4	الأفقر
20.5	21.6	30.6	12.8	42.9	39.4	-0.93	22.6	-1.35	33.8	-1.24	36.9	24.4	6.6	3.4	95.2	91.3	الثانية
18.0	17.5	14.8	14.2	37.2	33.7	-0.66	23.0	-1.10	28.6	-0.99	29.4	16.9	5.1	4.0	98.9	94.7	الوسط
16.1	17.2	15.5	17.0	39.2	34.9	-0.46	16.1	-0.84	22.0	-0.93	28.8	42.7	8.1	4.2	99.7	97.9	الرابعة
14.1	17.1	7.4	23.3	47.2	56.6	-0.23	13.4	-0.43	13.4	-0.54	22.5	44.8	5.4	2.9	99.6	97.6	الأغنى
تعليم الأم																	
65.2	61.1		10.3	36.1	32.9	-0.81	23.1	-1.22	31.5	-1.14	34.3	28.7	6.4	3.9	83.5	84.3	بلا تعليم
11.2	18.7		12.9	51.8	41.9	-0.65	19.9	-1.06	24.0	-0.93	31.5	39.4	4.2	3.0	96.6	97.3	أساسي
8.7	17.9		27.8	39.6	51.0	-0.07	14.5	-0.49	18.6	-0.76	26.9	32.0	4.9	2.0	98.9	97.9	ثانوي +
14.9				22.6		-0.64	25.1	-1.22	33.9	-1.13	35.8						ناقص/غير معروف
	2.3		13.9														
تعليم الأب																	
51.9	36.5		7.7	35.0	34.5	-0.86	24.2	-1.29	32.5	-1.18	35.4	21.5	5.8	3.6	80.2	82.1	بلا تعليم
10.1	16.7		13.7	35.2	39.7	-0.58	21.5	-1.17	30.1	-1.18	36.3	45.8	7.1	4.6	95.9	95.9	أساسي
18.3	32.3		21.9	50.5	40.2	-0.42	15.9	-0.67	18.7	-0.70	24.2	34.7	6.4	3.7	99.5	98.4	ثانوي +
19.7	1.9		11.2	26.9	37.6	-0.63	23.8	-1.17	33.4	-1.14	35.8	63.1	3.4	1.1	94.6	88.0	ناقص/غير معروف
	10.8		14.0														الأب ليس في الأسرة
	1.8		14.0														غير معباري

يستكمل في الصفحة التالية

الجدول 5ب-1 المؤشرات حسب الخصائص الأساسية (تابع)

الرعاية والتعليم لمرحلة		الوزن بالنسبة للوزن		الطول بالنسبة للعمر		وفيات		رعاية قبل الولادة									
نسبة	نسبة	عمالة	الطفولة المبكرة	تأديب	أربعة أنشطة	انحراف	المصابون	المصابون	انحراف	المصابون	التقزم	تطعيم كامل	وفيات	وفيات	حديثي الولادة	قابلة ماهرة	رعاية قبل الولادة
الأطفال	الأطفال	الأطفال	المبكرة	عنيف	تنموية	معياري	بالهزال	للنسبة	بنقص الوزن	معياري	معياري	في عمر سنة	الرضع	الولادة	عند الولادة	عند الولادة	الولادة
(4-0)	(4-0)	(العمر 5)	(4-3)	(5-2)	تمموية	معياري	معياري	للنسبة	للنسبة	معياري	معياري	معياري	معياري	معياري	معياري	معياري	معياري
2012	2006	2006	2006	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012
		18.4															
		13.6															
		19.6															
		45.7															
		21.0															
		20.4															
		11.8															
		26.5															
		25.2															
		18.3															

تعليم المرأة

لا مدرسة

بعض التعليم الأساسي

9-6 سنوات

بعض الثانوي أو

أكمل الثانوي

أو ما بعد الثانوي

تعليم الشريك

لا مدرسة

بعض التعليم

الأساسي

9-6 سنوات

بعض الثانوي أو

أكمل الثانوي

أو ما بعد الثانوي

ناقص

يستكمل في الصفحة التالية

الجدول 5ب-1 المؤشرات حسب الخصائص الأساسية (تابع)

نسبة	نسبة	عمالة	الرعاية والتعليم			أربعة أنشطة	الوزن بالنسبة للطول	الوزن بالنسبة للمصابون بالهزال	الوزن بالنسبة للمصابون للوزن	الطول بالنسبة للعمر	المصابون بالتقزم	تطعيم كامل في عمر سنة	وفيات الرضع	وفيات حديثي الولادة	قابلة ماهرة عند الولادة	رعاية قبل الولادة	السنة
			المرحلة المبكرة	تأديب عنيف	أربعه أنشطة												
الأطفال (4-0)	الأطفال (4-0)	(العمر 5)	(4-3)	(5-2)	تموية	(انحراف معياري)	بالمصابون	للنسبة للعمر	(انحراف معياري)	بالتقزم	في عمر سنة	الرضع	الولادة	عند الولادة	الولادة		
2012	2006	2006	2006	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	
الإقامة																	
71.5	98.8	18.1	14.4	42.9	41.1	-0.63	20.2	-1.01	26.0	-0.96	30.0	30.4	6.3	3.5	98.4	95.2	حضر
28.5	4.2	27.5	7.6	19.5	23.4	-0.90	27.5	-1.46	39.7	-1.38	42.3	31.7	5.1	3.9	54.9	66.6	ريف
المنطقة																	
60.3	85.5	16.3	15.6	43.3	43.6	-0.59	19.5	-0.98	25.4	-0.97	29.8	28.0	6.3	3.4	98.8	95.8	جيبوتي
39.7	14.5	28.0	7.1	25.3	24.4	-0.88	26.5	-1.38	36.8	-1.25	39.2	35.9	5.4	3.9	67.4	74.2	أقضية أخرى
المحافظة																	
60.3				43.3	43.6	-0.59	19.5	-0.98	25.4	-0.97	29.8	28.0	6.3	3.4	98.8	95.8	جيبوتي
9.3				34.0	13.6	-0.82	23.4	-1.10	28.9	-1.10	35.6	56.4	3.3	2.2	75.6	62.4	الصايبية
9.0				36.3	18.5	-0.78	24.8	-1.36	35.1	-1.25	36.2	36.4	5.9	5.2	78.1	93.7	دخيل
10.7				19.5	31.9	-0.77	23.8	-1.54	41.9	-1.61	45.1	19.0	5.5	4.1	57.7	70.4	تدجورة
4.7				18.9	37.4	-1.22	31.6	-1.69	44.9	-1.37	44.6	51.2	7.9	5.5	59.1	64.2	أوبوك
6.0				14.3	25.1	-1.07	35.2	-1.29	35.9	-0.75	34.2	32.3	5.0	2.5	63.3	73.9	أرتا
100.0	100.0	18.6	14.1	36.2	36.6	-0.70	22.3	-1.14	29.9	-1.08	33.5	30.7	6.0	3.6	87.4	87.9	المجموع
		606	903	1,051	1,808	3,346	3,346	3,438	3,438	3,361	3,361	398	3,394	3,394	1,943	1,944	(المشاهدات) N

المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مشروع المسح العربي لصحة الأسرة في جيبوتي 2012، و المسح المتعدد المؤشرات في جيبوتي 2006 ملاحظة: الخانات الخالية تعني لا ينطبق أو غير متاح.

الملحق 5 ج: العلاقة بين مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة والمعلومات الأساسية، عند أخذ الخصائص المتعددة في الحسبان

الجدول 5ج1: العلاقة بين مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة والخصائص الأساسية المتعددة

الريادة والتعلم		مؤشرات تنمية		المصابون بنقص في الوزن		المصابون بالتقزم		أثناء الولادة		وفيات حديثي الولادة	
الرعاية	لمرحلة الطفولة عمالة أطفال	تأديب عنيف	مؤشرات تنمية	المصابون بالهزال	المصابون بنقص في الوزن	المصابون بالتقزم	تطعيم كامل	الولادة	قبل الولادة	وفيات الرضع	وفيات حديثي الولادة
		-						-	-		ريف
-	+		+				-				مدينة جيبوتي مقارنة بأفضية أخرى
											الثروة – 20 في المائة من الأسر – مقارنة بالأققر
								+	+		الثاني
								+			الثالث
				-	-		+	+	+		الرابع
-			+	-	-	-	+	+			لاغني
											أثني
											تعليم الأم مقارنة بالأميين
									+	-	تعليم أساسي
											ثانوي +
+											ناقص/الأعرف
											تعليم الأب - مقارنة بالأميين
							+	+	+		التعليم الأساسي
								+	+		ثانوي +
							+		-		ناقص/الأعرف
603	900	1,005	1,808	3,346	3,438	3,361	398	1,943	1,944		مشاهدات (N)
0.082	0.069	0.061	0.051	0.020	0.037	0.020	0.120	0.455	0.225		الجذر التربيعي الرائف
0.001	0.002	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		قيمة P (نموذج)

المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مشروع المسح العربي لصحة الأسرة في جيبوتي 2012، و المسح المتعدد المؤشرات في جيبوتي 2006
ملاحظة: الخانات الخالية تعني عدم وجود علاقة مهمة إحصائياً. فئات التعليم الأخرى (ليس في الأسرة، والمناهج غير القياسية) تم اشتغالها من أجل نماذج رعاية وتعليم الطفولة المبكرة وعمالة الأطفال، لكنها كانت غير مهمة. + = احتمال < .05 وتأثير إيجابي، - = احتمال < .05 وتأثير سلبي.

الحواشي

1. تحتسب كل من معدلات وفيات الرضع وحديثي الولادة بناء على وفيات من هم في عمر سنة إلى خمس سنوات (من 2006-2010) قبل مسح المشروع العربي لصحة الأسرة.
2. طبيب أو ممرضة و قابلة.
3. يطرح المسح أسئلة على النساء بشأن الرعاية قبل الولادة فيما يخص الولادات الحية، في السنتين الماضيتين فقط. وبما أنه من المرجح أن تربط الولادات الحية بالرعاية قبل الولادة ، فإن النسبة المئوية للولادات التي لم تتلق رعاية قبل الولادة من المحتمل أن تكون تقلل من تقدير النسب المئوية لحالات الحمل التي لم تتلق رعاية قبل الولادة.
4. إما طبيب أو ممرضة أو قابلة قانونية.
5. كما كان الحال بالنسبة للرعاية قبل الولادة، تطرح أسئلة ولادة بشأن الولادات الحية فقط. وبما أنه من المرجح أن تربط الولادات الحية بالرعاية على يد مهني صحة، فإن النسبة المئوية للولادات على يد مهني صحة من المحتمل أن تتباين في تقدير عدد الولادات التي تمت على يد مهني صحة.
6. لقاح DPT هو مزيج من اللقاحات التي تغطي الدفتيريا، والسعال الديكي، والتيتانوس. وينبغي أن يحصل الأطفال على ثلاث جرعات ليكونوا محصنين بالكامل.
7. ينبغي أن يحصل الأطفال على ثلاث جرعات ليكونوا محصنين بالكامل ضد شلل الأطفال.
8. تتحقق المناعة الجماعية حين يكون حتى الأفراد غير الملقحين في السكان («القطيع») محصنين من المرض لأن المرض لن ينتشر بعد الآن. وهذا يتحقق حين يتم تطعيم 90-95 في المائة من الرضع.
9. الوحدات الخاصة بالطول بالنسبة للعمر، والوزن بالنسبة للعمر، والوزن بالنسبة للطول تبين إلى أي حد الأطفال في جيبوتي هم مختلفون في المتوسط عن مرجعية السكان من حيث الانحرافات المعيارية.
10. أكثر من 15 جزءا في المليون من اليود في الملح
11. والأشطة الستة هي: (1) قراءة كتب أو مشاهدة كتب تحتوي صوراً مع الطفل (2) رواية قصص للطفل (3) غناء أغاني مع الطفل (4) أخذ الطفل خارج البيت، المجمع أو الساحة أو الحديقة (5) اللعب مع الطفل (6) تضيئة وقت مع الطفل وهو يسمي الأشياء باسمها أو يعد أو يرسم أشياء.
12. المعدلات تستند إلى بيانات 2011
13. حسب تعريفات المسح المتعدد المؤشرات، يكون التأديب العنيف قائماً على التأديب الذي تلقاه الطفل من قبل أي فرد في الأسرة خلال الشهر الأخير، وهو يشمل: الاعتداء النفسي (الصراخ، والصياح على الطفل؛ وتسميته بالغبى، والكسول، أو أي تسمية كهذه) العقاب الجسدي (هز الطفل؛ صفع على الكفل، ضرب أو صفع الطفل على المؤخرة بيده؛ ضرب الطفل على المؤخرة أو مكان آخر في جسده باستخدام أداة مثل الحزام، أو فرشاة الشعر، أو عصا، أو غرض آخر قاسٍ؛ ضرب أو صفع الطفل على يده، أو ذراعه أو رجليه) والعقاب الجسدي القاسي (ضرب أو صفع الطفل على الوجه، أو الرأس أو الأذنين؛ ضرب الطفل بأداة (مرارا وتكرارا وبأقصى ما يمكن).
14. كانت الأسئلة: (1) خلال الأسبوع الماضي، هل قام (الطفل) بأي نوع من العمل من أجل شخص ليس فرداً في هذه الأسرة (2) خلال الأسبوع الماضي، هل قام (الطفل) بالمساعدة في الأعمال المنزلية، مثل التسوق ، وجمع الحطب، والتنظيف، وجلب الماء، أو رعاية الأطفال؟ (3) خلال الأسبوع الماضي هل قام (الطفل) بأي عمل أسري آخر (في المزرعة أو في الأعمال التجارية أو بيع السلع في الشارع)؟
15. تعرف الثروة من حيث أي فئة 20 في المائة من الأسر يقع الطفل ضمنها، بناء على مؤشر أصول (ثراء) لسلع معمرة.
16. تم استخدام مستوى من الدلالة الإحصائية بواقع 5 في المائة طوال الفترة.

17. في نموذج الانحدار، لم تكن أي من الاختلافات مهمة إحصائياً، ومن المرجح أن يكون ذلك مرده عينة صغيرة نسبياً من الأطفال في عمر سنة.

18. في نماذج الانحدار، لم يكن هناك أي عوامل تنبؤ للأششطة التنموية أو التأديب العنيف لها أهمية إحصائية، باستثناء غياب الأب، الأمر الذي يزيد من احتمال حدوث التأديب العنيف.

المراجع

- Hill, Kenneth, and Dawn M. Upchurch. 1995. "Gender Differences in Child Health: Evidence from the Demographic and Health Surveys." *Population and Development Review* 21 (1): 127-51.
- Ministry of Health (Djibouti), Institute of Statistics and Demographic Studies, and League of Arab States. 2012. *Second Djibouti Survey of Family Health EDSF/PAPFAM 2-2012: Final Report (French)*. Cairo.
- Ministry of Health, and League of Arab States. 2007. *Djibouti Multiple Indicator Survey 2006 Final Report (French)*. Djibouti.
- UNDP (United Nations Development Programme). 2014. "Human Development Index." (accessed April 23, 2014) <https://data.undp.org/dataset/Table-2-Human-Development-Index-trends/efc4-gjvq>.
- UNICEF (United Nations Children's Fund). 2010. *Child Disciplinary Practices at Home: Evidence from a Range of Low- and Middle-Income Countries*. New York: UNICEF.
- . 2014. *The State of the World's Children 2014 in Numbers: Every Child Counts: Revealing Disparities, Advancing Children's Rights*. New York: UNICEF.
- World Development Indicators (database). World Bank, Washington, DC. <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>.

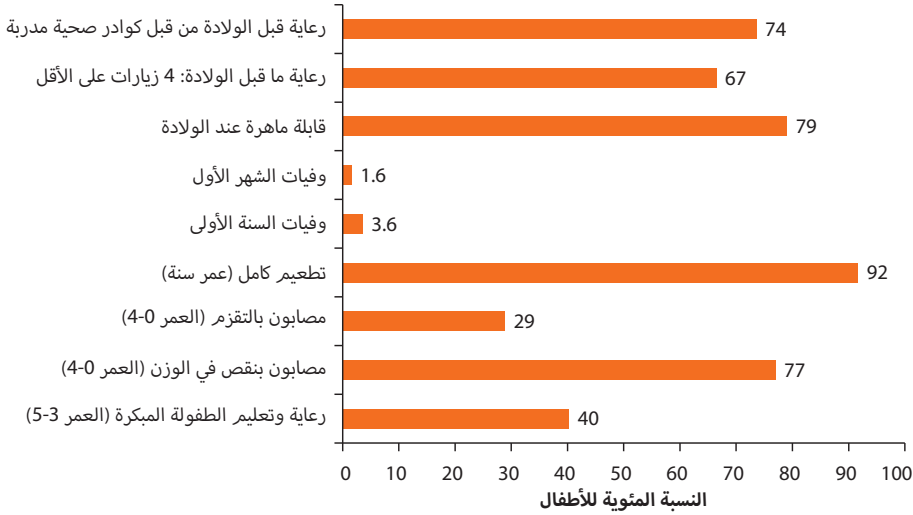
جمهورية مصر العربية

حالة تنمية الطفولة المبكرة في جمهورية مصر العربية

لا يحقق الأطفال في مصر كامل إمكانياتهم للتنمية المبكرة. ويبين الشكل 6-1 حالة تنمية الطفولة المبكرة في مصر، باستخدام عدد من المؤشرات. تلقت 74 في المائة من الولادات فقط رعاية ما قبل الولادة، و67 في المائة منها تلقت رعاية قبل الولادة بصورة منتظمة (أربع زيارات على الأقل). وحوالي 79 في المائة من الولادات تمت على يد قابلات ماهرات. وكان 1.6 في المائة من الأطفال يتوفون في الشهر الأول، و3.6 في المائة من الأطفال يتوفون في السنة الأولى من عمرهم. ومعدلات التحصين في مصر جيدة، حيث إن 92 في المائة فقط من الأطفال في عمر السنة محصنون بالكامل. ويشكل سوء التغذية مشكلة خطيرة في مصر، حيث إن 29 في المائة من الأطفال مصابون بالتقزم، و فقط (77 في المائة) لديهم إمكانية تناول ملح مضاف إليه كميات كافية من اليود، وهذا أساسي لتطور الدماغ. وعلاوة على ذلك، فإن للأطفال في مصر إمكانية محدودة للحصول على التعلم المبكر والتطور المعرفي، حيث إن فقط (40 في المائة) من الأطفال بعمر 3-5 حضروا برامج رعاية وتعليم الطفولة المبكرة.

ويقدم هذا الفصل وضع تنمية الطفولة المبكرة في مصر. ويتم فحص الوضع الصحي للأطفال من خلال مؤشرات (راجع الإطار 6-1) للوفيات المبكرة، والرعاية قبل الولادة، ووجود قابلة ماهرة عند الولادة، وعمليات التحصين. ويتم قياس الوضع الغذائي للأطفال من خلال التقزم (الطول بالنسبة للعمر). ومن أجل تقييم التطور المعرفي والاجتماعي أو العاطفي، ينظر التحليل في حضور رعاية وتعليم الطفولة المبكرة. ومن أجل فهم أفضل للسياق والظروف التي تؤثر على محصلات تنمية الطفولة المبكرة، يدرس التحليل أيضا العوامل الأساسية التي قد تترافق مع محصلات تنمية الطفولة المبكرة على مستوى الفرد، والأسرة والمجتمع، والعلاقة بينهم. (راجع الملاحق 6 أ، و6 ب، و6 ج، للحصول على معلومات إضافية بشأن البيانات وهذه العلاقات). ولمعرفة السياق العام للبلد، راجع الإطار 6-2. وأخيراً، يقدم هذا الفصل تحليلاً لنطاق التفاوت في محصلات تنمية الطفولة المبكرة، والعوامل التي تساهم أكثر من غيرها في هذا التفاوت. ويستند التحليل إلى أحدث البيانات المتوفرة: المسح الديمغرافي والصحي 2008. تغطي البيانات الأبعاد المتنوعة من الطفولة المبكرة من قبل ولادة الطفل وحتى سن الدخول إلى المدرسة (ست سنوات في مصر). ولو توفرت بيانات أكثر وتم فحصها، لأمكن تقديم صورة أفضل لتنمية الطفولة المبكرة في مصر. وفي حين

الشكل 6-1 ملخص مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح الديمغرافي والصحي لمصر، 2008.

الإطار 6-1 مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة التي تم فحصها في مصر

- رعاية ما قبل الولادة
- قابلة ماهرة عند الولادة
- وفيات حديثي الولادة (وفيات الشهر الأول)
- وفيات الرضع (وفيات السنة الأولى)
- تطعيم كامل
- التقزم/الطول بالنسبة للعمر
- الملح المعالج باليود
- الرعاية والتعليم لمرحلة الطفولة المبكرة

أنه في الظروف الطبيعية، تتغير مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة بصورة بطيئة نسبياً، فإنه على أرض الواقع اليوم، وفي ضوء الربيع العربي، قد يكون هناك تغيرات كبيرة تحدث. وقد يواجه الأطفال تحديات إضافية، ولكن قد تتوفر أيضاً فرص للنهوض بتنمية الطفولة المبكرة.

البقاء، والرعاية الصحية، والتغذية

الخطوة الأولى في التنمية الصحية للطفولة المبكرة هي ببساطة تجاوز مرحلة الطفولة المبكرة مع البقاء على قيد الحياة. إن تخفيض معدلات وفيات الأطفال دون الخامسة بمقدار الثلثين هو أحد الأهداف الإنمائية للألفية، وهدف حيوي في جهود مصر الرامية إلى تعزيز تنمية الطفولة المبكرة. في مصر، يتوفى واحد من كل 42 طفلاً مولوداً، قبل عيد ميلاده الأول. أي أن 121 طفلاً تحت سن سنة يموتون يومياً¹. وكان معدل وفيات الأطفال الذي يشير إلى الأطفال الذين يتوفون قبل عيد ميلادهم الأول، هو 24 طفلاً لكل ألف ولادة². وهو نفس متوسط معدلات منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (اليونيسف 2014). وتتضمن معظم وفيات الرضع وفيات الأطفال حديثي الولادة، والأطفال الذين يتوفون خلال

الإطار 2-6 ملخص لمؤشرات التنمية في جمهورية مصر العربية

مصر بلد ذو دخل منخفض إلى متوسط، مع ناتج محلي إجمالي للفرد بلغ حوالي 3256 دولاراً أمريكياً (الجدول ب-6-1). ويقدر عدد سكان مصر بواقع 81 مليوناً، منهم الثلث تقل أعمارهم عن 15 عاماً. وبلغ معدل توقع الحياة عند الولادة 71 عاماً، وهو يعتبر جيداً بالنسبة للبلدان الأخرى في هذا المستوى من التنمية. وبلغ معدل الالتحاق الإجمالي للمرحلة الابتدائية في مصر هو 113 في المائة في 2012. وحلت مصر في المرتبة 112 من بين 186 بلداً مع بيانات قابلة للمقارنة في مؤشر التنمية البشرية لعام 2012 (HDI).

الجدول 1. المؤشرات الاجتماعية والاقتصادية لمصر

2012	1990	
80.7	56.3	إجمالي عدد السكان (بالملايين)
31	40	النسبة المئوية للسكان تحت سن الـ 15
\$3,256	\$766	الناتج المحلي الإجمالي للفرد (دولار أمريكي)
71	65	معدل توقع الحياة عند الولادة
113	92	معدل الالتحاق بالمدرسة، الابتدائي (في المائة من الإجمالي)

المصدر: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي 2014، مؤشرات التنمية العالمية

الشهر الأول من الحياة. وفي مصر، يتوفى 16 طفلاً من كل ألف خلال الشهر الأول من حياتهم، وهذا مشابه للمتوسط الإقليمي البالغ 15 لكل ألف (اليونسيف 2014). وفي حين أن وفيات الرضع كانت في انخفاض سريع في مصر- حيث انخفضت من حوالي 74 طفلاً لكل ألف في 1988 - فإن وفيات حديثي الولادة شكلت مشكلة أكثر إلحاحاً، حيث كان انخفاض معدلاتها بطيئاً ومحدوداً (مؤشرات التنمية العالمية).

إن معالجة موضوعي الوفاة المبكرة وتنمية الطفولة المبكرة تبدأ أثناء الحمل لأنه من الممكن أن يتعرض الأطفال إلى خطر ضعف التنمية حتى قبل الولادة. وفي مصر تلقت 74 في المائة من المواليد الأحياء رعاية قبل الولادة من مهني صحة⁴. وتلقى ثلثا الولادات (67 في المائة) رعاية قبل الولادة (بصورة منتظمة) من خلال أربع زيارات أو أكثر. ولكن ما يزيد على ربع (26 في المائة) الولادات الحية لم تتلق رعاية قبل الولادة من مهني صحة. وفي كل عام، حوالي نصف مليون طفل يولدون لأمهات لم تتلقين رعاية قبل الولادة، مما يعرض الأطفال (والأمهات) لخطر كبير. وعلى مدى العقود الماضية، توسع استخدام الرعاية قبل الولادة من حوالي 50 في المائة في الثمانينيات والتسعينيات إلى 69 في المائة في 2003، وبلغ 74 في المائة في 2008 (مؤشرات التنمية العالمية). والمعدل الحالي هو دون متوسط منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا والبالغ 83 في المائة (اليونسيف 2014). والتخوف الكبير هو أن ربع الولادات في مصر لم تتلق أي رعاية قبل الولادة على الإطلاق.

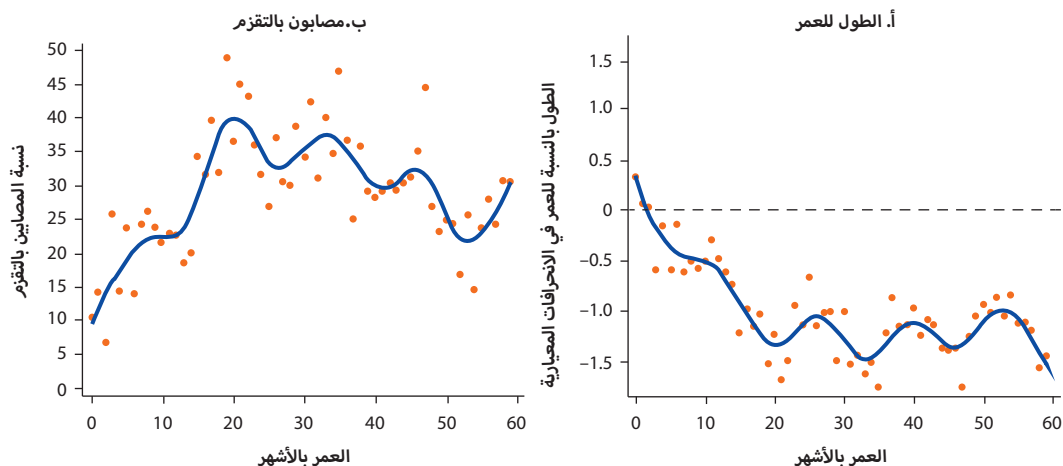
والولادة بوجود قابلة ماهرة تشكل مكوناً هاماً للتقليل من وفيات وأمراض حديثي الولادة. وتساعد القابلات الماهرات في أن تكون الولادة آمنة، وتلعب دوراً هاماً في تحديد القضايا الصحية وتوفير الرعاية بعد الولادة (منظمة الصحة العالمية 2004). وضمان أن يتم عدد أكبر من الولادات على يد موظفي صحة ماهرين هو جزء هام من تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية. وفي مصر، 79 في المائة من الولادات⁵ تمت بوجود مهني صحة، وكانت 20 في المائة من الولادات تتم على يد الدايات، أي القابلات القانونيات التقليديات. وأقل من 1 في المائة من الولادات تم بلا مساعدة. وقد زاد في مصر بصورة مضطربة عدد الولادات التي تمت على يد قابلات ماهرات على مدى العقود العديدة الماضية. وفي

1988، كانت في المائة من الولادات تتم على يد قابلات ماهرات، وفي 1998 وصلت النسبة إلى 55 في المائة من الولادات قبل أن ترتفع إلى 79 في المائة في 2008، وهذا معدل زيادة مضطربة وصل إلى 10 نقاط مئوية كل خمس سنوات (مؤشرات التنمية العالمية). ولدى المقارنة بين الرعاية أثناء الولادة والرعاية قبل الولادة، تبين أنه حدثت زيادة أكبر في نطاق الرعاية أثناء الولادة منها للرعاية قبل الولادة. والمعدلات في مصر هي على مستوى المتوسط الإقليمي من حيث الرعاية أثناء الولادة والبالغ 79 في المائة (اليونيسف 2014).

يلعب تحصين الأطفال دوراً هاماً في منع الأمراض وتخفيض وفيات الأطفال (مولينا 2012). ويعتبر الأطفال محصنين بالكامل إذا تلقوا تطعيماً لأمراض الطفولة الستة الرئيسية التي يمكن الوقاية منها: السل، والدفتيريا، والسعال الديكي، والكزاز،⁶ وشلل الأطفال⁷ والحصبة. وينبغي أن يتم تحصين الأطفال بالكامل ببلوغ سن 12 شهراً؛ و92 في المائة من الأطفال بعمر 12-23 شهراً⁸ محصنون بالكامل. ويحتاج لقاح شلل الأطفال الثالث إلى اهتمام أكبر خلال حملات التطعيم في مصر، حيث إن 5 في المائة من الأطفال في عمر 12-23 سنة لم يتلقوه.

من حيث التغذية، يبدأ الأطفال في مصر حياتهم على أساس صحي نوعاً ما. إلا أنه في أول سنتين من عمرهم يتعرضون إلى نقص كبير من ناحية النمو الصحي مقبلاً بالطول بالنسبة للعمر. وطول الطفل، بالنسبة لمتوسط طول الطفل الذي يتمتع بصحة جيدة ومن نفس العمر (بالأشهر) والجنس، هو مؤشر قوي للتغذية المتراكمة أو أوجه قصور التغذية المتراكمة. وكما يبين الشكل 2-6، الأطفال عند الولادة ليسوا في المتوسط مختلفين عن المرجعية السكانية⁹. ما يزيد على ربع الأطفال (29 في المائة) الذين هم دون الخامسة من العمر مصابون بالتقزم. إلا أنه خلال الأشهر القليلة الأولى من الحياة، يتعثر نموهم. ويكون التدهور حاداً نوعاً ما في السنة الثانية من عمرهم، ما بين 12 شهراً و23 شهراً، حيث يحقق الأطفال في المتوسط حوالي 1.5 انحراف معياري دون المرجعية السكانية التي تتمتع بصحة جيدة. وهناك أيضاً مكون دوري مهم يتعلق بسوء التغذية والتقزم في مصر. إذ إنه على مدى السنة الأولى من العمر، يكون هناك تنوع ملحوظ من حيث الطول بالنسبة للوزن (حوالي نصف انحراف معياري في الاختلاف)، وهذا يكون

الشكل 2-6 متوسط الطول للعمر مقارنة بالسكان المرجعيين الذين يتمتعون بصحة جيدة، في الانحرافات المعيارية والنسب المئوية للمصابين بالتقزم، حسب العمر بالأشهر، الأعمار من 0-59 شهراً.



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح الديمغرافي والصحي لمصر، 2008.

واضحاً بصورة خاصة في الأعمار بين سنتين إلى أربع سنوات. وهناك انخفاض في الطول بالنسبة للعمر في عمر 21 شهراً، و33 شهراً، و45 شهراً تقريباً. واستهداف المكملات الغذائية لهذه الفترة «من النحول» سيشكل مكوناً هاماً وذا أثر كبير لمعالجة سوء التغذية.

تلعب المغذيات الدقيقة، مثل الحديد، وفيتامين (أ)، والزنك، واليود أيضاً دوراً هاماً في كل من التنمية البدنية والمعرفية على حد سواء. والملح المضاف إليه اليود هو الوسيلة الأساسية لتقديم اليود للأطفال، وفي مصر، 77 في المئة من الأطفال يعيشون في أسر تتناول ملحاً مضافاً إليه كميات كافية من اليود¹⁰، مما يعني أن طفلاً من أربعة أطفال دون سن الخامسة يواجهون خطراً كبيراً في تدهور التطور المعرفي. كما أن نقص الملح المضاف إليه اليود يعرض الأطفال لخطر ضعف التطور المعرفي. ويواجه الأطفال المصريون والأمهات المصريات نقصاً في مغذيات دقيقة أخرى هامة، فنقص الحديد يبطئ التطور المعرفي ويزيد من خطر الإصابة بالمرض أو الوفاة، وفيتامين (أ) ضروري للبصر، والنمو، والتطور، ويساعد أيضاً على الحماية من بعض الأمراض. وفي مصر، 28 في المائة من الأطفال دون سن الثالثة لم يكونوا يستهلكون الأغذية الغنية بفيتامين أ على أساس يومي. وفي حين أنه في مصر برنامج خاص بمكملات فيتامين أ للامهات حديثات الولادة، فإن حوالي 88 في المائة من الأطفال بعمر 6-59 شهراً لم يتلقوا كبسولة فيتامين أ في الأشهر الستة الماضية. وهؤلاء الأطفال الذين يحصلون على فيتامين أ كانوا أساساً أولئك الذين يتلقون مطاعيم، وهذه وسيلة فاعلة من حيث التكلفة لتوفير فيتامين أ. إلا أن الأطفال، ما أن يتم تحصينهم بالكامل، في سن 24 شهراً أو أكثر، لا يعودون يتلقون فيتامين أ (الزنتي وواي 2009).

التطور المعرفي والاجتماعي والعاطفي

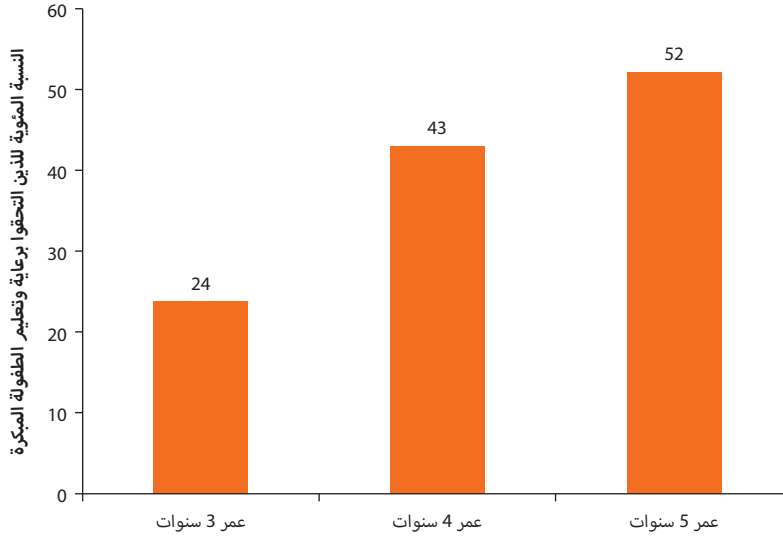
إن أحد أهداف برنامج التعليم للجمع هو توسيع نطاق رعاية وتعليم الطفولة المبكرة، وخاصة بين الأطفال الأكثر حرماناً وضعفاً. ويلعب تعليم الطفولة المبكرة والتعلم المبكر دوراً هاماً في النجاح في المدرسة. أثبتت الأدلة أن رعاية وتعليم الطفولة المبكرة (ECE) تحسن التطور المعرفي والاجتماعي والعاطفي، مع فوائد يمكن أن تدوم مدى الحياة. إلا أنه في مصر، 40 في المائة من الأطفال بعمر ثلاث إلى خمس سنوات لم يلتحقوا قط برياض أطفال، أو حضانات خاصة، أو أي برنامج رعاية وتعليم طفولة مبكرة آخر للاستعداد للمدرسة الابتدائية. وأظهرت دراسة أجريت مؤخراً في مصر أن رعاية وتعليم الطفولة المبكرة يحسنان من العلامات التي يحصل عليها الطفل في الاختبارات، ويقللان من الرسوب في الصف، ومن التسرب المدرسي ويزيدان من التحصيل العلمي بسنة كاملة (راجع الإطار 3-6). ويتوقع أن تؤدي رعاية وتعليم الطفولة المبكرة أيضاً إلى رفع الأجور لاحقاً في الحياة (اليونسكو 2006). ويبين الشكل 3-6 النسبة المئوية من الأطفال الذين سبق لهم أن التحقوا في رعاية وتعليم الطفولة المبكرة حسب العمر. و فقط ربع (24 في المائة) من الذين هم في عمر ثلاث سنوات سبق لهم أن التحقوا ببرامج رعاية وتعليم الطفولة المبكرة، ونصف (52 في المائة) من هم في سن الخامسة، التحقوا في نوع من أنواع رعاية وتعليم الطفولة المبكرة.

في مصر، تتضمن رعاية وتعليم الطفولة المبكرة بصورة رئيسية دور رياض أطفال وحضانات. ودور رياض الأطفال هي برامج رسمية بمنهج تربوي، مصممة لمساعدة الأطفال في المدرسة، في حين أن الحضانات مصممة أساساً لأغراض رعاية الأطفال الأصغر سناً، وهي متنوعة إلى حد كبير من حيث الجودة (برنامج الأمم المتحدة الإنمائي ومعهد التخطيط القومي، 2008). ونصف الأطفال في مصر الذين التحقوا برعاية وتعليم الطفولة المبكرة التحقوا بحضانة خاصة (53 في المائة) (راجع الشكل 4-6). إلا أن البرامج هي ذات جودة متنوعة ومكونات تربوية ضعيفة. ووضعت الحكومة المصرية خططا لتوسيع إمكانية الوصول إلى الحضانة. وبما أن هناك نسبة عالية من الأطفال ملتحقين بحضانات، فإن رفع الجودة والمحتوى التعليمي لهذا النظام، سيشكل جزءاً هاماً لتحسين رعاية وتعليم الطفولة المبكرة

الإطار 3-6 أثر رعاية وتعليم الطفولة المبكرة في جمهورية مصر العربية

تحسن رعاية وتعليم الطفولة المبكرة من المحصلات التربوية في مصر، وتقلل من التسرب والإعادة، وتزيد من التحصيل التعليمي وترفع من العلامات التي يتم الحصول عليها في الاختبارات. وبينت دراسة حديثة قام بها كرافت (2011)، أن رعاية وتعليم الطفولة المبكرة قللت من التسرب حتى أن الشباب الذين التحقوا بها درسوا أكثر من سنة إضافية. وكان الأطفال أيضاً أقل عرضة لإعادة السنة، وأقل عرضة بنسبة النصف لإعادة سنة في المرحلة الابتدائية، وعرضة لذلك فقط بنسبة الثلثين للمرحلة الإعدادية. كما أن الطلاب الذين التحقوا برعاية وتعليم الطفولة المبكرة، حصلوا على علامات في الاختبارات أعلى بنقطتين (من 100) في امتحاناتهم الابتدائية والإعدادية. ويمكن للطلاب توقع الحصول على أجور أعلى نتيجة تعليمهم الإضافي، بحيث إن منافع توسيع نطاق رعاية وتعليم الطفولة المبكرة ليشمل أطفالاً آخرين تتجاوز تكاليف ذلك؛ وبالتالي، فإن توسيع نطاق رعاية وتعليم الطفولة المبكرة سيكون استثماراً جيداً لمصر.

الشكل 3-6 النسبة المئوية للأطفال بعمر 3-5 الذين التحقوا برعاية وتعليم الطفولة المبكرة حسب العمر



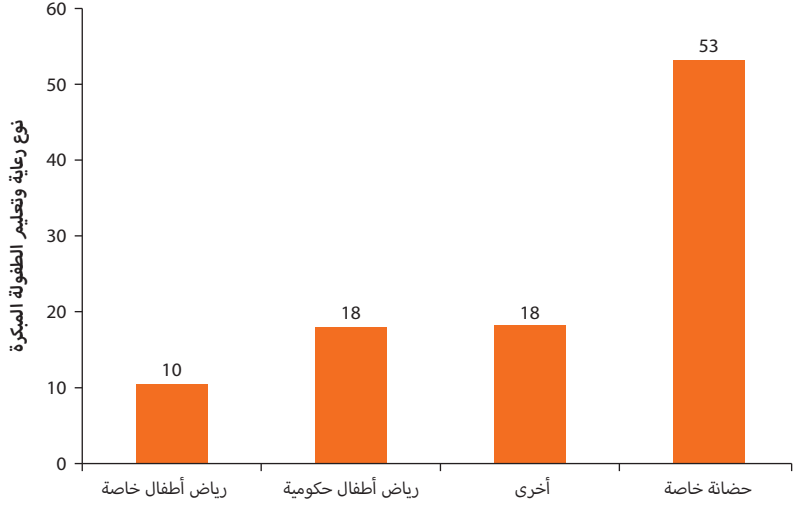
المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح الديمغرافي والصحي لمصر، 2008

(برنامج الأمم المتحدة الإنمائي ومعهد التخطيط القومي 2008). وكان احتمال حضور الأطفال الذين حضروا دور رياض أطفال رسمية، إلى حضانات حكومية هو أعلى (18 في المائة) منه لدور رياض الأطفال الخاصة (10 في المائة)، و18 في المائة حضروا أنواعاً "أخرى" من الحضانات.

العوامل الرئيسية التي تؤثر على تنمية الطفولة المبكرة

هناك عدد من السمات الأساسية على مستوى الطفل، والعائلة، و المجتمع تؤثر على محصلات تنمية الطفولة المبكرة: النوع الاجتماعي، وتعليم الأبوين، والوضع الاجتماعي والاقتصادي للأسرة (الثروة)،¹¹ والموقع الجغرافي

الشكل 4-6 نوع رعاية وتعليم الطفولة المبكرة التي تم حضورها، الأعمار 3-5



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح الديمغرافي والصحي لمصر، 2008

(الإقليم أو المحافظة)، ومحل الإقامة (حضر/ريف). يساعد فهم هذه العلاقات في تحديد سبب ضعف محصلات تنمية الطفولة المبكرة لدى بعض الأطفال، وأي الأطفال يجب استهدافهم بتدخلات في السياسات أو تدخلات برمجية.

البقاء، والصحة، والتغذية

السمات الأساسية لها علاقة معقدة مع وفيات الرضع في مصر. الأطفال الذكور معرضون للوفاة في السنة الأولى من الحياة أكثر من الإناث، وهذا نمط شائع عالمياً لأسباب وراثية (هيل وأبشيرش، 1995). ويزيد احتمال وفاة الأطفال في أفقر 40 في المائة من الأسر قبل عيد ميلادهم الأول بأكثر من مرتين عن الـ 20 في المائة الأغنى من الأسر. والأطفال في المناطق الحضرية، ولاسيما المحافظات الحضرية، ومحافظات الوجه القبلي الحضرية هم أكثر احتمالاً بالوفاة في السنة الأولى من عمرهم من الأطفال في مكان آخر من البلاد¹². إلا أن العلاقة بين وفيات الرضع وتعليم الوالدين ليست واضحة.

وعند أخذ خصائص أساسية أخرى في الاعتبار، فإن مكان ولادة الطفل له تأثير كبير¹³ على فرصتهم في البقاء في السنة الأولى. فعلى سبيل المثال، الأطفال في محافظات الوجه البحري والمحافظات الحضرية في الوجه القبلي هم أقل عرضة للوفاة في السنة الأولى من عمرهم. والأطفال من الأسر الأغنى، لا سيما الـ 20 في المائة الأغنى من الأسر هم أقل احتمالاً بكثير للوفاة في السنة الأولى من عمرهم مقارنة بأفقر 20 في المائة من الأسر.

إن استخدام رعاية ما قبل الولادة مرتبط ارتباطاً وثيقاً بالثروة، ومكان الإقامة، والموقع الجغرافي للأسرة وتعليم الوالدين. وفي حين أن 93 في المائة من الولادات في الخمس الأغنى من الأسر تلقت رعاية ما قبل الولادة، فإن فقط 54 في المائة من الولادات في الخمس الأفقر من الأسر قد تلقت ذلك. وكانت العلاقة بين الرعاية قبل الولادة وتعليم الأم مشابهة جداً للنمط حسب الثروة، مع زيادة استخدام خدمة الرعاية قبل الولادة مع ارتفاع مستويات التعليم. واحتمال تلقي الولادات في المناطق الحضرية رعاية قبل الولادة أعلى بكثير (85 في المائة) منه للولادات في الريف

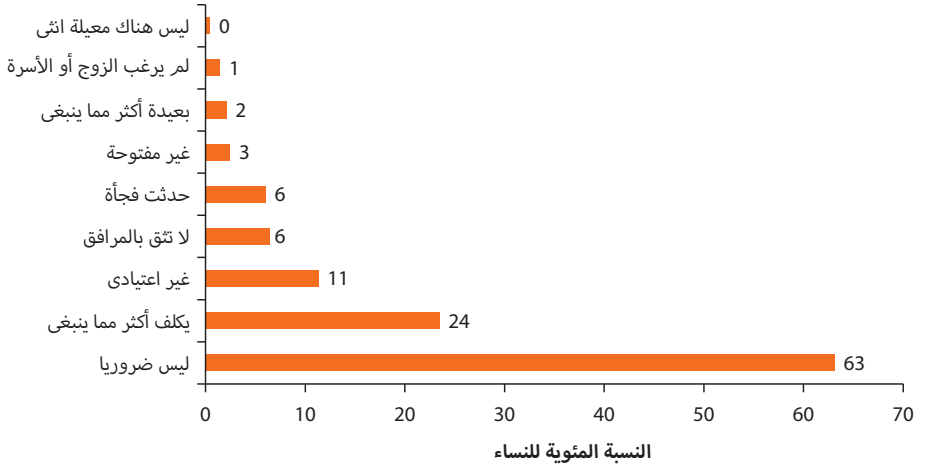
(67 في المائة). ويكون الفرق كبيرا بشكل خاص عند مقارنة المناطق، حيث إن المحافظات الحضرية (89 في المائة) تتضمن معدلات أعلى منها في المحافظات الريفية في الوجه القبلي (60 في المائة). وفي محافظات عديدة—المنوفية، والفيوم، وقنا—المعدلات هي دون 60 في المائة.

وعند أخذ خصائص أساسية أخرى في الاعتبار، فإن المنطقة التي تعيش فيها المرأة، وثروة أسرته، ومستوى تعليمها وتعليم زوجها تحدد فرصها في استخدام الرعاية قبل الولادة. ولكل منطقة أخرى فرصة أقل في استخدام الرعاية قبل الولادة من المحافظات الحضرية. واستخدام الرعاية قبل الولادة هو أعلى بكثير ويرتفع في المستوى الثاني عبر المستويات الأعلى من الثروة، مقارنة بأفقر 20 في المائة من الأسر. والأمهات والآباء الحاصلون على مستويات تعليم أعلى، على الأخص الأمهات الحاصلات على تعليم عالٍ، يكون احتمال حصولهم على رعاية قبل الولادة أكبر بكثير. والنساء اللواتي يُبْلَغَنَّ بأن البعد عن مراكز الرعاية الصحية هو مشكلة، هن أقل احتمالا بكثير بالحصول على رعاية قبل الولادة.

كما هو الحال بالنسبة للرعاية قبل الولادة، فإن وجود مهني صحة ماهر أثناء الولادة يختلف كثيرا حسب الثروة والتعليم، وأكثر حسب الاختلافات الجغرافية. وفي حين أن 79 في المائة من كافة الولادات تتضمن قابلات ماهرات، و90 في المائة من الولادات تتم في المناطق الحضرية، فإن 72 في المائة فقط من الولادات في المناطق الريفية تمت بوجود قابلات ماهرات أثناء الولادة. والفروقات بين المحافظات هي فروقات كبيرة، وفي المنيا، والفيوم، وأسيوط، وسوهاج، أقل من 60 في المائة من الولادات تتم بوجود قابلات ماهرات. وعند أخذ خصائص أخرى في الاعتبار، يكون في محافظات الوجه القبلي ومحافظات الحدود معدلات أقل بكثير للولادات التي تتم بوجود قابلات ماهرات. ويزداد احتمال أن تتم الولادات بوجود قابلة ماهرة مع زيادة الثروة وتعليم الأم؛ وهناك اختلافات أقل أهمية من حيث تعليم الأب.

ويُعد مراكز الرعاية الصحية لايؤثر بشكل كبير على استخدام الرعاية أثناء الولادة، إلا أن المفاهيم الخاصة بالحاجة للرعاية والتكلفة تشكل حواجز كبيرة. سئلت النساء اللواتي لم يلدن في مرفق صحي في آخر ولادة لهن عن سبب عدم قيامهن بذلك. ويقدم الشكل 5-6 الأسباب—التي قد تكون متعددة—التي ذكرتها النساء لعدم ولادة مواليدهن في مرافق صحية. وكان السبب الذي تكرر مرارا أكثر من غيره هو أنه لم يكن ذلك ضروريا (63 في المائة). وثاني أكثر الأسباب شيوعا كان أن تكلفة ذلك كانت عالية جدا (24 في المائة). ومن الأسباب التي ذكرت أحيانا أنه لم يكن من المعتاد القيام بذلك (11 في المائة)، وأن المرافق لم تكن جديرة بالثقة أو ذات جودة عالية (6 في المائة)، أو أن الوفاة حدثت فجأة (6 في المائة). وتشير الأسباب إلى أنه هناك عادة مرافق متوفرة، إلا أن هناك اختلافات جغرافية مهمة في توفير مرافق الرعاية الصحية في مصر. على سبيل المثال، المتوسط في المناطق الحضرية هو 6.7 وحدة صحية لكل 100000 من السكان، في حين أن متوسط المناطق الريفية هو 1.6 وحدة فقط لكل 100000 من السكان. وكذلك الحال بالنسبة للمنيا، والفيوم، وأسيوط، وسوهاج، جميعها كانت معدلات القابلات الماهرات فيها متدنية، وفيها وحدات صحية لكل 100000 نسمة أقل من المتوسط الوطني. وفي الوجه القبلي هناك عدد أقل من الممرضات والأطباء لكل 10000 نسمة، وتوفير غير متكافئ لخدمات الصحة العامة (برنامج الأمم المتحدة الإنمائي ومعهد التخطيط القومي، 2008).

الشكل 5-6 أسباب عدم الولادة في مؤسسة صحية، حسب ما أفادت به النساء اللواتي لم يلدن في مؤسسة صحية



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح الديمغرافي والصحي لمصر، 2008

في حين أن حوالي 92 في المائة من الأطفال محصنون، مع بعض الاختلاف في الخصائص الأساسية، إلا أن بعض مجموعات السكان الفرعية هي دون مستوى التحصين الكامل الذي يمنح المناعة الجماعية¹⁴ على سبيل المثال، فقط 88 في المائة من الأطفال في سن 12-23 شهرا في ريف الوجه القبلي و87 في المائة من الأطفال بعمر 12-23 شهرا في المحافظات الحدودية محصنين بالكامل. والسويس، والمنوفية، والجيزة، والمنيا، وقنا، والبحر الأحمر، وشمال سيناء، وجنوب سيناء جميعها فيها معدلات تحصين كامل بمعدلات دون 90 في المائة لأعمار 12-23 شهرا. وبشكل عام، تقوم مصر بتحسين الأطفال من كل الخلفيات تحصينا كاملا. وعند أخذ خصائص أخرى في الاعتبار، تبدو الجغرافيا العامل المهم الوحيد. والأطفال في ريف الوجه القبلي والمحافظات الحدودية أقل احتمالا بقليل للحصول على التلقيح من الأطفال في المحافظات الحضرية. ولاتوجد فروقات كبرى ذات دلالة إحصائية حسب ثروة أو تعليم الوالدين من حيث معدلات التحصين، مما يشير إلى أنه، بصرف النظر عن الاختلافات الجغرافية، تم تنفيذ عمليات التحصين في شكل حملة صحة عامة ناجحة عبر الفوارق في الثروة والتعليم.

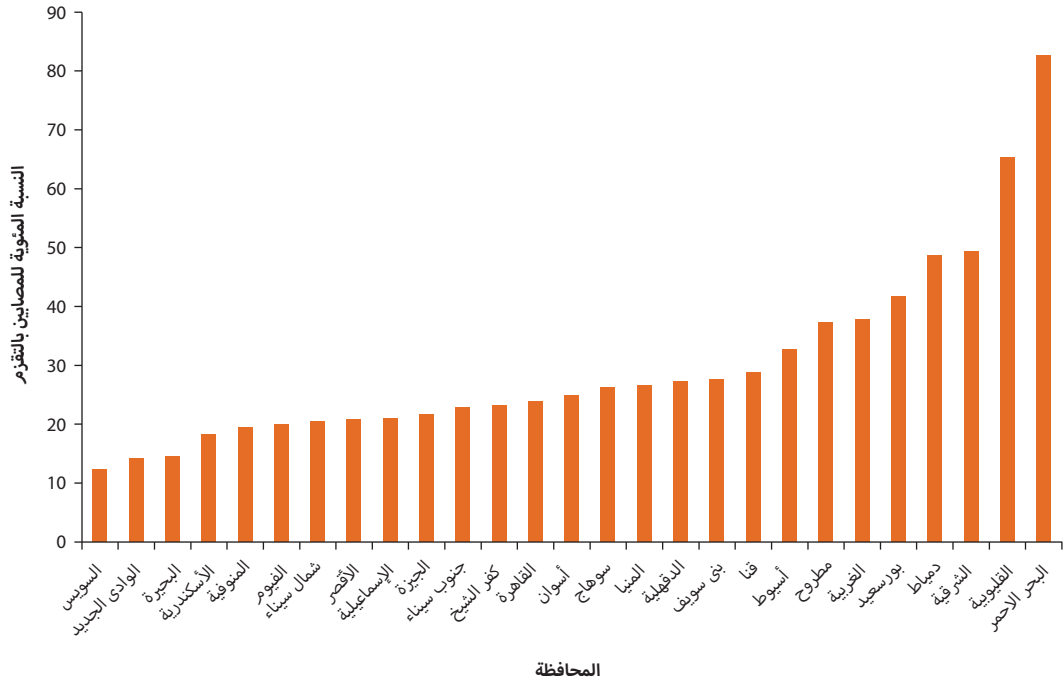
ومن حيث التغذية، كان التقزم والطول في مصر مرتبطين مع الخصائص الأساسية للأطفال بعلاقة معقدة (راجع الإطار 4-6 لمناقشة السلوكيات الصحية الأخرى التي قد تؤثر على التغذية). والأطفال الذكور أكثر عرضة للإصابة بالتقزم (31 في المائة) من الأطفال الإناث (27 في المائة). وفي حين أن هذه نتيجة مثيرة للاهتمام، حيث إن هناك مخاوف من أن الأسر تفضل أن تطعم الأطفال الذكور، فإن السبب ليس واضحا. وتتذبذب معدلات التقزم حسب الثروة بدون نمط واضح جدا. والإصابة بالتقزم في العشرين في المائة الأكثر ثراءً من الأسر هي أقل بقليل منها لأشد الأسر فقرا. وهذا تحسن ضعيف جدا في الوضع التغذوي مع ارتفاع مستوى تعليم الوالدين، ووضع تغذوي أفضل بقليل في المناطق الحضرية منه في المناطق الريفية.

إلا أنه هناك فروقات كبيرة في معدلات التقزم، حسب الموقع الجغرافي. حوالي خمس الأطفال (22 في المائة) في المحافظات الحضرية مصابون بالتقزم، وثلاث (33 في المائة) الأطفال في ريف الوجه البحري وثمانون (80 في المائة) الأطفال

(39 في المائة) في المناطق الحضرية في الوجه البحري مصابون بالتقزم. والمعدلات في المناطق الحضرية في الوجه القبلي منخفضة أيضاً (23 في المائة). وفي بعض المحافظات معدلات مرتفعة للغاية من التقزم (الشكل 6-6)، حيث إن أكثر من نصف الأطفال مصابون بالتقزم. وينبغي أن يتم التركيز بشكل خاص على هذه المناطق. وفي بورسعيد، 42 في المائة من الأطفال دون سن الخامسة مصابون بالتقزم، وفي دمياط والشرقية، تقريبا نصف الأطفال (49 في المائة) دون سن الخامسة مصابون بالتقزم، وفي القليوبية، حوالي ثُلثي الأطفال (65 في المائة) دون سن الخامسة مصابون بالتقزم. وقد يكون سبب هذا التنوع الجغرافي هو الاختلافات من حيث التعرض للطفيليات، وقد لوحظ سابقا وجود اختلافات جغرافية من حيث انتشار الطفيليات (كورتيل وآخرون 2003).

وعند أخذ خصائص أخرى في الاعتبار، تستمر الجغرافيا في أن تكون الظرف الرئيسي المرتبط بالتقزم. يكون الأطفال معرضين أكثر بكثير للتقزم إذا كانوا في الوجه البحري، على الأخص في المناطق الحضرية منه، مقارنة بالمحافظات الحضرية. والمثير للاهتمام هو أنه في حين أن هناك معدلات تقزم أعلى بكثير من الناحية الإحصائية في المحافظات الحدودية، فإن الاختلاف في الطول مقابل العمر ليس كبيرا، مما يظهر وجود أقلية من السكان تعاني من سوء تغذية حاد، وليس سوء تغذية منتشر على نطاق واسع. ونرى عكس ذلك في ريف الوجه القبلي، حيث إنه في حين أن وضع التقزم لا يختلف إلى حد كبير عن المحافظات الحضرية، فإن متوسط الطول بالنسبة للعمر يبين وجود درجة سوء تغذية منتشرة ولكن معتدلة. وجنس المولود مهم أيضا بعد أخذ خصائص أخرى في الاعتبار، حيث إن الأطفال الإناث أقل عرضة بشكل كبير للإصابة بالتقزم ولديهن معدلات طول بالنسبة للعمر أعلى.

الشكل 6-6 النسبة المئوية للأطفال المصابين بالتقزم حسب المحافظة



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح الديموغرافي والصحي لمصر، 2008.

الإطار 4-6 التغذية والسلوكيات الصحية

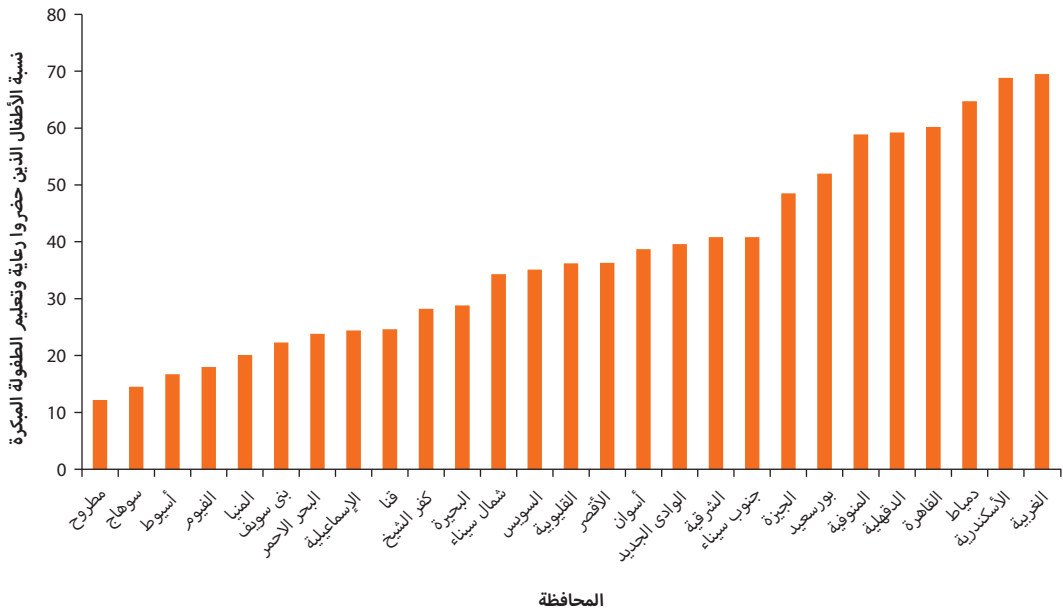
على الرغم من أن مصر كافتحت لتخفيض معدلات التفرغ، فإن بعض السلوكيات الصحية التي تشكل مكونات مهمة للتغذية المبكرة قد تحسنت مع مرور الوقت. فمثلاً، في 2003، فقط 30 في المائة من الأطفال تحت عمر 6 أشهر كان يتم إرضاعهم رضاعة طبيعية حصرية، واعتباراً من 2008، ارتفعت هذه النسبة لتصل إلى 53 في المائة (مؤشرات التنمية العالمية). ولا يزال هناك مساحة كافية للتحسين من حيث الممارسات التغذوية المبكرة. والممارسات الفضلى تشير إلى رضاعة طبيعية حصرية وشاملة في الستة أشهر الأولى، وفي حين أن 79 في المائة من الرضع تحت سن شهرين يتلقون رضاعة طبيعية حصرية، هناك عدد كبير من الرضع بعمر ثلاثة إلى ستة أشهر يتلقون أغذية أو سوائل مكملة. والإدخال المبكر لأغذية أو سوائل أخرى يزيد من تعرض الرضع للجراثيم التي تسبب بالإسهال، وتزيد من خطر سوء التغذية (الزنتي وواي، 2009).

التطور المعرفي، والاجتماعي، والعاطفي

إن الثروة وتعليم الوالدين والموقع الجغرافي مرتبطة بشدة بفرص التطور الصحي للدماغ. يشكل الحصول على الملح المضاف إليه اليود مكوناً هاماً لتطور العقل، والأطفال الأفقر أقل احتمالاً في تناوله. وتقريباً نصف الأطفال (44 في المائة) في أفقر 20 في المائة من الأسر المصرية وحوالي ربع (28 في المائة) الأطفال في العشرين في المائة الأفقر التالية ليس لديهم إمكانية تناول ملح مضاف إليه اليود، مقارنة بـ 10 في المائة فقط من الأطفال من ضمن أغنى 20 في المائة من الأسر. ويلاحظ وجود ميل مشابه من حيث تعليم الوالدين، حيث إن تعليم الأم والأب مرتبط بصورة إيجابية بفرص حصول الطفل على ملح معالج باليود. وهناك اختلاف جغرافي ملحوظ من حيث تناول الملح المضاف إليه اليود، حيث إن 90 في المائة من الأطفال في المناطق الحضرية من الوجه البحري يتناولون ملحاً مضافاً إليه كميات كافية من اليود، و فقط 64 في المائة في المناطق الريفية من الوجه القبلي كذلك. ويبقى تأثير التنوع الجغرافي والثروة قائماً حتى عندما تؤخذ خصائص أخرى في الاعتبار، مما يجعلها عوامل محددة مهمة لفرص الطفل للحصول على تطوير صحي للدماغ.

وبالمثل، فإن الأطفال الذين هم من الخلفيات الأوفر حظاً هم الذين يلتحقون برعاية وتعليم الطفولة المبكرة، على الرغم من أن لرعاية وتعليم الطفولة المبكرة أكبر المنافع للأطفال المحرومين والمستضعفين. والطفل من الخمس الأكثر ثراءً من الأسر لديه احتمال أكبر بأربعة أمثال (65 في المائة) للالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة من طفل من أفقر خمس من الأسر (16 في المائة). وعلاوة على ذلك، فإن الأطفال من والدين أكثر تعليماً لديهم فرصة أكبر في حضور رعاية وتعليم الطفولة المبكرة من أولئك غير المتعلمين أو الحاصلين على التعليم الأساسي. ومكان إقامة الطفل جغرافياً مرتبط أيضاً باحتمال حضوره رعاية وتعليم الطفولة المبكرة؛ و فقط ما يزيد على النصف (53 في المائة) من الأطفال في المناطق الحضرية، ولكن أقل من الثلث (33 في المائة) من الأطفال في الريف يحضرون رعاية وتعليم الطفولة المبكرة. والأطفال الذين يعيشون في المحافظات الحضرية بصورة خاصة لديهم معدلات حضور عالية (61 في المائة) لاسيما عند مقارنتهم بأطفال يعيشون في المناطق الريفية من الوجه القبلي (20 في المائة). وبالنظر إلى البيانات حسب المحافظة (الشكل 6-7)، من الواضح أن الأطفال يواجهون فرصاً مختلفة جداً لحضور رعاية وتعليم

الشكل 7-6 النسبة المئوية للأطفال بعمر 3-5 الذين حضروا رعاية وتعليم الطفولة المبكرة حسب المحافظة

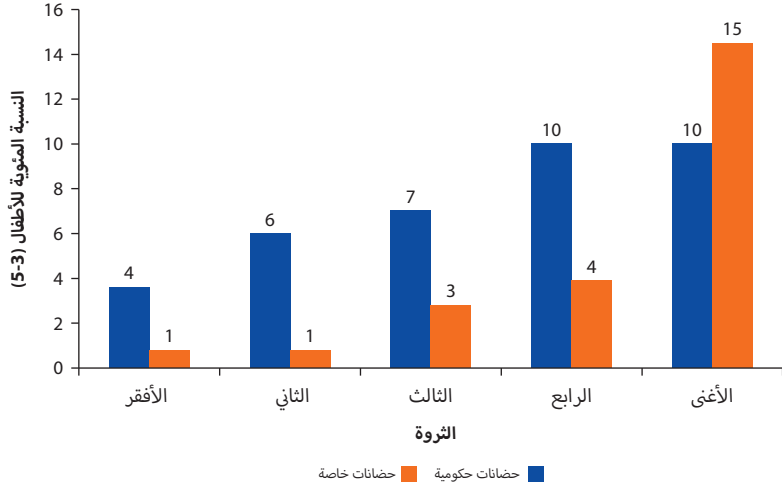


المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح الديمغرافي والصحي لمصر، 2008.

الطفولة المبكرة حسب المحافظة التي يقيمون فيها. وكانت معدلات الحضور في الفيوم، وأسيوط، وسوهاج، ومطروح دون 20 في المائة، في حين أنه في القاهرة، ودمياط، والألكندرية، والغربية معدلات الحضور وصلت إلى أعلى من 60 في المائة. وهناك فجوة في النوع الاجتماعي في رعاية وتعليم الطفولة المبكرة لصالح الذكور (42 في المائة) أعلى من الإناث (39 في المائة).

وعند أخذ الخصائص الأساسية المتعددة في الاعتبار، يكون للموقع الجغرافي والثروة وتعليم الوالدين أثر كبير على حضور ورعاية وتعليم الطفولة المبكرة. واحتمال حضور الأطفال في المناطق الحضرية من الوجه البحري والوجه القبلي والمحافظات الحدودية رعاية وتعليم الطفولة المبكرة هو أقل بكثير منه للأطفال في المحافظات الحضرية. وترتفع نسبة الحضور بشكل كبير مع زيادة الثروة وارتفاع مستوى تعليم كل من الأم والأب. إلا أنه في حين أن هناك اختلافات كبيرة بين الجنسين من حيث معدل الحضور، فإن النوع الاجتماعي ليس مهما عند ضبط العوامل الأخرى. تتفح الأسر الأكثر ثراء مقارنة بالأكثر فقرا من دور رياض أطفال حكومية بنسبة 1:2,5. وتوفر دور رياض الأطفال الحكومية والخاصة أهم الأوضاع التربوية. هناك اختلافات كبيرة في حضور دور رياض الأطفال الحكومية والخاصة حسب الثروة (الشكل 6-8). ودور رياض الأطفال الحكومية—التي هي خدمة ممولة من الحكومة، وبالتالي ينبغي أن تكون متوفرة بصورة متساوية بغض النظر عن الخلفية—يرتادها فقط 4 في المائة من الأطفال من أفقر خمس من الأسر، في حين أن 10 في المائة من الأطفال من الخمس الرابع والأعنى يذهبون إلى دور رياض أطفال حكومية. ويستمر وجود اختلافات حسب الثروة في حضور دور رياض الأطفال الحكومية حتى مع أخذ خصائص أخرى في الاعتبار. والخمس الأكثر ثراءً من الأسر لديهم معدل حضور أعلى لدور رياض الأطفال الخاصة، 15 في المائة، مقارنة بـ4 في المائة للعشرين في المائة الرابعة من الأسر أو 1 في المائة من الخمس الأفقر من الأسر. كما أن الأطفال في المناطق الريفية هم أقل احتمالا للذهاب إلى دور رياض الأطفال الحكومية (7 في المائة) من أطفال المناطق الحضرية (9 في المائة)،

الشكل 8-6. النسبة المئوية للأطفال الذين ذهبوا الى دور رياض أطفال حكومية وخاصة حسب الثروة، الأعمار من 3-5.



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح الديمغرافي والصحي لمصر، 2008.

وأقل احتمالاً بكثير بالحضور إلى دور رياض الأطفال الخاصة (2 في المائة في الريف مقابل 9 في المائة في الحضر)، وأقل احتمالاً بالحضور إلى حضانات خاصة (19 في المائة في الريف مقابل 25 في المائة في المناطق الحضرية)، وأقل احتمالاً بالحضور إلى أنواع أخرى¹⁵ من رعاية وتعليم الطفولة المبكرة (5 في المائة في الريف مقابل 11 في المائة في الحضر)، وعدم المساواة الكبيرة في تجارب الطفولة المبكرة هذه تضع الأطفال في وضع غير متساوٍ حتى قبل أن يدخلوا إلى نظام المدرسة الابتدائية.

وتساهم هيكلية النظام التعليمي في مصر في عدم مساواة أكبر في الفرص للأطفال. وفي حين أن التعليم الابتدائي حتى الجامعي مجاني، فإنه حتى دور رياض الأطفال الحكومية تتقاضى رسوماً (مكتب التعليم الدولي لليونسكو، 2006). وعلى الرغم من أن الرسوم قد تقلل من الطلب بالنسبة للأسر الفقيرة، فإن توفر رعاية وتعليم الطفولة المبكرة، على الأخص دور رياض الأطفال الحكومية، هو الذي يحد من الحضور. هناك على سبيل المثال العديد من الأطفال في المناطق الفقيرة من المناطق الريفية في الوجه القبلي والبحري، بعمر أربع إلى خمس سنوات، ملتحقون في برامج حضانات تستهدف أعماراً أصغر نتيجة الطلب على رعاية وتعليم الطفولة المبكرة (مكتب اليونسكو الدولي للتعليم، 2006). وعلاوة على ذلك، هناك فائض في العرض لمدرسات تعليم الطفولة المبكرة في المناطق الحضرية، ونقص في المناطق الريفية (برنامج الأمم المتحدة الإنمائي ومعهد التخطيط القومي، 2008)، الأمر الذي قد يكون يساهم في الطلب غير الملبى في المناطق الريفية. واستهداف وتدريب النساء من المناطق الفقيرة والريفية ليصبحن مدرسات رعاية وتعليم الطفولة المبكرة سيكون خطوة هامة لزيادة إمكانية الحصول على هذه الخدمة. كما سيوفر فرص عمل للنساء في هذه المناطق.

يواجه الأطفال فرصاً غير متكافئة للتطور الصحي

أظهر التحليل السابق أن الأطفال في مصر يواجهون فرصاً غير متكافئة للتطور الصحي بناء على عوامل خارجة عن سيطرتهم. ومن أجل قياس مدى التفاوت، يقوم التحليل باحتساب (أ) النسبة المئوية للفرص التي هي بحاجة إلى التوزيع بشكل مختلف من أجل إحداث تساوي في الفرص لكل مؤشر من مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة، و (ب) احتمالية

أن تكون هذه الاختلافات قد حدثت حسب التنوع العشوائي (الجدول 6-1). في مصر، هناك فرص متساوية للأطفال ليتم تحصينهم بغض النظر عن ظروفهم. إلا أنه ينبغي توزيع 9 في المائة من الفرص بشكل مختلف لكي يصبح هناك تكافؤ في الفرص للأطفال للحصول على الرعاية ما قبل الولادة والرعاية الماهرة أثناء الولادة. وكذلك ينبغي إعادة توزيع 9 في المائة من الفرص بشكل مختلف من أجل التخلص من عدم المساواة من حيث احتمال أن يصاب الطفل بالتقرم. كما ينبغي إعادة توزيع 7.2 في المائة للتخلص من عدم المساواة من حيث إمكانية الحصول على ملح معالج باليود وبالتالي الحصول على تطور صحي للدماغ. في حين أن هناك احتمالات غير متساوية للوفاة المبكرة، وبما أن هذه نادرا ما تحدث، فلا يمكننا أن نحدد بشكل نهائي ما إذا كانت هذه الاختلافات هي من محض المصادفة. وهناك قدر كبير من عدم المساواة من حيث رعاية وتعليم الطفولة المبكرة؛ وكان ينبغي أن يتم توزيع 21.8 في المائة من الفرص للالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة بشكل مغاير لكي يتمتع الأطفال بفرص متكافئة.

تساهم الاختلافات في مستوى تعليم الأم والموقع الجغرافي بشكل كبير في الفرص غير المتكافئة للأطفال. ويبين الجدول 6-2 الظروف المختلفة المساهمة في عدم المساواة من حيث المحصلات المختلفة، كنسب مئوية. وتلعب الثروة دورا كبيرا نسبيا في الرعاية قبل الولادة، والولادة على يد قابلات ماهرات، والملح المضاف إليه اليود، ورعاية وتعليم الطفولة المبكرة، حيث تساهم في ما يزيد على الثلث في عدم المساواة لكل من هذه المقاييس. وتعليم

الجدول 6-1 النسبة المئوية من الفرص التي ينبغي إعادة توزيعها

مؤشر الاختلاف	
9.0***	الرعاية قبل الولادة
9.0***	قابلية ماهرة عند الولادة
1.7	تطعيم كامل
24.9	وفيات حديثي الولادة
20.3	وفيات الرضع
9.0**	مصابون بالتقرم
7.2***	الملح المعالج باليود
21.8***	الرعاية والتعليم لمرحلة الطفولة المبكرة

المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح الديمغرافي والصحي لمصر، 2008
ملاحظات: * = فرصة > 5 في المائة ، ** = فرصة > 1 في المائة ، *** = فرصة > 0.1 في المائة

الجدول 6-3 مساهمات الظروف المختلفة في عدم المساواة

نسبة مئوية

النسبة المئوية	تعليم الأم	تعليم الأب	المنطقة	الجنس	البعد عن مرافق الرعاية	الثروة	الرعاية قبل الولادة
35.2	28.5	15.2	17.6	لا ينطبق	3.6	35.2	الرعاية قبل الولادة
36.1	23.6	10.2	28.8	لا ينطبق	1.3	36.1	قابلية ماهرة عند الولادة
22.5	11.5	8.5	53.0	3.3	1.2	22.5	تطعيم كامل
15.8	28.8	3.2	25.0	لا ينطبق	لا ينطبق	15.8	وفيات حديثي الولادة
29.7	18.9	7.2	37.0	7.2	لا ينطبق	29.7	وفيات الرضع
4.8	4.5	7.2	72.5	8.6	2.6	4.8	مصابون بالتقرم
43.6	17.4	9.2	19.3	0.1	10.3	43.6	الملح المعالج باليود
36.8	26.0	13.2	23.3	0.8	لا ينطبق	36.8	الرعاية والتعليم لمرحلة الطفولة المبكرة

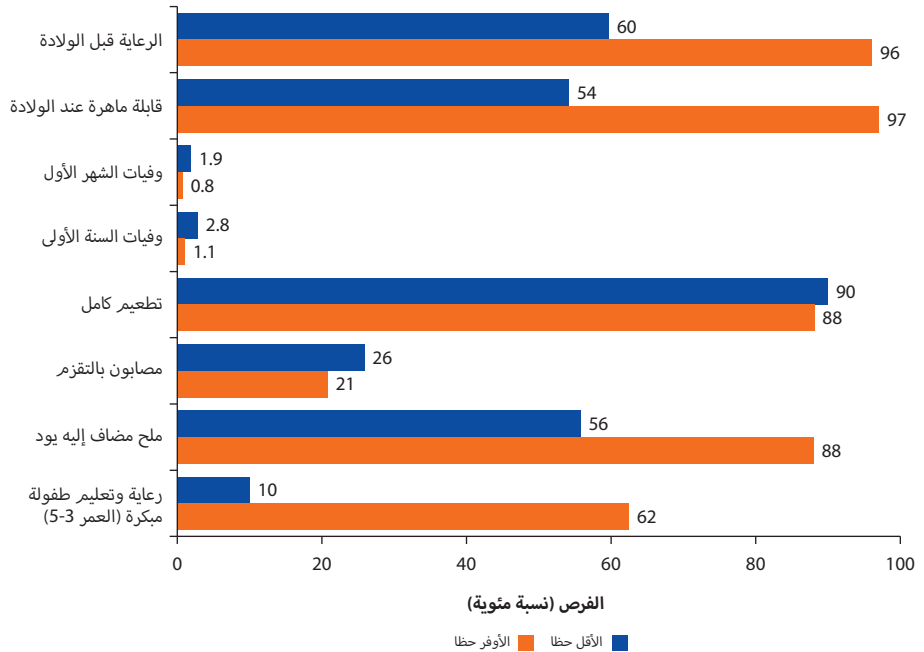
المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح الديمغرافي والصحي لمصر، 2008
ملاحظة: تحليلات شيبلي لمؤشر الاختلاف. لا ينطبق قد تعني أيضا غير متوفر.

الأم مهم بشكل خاص للرعاية قبل الولادة، والولادة على يد قابلات ماهرات، ورعاية وتعليم الطفولة المبكرة، حيث يساهم كل ذلك بحوالي الثلث في عدم المساواة من حيث كل مؤشر من هذه المؤشرات. ويلعب تعليم الأم دورا مهما بشكل خاص للرعاية قبل الولادة، والولادة بحضور قابلة ماهرة، ورعاية وتعليم الطفولة المبكرة، مما يساهم في حوالي الربع في عدم المساواة من حيث هذه المؤشرات. يلعب الأب دورا صغيرا ولكن مهما في عدم المساواة بشأن هذه النتائج كذلك. والاختلافات الإقليمية مهمة لكل النتائج باستثناء الرعاية قبل الولادة والتحصين، ولكن بصورة خاصة بالنسبة لعدم المساواة بشأن التقزيم، والملح المضاف إليه اليود، ورعاية وتعليم الطفولة المبكرة. ويساهم جنس الطفل بصورة محدودة جدا في عدم المساواة، وكذلك البعد عن مرافق الرعاية الصحية.

يميل الأطفال إلى أن يكونوا محظوظين أو محرومين باستمرار عبر مجموعة متنوعة من الأبعاد المختلفة لتنمية الطفولة المبكرة، ويمكن أن يواجهوا فرصا حياتية مختلفة إلى حد بعيد بناء على بعض الخصائص فقط. الطفولة المبكرة هي عندما تنتقل حلقات الفقر وعدم المساواة عبر الأجيال. إذا رصدنا طفلا يعيش في منطقة ريفية في الوجة القبلي، ضمن أفقر خمس من الأسر، مع أبوين غير متعلمين (طفل أقل حظاً) وقارنا بينه وبين طفل أبواه حاصلان على تعليم ثانوي أو أعلى، ومن أغنى خمس من الأسر، ويعيش في محافظات حضرية (طفل أكثر حظاً)، نجد أن لديهما فرصا مختلفة جداً في تنمية صحية للطفولة المبكرة. ويبين الشكل 6-9 فرص (الفرصة التي يمكن التنبؤ بها) لمؤشرات تنمية الطفولة المبكرة المختلفة (قائمة على الانحدارات) لهؤلاء الأفراد "الأقل حظاً" و"الأكثر حظاً"

ولكل مؤشر تقريبا، يواجه الطفل الأقل حظاً مؤشرا أضعف لتنمية الطفولة المبكرة. و فقط من حيث التحصين الكامل يكون وضع الطفل الأقل حظاً أفضل من وضع الطفل الأوفر حظا. والا فإن الطفل الأقل حظا هو أقل احتمالا في تلقي الرعاية قبل الولادة، أو في أن تكون ولادته قد تمت على يد قابلة ماهرة، بوجود اختلاف قدره 40 نقطة مئوية. ويواجه

الشكل 6-9 حالات المحاكاة للأوفر حظا والأقل حظا



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح الديمغرافي والصحي لمصر، 2008.

الطفل الأقل حظاً احتمالاً أكثر بالوفاة في الشهر الأول، أو بالوفاة قبل السنة الأولى من حياته. والطفل الأقل حظاً يواجه احتمالاً أكبر بخمس نقاط مئوية في أن يصاب بالتقزم. والطفل الأقل حظاً هو أقل احتمالاً في تناول ملح معالج باليود بأكثر من ثلاثين نقطة مئوية. ولديه فرصة قدرها 10 في المائة فقط لحضور رعاية وتعليم الطفولة المبكرة، مقارنة بفرصة 62 في المائة لطفل أوفر حظاً.

الخاتمة

يواجه الأطفال في مصر ثغرات من حيث تطوير إمكانياتهم الكاملة. كما يواجه الأطفال كذلك فرصاً غير متساوية للتنمية الصحية بناء على ظروفهم. وفي حين تم إحراز تقدم للتقليل من الوفيات، فإن العديد من الأطفال يفقدون حياتهم في الأشهر والسنوات الأولى من حياتهم. وهناك فجوات كبيرة في الرعاية قبل الولادة والرعاية الماهرة أثناء الولادة. ومصر وضعها جيد من حيث توفير اللقاحات على نطاق واسع وبغض النظر عن ظروف الأطفال، ولكنها قُصرت في توفير إمكانية الحصول على ملح مضاف إليه اليود من أجل التطور الصحي للدماغ، بالإضافة إلى الصعوبات التي تواجهها مع سوء التغذية. وعلى الرغم من أن رعاية وتعليم الطفولة المبكرة متوفرة لبعض الأطفال في مصر، هناك عدم مساواة كبيرة في فرص الأطفال في الالتحاق في رعاية وتعليم الطفولة المبكرة. ولدى ولادة الأطفال، تساهم ثروة أسرهم وتعليم أبويهم بشكل كبير في الفرص غير المتكافئة لتنمية الطفولة المبكرة الصحية. وينبغي بذل المزيد من الجهود لضمان ازدهار الأطفال في سنوات حياتهم الأولى وضمان أن توفر لهم فرص متكافئة للنمو والتطور، مع تركيز خاص على الأقل حظاً.

الملحق 6: البيانات

مجموعة البيانات

يستخدم التحليل بيانات مستعرضة عن رفاهة النساء والأطفال تم جمعها من خلال المسح الديمغرافي والصحي (DHS) لعام 2008 في مصر. والمسح الديمغرافي والصحي، الذي تديره الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية، يتضمن مسحاً للأسرة يشمل خصائص أساسية هامة عن الأفراد والأسر. كما يتضمن استبياناً للنساء المتزوجات أو اللاتي سبق لهن الزواج في سن 15-49 يجمع معلومات عن عناصر هامة في تنمية الطفولة المبكرة، مثل رعاية ما قبل الولادة، ووجود قابلة ماهرة أثناء الولادة، وتحصين الأطفال. يتم جمع البيانات الخاصة بالوزن والطول للأطفال دون سن الخامسة. والمسح مُمثل على الصعيد الوطني، ويشمل بيانات تسمح بتحليل العلاقة بين تنمية الطفولة المبكرة ومؤشرات الطفل والأسرة في داخل مصر. ويرجى الرجوع إلى الزناتي وواي (2009) للمزيد من المعلومات حول التقرير الأخير للمسح.

العينة

مجموعة بيانات المسح الديمغرافي والصحي لعام 2008 لمصر أخذت عينات من 18968 أسرة و 16571 امرأة متزوجة أو سبق لها الزواج بين سن 15-49، و 10361 طفلاً دون الخامسة (مقاييس جسم بشري). ويتم تقييم التحليل في هذا الموجز ليكون ممثلاً على المستوى الوطني. وأحجام العينة (N) في كل جدول من الجداول قائمة على العدد غير المرجح من الملاحظات في البيانات.

الملحق 6 المؤشرات حسب الخصائص الأساسية

الجدول 6-1 المؤشرات حسب الخصائص الأساسية

النوع الاجتماعي	رعاية ما قبل الولادة	قابلة ماهرة عند الولادة	وفيات الشهر الأول	وفيات السنة الأولى	تطعيم كامل (سنة 1)	مصابون بالتقزم	الطول بالنسبة للعمر (انحراف معياري)	الملح المعالج باليود	الرعاية والتعليم لمرحلة الطفولة المبكرة (3-5)	نسبة الأطفال (0-4)
ذكر	73.8	80.0	2.2	2.8	91.0	30.8	-1.10	76.6	41.6	50.7
أنثى	73.4	78.0	1.1	2.0	92.4	27.0	-0.92	76.7	38.8	49.3
الثروة										
الأفقر	53.5	55.3	1.7	2.9	89.3	29.5	-1.01	55.6	15.7	20.1
في المرتبة الثانية	64.5	70.4	2.1	3.0	89.7	30.6	-1.09	71.8	28.1	19.9
في المرتبة الثالثة	73.8	82.9	1.6	2.3	92.9	27.2	-0.97	79.2	42.8	21.3
في المرتبة الرابعة	85.7	91.0	1.7	2.2	92.4	29.9	-1.09	88.0	55.4	20.0
الأغنى	92.5	97.0	1.2	1.5	94.1	27.0	-0.88	89.8	65.2	18.6
تعليم الأُم										
لا يوجد	54.6	59.9	1.4	2.2	91.5	30.1	-1.03	65.9	19.7	25.8
لم تكمل الابتدائي	68.4	73.6	2.3	3.4	87.7	28.5	-1.04	65.2	34.5	6.7
أكملت الابتدائي	71.9	78.4	2.5	3.6	86.4	29.9	-1.14	81.4	37.8	3.5
لم تكمل الثانوي	74.9	79.5	2.3	3.2	91.4	30.0	-1.06	78.6	39.3	11.7
أكملت الثانوي	80.8	86.8	1.6	2.2	92.9	27.7	-0.97	80.8	51.3	39.2
تعليم عالٍ	92.2	96.3	1.2	1.7	92.1	28.9	-0.99	89.2	65.4	12.9
مفقود	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	42.8	لا ينطبق
تعليم الأب										
لا يوجد	52.8	62.0	1.9	2.7	89.7	30.9	-1.06	65.3	17.1	15.8
لم يكمل الابتدائي	68.8	71.5	1.5	3.2	92.0	28.7	-1.09	69.8	34.9	10.7
أكمل الابتدائي	73.7	78.8	1.1	1.9	89.4	33.2	-1.19	74.2	38.7	5.1
لم يكمل الثانوي	72.7	78.0	2.1	2.8	90.5	27.3	-0.91	76.1	35.7	12.7

يستكمل في الصفحة التالية

الجدول 6ب-1 المؤشرات حسب الخصائص الأساسية (تابع)

نسبة الأطفال (4-0)	الرعاية والتعليم		الطول بالنسبة		مصابون بالتقزم	تطعيم كامل (سنة 1)	وفيات السنة الأولى	وفيات الشهر الأول	قابلة ماهرة عند الولادة	رعاية ما قبل الولادة	
	لمرحلة الطفولة المبكرة (3-5)	المعالج باليود	للعمر (انحراف معياري)	للعمر (انحراف معياري)							
39.5	46.9	79.7	-1.00	28.6	92.9	2.2	1.5	83.1	77.7	أكمل الثانوي	
16.1	58.4	86.2	-0.94	27.4	91.8	1.9	1.7	91.8	88.1	تعليم عالٍ	
لا ينطبق	40.6	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	مفقود	
الإقامة											
37.0	53.2	85.0	-0.90	27.0	93.4	2.7	2.1	90.2	85.1	حضر	
63.0	32.8	71.8	-1.07	29.9	90.6	2.2	1.4	72.4	66.9	ريف	
الإقليم											
15.7	61.2	85.3	-0.62	22.1	93.8	3.3	2.6	92.4	89.3	المحافظات الحضرية	
9.7	51.6	89.7	-1.41	39.3	96.5	1.2	1.2	92.1	82.8	الوجه البحري - الحضر	
34.0	44.2	78.7	-1.13	32.6	93.2	1.8	1.1	83.6	72.8	الوجه البحري - الريف	
10.7	43.8	81.5	-0.81	22.6	90.3	3.3	2.5	85.6	81.8	الوجه القبلي - الحضر	
28.5	20.2	63.8	-1.02	27.0	87.6	2.7	1.6	59.3	59.9	الوجه القبلي - الريف	
1.4	28.1	70.0	-0.93	28.4	86.8	2.0	1.4	79.4	71.0	المحافظات الحدودية	
المحافظة											
8.8	60.2	90.8	-0.51	23.9	95.2			92.4	90.8	القاهرة	
5.4	68.8	76.9	-0.69	18.3	94.0			90.9	87.8	الأسكندرية	
0.7	52.0	77.7	-1.57	41.7	100.0			99.1	93.5	بور سعيد	
0.8	35.1	86.3	-0.46	12.4	68.6			96.0	78.2	السويس	
1.4	64.7	81.0	-1.68	48.6	94.4			96.7	95.2	دمياط	
6.7	59.2	80.2	-1.22	27.2	94.7			95.0	91.2	الدقهلية	
8.0	40.8	85.0	-2.11	49.4	97.7			73.3	69.6	الشرقية	
5.3	36.2	90.8	-2.63	65.4	92.2			87.2	69.8	القليوبية	

يستكمل في الصفحة التالية

الجدول 6ب-1 المؤشرات حسب الخصائص الأساسية (تابع)

نسبة الأطفال (4-0)	الرعاية والتعليم لمرحلة الطفولة المبكرة (3-5)	الملح المعالج باليود	الطول بالنسبة للعمر (انحراف معياري)	مصابون بالنقرس	تطعيم كامل (سنة 1)	وفيات السنة الأولى	وفيات الشهر الأول	قابلة ماهرة عند الولادة	رعاية ما قبل الولادة	
3.8	28.2	59.3	-0.26	23.3	95.7			92.3	84.4	كفر الشيخ
5.4	69.5	88.5	-1.56	37.9	93.9			84.9	80.3	الغربية
5.2	58.9	70.9	-0.83	19.6	82.4			81.9	47.6	المنوفية
6.5	28.8	90.7	0.48	14.5	98.2			85.0	74.1	البحيرة
1.3	24.4	47.7	-0.49	20.9	96.2			92.8	90.0	الإسماعيلية
8.3	48.5	86.7	-0.95	21.7	88.8			83.4	76.5	الجيزة
3.8	22.3	23.8	-1.13	27.7	92.0			67.2	63.4	بني سويف
3.6	18.0	64.7	-0.66	19.9	84.8			52.4	52.1	الفيوم
6.7	20.1	60.2	-1.03	26.5	86.2			58.1	60.9	المنيا
5.4	16.7	64.3	-1.02	32.7	92.3			56.4	72.0	أسيوط
5.5	14.5	73.2	-0.96	26.2	93.9			56.1	63.0	سوهاج
3.9	24.6	82.4	-1.06	28.9	72.2			74.6	56.5	قنا
1.5	38.7	83.1	-0.61	24.8	95.3			89.1	76.9	أسوان
0.5	36.3	80.8	-0.97	20.8	91.2			93.2	86.1	الأقصر
0.2	23.8	97.1	-3.14	82.6	87.5			88.0	69.3	البحر الأحمر
0.3	39.6	81.5	-0.13	14.3	100.0			87.2	90.7	الوادي الجديد
0.5	12.2	56.6	-1.19	37.2	91.7			75.4	62.3	مطروح
0.4	34.3	57.1	-0.79	20.4	71.8			69.1	63.5	شمال سيناء
0.1	40.8	89.1	-0.87	22.8	80.0			91.7	83.3	جنوب سيناء
100.0	40.2	76.7	-1.01	28.9	91.7	2.4	1.6	79.0	73.6	المجموع
10,595	6,203	10,119	9,478	9,478	2,188	8,367	8,367	10,844	10,868	N (ملاحظات)

المصدر: حسابات البنك الدولي قائمة على المسح الديمغرافي والصحي لمصر (DHS)، 2008. ملاحظة: بيانات على مستوى المحافظات لوفيات حديثي الولادة والرضع تم حذفها بسبب صغر حجم العينة

الملحق 6ج: العلاقة بين مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة والخلفية، عند أخذ الخصائص الأساسية المتعددة في الاعتبار

الجدول 6ج-1 العلاقة بين مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة وخصائص أساسية متعددة

الرعاية والتعلم	الطول بالنسبة لمرحلة الطفولة المبكرة	الصلح المعالج باليود	مصابون بالتقزم	تطعيم كامل (سنة 1)	وفيات السنة الأولى	وفيات الشهر الأول	قابلة ماهرة عند الولادة	رعاية ما قبل الولادة	الإقليم
-	-	+	+	-	-	-	-	-	الوجه البحري - الحضري
-	-	+	-	-	-	-	-	-	الوجه البحري - الريف
-	-	-	-	-	-	-	-	-	الوجه القبلي - الحضري
-	-	-	-	-	-	-	-	-	الوجه القبلي - الريف
-	-	+	-	-	-	-	-	-	المحافظات الحدودية
الثروة									
+	-	+	-	-	-	-	+	+	في المرتبة الثانية
+	-	+	-	-	-	-	+	+	في المرتبة الثالثة
+	-	+	-	-	-	-	+	+	في المرتبة الرابعة
+	-	+	-	-	-	-	+	+	الأغنى
تعليم الأم									
+	-	-	-	-	-	-	+	+	لم تكمل الابتدائي
+	-	+	-	-	-	-	+	+	أكملت الابتدائي
+	-	+	-	-	-	-	+	+	لم تكمل الثانوي
+	-	+	-	+	-	-	+	+	أكملت الثانوي
+	-	+	-	+	-	-	+	+	تعليم عالٍ
+	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	مفقود
تعليم الأب									
+	-	-	-	-	-	-	+	+	لم يكمل الابتدائي
+	-	+	-	-	-	-	+	+	أكمل الابتدائي
+	-	+	-	-	-	-	+	+	لم يكمل الثانوي
+	-	+	-	-	-	-	+	+	أكمل الثانوي
+	-	+	-	-	-	-	+	+	تعليم عالٍ
+	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	مفقود
+	لا ينطبق	-	-	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	-	-	مشكلة المسافة
+	-	-	-	-	-	-	لا ينطبق	لا ينطبق	أثري
0.000	0.000	0.000	0.000	0.003	0.000	0.001	0.000	0.000	(نموذج) قيمة P
6,203	9,452	9,452	10,087	2,185	8,366	8,366	10,812	10,836	N (ملاحظات)
	0.018								R تربيع
0.133		0.016	0.089	0.034	0.029	0.040	0.168	0.116	الجذر التربيعي للرتاف

المصدر: حسابات البنك الدولي قائمة على المسح الديمغرافي والصحي لمصر، 2008. ملاحظة: تشير الفراغات إلى عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية. مستوى الدلالة: + = فرص > 5 في المائة وإيجابية، - = فرصة < 5 في المائة وسالبة.

الحواشي

1. بناء على عدد المواليد السنوي لعام 2007 (اليونيسف، 2008) ومعدل وفيات الرضع الذي تم احتسابه من المسح الديمغرافي والصحي.

2. تحتسب كل من معدلات وفيات الرضع وحديثي الولادة بناء على الوفيات في الأشهر 12-59 التي تسبق المسح الصحي والديمغرافي.
3. يطرح المسح الديمغرافي والصحي لمصر 2008 عن الرعاية قبل الولادة أسئلة عن الولادات الحية فقط. وحيث إنه من المحتمل أن يتم ربط الولادات الحية بوجود رعاية قبل الولادة، فإنه من المحتمل أن تكون النسبة المئوية من الولادات التي لا تتلقى رعاية قبل الولادة أقل من النسبة المقدرة لحالات الحمل التي لا تتلقى رعاية قبل الولادة.
4. إما طبية أو ممرضة أو قابلة مرخصة.
5. كما هو الحال بالنسبة للرعاية قبل الولادة، طرحت أسئلة عن الولادات الحية فقط. وحيث أنه من المحتمل أن يتم ربط الولادات الحية بوجود رعاية من مهني صحة، فإنه من المحتمل أن تكون النسبة المئوية من الولادات الحية التي تتم على يد مهني صحة تتألف في تقدير عدد الولادات التي تتم على يد مهني صحة.
6. لقاح DPT هو مزيج من اللقاحات التي تغطي الدفتيريا، والسعال الديكي، والتيتانوس. وينبغي أن يحصل الأطفال على ثلاث جرعات ليكونوا محصنين بالكامل.
7. ينبغي أن يحصل الأطفال على ثلاث جرعات ليكونوا محصنين ضد شلل الأطفال.
8. يركز هذا التحليل على الأطفال بعمر 12-23 شهراً للسماح بالاستدعاء الأمثل للوالدين.
9. تبين الوحدات كيف أن الأطفال المصريين في المتوسط هم مختلفون عن المرجعية السكانية من حيث الانحرافات المعيارية.
10. أكثر من 15 جزءا في المليون من البيود في الملح.
11. تعرف الثروة من حيث أي فئة 20 في المائة من الأسر يقع الطفل ضمنها، بناء على مؤشر أصول (ثراء) لسلع معمرة.
12. للمزيد من التفاصيل بشأن ارتفاع الوفيات في المحافظات الحضرية ومحافظات الوجه القبلي الحضرية، راجع الزناتي وواي (2009).
13. نستخدم في كل التقرير مستوى دلالة 5 في المائة.
14. تتحقق المناعة الجماعية حين يكون حتى الأفراد غير الملقحين في السكان ("القطيع") محميين من المرض لأن المرض لن ينتشر بعد الآن. وهذا يتحقق حين يتم تطعيم 90-95 في المائة من الرضع.
15. "أخرى" كانت فئة من المسح

المراجع

- Curtale, Filippo, Yehia Abd-el Wahab Hassanein, Aly El Wakeel, Paolo Barduagni, and Lorenzo Savioli. 2003. "The School Health Programme in Behera: An Integrated Helminth Control Programme at Governorate Level in Egypt." *Acta Tropica* 86 (2-3): 295-307.
- El-Zanaty, Fatma, and Ann Way. 2009. *Egypt Demographic and Health Survey 2008*. Cairo: Ministry of Health, El-Zanaty and Associates, and Macro International.
- Hill, Kenneth, and Dawn M. Upchurch. 1995. "Gender Differences in Child Health: Evidence from the Demographic and Health Surveys." *Population and Development Review* 21 (1): 127-51.
- Krafft, Caroline. 2011. "Is Early Childhood Care and Education a Good Investment for Egypt?" University of Minnesota.
- Molina, Helia. 2012. *The Review of Health and Nutrition Indicators in Early Childhood*. UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization).
- UNDP (United Nations Development Programme). 2014. "Human Development Index." (accessed April 23, 2014) <https://data.undp.org/dataset/Table-2-Human-Development-Index-trends/efc4-gjvq>.
- UNDP and Institute of National Planning. 2008. *Egypt Human Development Report 2008—Egypt's Social Contract: The Role of Civil Society*. Egypt.

- UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization). 2006. *Education For All Global Monitoring Report 2007: Strong Foundations: Early Childhood Care and Education*. Paris.
- UNESCO International Bureau of Education. 2006. *Egypt: Early Childhood Care and Education (ECCE) Programmes. Country Profile Prepared for the Education for All Global Monitoring Report 2007*. Geneva.
- UNICEF (United Nations Children's Fund). 2008. *The State of the World's Children 2009: Maternal and Newborn Health*. New York: UNICEF.
- . 2014. *The State of the World's Children 2014 in Numbers: Every Child Counts: Revealing Disparities, Advancing Children's Rights*. New York: UNICEF.
- World Development Indicators (database). World Bank, Washington, DC. <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>.
- World Health Organization. 2004. *Making Pregnancy Safer: The Critical Role of the Skilled Attendant. A Joint Statement by WHO, ICM and FIGO*. Geneva: World Health Organization.

العراق

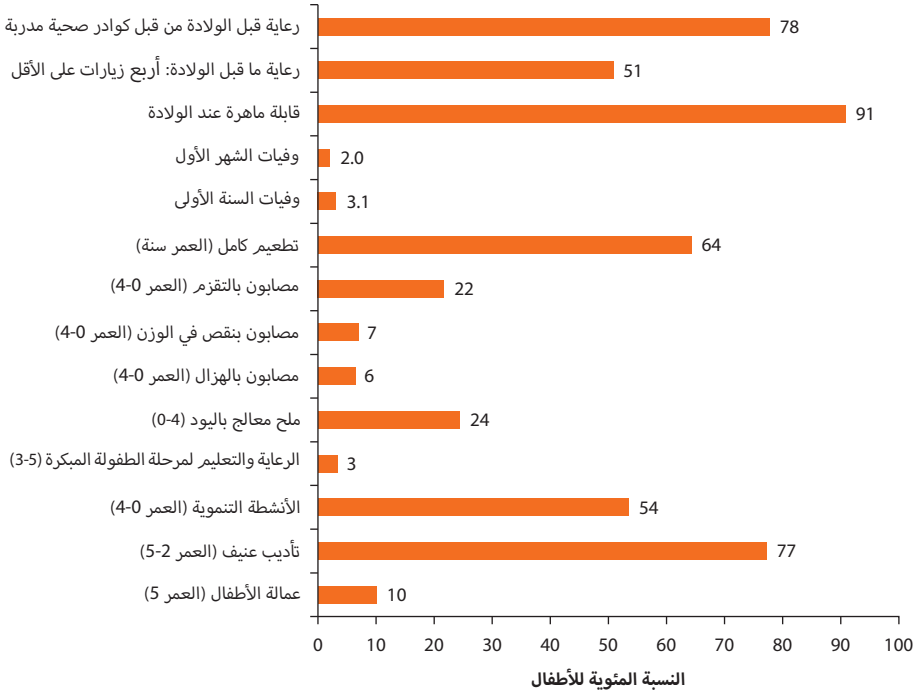
حالة تنمية الطفولة المبكرة في العراق

تواجه تنمية الطفولة المبكرة في العراق عددا من الثغرات التي تحول دون أن يحقق الأطفال في العراق كامل إمكاناتهم للتنمية المبكرة. ويبين الشكل 7-1 ملخصاً لمؤشرات تنمية الطفولة المبكرة في العراق. ومن حيث الرعاية ما قبل الولادة وأثناءها، لا يزال في العراق مجالاً للتحسين. فقد تلقت 78 في المائة من الولادات رعاية ما قبل الولادة، ولكن فقط 51 في المائة منها تلقت رعاية قبل الولادة بصورة منتظمة. وحوالي 91 في المائة من الولادات تمت على يد قابلات ماهرات. وكان 2 في المائة من الأطفال يتوفون في الشهر الأول، و3.1 في المائة من الأطفال يتوفون في السنة الأولى من عمرهم. والثغرة الرئيسية في تنمية الطفولة المبكرة في العراق هي تدني معدلات التحصين في العراق، حيث إن 64 في المائة فقط من الأطفال في عمر السنة محصنون بالكامل. وسوء التغذية يشكل مشكلة أيضاً في العراق، حيث إن 22 في المائة من الأطفال في العراق كانوا مصابين بالتقزم، و7 في المائة يعانون من نقص في الوزن، و6 في المائة مصابون بالهزال. وحيث إن 24 في المائة فقط من أطفال العراق لديهم إمكانية تناول ملح مضاف إليه كميات كافية من اليود، فإن ثلاثة أرباع الأطفال في العراق يواجهون خطر ضعف التطور المعرفي. ومن حيث التطور الاجتماعي والعاطفي، فإن فقط 54 في المائة من الأطفال يمارسون أنشطة تنموية، و77 في المائة من الأطفال يتعرضون للتأديب العنيف. و فقط 3 في المائة من الأطفال بعمر ثلاث إلى أربع سنوات يحضرون رعاية وتعليم الطفولة المبكرة. وعلاوة على ذلك، 10 في المائة من الأطفال بعمر 5 سنوات منخرطون في عمالة الأطفال.

يقدم هذا الفصل وضع تنمية الطفولة المبكرة في العراق. ويتم فحص الوضع الصحي للأطفال من خلال مؤشرات (راجع الإطار 7-1) للوفيات المبكرة، والرعاية قبل الولادة، ووجود قابلة ماهرة أثناء الولادة. ويتم قياس الوضع الصحي للأطفال من خلال التقزم (الطول بالنسبة للعمر)، ونقص الوزن (الوزن بالنسبة للعمر)، والهزال (الوزن بالنسبة للطول)، بالإضافة إلى توفر المغذيات الدقيقة، لاسيما اليود. ومن أجل تقييم التطور المعرفي، أو الاجتماعي أو العاطفي، ينظر التحليل في نطاق مشاركة الأطفال في أنشطة التعلم التنموية وفيما إذا كانوا يتعرضون للتأديب العنيف. ويتم دراسة التعلم المبكر والعمل المبكر من حيث الحضور في رعاية وتعليم الطفولة المبكرة، وما إذا كان الأطفال منخرطين في عمالة الأطفال في سن الخامسة من العمر.

ومن أجل فهم أفضل للسياق والظروف التي تؤثر على محصلات تنمية الطفولة المبكرة، يدرس التحليل أيضاً العوامل الأساسية التي قد تترافق مع محصلات تنمية الطفولة المبكرة على مستوى الفرد، والأسرة والمجتمع، والعلاقة بينهم. (راجع الملاحق 7 أ، و7 ب، و7 ج، للحصول على معلومات إضافية بشأن البيانات وهذه العلاقات). ولمعرفة

الشكل 1-7 ملخص مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح العنقودي متعدد المؤشرات للعراق 2011

الإطار 1-7 مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة التي تم فحصها في العراق

- رعاية ما قبل الولادة
- قابلة ماهرة عند الولادة
- وفيات حديثي الولادة (وفيات الشهر الأول)
- وفيات الأطفال (وفيات السنة الأولى)
- تطعيم كامل
- التقزم/الطول بالنسبة للسن
- النقص في الوزن/الوزن بالنسبة للسن
- الهزال/الوزن بالنسبة للطول
- الملح المعالج باليود
- الأنشطة التنموية
- التأديب العنيف للطفل
- الرعاية والتعليم لمرحلة الطفولة المبكرة
- عمالة الأطفال

الإطار 2-7 ملخص مؤشرات التنمية في العراق

العراق بلد ذو دخل متوسط و فوق المتوسط، مع ناتج محلي إجمالي للفرد بلغ في 2012 حوالي 6625 دولارا أمريكيا (بقيمة الدولار الأمريكي الحالي، الجدول ب 1-2-7). ويقدر عدد سكان العراق بـ 33 مليونا، منهم 41 في المائة تقل أعمارهم عن 15 عاماً. وبلغ معدل توقع الحياة عند الولادة 69 عاماً. ويأتي العراق في المرتبة 131 من بين 186 بلداً، مع بيانات قابلة للمقارنة في مؤشر التنمية البشرية (HDI) 2012.

الجدول ب 1-2-7 المؤشرات الاجتماعية والاقتصادية للعراق

2012	1990	
32.6	17.5	إجمالي عدد السكان (بالمليون)
41	46	النسبة المئوية للسكان تحت سن الـ 15
6,625	—	الناتج المحلي الإجمالي للفرد (دولار أمريكي)
69	68	معدل توقع الحياة عند الولادة
—	—	معدل الالتحاق بالمدرسة، الإبتدائي (في المائة من الإجمالي)

المصدر: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي؛ مؤشرات التنمية العالمية 2014

السياق العام للبلد، راجع الإطار 2-7. وأخيراً، يقدم هذا الفصل تحليلاً لنطاق التفاوت في محصلات تنمية الطفولة المبكرة. ويستند التحليل إلى أحدث البيانات المتوفرة: المسح العنقودي المتعدد المؤشرات من 2011. ونقارن كذلك النتائج في 2011 مع المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2006 لتقييم ما إذا كانت تنمية الطفولة المبكرة في تحسن أو تَرد. وتغطي البيانات الأبعاد المتنوعة من الطفولة المبكرة من قبل ولادة الطفل وحتى سن الدخول إلى المدرسة (ست سنوات في العراق). ولو توفرت بيانات أكثر وتم فحصها، لأمكن تقديم صورة أفضل لتنمية الطفولة المبكرة في العراق. وفي حين أنه في الظروف الطبيعية، تغير مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة بصورة بطيئة نسبياً، إلا أنه على أرض الواقع اليوم، وفي ضوء الأحداث في البلاد، قد يكون هناك تغيرات كبيرة تحدث. وقد يواجه الأطفال تحديات إضافية، ولكن قد تتوفر أيضاً فرص للنهوض بتنمية الطفولة المبكرة.

البقاء، والرعاية الصحية، والتغذية

الخطوة الأولى في التنمية الصحية للطفولة المبكرة هي ببساطة تجاوز مرحلة الطفولة المبكرة مع البقاء على قيد الحياة. في العراق في 2011، كان معدل وفيات الأطفال، الذي يشير إلى الأطفال الذين يتوفون قبل عيد ميلادهم الأول، هو 31 طفلاً لكل ألف ولادة¹. وكان معدل وفيات الرضع فوق متوسط معدلات منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (24 لكل ألف) (اليونيسف 2014). وتتضمن معظم وفيات الرضع وفيات الأطفال حديثي الولادة، والأطفال الذين يتوفون خلال الشهر الأول من الحياة. ومنذ عام 2011 في العراق، يتوفى 20 طفلاً من كل ألف خلال الشهر الأول من حياتهم، وهذا فوق المتوسط الإقليمي البالغ 15 لكل ألف (اليونيسف 2014). ولم يتحقق سوى تقدم بسيط في تقليل وفيات الرضع منذ 1990، حيث إن المعدل كان 37 وفاة لكل ألف، وكذلك بالنسبة لوفيات حديثي الولادة، التي بلغت 23 في الألف في 1990 (مؤشرات التنمية العالمية). وفي 2006، بلغت وفيات حديثي الولادة 21 طفلاً لكل ألف ولادة،

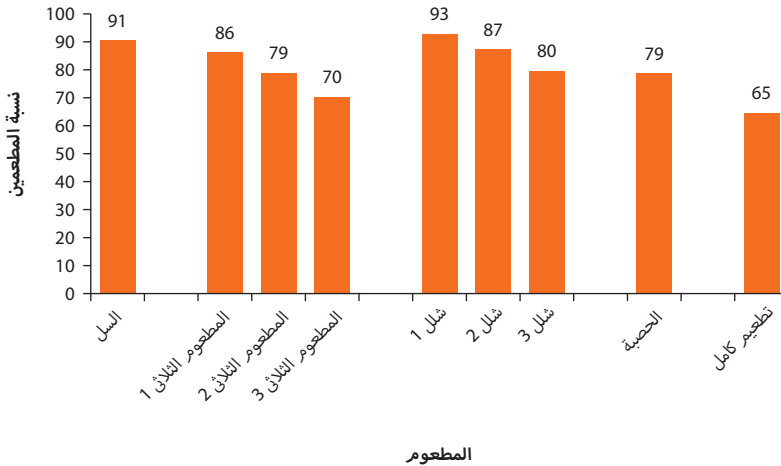
وبالتالي فإن معدلات 2011 هي فقط واحد في الألف أقل مما كانت في 2006، وبلغت وفيات الرضع 33 في الألف في 2006، وبالتالي فإن معدلات 2012 تمثل انخفاضاً بواقع اثنين في الألف فقط.

في العراق واعتباراً من 2011، تلقي 78 في المائة من المواليد الأحياء² رعاية قبل الولادة من مهني صحة³، و فقط النصف (51 في المائة) تلقوا ذلك بصورة منتظمة مع إجراء أربع زيارات أو أكثر. وانخفضت معدلات الرعاية قبل الولادة ومعدلات الرعاية قبل الولادة المنتظمة من 2006 إلى 2011، حين بلغ معدل الرعاية قبل الولادة 81 في المائة كما بلغ معدل الرعاية قبل الولادة المنتظمة 54 في المائة. وكان المعدل في 2011 دون متوسط منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا البالغ 83 في المائة (اليونيسف، 2014).

خطا العراق خطوات كبيرة في تقديم الرعاية الماهرة أثناء الولادة على مر العقود العديدة الماضية؛ وفي عام 1989، تمت 54 في المائة من الولادات على يد مهني صحي مدرب، وارتفعت النسبة إلى 72 في المائة بحلول عام 2000، ثم وصلت إلى 89 في المائة في 2006 (مؤشرات التنمية العالمية). وفي 2011، تمت 91 في المائة من الولادات في العراق على يد مهني صحة مدرب، وكان معدلها فوق المتوسط الإقليمي للرعاية أثناء الولادة البالغ 79 في المائة (اليونيسف 2014).

إن التحصين الكامل للأطفال يلعب دوراً هاماً في تخفيض وفيات الأطفال. كما يمنع التحصين الأمراض التي يمكن أن تعوق النمو البدني الصحي (مولينا 2012). ويعتبر الأطفال محصنين بالكامل إذا تلقوا تطعيماً لكل أمراض الطفولة الستة التي يمكن الوقاية منها: السل، والدفتيريا، والسعال الديكي، والكزاز،⁴ وشلل الأطفال،⁵ والحصبة. وينبغي أن يتم تحصين الأطفال بالكامل بحلول سن 12 شهراً؛ ويركز هذا التحليل على الأطفال 12-23 شهراً للسماح بالاستعداد الأمثل للوالدين. ولم يحقق العراق المستويات اللازمة من التحصين؛ فقط 64 في المائة من الأطفال 12-23 شهراً محصنين بالكامل. وفي حين كانت معدلات تغطية تطعيم السل BCG مرتفعة نسبياً (91 في المائة)، كان معدل تغطية اللقاح الثلاثي الثالث (الدفتيريا والسعال الديكي والكزاز) DPT70 في المائة فقط (الشكل 2-7)، ولقاح شلل الأطفال الثالث 80 في المائة فقط، ولقاح الحصبة 79 في المائة (الشكل 2-7). والفجوة بين المعدلات الحالية للتحصين والتحصين

الشكل 2-7 النسبة المئوية من الأطفال بعمر 12-23 شهراً المحصنين، حسب المطعوم



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح العنقودي متعدد المؤشرات للعراق 2011

الكامل لجميع الأطفال تجعل الأطفال عرضة لأمراض خطيرة في الطفولة، ولزيادة معدل الوفيات. وقد تحسنت معدلات التحصين خلال الأعوام 2006-2012 على الأخص بالنسبة لمطاعيم الحصبة والجربعات الثلاث، إلا أن الأطفال يبقون معرضين للخطر.

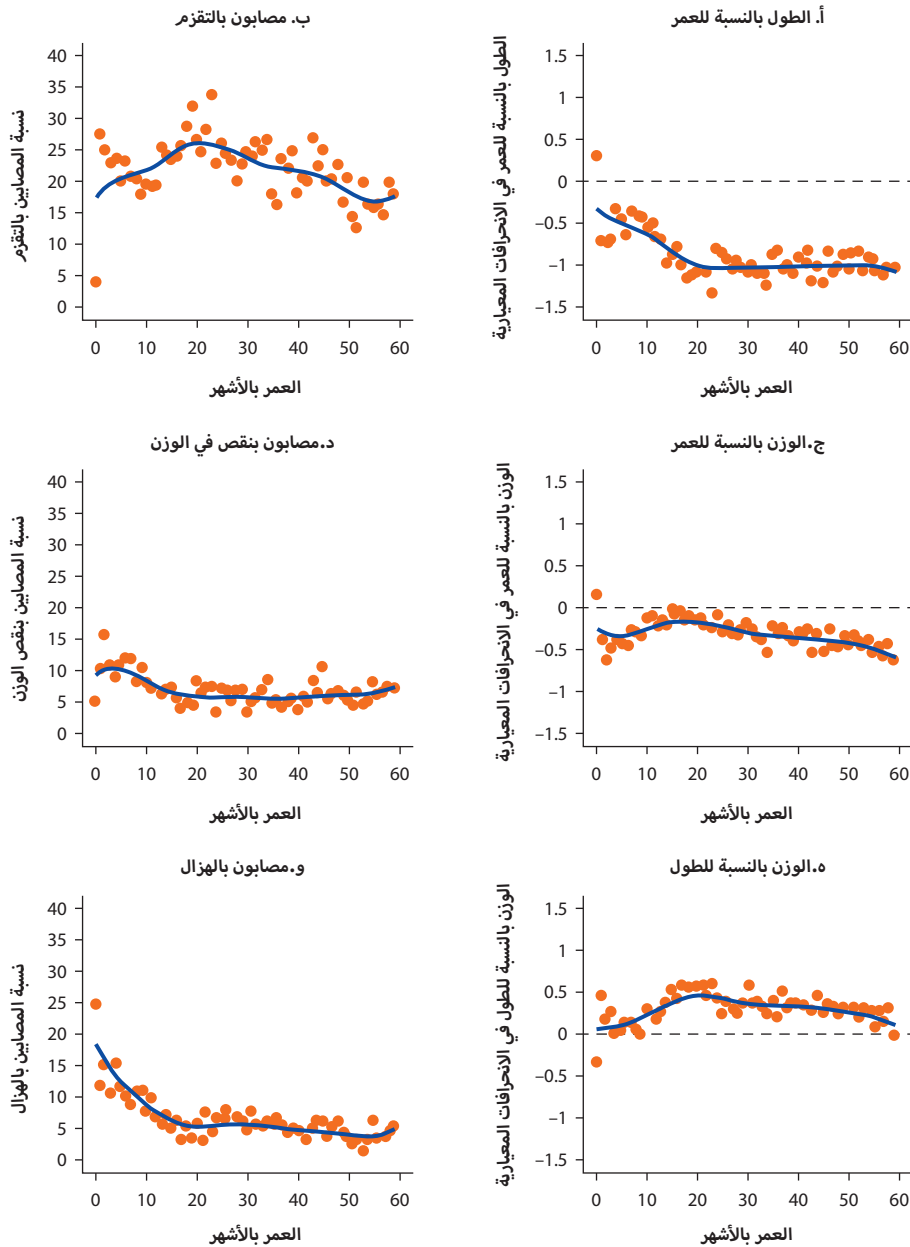
يعكس الوضع الغذائي لأطفال العراق أوجه قصور كبيرة. ففي عام 2011، كان 21 في المائة من الأطفال مصابين بالتقزم، و7 في المائة مصابين بنقص الوزن، و6 في المئة مصابين بالهزال. ويبين الشكل 3-7 وضع أطفال العراق من حيث النمو مقارنة بسكان مرجعيين يتمتعون بصحة جيدة.⁷ والأطفال في العراق يتخلفون عن الركب باكراً من حيث الطول بالنسبة للعمر، الذي هو دون مرجعية السكان الأصحاء (الشكل 3-7). يواجه الأطفال خلال أول سنتين من عمرهم تردياً كبيراً في وضعهم الصحي. وعند الولادة، يكون الأطفال دون طول السكان المرجعيين الذين يتمتعون بصحة جيدة. والوزن بالنسبة للعمر منخفض بشكل خاص للسكان الذين هم بعمر 20 شهراً وأعلى، ويصل في المتوسط إلى انحراف معياري كامل تقريبا دون السكان المرجعيين الذين يتمتعون بصحة جيدة.

وخلال الأشهر القليلة الأولى، يتعثر طول الأطفال بالنسبة لعمرهم. ويبقى الوزن بالنسبة للعمر يشكل حوالي نصف انحراف معياري تحت المتوسط المرجعي بعد سن سنة من العمر. وبالمقابل، يعاني أكثر من 5 إلى 10 في المائة من الأطفال من نقص الوزن بين عمر سنة إلى خمس سنوات. ويبين الوزن بالنسبة للطول، مقارنة بالعمر، أن الأطفال هم فعليا في المتوسط أكثر وزناً بقليل من المتوسط للسكان المرجعيين من نفس الطول الذين يتمتعون بصحة جيدة. وهذا سببه أنه في حين أن الأطفال هم دون الوزن الصحي بقليل بالنسبة للعمر في المتوسط، يكون طولهم كذلك دون الطول بالنسبة للعمر. والهزال الذي يعني أن وزنهم هو دون الوزن الصحي بالنسبة للعمر بكثير، هو شديد للغاية في السنة الأولى من العمر، وينخفض بعد ذلك. ومن 2006 حتى 2011، لم يشهد الوضع الصحي للأطفال في العراق تغيراً يُذكر. وفي 2006، أصيب 24 في المائة من الأطفال بالتقزم، وكان 8 في المائة منهم يعانون من نقص في الوزن، و6 في المائة كانوا مصابين بالهزال.

تلعب المغذيات الدقيقة، مثل الحديد، وفيتامين أ، والزنك، واليود، دوراً هاماً أيضاً في كل من التطور البدني والمعرفي على حد سواء. والملح المضاف إليه اليود هو الوسيلة الأساسية لتقديم اليود للأطفال. و فقط 24 في المائة من الأطفال في العراق لديهم إمكانية الحصول على ملح مضاف إليه كميات كافية من اليود. وبالنتيجة، ثلاثة أرباع الأطفال في العراق لا يتناولون ملحا مضافا إليه كميات كافية من اليود⁸، مما يعرضهم لخطر ضعف التطور المعرفي. والعائق الرئيسي لتوفر الملح المضاف إليه اليود بشكل كافٍ ومستدام وللجميع هو الوضع الأمني في العراق. وفي حين تقدم اليونسف المواد لضمان وجود برنامج مستدام لإضافة اليود إلى الملح، فإن قدرة وزارة الصحة على تطبيق الأنظمة المتعلقة بإضافة اليود إلى الملح محدودة (منظمة الإحصائيات المركزية وتكنولوجيا المعلومات ومكتب الإحصائيات الإقليمي الكردي، 2007).

يواجه الأطفال والأمهات في العراق نقصاً في مغذيات دقيقة هامة أخرى. فيتامين (أ) ضروري للبصر، والنمو، والتطور، ويساعد أيضاً على الحماية من بعض الأمراض. في العراق، في عام 2006، فقط 2 في المائة من الأطفال في عمر 6-59 شهراً تلقوا كبسولة فيتامين (أ) في الأشهر الستة الماضية. وكان هذا يعود جزئياً لمسائل تتعلق بالعرض، وبشكل أساسي سرقة الشحنة الكاملة لفيتامين أ (منظمة الإحصائيات المركزية وتكنولوجيا المعلومات ومكتب الإحصائيات الإقليمي الكردي، 2007). وعلى الرغم من أن الوضع قد تحسن منذ عام 2006، ففي عام 2011، فقط 28 في المائة من الأطفال دون سن الخامسة تلقوا مكملات فيتامين أ (منظمة الإحصائيات المركزية وتكنولوجيا المعلومات ومكتب الإحصائيات الإقليمي الكردي، 2012).

الشكل 3-7 متوسط الطول بالنسبة للعمر، والوزن بالنسبة للطول مقارنة بالسكان المرجعيين الذين يتمتعون بصحة جيدة في الانحرافات المعيارية ونسبة المصابين بالتقزم، وبنقص الوزن، والهزال حسب العمر بالأشهر، الأعمار 4-0 سنوات.



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح العنقودي متعدد المؤشرات للعراق 2011

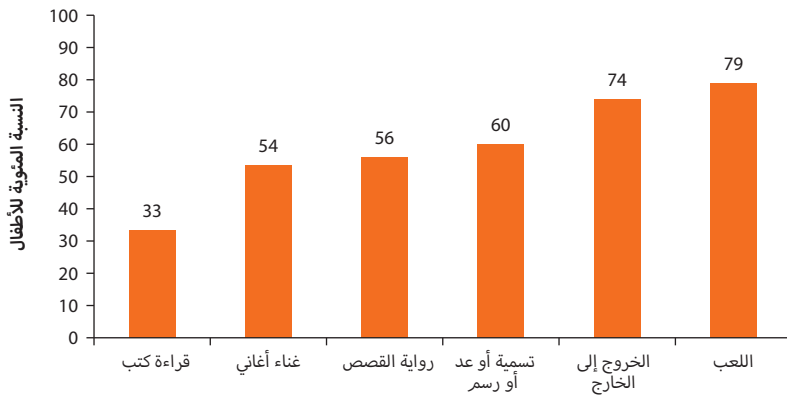
التطور الاجتماعي والعاطفي والمعرفي

على الرغم من أنه تم إثبات أن اللعب والتفاعل هما عنصران مهمان من عناصر تنمية الطفولة المبكرة، لا يزال الأطفال في العراق تفوتهم فرص هامة للنمو النفسي والاجتماعي. تشكل مشاركة الكبار في أنشطة متعددة تعزز التعلم، دعماً مهماً للتطور المعرفي، ومؤشراً هاماً للممارسات الوالدية والمشاركة الاجتماعية والعاطفية للآباء والأمهات مع أطفالهم. وتم في المسح، سؤال القائمين على رعاية الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 4-40 إذا ما قام البالغون في الأسرة بالمشاركة في أي نشاط من ستة أنشطة مختلفة تدعم تطور الطفل.⁹ وأظهرت النتائج أنه في حين أن 54 في المائة من الأطفال شاركوا في أربعة أنشطة تنموية أو أكثر، فإن قرابة النصف (46 في المائة) لم يشاركوا و10 في المائة لم يشاركوا في أي نشاط. ويعتبر المعدل في 2011 تحسناً عن 2006، حيث إن فقط 44 في المائة من الأطفال مارسوا هذه الأنشطة.

من المرجح أن يشارك الأطفال في اللعب أكثر من المشاركة في أنشطة تدعم تنمية المعرفة والتعليمية بشكل مباشر. والأنشطة الأكثر شيوعاً هي اللعب (79 في المائة)، والخروج إلى الخارج (74 في المائة)، وتسمية الأشياء، والعد، أو الرسم (60 في المائة) (الشكل 4-7). وأقل نشاط كان يُمارس في كثير من الأحيان كان قراءة الكتب، و33 في المائة فقط من الأطفال قُرئت لهم كتب (أو كتب مصورة). وفي حين أن العائلات تتفاعل اجتماعياً وعاطفياً مع أطفالها بشكل عام، لا يزال هناك مجال لتحسين التطور المعرفي للأطفال، ولا سيما من حيث القراءة.¹⁰

أثبتت الأدلة أن رعاية وتعليم الطفولة المبكرة (ECE) تحسن التنمية المعرفية والاجتماعية والعاطفية، مع فوائد يمكن أن تدوم مدى الحياة. في العراق، فقط 3 في المائة من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 3 - 4 سنوات يذهبون إلى رعاية وتعليم الطفولة المبكرة. وعلاوة على ذلك، فإن فقط 7 في المائة من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 5-6 سنوات هم حالياً في مرحلة ما قبل المدرسة أو كانوا في العام الماضي في مرحلة ما قبل المدرسة؛ وبالمثل، فقط 8 في المائة من الأطفال الذين هم حالياً في الصف الأول الابتدائي كانوا في السنة المدرسية السابقة يذهبون إلى حضنة (منظمة الإحصائيات المركزية وتكنولوجيا المعلومات ومكتب الإحصائيات الإقليمي الكردي، 2012).

الشكل 4-7 النسبة المئوية من الأطفال الذين يمارسون أنشطة تنموية، حسب النشاط



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح العنقودي متعدد المؤشرات للعراق 2011

التحديات الأخرى التي تعوق التنمية الصحية للأطفال هي التأديب العنيف¹¹، وعمالة الأطفال المبكرة. والتأديب العنيف للأطفال شائع في العراق، حيث تعرض 77 في المائة من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من 2-5 للتأديب العنيف. إن تأديب الأطفال هو جزء مهم من تربيتهم. إلا أن الأبحاث توصلت إلى أن التأديب العنيف يؤثر سلباً على النمو البدني، والنفسي والاجتماعي للأطفال (اليونيسف 2010). على الرغم من أن الضرب باستخدام أداة لم يكن شائعاً نسبياً (8 في المائة)، فإن الضرب، والصفع، والضرب على المؤخرة كانت طرق تأديب شائعة، مثلما كان الهز (45 في المائة) والصراخ/الصياح (70 في المائة). وعلاوة على ذلك، فإنه في سن الـ 5 سنوات، 10 في المائة من الأطفال في العراق شاركوا في نوع من أنواع عمالة الأطفال في الأسبوع الذي سبق إجراء المسح - العمل لدى شخص ليس عضواً في الأسرة، أو القيام بأعمال منزلية أو عمل آخر للعائلة¹². كما أن عمالة الأطفال، والانخراط في العمل أو الأعمال المنزلية، يمكن أن تكون أمورا خطيرة على الأطفال الصغار بشكل خاص. كما أنها قد تعوق قدرتهم على الانتقال إلى المدرسة بنجاح. والأطفال الذين انخرطوا في عمالة الأطفال في العراق كانوا يقومون بالأعمال المنزلية بالكامل تقريباً.

العوامل الرئيسية التي تؤثر على تنمية الطفولة المبكرة

وهناك عدد من الخصائص الأساسية على مستوى الطفل، والعائلة، والمجتمع تؤثر على محصلات تنمية الطفولة المبكرة: النوع الاجتماعي، وتعليم الآباء، والوضع الاجتماعي والاقتصادي للأسرة (الثروة)¹³ والموقع الجغرافي (الإقليم أو المحافظة)، ومحل الإقامة (حضر/ريف). إن فهم هذه العلاقات يساعد في تحديد لماذا بعض الأطفال لديهم محصلات تنمية طفولة مبكرة ضعيفة، وأي الأطفال يجب استهدافهم بتدخلات في السياسات أو تدخلات برمجية.

البقاء، والصحة، والتغذية

للخصائص الأساسية علاقة معقدة بوفيات الرضع في العراق. يواجه الأولاد الذكور احتمالاً أكبر من الإناث بالوفاة في السنة الأولى من الحياة، وهذا نمط شائع عالمياً لأسباب وراثية (هيل وأبشيرش 1995). الأطفال في أفقر خمس وأغنى خمس من الأسر لديهم احتمالات متشابهة تماماً من حيث وفيات حديثي الولادة. والأطفال في الخمس الأفقر والخمس الرابع من الأسر لديهم احتمالات مماثلة من حيث وفاة الرضع. ولا توجد فروقات هامة من حيث معدل الوفيات فيما يتعلق بتعليم الوالدين، ومكان الإقامة في الحضر/الريف أو فروقات إقليمية من حيث معدل الوفيات. وإذا أخذنا بعين الاعتبار خصائص متعددة، فإن الفرق الوحيد الهام من ناحية إحصائية¹⁴ هو معدل معدل وفيات أقل للرضع الإناث مقارنة بالذكور.

إن استخدام رعاية ما قبل الولادة مرتبط ارتباطاً وثيقاً بالثروة، والتعليم، والجغرافيا. بلغ المتوسط لاستخدام الرعاية ما قبل الولادة على المستوى الوطني 78 في المائة والرعاية المنتظمة ما قبل الولادة 51 في المائة. وفي حين أن 92 في المائة من الولادات في الخمس الأغنى من الأسر تلقت رعاية ما قبل الولادة، فإن فقط 61 في المائة من الولادات في الخمس الأفقر من الأسر قد تلقت ذلك. وكانت الفجوة متشابهة للرعاية المنتظمة، 66 في المائة مقابل 36 في المائة. وكانت الفروقات في الرعاية قبل الولادة بين أم أو أب غير متعلمين و أم أو أب حاصلين على تعليم أعلى متشابهة إلى حد بعيد مع الفروقات في الثروة. والولادات في إقليم كردستان كانت تواجه احتمالاً أقل بقليل في تلقي رعاية ما قبل الولادة، ولكن لديها معدلات مشابهة من حيث الرعاية المنتظمة ما قبل الولادة بصورة خاصة، كما أن الأطفال في المناطق الحضرية لديهم فرصة أكبر بتلقي رعاية قبل الولادة من الأطفال في المناطق الريفية. وفي العديد من المحافظات - نينوى، كركوك، أربيل، الأنبار، واسط، صلاح الدين، ميسان - كانت معدلات رعاية ما قبل الولادة هي أقل من 75 في المائة.

ولدى أخذ خصائص أخرى بعين الاعتبار، نجد أن استخدام رعاية ما قبل الولادة كان أعلى بكثير في جميع مستويات الثروة الأخرى مقارنة بالولادات في الخمس الأشد فقراً من الأسر. ويزتفع احتمال استخدام رعاية ما قبل الولادة ارتفاعاً كبيراً ما بين الأمهات والآباء الحاصلين على تعليم أعلى. والعيش في منطقة ريفية مقارنة بمنطقة حضرية يخفض بشكل كبير فرصة الرعاية ما قبل الولادة. والتواجد في كردستان يزيد إلى حد كبير من فرصة تلقي الرعاية قبل الولادة مقارنة بالمنطقة الجنوبية/الوسطى.

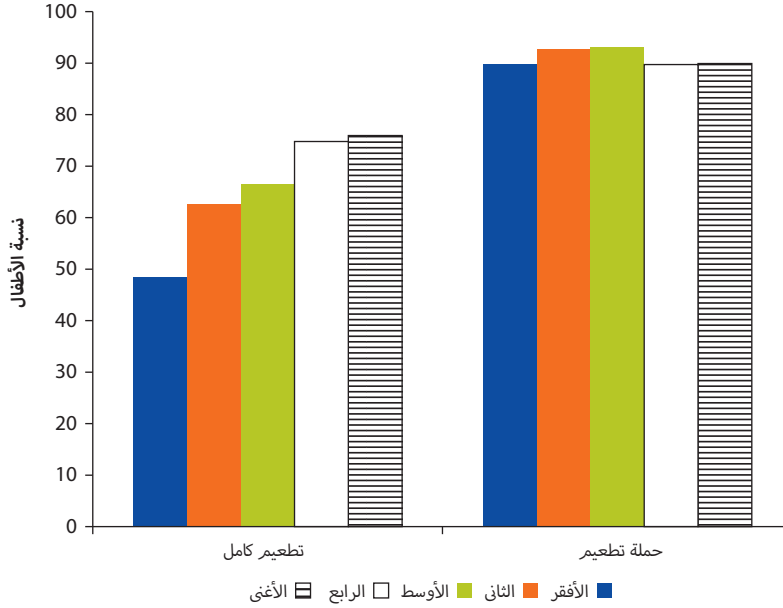
وهناك فروقات في الولادات التي تتم على يد قابلات ماهرات من حيث الثروة، والتعليم، والجغرافيا أقل من تلك الخاصة برعاية ما قبل الولادة. والولادات في الخمس الأفقر من الأسر لديها فرصة تصل إلى 82 في المائة في أن تتم على أيدي قابلات ماهرات، مقارنة بفرصة الخمس الأغنى من الأسر التي بلغت تقريباً 96 في المائة. وتمت ملاحظة أنماط مماثلة حسب تعليم المرأة والشريك. وبلغ معدل الرعاية أثناء الولادة في المناطق الحضرية 94 في المائة بينما بلغ في المناطق الريفية 85 في المائة. وإقليم كردستان والمنطقة الجنوبية/الوسطى لديهما معدلات مماثلة (91-92 في المائة). إلا أن محافظات نينوى، وكركوك، والأنبار، وواسط، وصلاح الدين، والمثنى جميعاً لديها نسب أقل من 90 في المائة.

وبعد أخذ الخصائص الأخرى بعين الاعتبار، وُجد أن استخدام الرعاية أثناء الولادة يزيد بشكل ملحوظ مع ارتفاع مستوى الثروة مقارنة بأفقر خمس من الأسر. وهناك فروقات هامة في استخدام الرعاية أثناء الولادة حسب تعليم المرأة ولكنها كانت فروقات قليلة وعادة غير هامة فيما يتعلق بتعليم الشريك. وكانت فرص أن تتم الولادات على يد قابلات ماهرات في المناطق الريفية أقل بكثير، والمعدلات في كردستان هي أعلى من المعدلات في المنطقة الجنوبية/الوسطى.

كما هو الحال بالنسبة للرعاية قبل الولادة والولادة بوجود قابلة ماهرة، فإن احتمال التحصين الكامل مرتبط ارتباطاً وثيقاً بالثروة، والتعليم، والجغرافيا. بشكل عام، يقع السكان دون مستوى التحصين الذي من شأنه أن يمنح المناعة الجماعية، مع 64 في المائة فقط من الأطفال محصنين بالكامل.¹⁵ وتزيد معدلات التحصين مع تعليم الأبوين، بنمط مماثل للثروة. على سبيل المثال، في حين أن الطفل الذي أمه غير متعلمة فرصته 51 في المائة أن يكون محصناً بالكامل، فإن الطفل الذي والدته لديها تعليم ثانوي أو أعلى لديه فرصة 76 في المائة في أن يكون محصناً بالكامل. الأطفال في المناطق الحضرية من المرجح أن يكونوا محصنين بشكل كامل أكثر من الأطفال في المناطق الريفية (70 في المائة مقابل 52 في المائة)، والأطفال الذين يعيشون في كردستان من المرجح أن يكونوا محصنين أكثر من الأطفال الذين يعيشون في الجنوب/الوسط (77 في المائة مقابل 63 في المائة). وفي عدد من المحافظات، معدلات التحصين الكامل هي أقل من 60 في المائة، في نينوى 58 في المئة فقط من الأطفال محصنون بالكامل، والأنبار 54 في المائة، وواسط 48 في المائة، و44 في المائة في صلاح الدين و54 في المائة في النجف، و45 في المائة في ذي قار.

عبر مجموعة متنوعة من المؤشرات الصحية المبكرة هناك نمط واضح ومتسق للثروة. والمؤشرات الصحية المبكرة تتحسن باستمرار مع ازدياد الثروة. هذا ينطبق على الرعاية قبل الولادة، والرعاية أثناء الولادة، وما إذا كان الأطفال محصنين بالكامل أم لا. ومع ذلك، فإن الشكل 5-7 يبين أنه في حين ترتفع مؤشرات الرعاية الصحية المبكرة مع الثروة، فإن حملات تحصين عامة قوية يمكن أن تكون فاعلة بنفس القدر عبر جميع مستويات الثروة. ويقارن الشكل 5-7 معدل التحصين الكامل والمشاركة في يوم وطني للتحصين حسب الثروة. هناك اختلافات بين التحصين الكامل حسب الثروة، مع 48 في المائة من الأطفال 12-23 شهراً محصنين بالكامل في أفقر خمس من الأسر مقارنة ب76 في المائة في الخمس الأغنى من الأسر. في المقابل، فإن المشاركة في حملات التحصين الوطنية هي منصفة. فقد شارك حوالي 90 في المائة

الشكل 5-7 معدلات التطعيم الكامل والمشاركة في حملات التطعيم حسب الثروة، الأعمار من 12-23 شهرا



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح العنقودي متعدد المؤشرات للعراق 2011

من كافة الأطفال بعمر 12-23 شهرا في واحدة من حملات التحصين الوطنية، بغض النظر عن الثروة. وبالتالي فإن حملات التحصين الوطنية هي وسيلة فاعلة جداً ومنصفة لتعزيز تنمية الطفولة المبكرة.

لدى الأخذ بعين الاعتبار خصائص أخرى، تكون فرصة الأطفال في الريف بأن يكونوا محصنين أقل بكثير بينما الأطفال في كردستان لديهم فرصة أكبر بكثير في أن يكونوا محصنين تماماً. والأطفال من الخمس الأغني من الأسر لديهم فرصة أكبر بكثير في أن يكونوا محصنين مقارنة بالخمس الأفقر من الأسر. إذا كان مستوى تعليم الأم هو التعليم الثانوي أو أعلى، فإن هذا يزيد بشكل كبير من فرصة التحصين الكامل، كما هو الحال عندما يكون مستوى تعليم الأب ابتدائي، أو ثانوي، أو جامعي، مقارنةً بالوالدين غير متعلمين. وإحصائياً لا توجد فروقات هامة حسب النوع الاجتماعي للطفل.

في العراق، يُظهر التقرم فروقات معتدلة حسب الثروة، مما يشير إلى أن مشاكل الفقر والصحة العامة ونوعية التغذية هي المسببات الرئيسية للتقرم. على سبيل المثال، فإن احتمال أن يصاب طفل من الخمس الأفقر من الأسر بالتقرم هي 24 في المائة، في حين أن طفل من الخمس الأغني من الأسر فرصته 21 في المائة. وكانت هناك اختلافات مماثلة حسب مستوى تعليم الوالدين. وهناك اختلافات جغرافية ملحوظة في التقرم: فالأطفال في إقليم كردستان معدل التقرم لديهم 14 في المائة، في حين أن الأطفال في المنطقة الجنوبية / الوسطى معدل التقرم لديهم 23 في

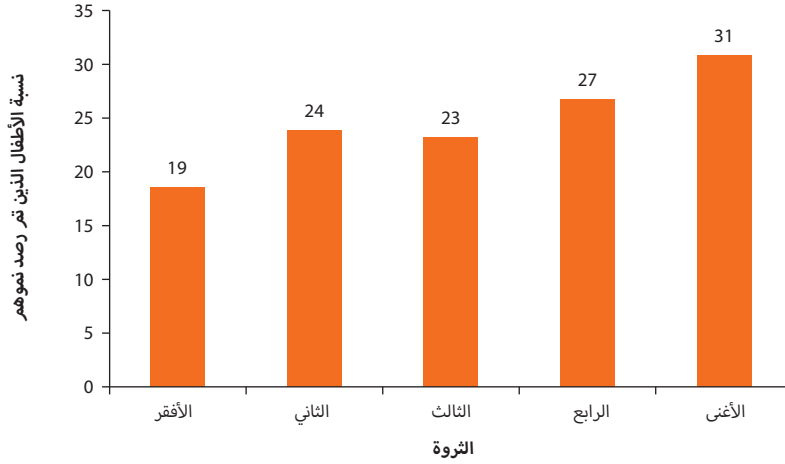
المائة. واحتمال أن يصاب طفل في المناطق الحضرية بالتقزم هو 21 في المائة، في حين أن احتمال أن يصاب الطفل بالتقزم في المناطق الريفية هو 23 في المائة. وهناك مجموعة متنوعة واسعة من معدلات التقزم حسب المحافظة، مع 9 في المائة فقط في السليمانية، في حين أن المعدل في الأنبار ويغداد يتجاوز 30 في المائة. ومع الأخذ بعين الاعتبار خصائص أخرى، فإن احتمال إصابة الأطفال بالتقزم تكون أكثر بكثير إذا كانوا يعيشون في إقليم كردستان مقارنة بالمنطقة الجنوبية/الوسطى. وبعد أخذ خصائص أخرى في الحسبان، لا يكون هناك فروقات كبيرة في التقزم حسب الثروة أو تعليم الأب، على الرغم من أن الأطفال الذين لدى أمهاتهم تعليم ثانوي أو أعلى، ولدى آبائهم تعليم ابتدائي أو أعلى هم أقل عرضة للتقزم. الأطفال الإناث لديهم احتمال أقل بأن يصابوا بالتقزم من الأطفال الذكور.

النقص في الوزن أو الهزال يبين اختلافات ماثلة حسب الخصائص الأساسية ولكن بشكل أقل. وليس هناك فروق ملموسة في معدلات نقص الوزن بناء على الريف مقابل الحضر؛ إلا أن هناك احتمالاً أقل أن يصاب الطفل بنقص الوزن أو الهزال في كردستان. وبعد احتساب خصائص أخرى، يكون احتمال أن يصاب الأطفال في كردستان بنقص الوزن أو الهزال أقل. والإناث والأطفال لأمهات وآباء حاصلين على تعليم ابتدائي يواجهون احتمالاً أقل بأن يصابوا بنقص الوزن أو الهزال. ويزداد الوزن بالنسبة للعمر، والوزن بالنسبة للطول مع الثروة، ويكون الوزن بالنسبة للعمر أعلى بكثير للإناث والأطفال من أهالٍ لديهم تعليم أعلى.

في العراق، فقط 24 في المائة من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 0-4 سنوات يتم مراقبة نموهم اعتباراً من عام 2011¹⁶. التقزم والنقص في الوزن والهزال ليست أموراً حتمية، ويمكن اتخاذ خطوات لمنع سوء التغذية، فضلاً عن مراقبة وتصحيح النقص في التغذية. إن رصد النمو هو بشكل خاص عنصر هام لتحديد أوجه النقص في التغذية، ولمعرفة متى لا يحيد الأطفال عن مسار النمو الصحي. الأطفال المعرضون لخطر ضعف معدلات النمو هم أيضاً أقل احتمالاً في أن يتم رصد نموهم. على سبيل المثال، الأطفال من أفقر خمس من الأسر لديهم فرصة 19 في المائة في أن تتم مراقبة نموهم، بينما الأطفال من أغنى خمس من الأسر فرصتهم هي 31 في المائة (الشكل 6-7).

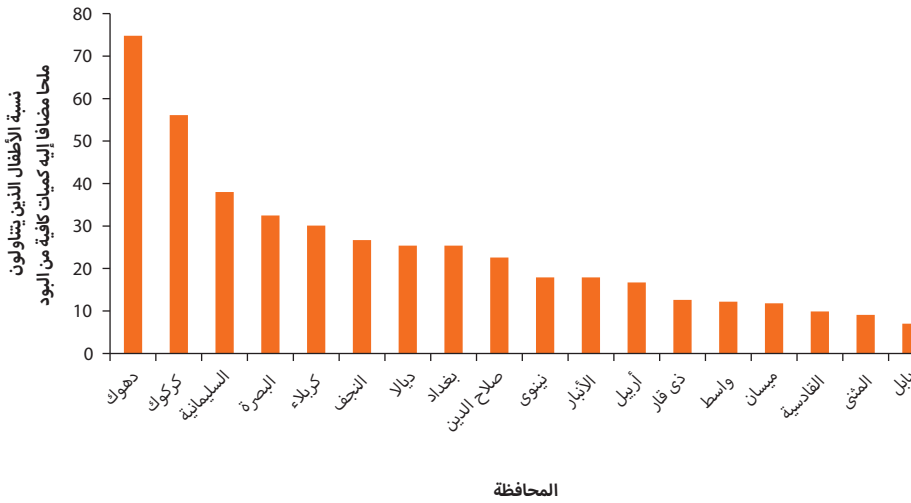
إن استخدام الملح المضاف إليه اليود، وبالتالي فرص النمو الصحي للدماغ، مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بعدد من الخصائص الأساسية. في حين أن 24 في المائة من الأطفال على المستوى الوطني يحصلون على ملح مضاف إليه كمية كافية من اليود، فإن الأطفال الأفقر يواجهون احتمالاً أقل في الحصول على ملح مضاف إليه اليود. وعلى وجه الخصوص، فإن الأطفال في أفقر خمس من الأسر لديهم أدنى معدلات بالحصول على ملح مضاف إليه اليود 13 في المائة، في حين أن الأطفال في الخمس الأغنى من الأسر لديهم فرصة 41 في المائة في الحصول على الملح المضاف إليه كميات كافية من اليود. ولوحظ وجود نمط مماثل من حيث تعليم الوالدين. والاختلافات الجغرافية بالنسبة للملح المضاف إليه اليود هي كبيرة جداً. فبينما في المناطق الحضرية نسبة إضافة اليود إلى الملح هي 30 في المائة، فإن النسبة في المناطق الريفية هي 14 في المائة فقط. وإقليم كردستان لديه معدل أعلى بكثير من حيث الملح المضاف إليه اليود (41 في المائة) من المنطقة الجنوبية/الوسطى (22 في المائة). وأكبر الاختلافات هي على مستوى المحافظات (الشكل 7-7). على سبيل المثال، في دهوك نسبة إضافة اليود إلى الملح هي 75 في المائة، في حين أن أكثر من نصف المحافظات النسبة فيها هي أقل من 20 في المائة، وفي بابل فقط 7 في المائة من الأطفال يحصلون على ملح مضاف إليه كميات كافية من اليود. وبعد احتساب خصائص أخرى، فإن انتشار الملح المضاف إليه اليود يكون أعلى بكثير في المستويات الأعلى من الثروة، مقارنة بالخمس الأفقر من الأسر. إن استخدام الملح المضاف إليه اليود يزيد بشكل ملحوظ إذا كانت الأم حاصلة على تعليم ثانوي أو أعلى.

الشكل 6-7 رصد النمو، حسب الثروة، الأعمار 3-0



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح العنقودي متعدد المؤشرات للعراق 2011

الشكل 7-7 النسبة المئوية من الأطفال الذين يتناولون ملحا مضافا إليه كميات كافية من البود، حسب المحافظة، الأعمار 4-0

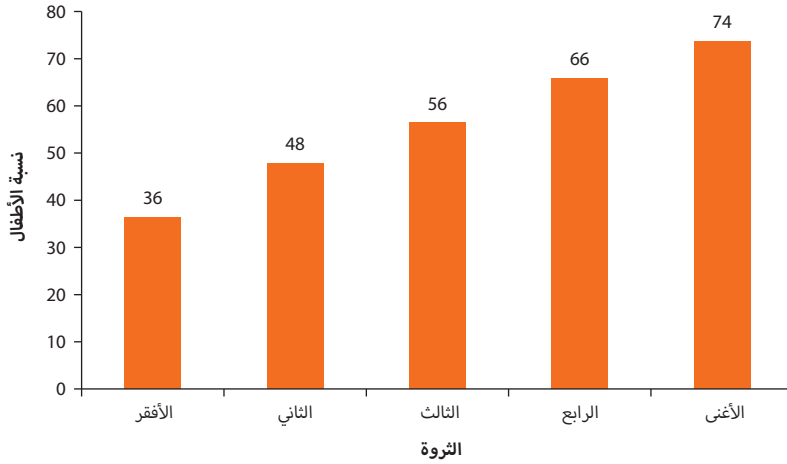


المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح العنقودي متعدد المؤشرات للعراق 2011

التطور الاجتماعي والعاطفي

الأطفال الذين هم بالفعل الأكثر عرضة لخطر تحقيق محصلات ضعيفة - بسبب الفقر، والتعليم المتدني للوالدين، وغيرها من عوامل الخطورة - هم أيضاً هؤلاء الذين يخضعون لأقل عدد من الأنشطة الداعمة للنمو، مما يقامر من احتمالات ضعف التطور المعرفي والاجتماعي والعاطفي. في حين أن 36 في المائة من الأطفال من أفقر خمس من الأسر مارسوا أربعة أنشطة تنموية على الأقل، فإن 74 في المائة من الأطفال من الخمس الأغنى من الأسر قاموا بذلك (الشكل 8-7). وأكبر الزيادات هي من الأفقر إلى مستوى الثراء الثاني (12 نقطة مئوية). ويتم ملاحظة اختلافات مماثلة

الشكل 7-8 النسبة المئوية من الأطفال الذين يمارسون أربعة أنشطة تنموية على الأقل، حسب مستوى الثروة، الأعمار من 4-0 سنين



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح العنقودي متعدد المؤشرات للعراق 2011

حسب تعليم الأهل. واحتمال أن يمارس الأطفال في المناطق الحضرية أربعة أنشطة تنموية هو أعلى بنسبة (60 في المائة) منه للأطفال الذين يعيشون في المناطق الريفية (41 في المائة). توجد اختلافات معتدلة حسب المحافظة، مع حصول محافظات بابل، وواسط، والمثنى، وذي قار، وميسان، والبصرة على نسبة أقل من 50 في المائة. وبعد أخذ الخصائص الأخرى في الاعتبار، يكون احتمال أن يمارس الأطفال في المناطق الريفية أربعة أنشطة تنموية على الأقل هو أقل منه للأطفال في المناطق الحضرية. واحتمال أن يمارس الأطفال في كردستان أنشطة تنموية هو أكبر مقارنة بالمنطقة الجنوبية/الوسطى. واحتمالية ممارسة أربعة أنشطة تنموية تزيد بشكل كبير مع زيادة الثروة، وكذلك مع وجود والدين لديهما تعليم أعلى.

يترتب على التعليم في مرحلة الطفولة المبكرة فوائد كبرى للأطفال المحرومين والمستضعفين. ومع ذلك، في العراق لا يوجد سوى عدد قليل من الأطفال المحظوظين من الخلفيات الأوفر حظا الذين هم ملتحقون بتعليم ورعاية الطفولة المبكرة. وفي حين أن الطفل بعمر 3-4 سنوات من الخمس الأقر من الأسر لديه فرصة 1 في المائة للالتحاق في تعليم ورعاية الطفولة المبكرة، فإن الطفل من أغنى خمس من الأسر لديه فرصة 10 في المائة للقيام بذلك. ويلاحظ اختلافات مماثلة أو أقل حسب مستوى تعليم الوالدين. وهناك أيضا بعض الاختلافات الجغرافية في الالتحاق في تعليم ورعاية الطفولة المبكرة، بمعدل حضور بلغ 5 في المائة في المناطق الحضرية مقابل 1 في المائة في المناطق الريفية. بعد أخذ الخصائص الأخرى في الاعتبار، يكون الأطفال من منطقة كردستان أكثر احتمالا بحضور تعليم ورعاية الطفولة المبكرة من الأطفال من المنطقة الجنوبية/الوسطى. وترتفع نسبة الحضور في تعليم ورعاية الطفولة المبكرة بشكل كبير مع زيادة الثروة بدءا من المستوى الرابع من الثراء، وتكون أعلى بكثير إذا كان الأم حاصل على تعليم ثانوي أو جامعي أو كان الأب حاصل على تعليم ابتدائي أو أعلى.

التأديب العنيف للأطفال منتشر على نطاق واسع بدون اختلافات كبيرة حسب الخصائص الأساسية. لا يختلف احتمال التعرض للتأديب العنيف إلى حد كبير باختلاف الثروة، ومستوى تعليم الوالدين، أو الإقامة في الريف/الحضر. ويقل احتمال تعرض الأطفال للتأديب العنيف إذا كانوا مقيمين في كردستان (71 في المائة)، مقابل الجنوب/الوسط

(78 في المائة). وبعد أخذ الخصائص الأخرى في الاعتبار، يكون التأديب العنيف أقل في منطقة كردستان منه في منطقة الجنوب/الوسط، وأقل بكثير للأطفال الإناث، وأقل بكثير للأطفال في أعلى مستوى ثراء. هناك اختلافات صغيرة في عمل الأطفال حسب الخصائص الأساسية. وفي حين أن 10 في المائة من جميع الأطفال في سن 5 سنوات منخرطون في عمالة الأطفال، فإن الأطفال الإناث هن أكثر عرضة للمشاركة في عمالة الأطفال. فالأطفال في المناطق الحضرية هم أكثر عرضة للانخراط في عمالة الأطفال (12 في المائة) من الأطفال في المناطق الريفية (7 في المائة). والأطفال في كردستان هم أيضاً أقل عرضة للانخراط في عمالة الأطفال (3 في المائة) من الأطفال في الجنوب/الوسط (11 في المائة). وبعد أخذ خصائص أخرى في الاعتبار، نجد أن الأطفال في المناطق الريفية هم أقل عرضة للانخراط في عمالة الأطفال، والأطفال في كردستان هم أقل عرضة.

يواجه الأطفال فرصاً غير متكافئة للتطور الصحي

يواجه الأطفال في العراق فرصاً غير متكافئة للتطور الصحي بناء على عوامل خارجة عن سيطرتهم. ويعرض الجدول 1-7 النسبة المئوية للفرص التي كان ينبغي أن يتم توزيعها بشكل مختلف من أجل تحقيق تكافؤ الفرص، استناداً إلى نفس الظروف كما نوقشت في الأجزاء السابقة، إنه يطرح أيضاً احتمال أن تكون هذه الاختلافات قد حدثت نتيجة الاختلاف العشوائي. وللحصول الولادة على أيدي قابلة ماهرة، فإنه ينبغي أن يتم توزيع حوالي 3 في المائة من الفرص بشكل مختلف من أجل تحقيق تكافؤ الفرص. وهناك نسبة عدم مساواة مرتفعة نسبياً من حيث تحصين الأطفال تحصيناً كاملاً، مع حوالي 8.6 في المائة من الفرص التي كان ينبغي أن يتم توزيعها بشكل مختلف من أجل تحقيق تكافؤ الفرص. وفي حين أن هناك فرصاً غير متكافئة للموت في وقت مبكر من الحياة، ولأن هذا نادر الحدوث، فإنه لا يمكن أن نجزم بشكل قاطع ما إذا كانت هذه الاختلافات هي نتيجة للمصادفة. ويواجه الأطفال عدم تكافؤ فرص التطور الصحي الجسدي والدماغي، من حيث التقزيم، والملح المضاف إليه اليود بشكل خاص. ويواجه الأطفال أيضاً عدم تكافؤ في

الجدول 1-7. النسبة المئوية من فرص إعادة التوزيع

مؤشر الاختلاف	
20.9	الرعاية قبل الولادة
2.9***	قابلة ماهرة عند الولادة
8.6***	تطعيم كامل
9.7	وفيات حديثي الولادة
6.1	وفيات الأطفال
7.1**	مصابون بالتقزيم
20.3***	الملح المعالج باليود
12.6***	أنشطة تنموية
2.6	التأديب العنيف
17.0***	عمالة الأطفال
43.5***	الرعاية والتعليم لمرحلة الطفولة المبكرة

المصدر: حسابات البنك الدولي تستند إلى المسح المتعدد المؤشرات للعراق MICS2011
ملاحظات: مستوى الدلالة * = فرصة >5 في المائة، ** = فرصة >1 في المائة، *** = فرصة >0.1 في المائة

الفرص من حيث المشاركة في الأنشطة التنموية أو عمالة الأطفال. وأكبر تفاوت هو من حيث رعاية وتعليم الطفولة المبكرة؛ وكان ينبغي أن يتم توزيع 43.5 في المائة من فرص الالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة بشكل مغاير من أجل تحقيق تكافؤ الفرص للأطفال.

تساهم الاختلافات في الثروة ومستوى تعليم الأم والموقع الجغرافي مساهمة كبرى في الفرص غير المتكافئة للأطفال. ويبين الجدول 2-7 الظروف المختلفة التي تساهم في عدم تكافؤ المحصلات المختلفة كنسب مئوية، وتلعب الثروة دورا كبيرا نسبيا في الرعاية قبل الولادة، والولادة على يد قابلات ماهرة، والملح المضاف إليه اليود، والأنشطة التنموية، ورعاية وتعليم الطفولة المبكرة، مما يساهم في حوالي 20-25 في المائة في عدم المساواة لكل من هذه المقاييس. وتعليم الأم هو مهم بشكل خاص للرعاية قبل الولادة، والولادة على يد قابلات ماهرات، وعمليات التحصين والتقزم، والأنشطة التنموية، ورعاية وتعليم الطفولة المبكرة، مما يساهم في حوالي 20-40 في المائة في عدم المساواة بشأن هذه المؤشرات. ويلعب تعليم الأب دورا صغيرا ولكن مهما في عدم المساواة في هذه المحصلات أيضا، على الأخص التحصينات. والاختلافات الإقليمية مهمة فقط لبعض المحصلات، لاسيما عمليات التحصين والتقزم، والملح المعالج باليود والتأديب العنيف، وعمالة الأطفال. والاختلافات الحضرية/الريفية كبيرة لمعظم المحصلات، لاسيما الرعاية قبل الولادة والرعاية أثناء الولادة، والأنشطة التنموية، وعمالة الأطفال، ورعاية وتعليم الطفولة المبكرة. ويساهم جنس المولود بشكل محدود جدا في عدم المساواة.

يكون الأطفال بصورة دائمة أوفر حظا أو أقل حظا عبر مجموعة من الأبعاد المختلفة لتنمية الطفولة المبكرة، وقد يواجهون فرصا مختلفة جدا في الحياة بناء على بعض الخصائص فقط. الطفولة المبكرة هي عندما تنتقل حلقات الفقر وعدم المساواة عبر الأجيال. إذا رصدنا طفلا يعيش في منطقة ريفية في الجنوب/الوسط، ضمن أفقر 20 في المائة من الأسر، مع أبوين غير متعلمين (طفل أقل حظاً) وقارنا بينه وبين طفل أبواه حاصلان على تعليم ثانوي أو أعلى، ومن أغنى 20 في المائة من الأسر، ويعيش في منطقة كردستان الحضرية (طفل أكثر حظاً)، نجد أن لدهما فرصا مختلفة

الجدول 2-7 مساهمات الخصائص الأساسية في عدم المساواة

نسبة مئوية

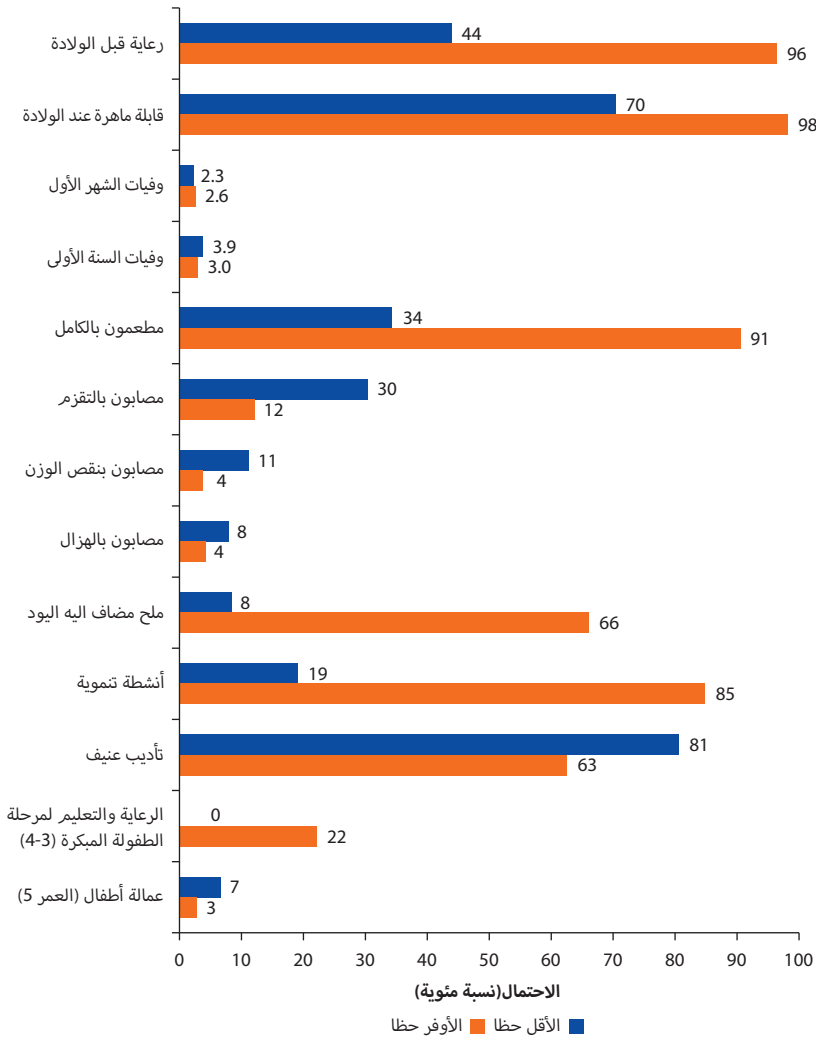
الثروة	تعليم الأم	تعليم الأب	الريف	المنطقة	جنس الطفل
30.6	23.6	16.7	23.7	5.4	لاينطبق
37.4	18.1	15.2	25.6	3.6	لاينطبق
23.8	17.2	12.9	23.2	22.5	0.5
3.7	11.7	لاينطبق	6.9	3.3	74.4
15.6	28.7	لاينطبق	2.5	7.0	46.1
10.6	10.8	15.5	7.8	49.9	5.4
22.5	9.7	4.0	16.0	47.8	0.1
37.2	24.2	20.9	15.3	1.7	0.8
22.9	8.9	20.3	4.2	28.9	14.9
8.4	15.5	2.0	3.5	54.0	16.6
33.5	21.1	17.0	25.5	2.7	0.3

المصدر: حسابات البنك الدولي تستند إلى المسح المتعدد المؤشرات للعراق 2011 MICS ملاحظة: تحليلات شيبلي لمؤشر الاختلاف.

جداً في تنمية صحية للطفولة المبكرة. ويبين الشكل (7-9) فرص (الفرصة التي يمكن التنبؤ بها) مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة المختلفة (قائمة على الانحدارات) لهؤلاء الأفراد "الأقل حظاً" و"الأكثر حظاً".

ولكل مؤشر، يواجه الطفل الأقل حظاً احتمالات أضعف للتطور الصحي. وعند مقارنة الأقل والأكثر حظاً، نجد أن الفجوة في الرعاية قبل الولادة هي 52 نقطة مئوية، والفجوة في الرعاية الماهرة أثناء الولادة هي 28 في المائة، والطفل الأقل حظاً يواجه احتمالاً أقل يواقع 57 في المائة من حيث تلقي اللقاحات و34 في المائة مقابل 91 في المائة للطفل الأوفر حظاً. ومن حيث التغذية، يواجه الطفل الأقل حظاً احتمال 30 في المائة بالتقزم مقارنة بـ12 في المائة للطفل الأوفر حظاً. والفجوة في نقص الوزن هي 7 نقاط مئوية والفجوة في الإصابة بالهزال هي 4 نقاط مئوية. هناك فجوة قدرها 58 نقطة مئوية من حيث إضافة اليود إلى الملح، وفجوة قدرها 66 نقطة مئوية من حيث فرصة الالتحاق بأربعة

الشكل 7-9 عمليات المحاكاة الأوفر حظاً والأقل حظاً



المصدر: حسابات البنك الدولي تستند إلى المسح المتعدد المؤشرات للعراق 2011 MICS

أنشطة تنموية على الأقل. والاختلاف النسبي الأكبر هو في الالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة حيث إن فرصة انضمام الطفل الأوفر حظا لرعاية وتعليم الطفولة المبكرة هي أقل من واحد في المائة والطفل الأوفر حظا يواجه فرصة قدرها 22 في المائة. ويواجه الطفل الأقل حظا احتمالا أكبر ب 18 نقطة مئوية للتعرض للتأديب العنيف، وأكثر ب 4 نقاط مئوية في الانخراط في عمالة الأطفال.

الخاتمة

يضم العراق مجموعة كبيرة من السكان الشباب الذين تفوتهم فرص تنموية هامة. وعلى الرغم من أن العراق قد أحرز بعض التقدم في الرعاية الماهرة أثناء الولادة، فإن هناك عجزا كبيرا ومطردا في الرعاية قبل الولادة. ولم يتحقق سوى تقدم بسيط في التقليل من الوفيات المبكرة. والعديد من الأطفال تفوتهم مطاعيم هامة تحميهم من أمراض أو حتى من الوفاة. وعدد كبير من الأطفال مصابون بالتقزم، والكثيرون منهم تنقصهم إمكانية الحصول على مغذيات دقيقة هامة. و فقط حوالي نصف الأطفال يمارسون أنشطة تنموية، ولكن التأديب العنيف للأطفال هي ممارسة شائعة. عدد قليل جدا من الأطفال يذهبون إلى رعاية وتنمية الطفولة المبكرة. ويواجه الأطفال احتمالا أكبر بالانخراط في عمالة الأطفال من الذهاب إلى رعاية وتعليم الطفولة المبكرة. وبالإضافة إلى هذه التحديات العديدة التي تواجه تطوهرم، يواجه الأطفال فرصا غير متكافئة على الإطلاق للتطور من حيث صحتهم وتغذيتهم وإدراكهم وتطورهم الاجتماعي والعاطفي. والعراق بلد شاب ولكنه يحتاج إلى الكثير من الجهود لضمان ألا يتم تبديد كل إمكانيات الأطفال.

الملحق 7 أ: البيانات

مجموعة البيانات

يستخدم التحليل بيانات مستعرضة عن رفاهة النساء والأطفال تم جمعها من خلال المسح العنقودي المتعدد المؤشرات MICS اعتبارا من 2011. وتضمن هذا المسح استبياناً للأسرة ضم خصائص أساسية هامة عن الأفراد والأسر. كما تضمن استبياناً للمرأة المتزوجة والتي سبق لها الزواج في سن 15-49، يجمع معلومات عن عناصر هامة في تنمية الطفولة المبكرة، مثل رعاية ما قبل الولادة، والمساعدة الماهرة أثناء ولادة الأطفال، وتحصين الأطفال. ويتم جمع البيانات الخاصة بالوزن والطول للأطفال دون سن الخامسة. والمسح مُمثل على الصعيد الوطني، ويشمل بيانات تسمح بتحليل العلاقة بين تنمية الطفولة المبكرة ومؤشرات الطفل والأسرة في داخل العراق

العينة

مجموعة بيانات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات للعراق لعام 2011 أخذت عينات من 35701 أسرة و55194 امرأة متزوجة أو سبق لها الزواج بين سن 15-49 و 36307 طفلا دون الخمس سنوات. والتحليل في هذا الموجز يتم وزنه ليكون ممثلاً على المستوى الوطني. وأحجام العينة (N) في كل جدول من الجداول قائمة على العدد غير المرجح من الملاحظات في البيانات.

الملحق 7ب: المؤشرات حسب الخصائص الأساسية

الجدول 7ب-1 المؤشرات حسب الخصائص الأساسية

النوع الاجتماعي	رعاية قبل الولادة من قبل كوادر صحبة مدربة			رعاية ما قبل الولادة: على الأقل 4 زيارات			قابلة ماهرة عند الولادة	وفيات الشهر الأول	وفيات السنة الأولى	تطعيم كامل	مصابون بالتقزم	انحراف (معياري)	مصابون بنقص الوزن	انحراف (معياري)	الوزن بالنسبة للعمر	الطول بالنسبة للعمر	الوزن بالنسبة للطول
	الوزن بالنسبة للطول (انحراف معياري)	مصابون بالهزال	انحراف (معياري)	مصابون بنقص الوزن	انحراف (معياري)	مصابون بالتقزم	انحراف (معياري)	انحراف (معياري)	انحراف (معياري)	انحراف (معياري)	انحراف (معياري)	انحراف (معياري)	انحراف (معياري)	انحراف (معياري)	انحراف (معياري)	انحراف (معياري)	انحراف (معياري)
النوع الاجتماعي																	
ذكر	0.29	6.5	-0.34	7.4	-0.95	22.3	64.7	3.4	2.4								
أنثى	0.28	6.3	-0.30	6.4	-0.85	21.1	63.8	2.8	1.6								
خمس الثروة																	
الأقفر	0.18	6.5	-0.49	7.7	-1.06	24.0	48.4	3.3	1.9	82.1	35.9	61.0					
الثاني	0.28	6.5	-0.35	7.3	-0.95	22.5	62.6	3.2	2.2	89.6	46.3	75.3					
الثالث	0.31	6.0	-0.27	6.3	-0.85	19.6	66.5	2.8	1.7	93.7	55.1	82.1					
الرابع	0.33	6.5	-0.24	6.4	-0.82	20.9	74.8	2.8	2.0	95.5	56.4	84.4					
الأغني	0.40	6.6	-0.14	6.4	-0.72	20.6	76.0	3.4	2.3	95.9	66.4	91.3					
تعليم المرأة																	
لم تتعلم على الإطلاق										82.3	36.1	61.6					
بعض الابتدائي										90.1	48.0	74.6					
أكملت الابتدائي										90.1	50.4	76.3					
ثانوي										95.9	59.5	88.1					
تعليم عال										97.4	64.9	92.3					
تعليم الشريك																	
لم يتعلم على الإطلاق										81.4	36.0	59.7					
بعض الابتدائي										89.7	47.2	74.1					
أكمل الابتدائي										88.4	44.2	73.7					

يستكمل في الصفحة التالية

الجدول ب7-1 المؤشرات حسب الخصائص الأساسية (تابع)

الوزن بالنسبة للطول (انحراف معياري)	الوزن بالنسبة للعمر (انحراف معياري)	الطول بالنسبة للعمر (انحراف معياري)	مصابون بالتقزم	مصابون بنقص الوزن	مصابون بالانحراف معياري	وفيات الشهر الأول	وفيات السنة الأولى	وفيات الشهر الأول	قابلة ماهرة عند الولادة	رعاية ما قبل الولادة: على الأقل 4 زيارات	رعاية قبل الولادة من قبل كوادر صحية مدرية	
									93.6	56.1	82.7	ثانوي
									94.1	59.8	86.2	تعليم عالٍ
									87.6	43.0	67.5	غير معروف/ناقص
												تعليم الأُم
0.19	6.3	-0.47	8.1	-1.03	23.8	51.3	3.3	2.1				لاتعليم
0.31	6.0	-0.33	6.6	-0.95	22.4	61.2	3.1	1.9				ابتدائي
0.31	7.1	-0.22	6.8	-0.74	19.6	75.9	2.9	2.1				ثانوي +
												تعليم الأب
0.15	7.1	-0.51	8.7	-1.07	25.9	50.3						لاتعليم
0.32	6.1	-0.34	6.7	-0.98	23.3	59.8						ابتدائي
0.28	6.6	-0.27	6.8	-0.81	20.0	70.5						ثانوي +
												مكان الإقامة
0.30	6.5	-0.28	6.7	-0.85	20.9	70.4			93.9	55.6	83.2	حضر
0.27	6.2	-0.39	7.2	-0.99	23.4	51.6			84.5	41.0	66.1	ريف
												الإقليم
0.36	3.8	-0.14	3.8	-0.67	14.0	76.8	2.6	2.0	92.4	60.0	81.1	كردستان (الشمال)
0.28	6.8	-0.34	7.3	-0.93	22.8	62.6	3.2	2.0	90.6	49.6	77.2	جنوب/وسط
												محافظات
0.53	3.3	-0.12	3.4	-0.85	17.7	83.4	3.2	2.5	90.2	67.7	84.6	دهوك
0.51	3.8	-0.22	5.3	-1.01	23.0	57.8	3.9	2.2	82.6	50.1	71.1	نينوى

يستكمل في الصفحة التالية

الجدول 7 ب. 1- المؤشرات حسب الخصائص الأساسية (تابع)

الوزن بالنسبة للطول (انحراف معياري)	مصابون بالهزال	الوزن بالنسبة للعمر	مصابون بنقص الوزن	الطول بالنسبة للعمر	مصابون بالتقزم	تطعيم كامل	وفيات السنة الأولى	وفيات الشهر الأول	قابلة ماهرة عند الولادة	رعاية ما قبل	رعاية قبل الولادة من	
		(انحراف معياري)		مصابون بنقص الوزن						(انحراف معياري)	قبل كوادر صحية مدنية	
0.35	2.8	-0.01	2.6	-0.44	9.3	76.6	2.3	1.8	95.3	71.5	88.6	السليمانية
0.44	1.8	-0.01	3.4	-0.58	10.9	78.9	4.4	3.3	86.8	37.1	74.8	كركوك
0.22	5.2	-0.27	5.4	-0.74	15.4	71.2	2.4	1.8	91.7	43.8	72.0	أربيل
0.67	5.7	-0.14	5.9	-1.04	29.4	63.4	4.4	2.5	91.0	54.0	79.6	ديالى
0.62	7.9	-0.36	10.6	-1.37	33.6	54.1	2.9	1.7	83.3	42.1	70.2	الأنبار
0.40	10.4	-0.34	9.2	-1.04	31.1	63.7	2.5	1.6	92.2	45.3	78.5	بغداد
0.18	3.7	-0.26	4.5	-0.68	12.0	74.8	3.8	2.4	93.4	47.4	76.9	بابل
0.20	5.2	-0.34	6.6	-0.86	16.1	76.0	2.9	2.4	99.9	71.1	86.5	كربلاء
0.24	7.1	-0.38	8.0	-0.97	22.7	48.0	2.7	1.9	85.4	39.9	74.6	واسط
0.41	6.2	-0.23	7.5	-0.86	23.6	44.3	3.3	2.0	84.9	41.2	63.9	صلاح الدين
0.33	5.5	-0.41	8.4	-1.12	27.6	53.7	2.6	1.8	96.2	65.4	86.4	النجف
0.13	6.1	-0.39	5.9	-0.83	18.2	60.1	3.5	2.3	93.6	56.9	80.9	القادسية
-0.37	14.7	-0.57	8.2	-0.53	18.5	65.3	2.7	1.9	89.1	55.9	84.4	المنشي
-0.19	7.4	-0.62	8.1	-0.85	17.9	44.5	2.9	1.9	93.8	56.2	80.5	ذي قار
-0.04	6.1	-0.48	7.3	-0.80	16.7	83.1	2.5	1.2	94.1	42.3	70.6	ميسان
0.07	6.5	-0.48	7.8	-0.92	19.9	71.4	3.0	2.0	93.9	52.9	82.1	البصرة
0.29	6.4	-0.32	6.9	-0.90	21.7	64.3	3.1	2.0	90.8	50.8	77.7	المجموع
35,034	35,034	35,036	35,036	35,036	35,036	7,254	37,584	37,584	13,994	13,668	13,994	(مشاهدات) N

يستكمل في الصفحة التالية

الجدول 7ب-1 المؤشرات حسب الخصائص الأساسية (تابع)

النسبة المئوية من الأطفال (4-0)	عمالة أطفال (5 سنوات)	تأديب عنيف	أنشطة تنموية	الرعاية والتعليم		النوع الاجتماعي
				لمرحلة الطفولة المبكرة (3-4)	المعالج باليود	
51.3	9.5	79.0	52.8	4.1	24.2	ذكر
48.7	10.7	75.3	54.1	3.6	24.6	أنثى
خمس الثروة						
24.3	8.9	77.4	36.3	1.1	13.0	الأقفر
22.3	8.0	77.2	47.8	1.1	21.1	الثاني
20.5	12.1	80.8	56.3	2.8	24.1	الثالث
18	12.4	80.0	65.9	7.4	30.1	الرابع
14.9	9.3	68.3	73.6	9.9	41.4	الأعني
تعليم الأمر						
17.8	7.4	76.0	35.0	0.9	17.4	لاتعليم
49.9	10.0	78.6	50.8	2.2	21.1	ابتدائي
32.1	11.8	75.8	68.6	8.1	33.3	ثانوي +
تعليم الأث						
8.2	7.4	78.3	31.5	0.4	18.9	لاتعليم
39	10.2	78.7	46.3	2.1	19.6	ابتدائي
50.8	10.8	76.3	62.6	5.6	29.0	ثانوي +
مكان الإقامة						
66.5	11.5	76.8	59.9	5.3	29.8	حضر
33.5	7.3	78.1	41.2	1.1	13.7	ريف
الإقليم						
12.5	3.1	71.2	58.3	5.6	41.0	كردستان (الشمال)
87.5	11.2	78.2	52.7	3.6	22.0	جنوب/وسط
محافظات						
3.7	7.4	82.5	57.4	1.1	74.8	دهوك
9.7	11.3	81.2	58.9	3.3	17.9	نينوى
4.1	1.8	74.9	57.7	7.8	38.0	السليمانية
4.2	18.3	83.9	65.1	3.2	56.1	كركوك
4.6	1.1	59.7	59.7	6.9	16.7	أربيل
3.9	4.2	77.9	57.8	5.8	25.4	ديالى
4.5	6.2	67.9	56.4	3.8	17.9	الأنبار
18.1	14.2	76.2	65.8	5.5	25.4	بغداد
6.1	5.6	73.3	39.4	3.6	7.0	بابل
3.4	8.4	89.4	54.6	6.0	30.1	كربلاء
3.6	4.0	68.6	43.2	2.0	12.2	واسط
4.7	10.9	75.5	58.9	2.5	22.6	صلاح الدين
4.2	26.0	87.2	53.2	3.1	26.7	النجف
3.8	17.0	80.1	52.5	2.8	9.9	القادسية
2.5	8.1	78.1	48.2	0.9	9.1	المثنى
6.3	2.7	82.2	28.6	0.8	12.6	ذي قار
3.6	6.0	52.4	43.4	2.1	11.8	ميسان
8.8	13.6	87.5	43.3	3.6	32.5	البصرة
100.0	10.1	77.2	53.5	3.8	24.4	المجموع
36,307	7,244	10,378	13,962	13,951	36,468	N (مشاهدات)

المصدر: حسابات البنك الدولي تستند إلى المسح المتعدد المؤشرات للعراق 2011 MICS
ملاحظة: الخانات الخالية تعني لا ينطبق أو غير متوفر.

الملحق 7ج: العلاقة بين مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة والخلفية، عند أخذ الخصائص الأساسية المتعددة في الاعتبار

الجدول 7ج-1 العلاقة بين مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة والخصائص الأساسية المتعددة

الوزن بالنسبة للطول (انحراف معياري)	مصابون بالهزال	الطول بالنسبة للعمر (انحراف معياري)	مصابون بنقص الوزن	الطول بالنسبة للعمر (انحراف معياري)	مصابون بالتقزم	وفيات حديثي الولادة	وفيات الرضع	تطعيم كامل	أثناء الولادة	رعاية ما قبل الولادة:
								-	-	-
+	-	+	-	+	-			+	+	+
ريف كردستان										
الثروة، 20 في المائة من الأسر - مقارنة بالأكثر فقرا										
								+	+	+
+		+						+	+	+
+		+		+				+	+	+
+		+		+				+	+	+
تعليم المرأة مقارنة بلا تعليم										
لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	+	+
لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	+	+
لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	+	+
لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	+	+
تعليم الشريك										
لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	+	+
لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق		+
لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	+	+
لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق		+
لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق		

يستكمل في الصفحة التالية

الجدول 7-ج1 العلاقة بين مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة والخصائص الأساسية المتعددة (تابع)

عمالة أطفال	تأديب عنيف	أنشطة تنموية	الرعاية والتعليم لمرحلة الطفولة المبكرة	المعالج بالبود	
-		-	-	-	ريف
-	-	+	+	+	كردستان
		+		+	الثروة 20 في المائة من الأسر
		+		+	الثاني
		+		+	الثالث
		+	+	+	الرابع
	-	+	+	+	الأعلى
					تعليم المرأة
لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	بعض الابتدائي
لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	أكملت الابتدائي
لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	ثانوي
لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	تعليم عالٍ
					تعليم الشريك
لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	بعض الابتدائي
لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	أكمل الابتدائي
لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	ثانوي
لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	تعليم عالٍ
لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	غائب أو ناقص
					تعليم الأُم
		+			ابتدائي
		+	+	+	ثانوي +
					منهاج غير معياري
					تعليم الأب
		+	+		ابتدائي
		+	+		ثانوي +
-			+		ليس في الأسرة
	-				إثبات
0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	قيمة P (نموذج)
6,975	10,082	13,610	13,551	35,804	مشاهدات (N)
					جذر R
0.032	0.014	0.077	0.132	0.073	الجذر الزائف

المصدر: حسابات البنك الدولي تستند إلى المسح المتعدد المؤشرات للعراق 2011 MICS / ملاحظة: تشير الخانات الخالية إلى عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية مهمة. مستوى الدلالة: + = فرص < 5 في المائة وإيجابية، - = فرصة > 5 في المائة وسلبية.

الحواشي

1. تم احتساب كل من معدلات الوفيات للرضع وحديثي الولادة على أساس الوفيات في الفترة من سنة إلى خمس سنوات التي تسبق المسح العنقودي المتعدد المؤشرات.
2. في عام 2011، يسأل المسح المتعدد المؤشرات MICS عن الرعاية قبل الولادة لأحدث ولادة حية، في السنتين الماضيتين فقط. وحيث إنه من المحتمل أن يتم ربط الولادات الحية بوجود رعاية قبل الولادة، فإنه من المحتمل أن تكون النسبة المئوية من الولادات التي لا تتلقى رعاية قبل الولادة أقل من النسبة المقدرة لحالات الحمل التي لا تتلقى رعاية قبل الولادة.

3. إما طبية أو ممرضة أو قابلة مرخصة.
4. لقاح DPT هو مزيج من اللقاحات التي تغطي الدفتيريا، والسعال الديكي، والتيتانوس. وينبغي أن يحصل الأطفال على ثلاث جرعات ليكونوا محصنين بالكامل.
5. ينبغي أن يحصل الأطفال على ثلاث جرعات ليكونوا محصنين ضد شلل الأطفال.
6. كما هو الحال بالنسبة للرعاية قبل الولادة وأثناء الولادة، طرحت هذه الأسئلة عن أحدث ولادة حية في السنوات الخمس الأخيرة.
7. الوحدات الخاصة بالطول بالنسبة للعمر، والوزن بالنسبة للعمر، والوزن بالنسبة للطول تبين إلى أي درجة يختلف الأطفال العراقيون في المعدل عن السكان المرجعيين من حيث الانحرافات المعيارية.
8. أكثر من 15 جزءا في المليون من البيود في الملح
9. الأنشطة الستة هي: (1) قراءة كتب أو مشاهدة كتب تحتوي صوراً مع الطفل (2) رواية قصص للطفل (3) غناء أغاني مع الطفل (4) أخذ الطفل خارج البيت، المجمع أو الساحة أو الحديقة (5) اللعب مع الطفل (6) تمضية وقت مع الطفل وهو يسمي الأشياء باسمها أو يعد أو يرسم أشياء.
10. بيانات 2011 كانت عن أطفال بعمر 36-59 شهرا، منهم 58 في المائة مارسوا أربعة أنشطة تمومية أو أكثر. وفي 2006، 58 في المائة من المجموعة ذات نفس الفئة العمرية مارسوا أربعة أنشطة تمومية أو أكثر.
11. حسب تعريفات المسح المتعدد المؤشرات، يكون التأديب العنيف قائما على التأديب الذي تلقاه الطفل من قبل أي فرد في الأسرة خلال الشهر الأخير، وهو يشمل: الاعتداء النفسي (الصراخ، والصياح على الطفل؛ وتسميته بالغبى، والكسول، أو أي تسمية كهذه) العقاب الجسدي (هز الطفل؛ صفع على الكفل، ضرب أو صفع الطفل على المؤخرة بيده؛ ضرب الطفل على المؤخرة أو مكان آخر في جسده باستخدام أداة مثل الحزام، أو فرشاة الشعر، أو عصا، أو عرض آخر قاسٍ؛ ضرب أو صفع الطفل على يده، أو ذراعه أو رجله) وعقاب جسدي قاسٍ (ضرب أو صفع الطفل على الوجه، أو الرأس أو الأذنين؛ ضرب الطفل بأداة (مرارا وتكرار وبأقصى ما يمكن).
12. كانت الأسئلة: (1) خلال الأسبوع الماضي، هل قام (الطفل) بأي عمل لشخص ليس عضوا في الأسرة (2) خلال الأسبوع الماضي، هل قام (الطفل) بالمساعدة في الأعمال المنزلية، مثل التسوق، وجمع الحطب، والتنظيف، وإحضار المياه، أو رعاية الأطفال؟ (3) خلال الأسبوع الماضي، هل قام (الطفل) بأي عمل أسري آخر (في المزرعة أو في عمل تجاري أو بيع سلع في الشارع)؟
13. تعرف الثروة من حيث أي 20 في المائة من الأسر يكون فيها الطفل، بناء على مؤشر الموجودات (الثروة) للسلع المستدامة.
14. نستخدم في كل الوثيقة نسبة من الدلالة بلغت 5 في المائة.
15. يتم تحصين الجميع عندما تتم حماية الأفراد غير المطعمين بين السكان من المرض، لأن المرض لا يمكنه أن ينتشر بعد الآن. وهذا يتحقق ما أن يتم تحصين 90-95 في المائة من المواليد.
16. تشمل كلا الطفلين الذين لديهما جداول نمو يطالع عليها من يجرون المقابلات، وكذلك تقرير الأمر لرصد النمو.

المراجع

- Central Organization for Statistics & Information Technology, and Kurdistan Regional Statistics Office. 2007. *Iraq Multiple Indicator Cluster Survey 2006, Final Report*. Vol. 1. Iraq.
- Hill, Kenneth, and Dawn M. Upchurch. 1995. "Gender Differences in Child Health: Evidence from the Demographic and Health Surveys." *Population and Development Review* 21 (1): 127-51.
- Molina, Helia. 2012. *The Review of Health and Nutrition Indicators in Early Childhood*. UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization).

- The Central Statistics Organization and the Kurdistan Regional Statistics Office. 2012. *Iraq Multiple Indicator Cluster Survey 2011, Final Report*. Baghdad: The Central Statistics Organization and the Kurdistan Regional Statistics Office.
- UNDP (United Nations Development Programme). 2014. "Human Development Index." (accessed April 23, 2014), <https://data.undp.org/dataset/Table-2-Human-Development-Index-trends/efc4-gjvq>.
- UNICEF (United Nations Children's Fund). 2010. *Child Disciplinary Practices at Home: Evidence from a Range of Low- and Middle-Income Countries*. New York: UNICEF.
- . 2014. *The State of the World's Children 2014 in Numbers: Every Child Counts: Revealing Disparities, Advancing Children's Rights*. New York: UNICEF.
- World Development Indicators (database). World Bank, Washington, DC. <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>.

الأردن

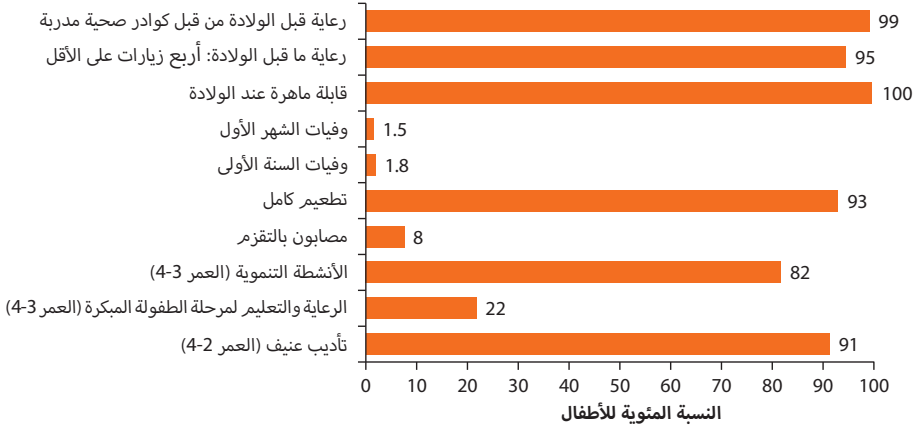
حالة تنمية الطفولة المبكرة في الأردن

الأردن هو أحد بلدان الشرق الأوسط وشمال أفريقيا التي حققت نتائج جيدة من حيث تنمية الطفولة المبكرة، إلا أنه لا يزال هناك مجالات تحتاج إلى تحسين. ويبين الشكل 1-8 ملخصاً لمؤشرات تنمية الطفولة المبكرة في الأردن. ومن حيث الرعاية ما قبل الولادة وأثناءها، أداء الأردن جيداً. 99 في المائة من الولادات تلقت رعاية ما قبل الولادة، و95 في المائة تلقت رعاية منتظمة ما قبل الولادة (4 زيارات على الأقل)، و99 في المائة من الولادات تمت على يد قابلات ماهرات. و1.5 في المائة من الأطفال يتوفون في الشهر الأول، و1.8 في المائة من الأطفال يتوفون في السنة الأولى من عمرهم. هناك مجال لتحسين الوضع في الأردن من حيث معدلات التطعيم، مع 93 في المائة من الأطفال في عمر سنة واحدة محصنين بالكامل. وتعد سوء التغذية مشكلة متوسطة في الأردن، حيث 8 في المائة من الأطفال مصابون بالتقزم. وهناك بعض أوجه العجز من حيث التطور الاجتماعي والعاطفي للأطفال: 82 في المائة من الأطفال مارسوا أنشطة تنموية، و فقط 22 في المائة من الذين هم في عمر ثلاث إلى أربع سنوات يذهبون إلى رعاية وتعليم الطفولة المبكرة، كما أن تقريبا كافة الأطفال يخضعون للتأديب العنيف (91 في المائة من الأطفال).

ويقدم هذا الفصل وضع تنمية الطفولة المبكرة في الأردن. ويتم فحص الوضع الصحي للأطفال من خلال مؤشرات (راجع الإطار 1-8) للوفيات المبكرة، والرعاية قبل الولادة، ووجود قابلة ماهرة عند الولادة، وعمليات التحصين. ويتم قياس الوضع الغذائي للأطفال من خلال التقزم (الطول بالنسبة للعمر). ومن أجل تقييم التطور المعرفي والاجتماعي أو العاطفي، ينظر التحليل في مدى مشاركة الأطفال في أنشطة تعلم تنموية، وفي حضور رعاية وتعليم الطفولة المبكرة، وما إذا كانوا يخضعون لتأديب عنيف.

ومن أجل فهم أفضل للسياق والظروف التي تؤثر على محصلات تنمية الطفولة المبكرة، يدرس التحليل أيضا العوامل الأساسية التي قد تترافق مع محصلات تنمية الطفولة المبكرة على مستوى الفرد، والأسرة والمجتمع، والعلاقة بينهم. (راجع الملاحق 8 أ، و8 ب، و8 ج، للحصول على معلومات إضافية بشأن البيانات وهذه العلاقات). ولمعرفة السياق العام للبلد، راجع الإطار 2-8. وأخيراً، يقيس هذا التحليل الفجوات ونطاق التفاوت في محصلات تنمية الطفولة المبكرة. ويستند التحليل إلى أحدث البيانات المتوفرة: المسح الديمغرافي والصحي 2012. تغطي البيانات الأبعاد المتنوعة من الطفولة المبكرة من قبل ولادة الطفل وحتى سن الدخول إلى المدرسة (ست سنوات في الأردن). ولو توفرت بيانات أكثر وتم فحصها، لأمكن تقديم صورة أفضل لتنمية الطفولة المبكرة في الأردن. وفي حين أنه في الظروف

الشكل 1.8- ملخص مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح الديمغرافي والصحي للأردن، 2012

الإطار 1-8 مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة التي تم فحصها في الأردن

- رعاية ما قبل الولادة
- وجود قابلات مدربات أثناء الولادة
- وفيات حديثي الولادة (وفيات الشهر الأول)
- وفيات الأطفال (وفيات السنة الأولى)
- تطعيم كامل
- التقزم/الطول بالنسبة للسن
- أنشطة تنموية والدية
- الرعاية والتعليم لمرحلة الطفولة المبكرة
- التأديب العنيف

الطبيعية، تتغير مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة بصورة بطيئة نسبياً، فإنه على أرض الواقع اليوم في الأردن، وفي ضوء الصراعات في البلدان المجاورة وعدد اللاجئين الكبير في الأردن، كان من الممكن أن تكون قد حدثت تغييرات أسرع وأهم، مما يوفر تحديات جديدة وفرصاً جديدة لتحسين تنمية الطفولة المبكرة في الأردن.

البقاء، والرعاية الصحية، والتغذية

الخطوة الأولى في التنمية الصحية للطفولة المبكرة هي ببساطة تجاوز مرحلة الطفولة المبكرة مع البقاء على قيد الحياة. إن معدل وفيات الرضع، الذي يشير إلى وفاة الأطفال قبل عيد ميلادهم الأول، هو 18 طفلاً لكل ألف في الأردن¹. وهذا أقل من متوسط المعدل في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (24 لكل ألف). وتتألف معظم وفيات الرضع من وفيات الأطفال حديثي الولادة، والأطفال الذين يتوفون خلال الشهر الأول من الحياة. في الأردن، 15 طفلاً من كل ألف يتوفون خلال الشهر الأول من حياتهم، وهذا مشابه للمتوسط الإقليمي (اليونيسف 2014). إن تخفيض معدل

الإطار 2-8. ملخص لمؤشرات التنمية في الأردن

الأردن بلد ذو دخل متوسط وفوق المتوسط، مع ناتج محلي إجمالي للفرد بلغ في عام 2012 حوالي 4909 دولارات أمريكية (بالدولار الأمريكي الحالي، الجدول ب 2-8). ويقدر عدد سكان الأردن بواقع 6 ملايين نسمة، ثلثهم تقل أعمارهم عن 15 عاماً. وبلغ معدل توقع الحياة عند الولادة 74 عاماً وهو معدل جيد مقارنة بدول أخرى لديها نفس مستوى التنمية. وبلغ إجمالي معدل الالتحاق في مرحلة التعليم الابتدائي في الأردن 98 في المائة في عام 2012. وبشكل عام، حل الأردن في المرتبة 100 من أصل 186 بلداً، مع بيانات قابلة للمقارنة في مؤشر التنمية البشرية لعام 2012 (HDI).

الجدول ب2-8. 1- المؤشرات الاجتماعية والاقتصادية للأردن

2012	1990	
6.3	3.2	إجمالي السكان (بالمليون)
34	46	النسبة المئوية من السكان دون سن 15 سنة
\$4,909	\$1,312	الناتج المحلي الإجمالي للفرد (بالدولار الأمريكي)
74	70	معدل توقع الحياة لدى الولادة (السنوات)
98	102	الالتحاق بالمدرسة، ابتدائي (في المائة إجمالي)

المصدر: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي 2014، مؤشرات التنمية العالمية.
ملاحظة: معدل الالتحاق الإجمالي في التعليم الابتدائي لعام 2012 هو بيانات 2011.

الوفيات بين الأطفال دون الخمس سنوات بمعدل الثلثين هو أحد الأهداف الإنمائية للألفية. وعلى الرغم من أن معدلات وفيات الرضع ووفيات الأطفال دون سن الخامسة هي أقل من المعدلات الإقليمية، فهي لم تظهر أي تحسن خلال العقد الماضي؛ إن معدل وفيات الرضع والأطفال دون الخامسة خلال السنوات الخمس التي سبقت المسح الديمغرافي والصحي لعام 2012 مطابقة لوفيات الرضع والأطفال دون سن الخامسة في الخمس إلى التسع سنوات التي سبقت المسح (دائرة الإحصاء (الأردن) و2013 ICF International).

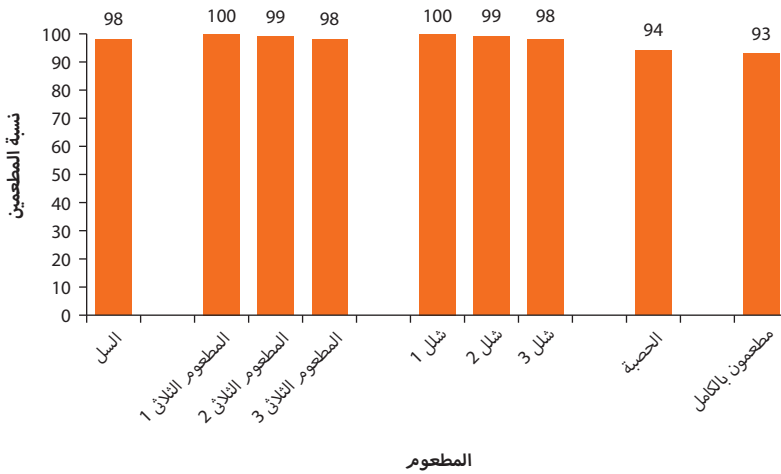
إن معالجة موضوعي الوفاة المبكرة وتنمية الطفولة المبكرة تبدأ أثناء الحمل والولادة. في الأردن تقريباً جميع الولادات (99 في المائة)² تلقوا رعاية ما قبل الولادة وتمت الولادة على يد مهنين صحيين ماهرين³. ومعظم (95 في المائة) الذين تلقوا رعاية ما قبل الولادة تلقوها «بانتظام»، مع أربع زيارات أو أكثر. الأردن كان لديه تغطية مرتفعة للرعاية ما قبل الولادة خلال العقد الأول من الألفية ومعظم سنوات التسعينيات، وكانت النسبة أيضاً 99 في المائة في 2002، وفي عام 1997 كانت النسبة 96 في المائة، و80 في المائة في عام 1990 (معدلات التنمية العالمية). والمعدل الحالي يفوق المعدل في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا والبالغ 83 في المائة (اليونيسف 2014). وكما هو الحال بالنسبة لرعاية ما قبل الولادة، فإن معدلات الولادات التي تمت بحضور قابلات ماهرات كانت مرتفعة خلال التسعينيات و العقد الأول من الألفية (مؤشرات التنمية العالمية).

يلعب التحصين الكامل للأطفال دوراً هاماً في الحد من الأمراض والتقليل من وفيات الأطفال (مولينا 2012). حقق الأردن تغطية جيدة في مجال التحصين مع 93 في المائة من الأطفال بعمر 12 إلى 23 شهراً محصنين بالكامل. ويعتبر الأطفال محصنين بالكامل إذا تلقوا تطعيمياً ضد أمراض الطفولة الرئيسية الستة التي بالإمكان الوقاية منها: السل، والدفتيريا، والسعال الديكي، والكزاز،⁴ وشلل الأطفال،⁵ والحصبة. وينبغي أن يكونوا محصنين بالكامل قبل أن يكملوا 12 شهراً من عمرهم، ويركز هذا التحليل على الأطفال 12 - 23 شهراً للسماح بالاستدعاء الأمثل للوالدين. ولقاح الحصبة هو نقطة ضعف أكيدة في حملات التحصين في الأردن (الشكل 2-8)، فقط 94 في المائة من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 12-23 شهراً حصلوا عليه. إلا أن الأردن يقوم بعمل جيد للغاية لضمان أن يحصل الأطفال على الجرعة

الثالثة من الجرعة الثلاث، والذي يعتبر ضعفاً في البلدان الأخرى؛ وقد تلقى 98 في المائة من الأطفال بعمر 12-23 شهراً الجرعة الثالثة من اللقاح الثلاثي (الدفتيريا، والسعال الديكي والتيتانوس) و 98 في المئة من الأطفال بعمر 12-23 شهراً تلقوا الجرعة الثالثة من لقاح شلل الأطفال.

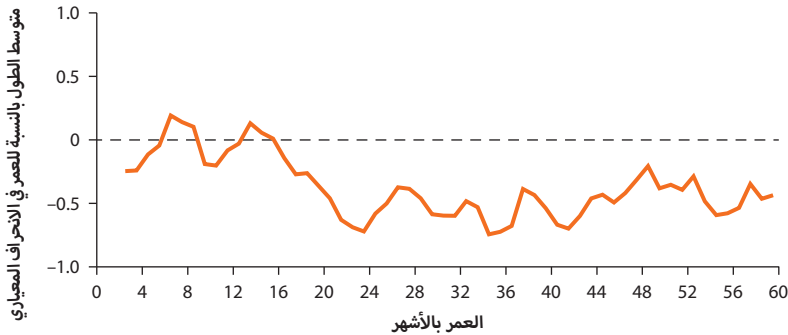
يبدأ الأطفال في الأردن حياتهم على أسس صحية إلى حد ما، من حيث التغذية، ولكن، بعد السنة الأولى من الحياة، يواجهون انخفاضاً طفيفاً في نموهم الصحي. في الأردن، 8 في المائة من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين صفر وأربعة مصابون بالتقزم. ويبين الشكل 3-8 أين يقع الأطفال الأردنيون مقارنةً بمرجعية سكانية تتمتع بصحة جيدة.⁶

الشكل 2-8 النسبة المئوية للأطفال في عمر 12-23 شهرا مطعمين حسب المطعم



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح الديمغرافي والصحي للأردن، 2012

الشكل 3-8 متوسط الطول بالنسبة للعمر للسكان المرجعيين الذين يتمتعون بصحة جيدة، في الانحرافات المعيارية حسب العمر بالأشهر، مع متوسط متحرك لثلاثة أشهر



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح الديمغرافي والصحي للأردن، 2012

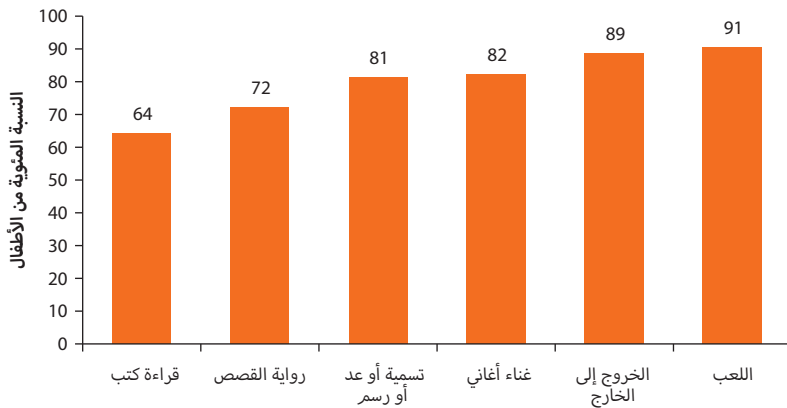
والأطفال الأردنيون خلال السنة الأولى من حياتهم يميلون إلى أن يكون لديهم معدل طول بالنسبة للعمر مشابه لمرجعية سكانية تتمتع بصحة جيدة، إلا أنه، وخلال السنة الثانية من الحياة، يتدنى هذا المعدل عموماً ويتذبذب بحوالي نصف انحراف معياري دون المتوسط حتى سن 5 سنوات.

التطور المعرفي، والاجتماعي، والعاطفي

على الرغم من أنه ثبت أن اللعب والأنشطة التفاعلية هي مكونات ضرورية لمرحلة الطفولة المبكرة، فإن الأطفال في الأردن تفوتهم فرص هامة للنمو النفسي. وفي المسح سُئِلَ مانحو الرعاية لأطفال بعمر ثلاث إلى أربع سنوات عما إذا كان الكبار في الأسرة قد شاركوا في أي من الأنشطة الستة المختلفة التي تدعم تنمية الطفل.⁷ في الأردن، مارس أغلبية الأطفال (82 في المائة) أربعة أنشطة تموية على الأقل، إلا أن الخمس (18 في المائة) مارسوا أقل من أربعة أنشطة. وفي حين أن كافة الأنشطة مهمة للتطور الاجتماعي والعاطفي، فإن القراءة وتسمية الأشياء، والعد والرسم هي أنشطة لها مكون تعليمي ومعرفي مهم. إلا أن أنشطة الخروج إلى الخارج واللعب كانت أكثر الأنشطة التي تمت ملاحظتها (الشكل 4-8)، وحوالي 90 في المائة من الأطفال مارسوا كل نشاط من هذه الأنشطة. ولوحظ أن أقل نشاط كان يمارس هو قراءة الكتب، حيث إن فقط 64 في المائة من الأطفال تُقَرَأُ لهم كتب (أو كتب مصورة).

أثبتت الأدلة أن رعاية وتعليم الطفولة المبكرة (ECE) تحسن التطور المعرفي والاجتماعي والعاطفي، مع فوائد يمكن أن تدوم مدى الحياة. ويلعب تعليم الطفولة المبكرة والتعلم المبكر دوراً هاماً في النجاح في المدرسة. وفي الأردن، فقط 22 في المائة من الأطفال بعمر ثلاث إلى أربع سنوات يذهبون إلى رعاية الطفولة المبكرة أو برنامج تعليمي، أي أن أكثر من ثلاثة أرباع (78 في المائة) الأطفال بعمر ثلاث إلى أربع سنوات تفوتهم هذه الفرصة الهامة للتطور والاستعداد للمدرسة.

الشكل 4-8 النسبة المئوية من الأطفال الذين يمارسون أنشطة تموية مختلفة، عمر 3-4



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح الديمغرافي والصحي للأردن، 2012

ومن التحديات الأخرى التي تعوق التنمية الصحية للأطفال في الأردن هي التأديب العنيف. والتأديب العنيف شائع في الأردن، حيث إن 91 في المائة من الأطفال بعمر سنتين إلى أربع سنوات تعرضوا لشكل من أشكال التأديب العنيف. وتأديب الأطفال هو جزء مهم من تربيته. إلا أن الأبحاث توصلت إلى أن التأديب العنيف يؤثر سلباً على النمو البدني، والنفسي والاجتماعي للأطفال (البوينسف 2010).

العوامل الرئيسية التي تؤثر على تنمية الطفولة المبكرة

هناك عدد من السمات الأساسية على مستوى الطفل، والعائلة، والمجتمع تؤثر على محصلات تنمية الطفولة المبكرة: النوع الاجتماعي، وتعليم الآباء، والوضع الاجتماعي والاقتصادي للأسرة (الثروة)،⁹ والموقع الجغرافي (الإقليم أو المحافظة)، ومحل الإقامة (حضر/ريف). يساعد فهم هذه العلاقات في تحديد سبب ضعف محصلات تنمية الطفولة المبكرة لدى بعض الأطفال، وأي الأطفال يجب استهدافهم بتدخلات في السياسات أو تدخلات برمجية.

البقاء والرعاية الصحية والتغذية

السمات الأساسية لها علاقة معقدة مع وفيات الرضع في الأردن. إن ثروة أسرة الطفل مرتبطة بشكل وثيق بفرص بقاء الطفل على قيد الحياة. والأطفال في أفقر 20 في المائة من الأسر يزيد احتمال وفاتهم قبل عيد ميلادهم الأول بأكثر من ضعفين عن الـ 20 في المائة الأغنى من الأسر. إلا أن الأطفال الذين أمهاتهم غير متعلمات لديهم تقريباً نفس الاحتمالات في أن يموتوا قبل بلوغهم عامهم الأول، مثل الأطفال الذين أمهاتهم أكملن أو لم يكملن تعليمهن الثانوي. ويتضمن العديد من المحافظات معدلات وفيات للرضع أعلى من 20 لكل ألف، بما في ذلك مادبا، والمفرق، والكرك، ومعان.

مع معدلات عالمية تقريباً من حيث رعاية ما قبل الولادة وولادات يشرف عليها مهنيون ماهرون، هناك فقط فروقات بسيطة حسب المعلومات الأساسية. وترتبط أكبر الفروقات في استخدام رعاية قبل الولادة بالتعليم. وفي حين أن ما يقارب 100 في المائة من النساء الحاصلات على تعليم عالٍ يستخدمن رعاية ما قبل الولادة، فإن فقط 85 في المائة من النساء غير المتعلمات استخدمن رعاية ما قبل الولادة. واستخدام رعاية ما قبل الولادة يظهر فروقات صغيرة حسب الثروة، مع 97 في المائة من الولادات في الخمس الأفقر من الأسر يتلقون رعاية ما قبل الولادة، مقارنة بما يقارب من 100 في المائة في الخمس الأغنى من الأسر. بعد الأخذ بعين الاعتبار خصائص أخرى، فإن الولادات في مستوى الثراء الثاني تواجه احتمالاً أكبر بكثير¹⁰ في تلقي رعاية ما قبل الولادة، من الولادات في أفقر 20 في المائة من الأسر. الأمهات الحاصلات على تعليم ثانوي والآباء الحاصلون على تعليم عالٍ، هم أكثر احتمالاً بكثير في الحصول على رعاية ما قبل الولادة.

وعلى الرغم من أن معدلات الرعاية قبل الولادة مرتفعة وليس هناك سوى اختلافات قليلة حسب الخلفية، فإن الرعاية قبل الولادة المنتظمة تظهر ميولاً أقوى حسب الخلفية؛ وفي حين أن 88 في المائة من الولادات لنساء في الخمس الأفقر تتلقى رعاية منتظمة قبل الولادة، 99 في المائة في الخمس الأغنى تتلقى رعاية منتظمة قبل الولادة. ولوحظ وجود اختلافات مشابهة حسب التعليم، إلا أن هناك اختلافات طفيفة فقط إقليمية أو بين الريف والحضر. وعند ملاحظة المعدلات المستندة إلى الثراء، فإن الاختلافات من حيث وجود قابلة ماهرة عند الولادة مشابهة لتلك الخاصة بالرعاية

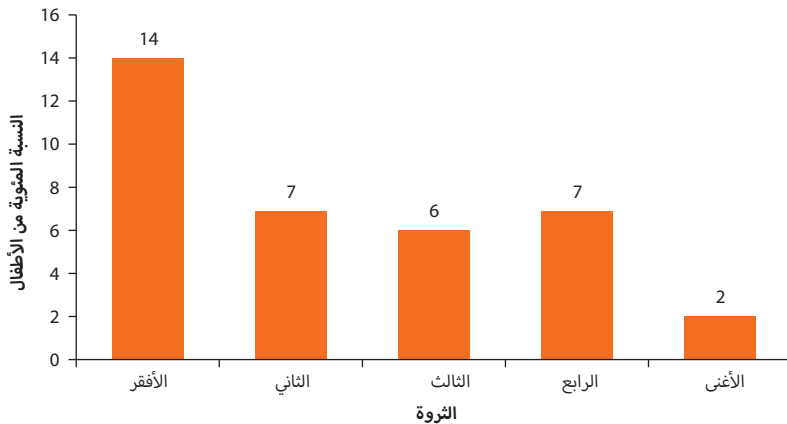
قبل الولادة - بعد أخذ خصائص أخرى في الاعتبار، فإن المعدلات في الخمس الثاني والأوسط هي أعلى بكثير من الخمس الأفقر. وتواجه الولادات لآباء لم يكملوا التعليم الثانوي احتمالات أعلى منها لأولئك غير الحاصلين على أي مستوى تعليمي.

بعض المجموعات الفرعية من السكان تقع دون مستوى التحصين الكامل الذي يمنح الحصانة الجماعية.¹¹ على الرغم من أن هناك أيضاً بعض الاختلافات في معدلات التحصين حسب الثروة مع 89 في المائة من الأطفال بعمر 23-12 شهراً محصنين بالكامل في الخمس الأفقر من الأسر، و97 بالمئة محصنين في مستوى الثراء المتوسط، و91 في المائة محصنين في مستوى الثراء الأعلى. و فقط 70 في المائة من الأطفال بعمر 12-23 شهر لأمهات غير متعلّقات تم تحصينهم بالكامل، مقابل 80-87 في المائة من الأطفال الذين أمهاتهم لم تكملن التعليم الابتدائي أو أكملنه و94-98 في المائة من الأمهات اللواتي لم يكملن التعليم الثانوي وصولاً إلى التعليم العالي.

وحملات التحصين في المحافظات ذات المعدلات التي تقل عن 90 في المائة أمر مبرر؛ وفي الطفيلة، ومعان، معدلات التحصين الكامل فيهما تقل عن 90 في المائة للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 12-23 شهراً. وعند أخذ خصائص أخرى بعين الاعتبار، يكون الأطفال في مستوى الثراء المتوسط أكثر احتمالاً بأن يتم تحصينهم من الأطفال الأكثر فقراً. ويزداد احتمال تحصين أطفال الأمهات والآباء الأكثر تعليماً.

في الأردن، التقرّم والطول بالنسبة للعمر مرتبطان ارتباطاً وثيقاً بالخصائص الأساسية للأطفال. وترتبط معدلات التقرّم بشكل قوي مع النوع الاجتماعي والثروة، وتعليم الأم ومكان الإقامة والمنطقة. ويواجه الأطفال الذكور احتمالاً أكبر بالإصابة بالتقرّم (9 في المائة) من الأطفال الإناث (6 في المائة). وفي حين أن طفلاً من الخمس الأفقر من الأسر يواجه احتمالاً قدره 14 في المائة في أن يصاب بالتقرّم، فإن طفلاً من الخمس الأغنى من الأسر يواجه احتمالاً قدره 2 في المائة. وحتى الفرق بين مستويات الثراء الثالث والرابع (6-7 في المائة مصابون بالتقرّم) وأغنى 20 في المائة من الأسر (2 في المائة مصابون بالتقرّم) هو كبير للغاية (الشكل 5-8). ففي حين أن الطفل لأم غير متعلّمة يواجه تقريباً

الشكل 5-8 النسبة المئوية من الأطفال بعمر 0-4 المصابين بالتقرّم، حسب الثروة



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح الديموغرافي والصحي للأردن، 2012

احتمال 12 في المائة في أن يصاب بالتقزم، فإن الطفل الذي حصلت أمه على تعليم عالٍ يواجه احتمال 5 في المائة فقط في أن يصاب بالتقزم. والأطفال في الريف (9 في المائة) أكثر عرضة للإصابة بالتقزم من أطفال الحضر (7 في المائة) والأطفال في الجنوب أكثر عرضة للإصابة بالتقزم (12 في المائة) من مناطق الوسط (8 في المائة) أو الشمال (7 في المائة). وهناك في عدد من المحافظات معدلات تقزم أعلى من 10 في المائة، بما في ذلك المفرق، والكرك، ومعان، والعقبة.

عند أخذ خصائص أخرى بعين الاعتبار، يكون الأطفال في الجنوب أكثر عرضة للإصابة بالتقزم مقارنة بالمنطقة الوسطى. والأطفال الأكثر ثراءً لديهم معدلات تقزم أقل بكثير من الأطفال في أفقر 20 في المائة من الأسر. وليس هناك فروقات كبيرة في التقزم حسب تعليم الأم والأب. ويواجه الأطفال الإناث احتمالاً أقل بكثير للإصابة بالتقزم.

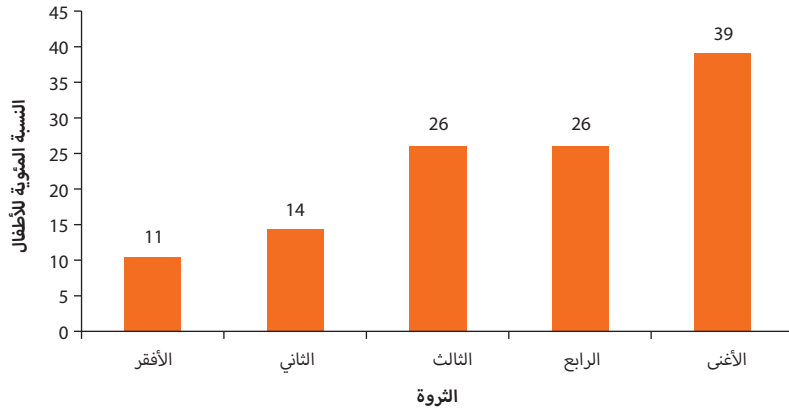
التطور المعرفي، والاجتماعي، والعاطفي

التطور الاجتماعي والعاطفي والمعرفي مرتبط بشكل كبير بمستوى الثراء لأسرة الطفل وموقع الأسرة. ويقل احتمال أن يمارس الأطفال الفقراء أربعة أنشطة تنموية مقارنة بالأطفال الأكثر ثراء. على سبيل المثال، في حين أن الأطفال من الخمس الأفقر من الأسر يواجهون احتمال 75 في المائة في ممارسة أربعة أنشطة تنموية أو أكثر، فإن الأطفال من الخمس الأغنى من الأسر يواجهون احتمال 87 في المائة للقيام بذلك. ويزداد احتمال ممارسة أنشطة تنموية مع ارتفاع مستوى تعليم الأبوين. وفي حين أن الطفل الذي لم تلتق أمه أي تعليم لديه فرصة مقدارها 58 في المائة فقط لممارسة أنشطة تنموية، فإن الطفل الذي أمه حاصلة على تعليم ثانوي أو عالٍ لديه فرصة 86-87 في المائة. والأطفال الذين ينشأون في مناطق ريفية لديهم فرصة أقل بقليل لممارسة أنشطة تنموية (78 في المائة) من الأطفال الذين يعيشون في المناطق الحضرية (82 في المائة). وعند أخذ خصائص أخرى في الاعتبار، يكون احتمال أن يمارس الأطفال في الجنوب أنشطة تنموية أكبر بكثير من الأطفال في المنطقة المركزية، واحتمال أن يقوم أطفال الأمهات والآباء الأكثر تعليماً بممارسة أنشطة تنموية هو أكبر.

وفقاً لـ 11 في المائة من الأطفال بعمر ثلاث إلى أربع سنوات يذهبون إلى نوع من أنواع رعاية وتعليم الطفولة المبكرة بين الخمس الأفقر من الأسر، في حين أن 39 في المائة من الخمس الأغنى من الأسر يفعلون ذلك. (الشكل 8-6). ومن المرجح أن يكون الأطفال الأكثر فقراً وضعفاً هم الذين يحصلون على أكثر الفوائد الناتجة عن رعاية وتعليم الطفولة المبكرة، إلا أن لديهم أقل إمكانية للحصول عليها. وتزداد إمكانية الحصول على رعاية وتعليم الطفولة المبكرة مع زيادة تعليم الأبوين. وهناك اختلافات جغرافية من حيث حضور رعاية وتعليم الطفولة المبكرة. فالحضور في المناطق الريفية هو أقل (19 في المائة) من المناطق الحضرية (22 في المائة)، والمنطقة الوسطى فيها حضور أقل (20 في المائة) من الشمالية (26 في المائة) أو الجنوبية (24 في المائة). وبعد أخذ الخصائص الأخرى في الاعتبار، يكون احتمال ذهاب الأطفال في الشمال والجنوب إلى رعاية وتعليم الطفولة المبكرة هو أعلى منه للأطفال في المنطقة الوسطى. ويزداد حضور تعليم ورعاية الطفولة المبكرة مع الثروة، وكذلك إذا كانت الأم حاصلة على تعليم عالٍ.

وتتنوع جوانب أخرى من التطور الاجتماعي والعاطفي للأطفال، مثل التأديب العنيف للطفل حسب مستوى الثروة وتعليم الأبوين. والأطفال في الأسر الأكثر ثراءً يتعرضون للتأديب العنيف بنسبة أقل (76 في المائة) من الأطفال في

الشكل 6-8. النسبة المئوية من الأطفال بعمر 3-4 سنوات الذين يحضرون رعاية وتنظيم الطفولة المبكرة، حسب الثروة



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح الديمغرافي والصحي للأردن، 2012

الأسر الأكثر فقراً (96 في المائة). ومعدلات التأديب العنيف هي أقل بين الأهالي الأكثر تعليماً، على الأخص الأهالي الحاصلين على تعليم عالٍ. وبعد أخذ خصائص أخرى في الاعتبار، في الشمال مقارنة بالوسط، تزداد احتمالية التأديب العنيف، في حين أن احتمال التعرض للتأديب العنيف يقل في الخمس الأكثر ثراءً من الأسر.

يواجه الأطفال فرصاً غير متكافئة للتنمية الصحية

غالباً ما يواجه الأطفال في الأردن فرصاً مختلفة للتنمية الصحية استناداً إلى عوامل خارجة عن إرادتهم. لقياس مدى التفاوت، يقوم التحليل بحساب (أ) نسبة الفرص التي كان هناك حاجة لتوزيعها بشكل مختلف من أجل حدوث تكافؤ في الفرص لكل مؤشر من مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة، و(ب) احتمال أن تكون هذه الفروقات قد حدثت حسب اختلاف عشوائي (الجدول 8-1). لرعاية ما قبل الولادة، أو الولادة بإشراف قابلات ماهرات، والتحصين الكامل، هناك القليل من عدم المساواة. وهناك فرص متكافئة لحصول الأطفال على الخدمات الصحية المبكرة، بغض النظر عن ظروفهم. في حين أن هناك فرصاً غير متكافئة للوفاة في وقت مبكر من الحياة، وبما أن هذا نادر الحدوث، لا يمكننا الجزم بشكل قاطع إذا ما كانت هذه الفروقات نتيجة للمصادفة. يواجه الأطفال فرصاً غير متكافئة للنمو البدني الصحي، من حيث التقرم. ويواجه الأطفال فرصاً متكافئة نسبياً لممارسة أنشطة تنموية والتعرض للتأديب العنيف للطفل. وهناك تفاوت كبير من حيث الذهاب إلى رعاية وتعليم الطفولة المبكرة؛ 24.4 في المائة من فرص الذهاب إلى رعاية وتعليم الطفولة المبكرة للأطفال بحاجة لإعادة التوزيع بشكل مختلف لكي يكون هناك تكافؤ في الفرص.

تشكل الثروة، وتعليم الأم، والاختلافات الجغرافية أكبر المساهمات في الفرص غير المتكافئة للأطفال. يبين الجدول 8-2 المساهمات المختلفة للظروف في عدم المساواة للنتائج المختلفة كنسب مئوية. وتلعب الثروة بشكل خاص دوراً كبيراً في كل المحصلات. ويعتبر تعليم الأم مهماً لمجموعة متنوعة من النتائج، ودائماً ما يكون أكثر أهمية من تعليم الأب. ويلعب تعليم الأب دوراً صغيراً ولكن مهماً في عدم المساواة لهذه النتائج أيضاً. والاختلافات الإقليمية

الجدول 8-1. النسبة المئوية للفرص التي ينبغي إعادة توزيعها

(مؤشر الاختلاف)	
0.5	الرعاية قبل الولادة
0.2	قابلية ماهرة عند الولادة
19.7	وفيات حديثي الولادة
20.3	وفيات الرضع
2.3	تطعيم كامل
*24.1	مصابون بالتقزم
3.4	أنشطة تنموية
***24.4	الرعاية والتعليم لمرحلة الطفولة المبكرة
4.5	تأديب عنيف

المصدر: حسابات البنك الدولي بناءً على المسح الديمغرافي والصحي للأردن، 2012
ملاحظات: * = فرصة >5%، ** = فرصة >1%، *** = فرصة >0.1%

الجدول 8-2. مساهمة الخصائص الأساسية في عدم التكافؤ

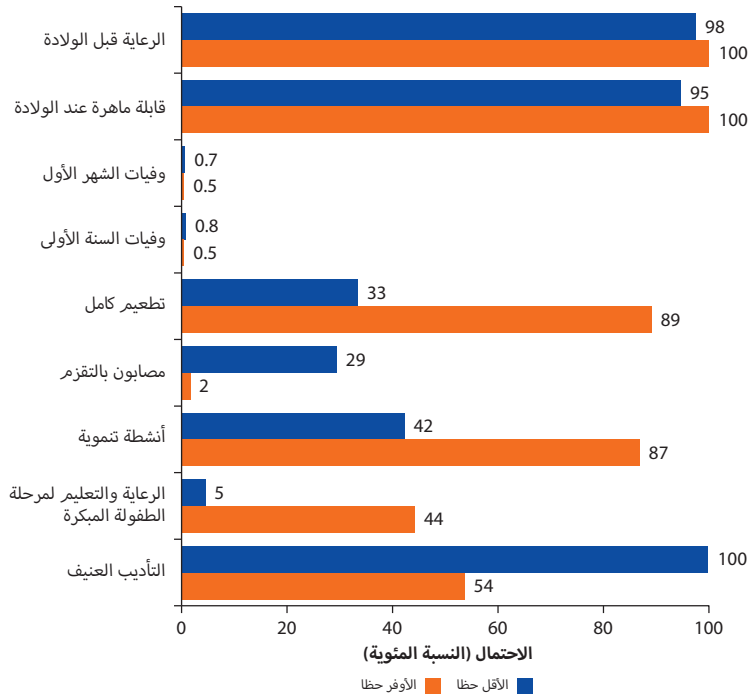
النسبة المئوية

مشكلة	الثروة	تعليم الأم	تعليم الأب	المنطقة	الريف	جنس الطفل	المسافة
الرعاية قبل الولادة	45.6	23.6	22.0	0.6	2.2	لا ينطبق	5.9
قابلية ماهرة عند الولادة	46.7	21.8	27.1	1.9	0.6	لا ينطبق	2.0
تحصين كامل	28.5	29.7	9.7	17.1	2.4	1.1	11.6
وفيات حديثي الولادة	41.5	15.5	20.0	0.4	0.7	21.1	0.8
وفيات الرضع	31.2	20.3	32.2	1.6	0.7	12.3	1.7
تقزم	28.9	24.3	13.1	17.7	2.0	13.2	0.8
أنشطة تنموية	22.9	37.5	22.2	13.0	3.6	0.8	لا ينطبق
رعاية وتعليم الطفولة المبكرة	38.2	39.6	14.5	7.3	0.4	0.0	لا ينطبق
التأديب العنيف	25.0	13.2	26.8	11.9	18.6	4.5	لا ينطبق

المصدر: حسابات البنك الدولي بناءً على المسح الديمغرافي والصحي للأردن، 2012
ملاحظة: تحليلات شيبلي لمؤشر الاختلاف.

صغيرة نسبياً، وهناك القليل من الاختلافات الحضرية/الريفية. ويساهم جنس الطفل بشكل ضئيل جداً في عدم المساواة، باستثناء الوفاة المبكرة. ويساهم البعد عن الرعاية الصحية بنسبة قليلة جداً في عدم تكافؤ الفرص. يميل الأطفال إلى أن يكونوا محظوظين أو محرومين باستمرار عبر مجموعة متنوعة من الأبعاد المختلفة لتنمية الطفولة المبكرة، ويمكن أن يواجهوا فرصاً حياتية مختلفة إلى حد بعيد بناء على بعض الخصائص فقط. والطفولة المبكرة هي عندما تنتقل حلقات الفقر وعدم المساواة عبر الأجيال. إذا رصدنا طفلاً يعيش في منطقة ريفية، ضمن أفقر 20 في المائة من الأسر، مع أبوين غير متعلمين (طفل أقل حظاً) وقارنا بينه وبين طفل أبواه حاصلان على تعليم ثانوي أو أعلى، ومن أغنى 20 في المائة من الأسر، ويعيش في منطقة حضرية في المنطقة الوسطى (طفل أكثر حظاً)، نجد أن لديهما

الشكل 7-8. حالات المحاكاة للأوفر حظا والأقل حظا



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح الديمغرافي والصحي للأردن، 2012

فرصا مختلفة جداً في تنمية صحية للطفولة المبكرة. ويبين الشكل 7-8 فرص مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة المختلفة، بناء على الانحدارات، لهؤلاء الأفراد «الأقل حظاً» و«الأكثر حظاً».

ولكل مؤشر، يواجه الطفل الأقل حظاً احتمالات أضعف للتنمية المبكرة. الفجوات فيما بين رعاية ما قبل الولادة وأثناء الولادة ضئيلة نسبياً، مع حصول الطفل الأكثر حظاً على نقطتين مئويتين أكثر للحصول على رعاية قبل الولادة (98 في المائة مقابل 100 في المائة)، و5 نقاط مئوية أكثر للحصول على رعاية أثناء الولادة (95 في المائة مقابل 100 في المائة). وليس هناك سوى فجوات قليلة من حيث الوفيات المبكرة، ولكن هناك فجوات كبيرة من حيث التحصين الكامل، حيث إن الطفل الأوفر حظا لديه فرصة 89 في المائة في تلقي التحصين ولكن الطفل الأقل حظا لديه فرصة 33 في المائة فقط. والطفل الأقل حظا يواجه احتمالاً بواقع 29 نقطة مئوية أكثر، واحتمالاً أعلى بحوالي 17 مرة في أن يصاب بالتقزم. وعلاوة على ذلك، فإن للطفل الأقل حظا احتمالاً أقل بواقع 45 نقطة مئوية في أن يمارس أنشطة تنموية. وفي حين أن الطفل الأوفر حظا لديه فرصة بواقع 44 في المائة لحضور رعاية وتعليم الطفولة المبكرة، فإن الطفل الأقل حظا لديه فرصة قدرها 5 في المائة فقط. ويكاد يكون من المؤكد أن الطفل الأقل حظا سيتعرض للتأديب العنيف، مقارنة باحتمال 54 في المائة للطفل الأوفر حظا. وعبر كل بعد من أبعاد التطور الصحي والاجتماعي والعاطفي والمعرفي، يواجه الأطفال الأوفر حظا فرص تطور مختلفة جداً.

الخاتمة

أداء الأردن جيد فيما يتعلق بالصحة المبكرة، إلا أن سوء التغذية لا يزال يمثل مشكلة لبعض الأطفال. وهناك عدد من الأطفال لا يمارسون أنشطة تنموية، و فقط أقلية من الأطفال يذهبون إلى رعاية وتعليم الطفولة المبكرة. والتأديب العنيف للطفل هي مشكلة منتشرة في الأردن. وهناك تفاوت كبير في سوء التغذية ويواجه الأطفال فرصا غير متكافئة على الإطلاق من حيث حضور رعاية وتعليم الطفولة المبكرة. ومكان ولادة الأطفال، وثروة أسرهم وتعليم والديهم جميعها عوامل تساهم بشكل كبير في تفاوت الفرص في تنمية طفولة مبكرة صحية. وينبغي بذل المزيد من الجهود لضمان ازدهار الأطفال في سنواتهم الأولى وليكون لهم فرص متكافئة للنمو والتطور. وعلاوة على ذلك، يواجه الأطفال في الأردن تحديات كبيرة نتيجة الصراعات في البلدان المجاورة وتدفق اللاجئين. والعبء الإضافي الذي يشكله اللاجئون على موارد الأردن، وعلى الأخص على نظامه الصحي والتعليمي، سيفرض تحديات كبيرة بالنسبة لتقدم الأردن.

الملحق 8 أ. البيانات

مجموعة البيانات

التحليل يستخدم البيانات المستعرضة على رفاهة النساء والأطفال التي تم جمعها في المسح الديمغرافي والصحي (DHS) لعام 2012 في الأردن. وتتم إدارة المسح الديمغرافي والصحي في الأردن على أنه مسح السكان والصحة الأسرية في الأردن (JPFHS). والمسوحات هي تمثيلية على الصعيد الوطني، وتشمل البيانات التي تسمح بتحليل العلاقة بين تنمية الطفولة المبكرة ومؤشرات الطفل والأسرة. يرجى الرجوع إلى دائرة الإحصاءات العامة و ICF الدولية (2013) للحصول على معلومات إضافية في التقرير النهائي عن مسح عام 2012.

العينة

تضمن المسح الديمغرافي والصحي لعام 2012 حوالي 15190 أسرة، و11352 امرأة متزوجة أو سبق لها الزواج بعمر 15-49 سنة، و6368 طفلا دون الخامسة (مقاييس جسم بشري). والتحليل في هذا الموجز موزون من أجل أن يكون ممثلاً على المستوى الوطني. وأحجام العينة (N) في كل من الجداول تستند إلى عدد غير مرجح من الملاحظات في البيانات.

الملحق 8ب: المؤشرات حسب الخصائص الأساسية

الجدول 1-8ب: المؤشرات حسب الخصائص الأساسية

النسبة المئوية للأطفال (0-4)	التأديب العنيف	الرعاية والتعليم		الطول بالنسبة للعمر، انحراف معياري بعيد عن الوضع الصحي الطبيعي			مصابون بالتقزم	تطعيم كامل (العمر سنة)	وفيات السنة الأولى	وفيات الشهر الأول	رعاية قبل الولادة - أربع زيارات عند الولادة		رعاية قبل الولادة	
		لمرحلة الطفولة المبكرة	النسبة المئوية الأنشطة التنموية	انحراف معياري بعيد عن الوضع الصحي الطبيعي	مصابون بالتقزم	وفيات السنة الأولى					وفيات الشهر الأول	قابلة ماهرة عند الولادة		
النوع الاجتماعي														
52.1	91.8	20.9	80.5	-0.40	9.1	92.7	1.8	1.4	1.4	1.4	98.9	88.3	97.4	ذكر
47.9	91.1	22.6	82.8	-0.39	6.1	93.3	1.9	1.5	1.5	1.5	98.9	88.3	97.4	أنثى
خمس الثروة														
23.1	95.7	10.5	74.6	-0.76	13.9	89.3	2.9	2.2	2.2	2.2	98.9	88.3	97.4	الأفقر
22.2	92.3	14.3	80.8	-0.42	6.9	93.7	1.6	1.2	1.2	1.2	100.0	94.1	99.5	الثاني
21.5	94.0	25.8	82.7	-0.38	6.2	97.1	1.6	1.2	1.2	1.2	100.0	95.1	99.6	الثالث
19.4	92.9	26.4	86.3	-0.22	6.7	94.3	1.5	1.3	1.3	1.3	99.5	97.5	99.4	الرابع
13.8	76.2	39.1	86.5	0.03	1.8	91.1	1.2	1.2	1.2	1.2	100.0	98.7	100.0	الأغنى
تعليم الأم														
2.1	94.7	7.6	57.5	-0.97	11.8	69.5	0.9	0.9	0.9	0.9	98.1	84.7	98.0	لانتعليم
3.1	96.1	13.0	73.1	-0.98	14.4	86.8	2.1	1.5	1.5	1.5	99.4	85.7	95.6	لم تكمل الابتدائي
3.2	100.0	4.7	63.7	-0.43	10.1	79.9	2.1	2.0	2.0	2.0	99.7	88.5	96.5	أكملت الابتدائي
45.1	93.4	15.4	80.6	-0.53	9.5	93.6	2.4	1.8	1.8	1.8	99.6	93.2	98.9	امر تكمل الثانوي
14.8	88.4	24.4	86.0	-0.20	5.6	97.9	2.1	1.9	1.9	1.9	99.3	97.4	99.9	أكملت الثانوي
31.7	88.9	34.6	86.5	-0.17	4.6	93.5	0.9	0.7	0.7	0.7	99.9	97.0	99.7	تعليم عالٍ
تعليم الأب														
1.0	97.7	7.9	46.8	-1.00	19.0	57.4	1.5	1.2	1.2	1.2	96.9	82.7	96.5	لانتعليم
6.3	81.0	12.0	68.5	-0.74	10.6	95.4	2.5	1.4	1.4	1.4	99.4	86.5	96.7	لم يكمل الابتدائي
4.8	87.1	5.3	77.3	-0.53	7.2	92.3	2.0	1.9	1.9	1.9	99.7	88.9	98.7	أكمل الابتدائي
48.8	95.4	18.9	81.4	-0.49	8.7	93.8	2.0	1.6	1.6	1.6	99.8	94.8	98.9	لم يكمل الثانوي

ينبع في الصفحة التالية

الجدول 8ب1. المؤشرات حسب الخصائص الأساسية (تابع)

النسبة المئوية للأطفال (4-0)	التأديب العنيف	الرعاية والتعليم		الطول بالنسبة للعمر، انحراف معياري بعيد عن الوضع الصحي الطبيعي			وفيات السنة الأولى	وفيات الشهر الأول	قابلة ماهرة عند الولادة	رعاية قبل الولادة - أربع زيارات		أكمل الثانوي تعليم عالٍ
		لمرحلة الطفولة المبكرة	الأنشطة التنموية	مصابون بالتقزم	تطعيم كامل (العمر سنة)	رعاية قبل الولادة				رعاية قبل الولادة		
14.1	93.7	20.9	83.9	-0.24	7.0	97.6	2.3	1.5	99.3	94.7	99.6	أكمل الثانوي
25.0	84.7	34.2	86.6	-0.13	4.7	90.7	1.2	1.1	99.6	97.0	100.0	تعليم عالٍ
مكان الإقامة												
81.5	91.0	22.3	82.4	-0.36	7.4	93.0	1.8	1.5	99.6	94.7	99.1	الحضر
18.5	93.8	19.3	78.0	-0.51	9.0	92.8	2.0	1.5	99.7	93.5	99.2	الريف
الإقليم												
61.2	89.1	19.5	81.5	-0.37	7.5	93.0	1.7	1.3	99.6	94.3	99.1	الوسط
29.2	96.0	25.9	80.3	-0.37	6.6	94.5	2.1	1.7	99.7	95.3	99.2	الشمال
9.6	93.0	24.1	86.2	-0.57	12.2	88.6	2.2	1.6	99.5	93.5	99.1	الجنوب
المحافظة												
36.8	86.4	20.5	83.6	-0.32	7.2	91.5	1.7	1.3	99.4	93.6	98.8	عمان
7.2	93.1	19.1	72.1	-0.39	5.5	94.8	1.8	1.3	99.8	95.9	99.6	البلقاء
14.4	93.0	17.3	80.1	-0.53	9.7	96.3	1.4	1.2	100.0	94.9	99.5	الزرقاء
2.8	97.8	19.0	85.9	-0.22	4.3	91.6	3.0	2.6	99.5	96.2	99.2	مادبا
17.6	96.2	29.1	80.0	-0.23	5.0	95.6	1.9	1.7	99.8	96.4	99.1	اريد
5.8	94.7	17.3	78.7	-0.71	10.4	90.0	2.8	2.2	99.3	91.7	99.3	المفرق
3.4	96.7	26.5	81.5	-0.53	9.0	96.3	1.9	1.8	99.9	95.3	99.2	جرش
2.4	96.1	22.6	85.5	-0.38	4.7	94.6	1.3	0.8	100.0	95.4	99.6	عجلون
4.1	94.5	26.1	86.3	-0.54	11.2	90.4	2.4	2.0	99.5	93.9	99.3	الكرك
1.6	94.3	22.4	85.3	-0.43	9.9	88.0	1.6	1.0	99.3	94.8	99.3	الطفيلة
1.7	93.6	26.0	84.0	-0.86	18.6	78.8	2.3	1.2	98.9	87.9	97.5	معان
2.2	89.3	19.6	88.5	-0.50	10.4	93.7	1.9	1.5	100.0	95.9	99.9	العقبة
100.0	91.3	21.7	81.6	-0.39	7.6	93.0	1.8	1.5	99.6	94.5	99.1	المجموع
10,128	1,654	3,826	3,904	6,267	6,267	2,030	8,462	8,462	10,360	6,810	6,811	N(مشاهدات)

المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح الديمغرافي والصحي للأردن، 2012
ملاحظة: الخانات الخالية تعني لا ينطبق أو غير متوفر.

الملحق 8ج: العلاقة بين مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة والمعلومات الأساسية، عند أخذ الخصائص الأساسية المتعددة في الاعتبار

الجدول 8ج-1 العلاقة بين مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة والمعلومات الأساسية المتعددة

الرعاية والتعليم لمرحلة الطفولة		مؤشرات تنموية	الطول للعمر	مصابون بالتقزم	تطعيم كامل	وفيات الرضع	وفيات حديثي الولادة	أثناء الولادة	قبل الولادة
تأديب عنيف	المبكرة								
									ريف
									الإقليم مقارنة بالمركز
									الشمال
+	+								الجنوب
		+		+					الثروة - 20 في المائة من الأسر - مقارنة بالأقفر
			+	-		-		+	الثاني
			+	-	+			+	الوسط
			+	-					الرابع
-	+		+	-					الأغنى
									تعليم الأم - مقارنة بلا تعليم
			+						لم تكمل الابتدائي
									أكملت الابتدائي
		+			+	+			لم تكمل الثانوي
		+	+		+			+	أكملت الثانوي
	+	+	+		+				تعليم عالٍ
									تعليم الأب- مقارنة بلا تعليم
					+				لم يكمل الابتدائي
		+			+				أكمل الابتدائي
		+			+			+	لم يكمل الثانوي
		+			+				أكمل الثانوي
		+						+	تعليم عالٍ

يتبع في الصفحة التالية

الجدول 8-1. المؤشرات حسب الخصائص الأساسية (تابع)

الرعاية والتعليم لمرحلة الطفولة			مؤشرات تنموية	الطول للعمر	مصابون بالتقزم	تطعيم كامل	وفيات الرضع	وفيات حديثي الولادة		قبل الولادة
تأديب عنيف	تأديب عنيف	المبكرة						أثناء الولادة	أثناء الولادة	
لاينطبق	لاينطبق	لاينطبق		-						مشكلة المسافة
										إناث
0.005	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	أهمية النموذج
1,605	3,826	3,827	6,267	6,267	2,030	8,462	8,462	9,584	6,248	N (مشاهدات)
			0.063							الجذر التربيعي R
0.126	0.094	0.040		0.058	0.103	0.027	0.026	0.160	0.126	الجذر التربيعي الزائف R

المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح الديمغرافي والصحي للأردن، 2012.
ملاحظة: تشير الخانات الخالية إلى عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية مهمة. مستوى الدلالة: += فرص < 5 في المائة وإيجابية، - = فرصة > 5 في المائة وسلبية.

الحواشي

1. يتم احتساب كل من معدلات الوفيات للرضع وحديثي الولادة بناء على الوفيات في الأشهر 12-59 التي تسبق المسح الديمغرافي والصحي.
2. يطرح المسح الديمغرافي والصحي للأردن 2012 أسئلة عن أحدث ولادة حية وعن الرعاية أثناء الولادة لكافة الولادات في السنوات الخمس الماضية (منذ 2007).
3. إما طبيب أو ممرضة.
4. لقاح DPT هو مزيج من اللقاحات التي تغطي الدفتيريا، والسعال الديكي والتيتانوس. وينبغي أن يحصل الأطفال على ثلاث جرعات ليكونوا محصنين بالكامل.
5. ينبغي أن يحصل الأطفال على ثلاث جرعات ليكونوا محصنين بالكامل ضد شلل الأطفال.
6. الوحدات تبين كيف أن الأردنيين في المتوسط، مختلفون عن المرجعية السكانية من حيث الانحرافات المعيارية.
7. الأنشطة الستة هي: (1) قراءة كتب أو مشاهدة كتب تحتوي صوراً مع الطفل (2) رواية قصص للطفل (3) غناء أغاني مع الطفل (4) أخذ الطفل خارج البيت، المجمع أو الساحة أو الحديقة (5) اللعب مع الطفل (6) تمشية وقت مع الطفل وهو يسمي الأشياء باسمها أو يعد أو يرسم أشياء.
8. حسب تعريفات المسح المتعدد المؤشرات، يكون التأديب العنيف قائماً على التأديب الذي تلقاه الطفل من قبل أي فرد في الأسرة خلال الشهر الأخير، وهو يشمل: الاعتداء النفسي (الصراخ، والصياح على الطفل؛ وتسميته بالغبى، والكسول، أو أي تسمية كهذه) العقاب الجسدي (هز الطفل؛ صفع على الكفل، ضرب أو صفع الطفل على المؤخرة بيده؛ ضرب الطفل على المؤخرة أو مكان آخر في جسده باستخدام أداة مثل الحزام، أو فرشاة الشعر، أو عصا، أو غرض آخر قاسٍ؛ ضرب أو صفع الطفل على يده، أو ذراعه أو رجليه) وعقاب جسدي قاسٍ (ضرب أو صفع الطفل على الوجه، أو الرأس أو الأذنين؛ ضرب الطفل بأداة (مرارا وتكرارا وبأقصى ما يمكن).
9. تعرف الثروة من حيث أي فئة 20 في المائة من الأسر يقع الطفل ضمنها، بناء على مؤشر أصول (ثراء) للسلم المعمرة.
10. نستخدم مستوى دلالة خمسة في المائة عبر الدراسة.
11. تتحقق الحصانة الجماعية عندما يكون الأفراد غير المطعمين من السكان محميين من المرض لأن المرض لا يمكنه أن ينتشر بعد الآن. وهذا يتحقق إذا ما تم تطعيم حوالي 90-95 في المائة من الرضع.

المراجع

- Department of Statistics (Jordan) and ICF International. 2013. *Jordan Population and Family Health Survey 2012*. Calverton, MD: Department of Statistics and ICF International.
- Molina, H. 2012. *The Review of Health and Nutrition Indicators in Early Childhood*. UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization).
- UNDP (United Nations Development Programme). 2014. "Human Development Index" (accessed April 23, 2014), <https://data.undp.org/dataset/Table-2-Human-Development-Index-trends/efc4-gjvq>.
- UNICEF (United Nations Children's Fund). 2010. *Child Disciplinary Practices at Home: Evidence from a Range of Low- and Middle-Income Countries*. New York: UNICEF.
- . 2014. *The State of the World's Children 2014 in Numbers: Every Child Counts: Revealing Disparities, Advancing Children's Rights*. New York: UNICEF.
- World Development Indicators (database). World Bank, Washington, DC. <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>.

لبنان

حالة تنمية الطفولة المبكرة في لبنان

على الرغم من النجاحات في بعض المجالات، لا يزال هناك بعض الثغرات في تنمية الطفولة المبكرة. ولبنان أداءه جيد من حيث الصحة المبكرة وفيه معدلات وفيات متدنية، إلا أن مشاكل التحصين والتقرم تهدد تطور العديد من الأطفال. ويظهر الشكل 9-1 ملخصاً لمؤشرات تنمية الطفولة المبكرة في لبنان. ومن حيث الرعاية المبكرة والرعاية أثناء الولادة، 95 في المائة من الولادات تلقت رعاية قبل الولادة، و98 في المائة من الولادات تمت بحضور قابلة ماهرة. ويموت في الشهر الأول من عمرهم 1 في المائة من الأطفال، ويموت في السنة الأولى من عمرهم 1.5 في المائة من الأطفال. ويعاني لبنان من أوجه قصور من حيث التحصين، حيث إن فقط 51 في المائة من الأطفال بعمر سنة هم محصنون بالكامل. ويمثل سوء التغذية مشكلة في لبنان، حيث إن 11 في المائة من الأطفال مصابون بالتقرم.

ويقدم هذا الفصل وضع تنمية الطفولة المبكرة في لبنان. ويتم فحص الوضع الصحي للأطفال من خلال مؤشرات (راجع الإطار 9-1) للوفيات المبكرة، والرعاية قبل الولادة، ووجود قابلة ماهرة عند الولادة، وعمليات التحصين. ويتم قياس الوضع الغذائي للأطفال من خلال التقرم (الطول بالنسبة للعمر). ومن أجل تقييم التطور المعرفي والاجتماعي أو العاطفي، ينظر التحليل في حضور رعاية وتعليم الطفولة المبكرة. ومن أجل فهم أفضل للسياق والظروف التي تؤثر على محصلات تنمية الطفولة المبكرة، يدرس التحليل أيضاً العوامل الأساسية التي قد تترافق مع محصلات تنمية الطفولة المبكرة على مستوى الفرد، والأسرة والمجتمع، والعلاقة بينهم. (راجع الملاحق 9 أ، 9 ب، و 9 ج، للحصول على معلومات إضافية بشأن البيانات وهذه العلاقات). ولمعرفة السياق العام للبلد، راجع الإطار 9-2. وأخيراً، يقدم هذا الفصل تحليلاً لنطاق التفاوت في محصلات تنمية الطفولة المبكرة.

ويستند التحليل إلى أحدث البيانات المتوفرة: المشروع العربي لمسح صحة الأسرة (PAPFAM) من عام 2004. تغطي البيانات الأبعاد المتنوعة من الطفولة المبكرة من قبل ولادة الطفل وحتى سن 4 سنوات. ولو توفرت بيانات أكثر وتم فحصها، لأمكن تقديم صورة أفضل لتنمية الطفولة المبكرة في لبنان. وفي حين أنه في الظروف الطبيعية، تتغير مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة بصورة بطيئة نسبياً، فإنه على أرض الواقع اليوم، وفي ضوء الأزمة في الجمهورية العربية السورية وأزمة اللاجئين الناتجة عنها في لبنان، قد يكون هناك تغيرات كبيرة تحدث. وقد يواجه الأطفال تحديات إضافية، ولكن قد تتوفر أيضاً فرص للنهوض بتنمية الطفولة المبكرة.

الشكل 9-1. ملخص مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المشروع العربي لمسح صحة الأسرة، 2004.

الإطار 9-1 مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة التي تم فحصها في لبنان

رعاية ما قبل الولادة

قابلة ماهرة عند الولادة

وفيات حديثي الولادة (وفيات الشهر الأول)

وفيات الرضع (وفيات السنة الأولى)

تطعيم كامل

التقزم/الطول بالنسبة للعمر

البقاء، والرعاية الصحية، والتغذية

الخطوة الأولى في التنمية الصحية للطفولة المبكرة هي ببساطة تجاوز مرحلة الطفولة المبكرة مع البقاء على قيد الحياة. ومعدل وفيات الرضع في لبنان أقل بكثير منه في البلدان الأخرى في المنطقة. إن تخفيض معدلات وفيات الأطفال دون الخامسة بمقدار الثلثين هو أحد الأهداف الإنمائية للألفية، وهدف حيوي في جهود لبنان الرامية إلى تعزيز تنمية الطفولة المبكرة. وفي عام 2004، بلغت وفيات الرضع التي تشير إلى وفاة الأطفال قبل عيد ميلادهم الأول، 15 طفلاً لكل ألف. والمعدل في لبنان لعام 2012 هو دون متوسط المعدل الحالي بكثير لمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (24 في الألف) (اليونيسف 2014). تتضمن معظم وفيات الرضع وفيات حديثي الولادة، الأطفال الذين يتوفون خلال الشهر الأول من الحياة. وفي 2004، كان 10 أطفال من كل ألف طفل يتوفون في لبنان خلال الشهر الأول من الحياة، وهذا دون المتوسط الإقليمي لعام 2012 وبالبالغ 15 لكل ألف (اليونيسف 2014). وشهدت وفيات الرضع في لبنان انخفاضاً مستمراً مع مرور الزمن - إذ انخفضت من حوالي 31 طفلاً في الألف في 1990 - إلا أنه لدى مقارنة لبنان مع بلدان أخرى في المنطقة، تبين أنه حقق تقدماً أقل بكثير من حيث وفيات الرضع (مؤشرات التنمية العالمية).

الإطار 2-9 ملخص مؤشرات التنمية في لبنان

لبنان بلد ذو دخل أعلى من المتوسط، مع ناتج محلي إجمالي للفرد بلغ في 2012 حوالي 9705 دولارات أمريكية (بالدولار الأمريكي الحالي)، الجدول ب-9-1). ويقدر عدد سكان لبنان بـ 4.4 مليون، منهم 22 في المائة تقل أعمارهم عن 15 عاماً. وبلغ في عام 2012 معدل توقع الحياة عند الولادة 80 عاماً، وهذا يعتبر تحسناً كبيراً مقارنة بمعدل توقع الحياة في التسعينيات والبالغ 70 سنة. وكان معدل الالتحاق الصافي في التعليم الابتدائي في لبنان من 107 في المائة في 2012. وبصورة عامة، حل لبنان في المرتبة 72 من بين 186 بلداً مع بيانات قابلة للمقارنة في مؤشر التنمية البشرية لعام 2012 (HDI).

الجدول ب 1-2-9 المؤشرات الاجتماعية والاقتصادية في لبنان

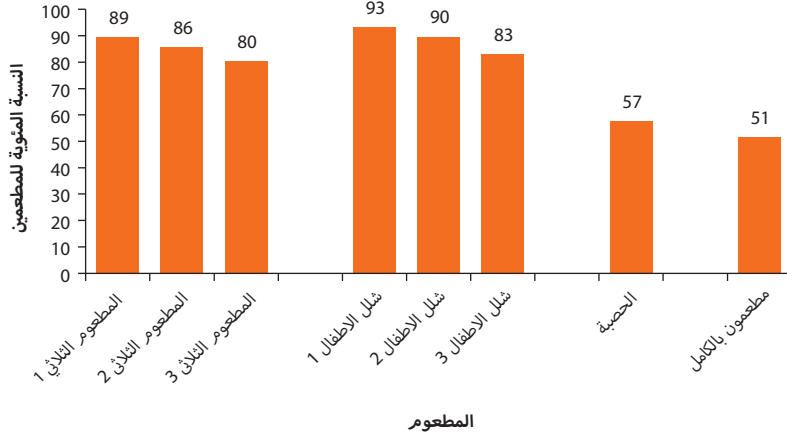
2012	1990	
4.4	2.7	إجمالي عدد السكان
22	34	النسبة المئوية من السكان تحت سن ال 15
\$9,705	\$1,050	الناتج المحلي الإجمالي للفرد (بالدولار الأمريكي الحالي)
80	70	معدل توقع الحياة عند الولادة
107	—	معدل الالتحاق بالمدرسة، الابتدائي (في المائة من الإجمالي)

المصدر: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي 2014، مؤشرات التنمية العالمية
ملاحظة: - = غير متوفر

وفي لبنان تتلقى كافة الولادات تقريباً رعاية قبل الولادة وتتم على يد مهني صحة مؤهل.² والتعامل مع كل من الوفيات المبكرة وتنمية الطفولة المبكرة تبدأ أثناء الحمل. تلقت 95 في المائة من الولادات رعاية قبل الولادة من مهني صحة.³ و98 في المائة من الولادات تمت بوجود مهني صحة.⁴ وكان أداء لبنان جيداً من حيث الرعاية أثناء الولادة لعقود من الزمن؛ وفي 1995، كانت النسبة قد بلغت 98 في المائة (مؤشرات التنمية العالمية). وقد حقق لبنان معدلات أعلى بكثير من المتوسط الإقليمي الحالي للرعاية أثناء الولادة والبالغ 79 في المائة (اليونيسف 2014). يلعب التحصين دوراً هاماً في الوقاية من الأمراض وتخفيض وفيات الأطفال (مولينا 2012). إلا أنه لا يزال على لبنان بذل الكثير من الجهود من أجل تحقيق التغطية الكاملة للتحصين. ويعتبر الأطفال محصنين بالكامل إذا تلقوا تطعيماً لكل أمراض الطفولة التي يمكن الوقاية منها: السل، والدفتيريا، والسعال الديكي، والكزاز،⁵ وشلل الأطفال،⁶ والحصبة. ولم يكن هناك بيانات متوفرة في مسح المشروع العربي لصحة الأسرة حول تغطية لقاح السل، وبالتالي يتم احتساب التحصين الكامل بناء على التحصينات الأخرى. وينبغي أن يتم تحصين الأطفال بالكامل بحلول سن 12 شهراً؛ ويركز هذا التحليل على الأطفال 12-23 شهراً للسماح بالاستدعاء الأمثل للوالدين. وفي لبنان، فقط 51 في المائة من الأطفال بعمر 12-23 شهراً محصنون بالكامل.⁷ وكما يبين الشكل 2-9، فإن الحصبة بشكل خاص لها معدلات تغطية متدنية، وصلت إلى 51 في المائة فقط. وعلاوة على ذلك، فقط 80 في المائة من الأطفال في عمر 12-23 شهراً تلقوا الجرعة الثالثة من اللقاح الثلاثي DPT (الدفتيريا، والسعال الديكي، والتيتانوس)، و فقط 83 في المائة تلقوا الجرعة الثالثة من لقاح شلل الأطفال. وبالنظر إلى بيانات أحدث (2010)، نجد أن معدلات التطعيم قد تدرت، حيث إن 74 في المائة فقط من الأطفال تلقوا الجرعة الثالثة من لقاح الشلل أو لقاح المطعوم الثلاثي DPT، و53 في المائة تلقوا لقاح الحصبة (مؤشرات التنمية العالمية).

تلعب التغذية دوراً هاماً للتنمية الصحية للأطفال. 11 في المائة من الأطفال في لبنان مصابون بالتقزم. ونتيجة إصابتهم بالتقزم، سيраكمون صحة أقل ورأس مال بشرياً أقل، ويكونون عرضة للحصول على أجور أقل في الحياة. وهذا

الشكل 2-9 النسبة المئوية من الأطفال بعمر 12-23 شهرا المحصنين حسب المطعم



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المشروع العربي لمسح صحة الأسرة، 2004.

هو عشر القوى العاملة المستقبلية التي ستكون أقل إنتاجية في سنوات عملها، نتيجة سوء التغذية التي يمكن الوقاية منه بالكامل تقريباً. ومن حيث الطول بالنسبة للوزن فإن 4 في المائة من الأطفال في لبنان مصابون بنقص الوزن (ناقص انحرافين معياريين 2-SD أو أقل). ومن حيث الوزن بالنسبة للطول، فإن 6 في المائة من الأطفال مصابون بالهزال (ناقص انحرافين معياريين 2-SD أو أقل).

وإنسان وتسعون في المائة من الأطفال دون سن الخامسة يعيشون في أسرة تتناول ملحا مضافا إليه كميات كافية من اليود (مؤشرات التنمية العالمية)⁸. وتلعب المغذيات الدقيقة، مثل الحديد، وفيتامين أ، والزنك، واليود، دوراً هاماً أيضاً في كل من التطور البدني والمعرفي على حد سواء. وبالوصول إلى نسبة 8 في المائة المتبقية، يكون من الممكن إنقاذهم من خطر ضعف التطور المعرفي نتيجة غياب اليود في الطعام الذي يتناولونه.

التطور المعرفي والاجتماعي والعاطفي

في حين أن مسح المشروع العربي لصحة الأسرة 2004 لا يقوم بجمع بيانات عن تعليم الطفولة المبكرة، فإن المصادر الأخرى تشير إلى أن معدل الالتحاق في لبنان في مرحلة ما قبل الابتدائي هو 81 في المائة (مؤشرات التنمية العالمية). وفي لبنان، يتم توفير رعاية وتعليم الطفولة المبكرة من قبل مزيج من الحضانات ودور رياض الأطفال الحكومية والخاصة. والحضانات هي أساساً خاصة، في حين أن المدرسة في مرحلة ما قبل الابتدائي هي مزيج من الحكومي والخاص (كالوستيان 2012).

العوامل الرئيسية التي تؤثر على تنمية الطفولة المبكرة

هناك عدد من السمات الأساسية على مستوى الطفل، والعائلة، والمجتمع تؤثر على محصلات تنمية الطفولة المبكرة: النوع الاجتماعي، وتعليم الآباء، والوضع الاجتماعي والاقتصادي للأسرة (الثروة)،⁹ والموقع الجغرافي (الإقليم أو المحافظة)،

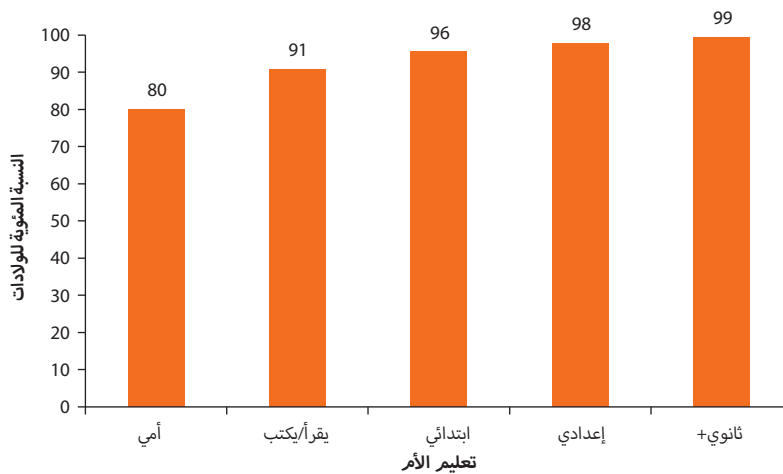
ومحل الإقامة (حضر/ريف). يساعد فهم هذه العلاقات في تحديد سبب ضعف محصلات تنمية الطفولة المبكرة لدى بعض الأطفال، وأي الأطفال يجب استهدافهم بتدخلات في السياسات أو تدخلات برمجية.

البقاء، والرعاية الصحية، والتغذية

نظرا لصغر حجم العينة نسبيا وتدني معدلات الوفيات التي لوحظت في لبنان، فإنه ليس من الممكن تحديد عوامل الخطر الخاصة بلبنان بشأن وفيات الرضع ووفيات حديثي الولادة. إلا أنه على الرغم من أن معدلات الرعاية قبل الولادة مرتفعة (95 في المائة)، فإن هناك فروقا كبيرة في استخدام الرعاية قبل الولادة حسب الخلفية. وثروة الأسرة، وتعليم الأم والأب جميعها مرتبطة ارتباطا وثيقا بالولادات التي تلقت رعاية قبل الولادة. والولادات في الخمس الأفقر من الأسر لديها فرصة 89 في المائة في الحصول على رعاية قبل الولادة، في حين أن الولادات في أغنى خمس من الأسر فرصتها 100 في المائة. وهناك اختلافات كبيرة حسب تعليم الأم (الشكل 9-3). وفي حين أن الولادة من أم أمية لديها فرصة 80 في المائة في تلقي رعاية قبل الولادة، فإن مجرد التمكن من القراءة والكتابة يرفع من هذه الفرصة لتصل إلى 91 في المائة، والأمهات الحاصلات على تعليم ثانوي أو أعلى لديهن فرصة 99 في المائة في الحصول على رعاية قبل الولادة. وهناك اختلافات مشابهة من حيث تعلم الأب أيضا. وبعد أخذ خصائص متعددة في الاعتبار، فإن احتمال حصول الولادات على رعاية قبل الولادة في الخمس الثالث من الأسر حتى الخمس الخامس الأكثر ثراء، هو أكثر منه للخمس الأفقر من الأسر. وحصول الأم على تعليم ابتدائي أو أعلى يزيد من فرصة تلقي رعاية قبل الولادة، كما هو الحال بالنسبة للأب الذي يقرأ ويكتب، أو حاصل على تعليم ابتدائي أو أعلى. ونظرا للانتشار الذي يكاد أن يكون شاملا لتوفر القابلات الماهرات عند الولادة، فإنه ليس من الضروري ولا من الممكن أن يتم تحديد العوامل التي تؤثر على إمكانية الحصول على هذه الخدمات.

كان مستوى التحصين الكامل في لبنان متدنيا (51 في المائة) في 2004، كما كان هناك توزيع غير متكافئ. هناك فروقات كبيرة في تغطية التحصين حسب تعليم الوالدين والثروة. فعلى سبيل المثال، في حين أن 33 في المائة فقط من الأطفال

الشكل 9-3. النسبة المئوية للولادات التي تتلقى رعاية قبل الولادة حسب تعليم الأم

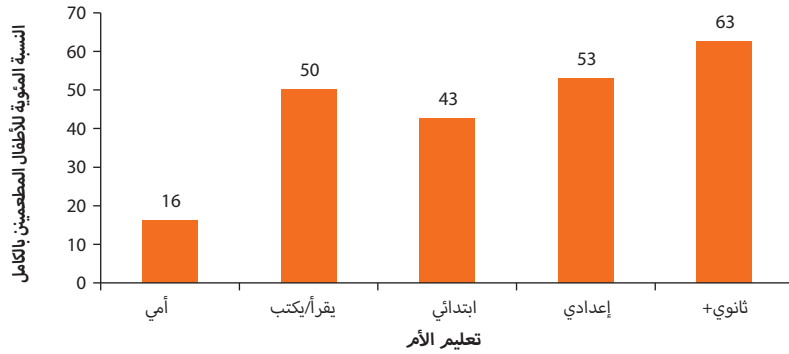


المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مشروع المسح العربي لصحة الأسرة 2004، PAFAM

بعمر 23-12 شهرا من الخمس الأفقر من الأسر حصلوا على تحصين كامل، فإن 78 في المائة من الأطفال من الخمس الأفقر من الأسر تم تحصينهم بالكامل. والفروقات أيضا كبيرة حسب تعليم الأم، كما يظهر في الشكل 4-9. وهناك فجوة كبيرة نسبيا بين الأمهات الأميات، اللواتي تم تحصين 16 في المائة من أطفالهن، والأمهات المتعلّمات. ويعد أخذ خصائص أخرى في الاعتبار، يكون الأطفال في الخمس الرابع والأغنى يواجهون احتمالا أكبر بأن يتم تحصينهم من الأطفال الأفقر. وليس هناك اختلافات هامة حسب تعليم الأم والأب.

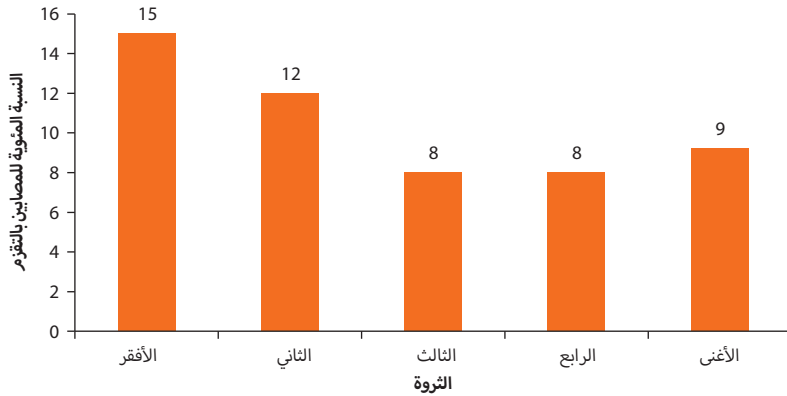
من حيث التغذية، هناك أيضا اختلافات حسب الخصائص الأساسية. يواجه الأطفال الذكور والإناث نفس احتمال الإصابة بالتقزم. إلا أن الإصابة بالتقزم تكون أعلى في الخمس الأفقر (15 في المائة) والخمس الثاني من الأسر (12 في المائة) أكثر منه للخمس الثالث، والرابع والأغنى (8-9 في المائة) (الشكل 5-9). وعلى الرغم من أن المعلومات غير متوفرة بشأن تعليم الوالدين في بيانات الجسم البشري، فإن المعلومات الخاصة بتعليم رب الأسرة متوفرة (ومن المرجح أن يكون رب

الشكل 4-9. تغطية التطعيم للأطفال بعمر 12-23 شهرا حسب تعليم الأم



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مشروع المسح العربي لصحة الأسرة 2004، PAFAM

الشكل 5-9. التقزم حسب الثروة، الأعمار 0-4



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مشروع المسح العربي لصحة الأسرة في لبنان 2004، PAFAM

الأسرة هو أحد الوالدين). وتتناقص نسبة التقزم بشكل مستمر مع زيادة تعليم رب الأسرة، وتتناقص من 22 في المائة للأطفال الذين أرباب أسرهم أميون إلى 7 في المائة للأطفال الذين حصل أبواهم على تعليم ثانوي أو أعلى. بعد أخذ خصائص أخرى في الاعتبار، يواجه الأطفال احتمالاً أقل بالإصابة بالتقزم إذا كانوا من الخمس الثالث من الأسر، مقارنة بالخمس الأفقر من الأسر. ومن حيث الطول بالنسبة للعمر، فإن كافة الأطفال من الخمس الثالث والرابع والأغنى من الأسر لديهم طول أعلى بالنسبة للعمر من الأطفال من الخمس الأفقر من الأسر. والفرق بين الطول بالنسبة للعمر والتقزم يبين أنه في حين أن الأطفال في المستويات الأعلى من الثروة وضعهم أفضل في المتوسط، لا يزال هناك أقلية كبيرة تواجه احتمالاً كبيراً بالإصابة بالتقزم. وينخفض احتمال الإصابة بالتقزم ويزداد معدل الطول بالنسبة للعمر مع ارتفاع مستوى تعليم رب الأسرة. وفي حالة أن رب الأسرة حاصل على تعليم إعدادي، فإن ذلك يقلل بشكل كبير من احتمال الإصابة بالتقزم، في حين أنه إذا كان رب الأسرة حاصل على تعليم ثانوي أو أعلى، فإن ذلك يقلل بشكل كبير من التقزم ويزيد من الطول بالنسبة للعمر.

التطور المعرفي والاجتماعي والعاطفي

لتعليم الطفولة المبكرة أكبر المنافع للأطفال المحرومين والمستضعفين. إلا أنه في لبنان الأطفال الذين هم من الخلفيات الأوفر حظاً هم الذين يلتحقون برعاية وتعليم الطفولة المبكرة. إجمالي صافي معدلات رياض الأطفال لعم 3-6 سنوات هي 96 في المائة في جبل لبنان، و85 في المائة في بيروت، و83 في المائة في البقاع، و71 في المائة في الشمال، و73 في المائة في النبطية، و61 في المائة في الجنوب (كالوستيان، 2012). وهذا يتزامن عادة مع معدلات للفقر والدخل؛ ومعدلات الفقر أعلى عادة في الجنوب والشمال (ليثي، وأبو اسماعيل، وحمدان 2008).

يواجه الأطفال فرصاً غير متكافئة للتنمية الصحية

يواجه الأطفال في لبنان فرصاً غير متكافئة للتنمية الصحية استناداً إلى عوامل خارجة عن سيطرتهم. لقياس مدى التفاوت، يقوم التحليل باحتساب (أ) النسبة المئوية للفرص التي هي بحاجة إلى التوزيع بشكل مختلف من أجل إحداث تساوي في الفرص لكل مؤشر من مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة، و(ب) احتمالية أن تكون هذه الاختلافات قد حدثت حسب التنوع العشوائي (الجدول 9-1). وفي لبنان، كل التفاوت الذي تمت ملاحظته قد يعزى للمصادفة،

الجدول 9-1. النسبة المئوية للفرص التي ينبغي إعادة توزيعها

مؤشر الاختلاف	
2.6	الرعاية قبل الولادة
18.4	تطعيم كامل
16.4	مصابون بالتقزم

المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مشروع المسح العربي لصحة الأسرة في لبنان 2004، PAFAM، ملاحظة: نظراً لأحجام العينة الصغيرة جداً بشأن وفيات حديثي الولادة والتغطية شبه الشاملة للرعاية أثناء الولادة، لم يكن من الممكن تقديم هذه النتائج.

إلا أن غياب الأهمية الإحصائية قد يعزى كذلك لأحجام عينات صغيرة نسبياً. وتظهر التحصينات والتقزم بشكل خاص عدم تكافؤ كبيراً في الفرص.

تساهم الاختلافات في الثروة والتعليم بشكل كبير في الفرص غير المتكافئة للأطفال. ويبين الجدول 2-9 الظروف المختلفة المساهمة في عدم المساواة من حيث المحصلات المختلفة، كنسب مئوية من 100 في المائة. وتلعب الثروة دوراً كبيراً بشكل خاص في التحصين والتقزم، على الرغم من أن الاختلافات قد تكون عشوائية، والتعليم الأمر مهم بشكل خاص للرعاية قبل الولادة. ويلعب تعليم الأب دوراً مهماً في التحصين. ويساهم تعليم رب الأسرة بشكل كبير في التقزم. ويساهم جنس الطفل بصورة قليلة جداً في عدم المساواة.

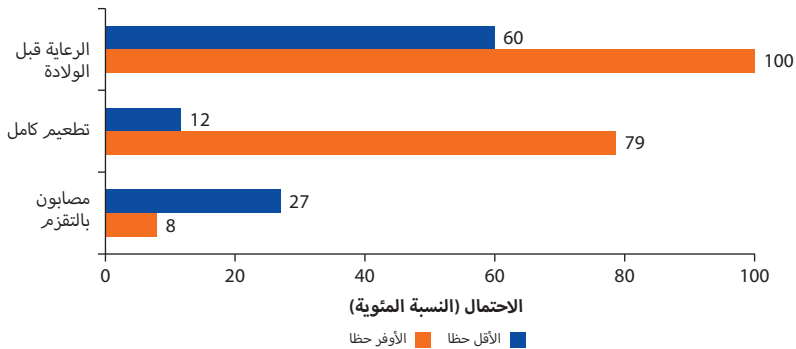
يميل الأطفال إلى أن يكونوا محظوظين أو محرومين باستمرار عبر مجموعة متنوعة من الأبعاد المختلفة لتنمية الطفولة المبكرة، ويمكن أن يواجهوا فرصاً حياتية مختلفة إلى حد بعيد بناء على بعض الخصائص فقط. الطفولة المبكرة هي عندما تنتقل حلقات الفقر وعدم المساواة عبر الأجيال. إذا رصدنا طفلاً يعيش في منطقة ريفية، ضمن أفقر 20 في المائة من الأسر، مع أبوين غير متعلمين (طفل أقل حظاً) وقارنا بينه وبين طفل أبواه حاصلان على تعليم ثانوي أو أعلى، ومن أغنى 20 في المائة من الأسر، ويعيش في منطقة حضرية (طفل أكثر حظاً)، نجد أن لديهما فرصاً مختلفة

الجدول 2-9. مساهمات الخصائص الأساسية في عدم المساواة
نسبة مئوية

الثروة	تعليم المرأة	تعليم الشريك	تعليم رب الأسرة	جنس الطفل
الرعاية قبل الولادة	24.0	46.3	29.7	لاينطبق
تطعيم كامل	50.4	14.8	34.8	لاينطبق
مصابون بالتقزم	45.5	لاينطبق	لاينطبق	0.1

المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مشروع المسح العربي لصحة الأسرة في لبنان 2004، PAPFAM، ملاحظة: تحليلات شيبلي لمؤشر الاختلاف.

الشكل 9-6. حالات المحاكاة للأوفر حظاً والأقل حظاً



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مشروع المسح العربي لصحة الأسرة في لبنان 2004، PAPFAM، ملاحظة: نظراً لأحجام العينة الصغيرة جداً بشأن وفيات حديثي الولادة والتغطية شبه الشاملة للرعاية أثناء الولادة، لم يكن من الممكن تقديم هذه النتائج.

جداً في تنمية صحية للطفولة المبكرة. ويبين الشكل 9-6 فرص (الفرصة التي يمكن التنبؤ بها) مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة المختلفة (قائمة على الانحدارات) لهؤلاء الأفراد «الأقل حظاً» و«الأكثر حظاً».

يواجه الأطفال في لبنان فرصاً مختلفة للغاية بناء على مجرد بعض الخصائص الأساسية. وفي لبنان معدلات شاملة عالية لاستخدام القابلات الماهرات أثناء الولادة، ولا يمكن تمثيل وفيات الرضع وحديثي الولادة نظراً لحجم العينة وانخفاض المعدلات. إلا أنه من حيث الرعاية قبل الولادة، وعمليات التحصين والتقزيم، هناك اختلافات كبيرة في الفرص التي يواجهها الأطفال لمراعاة رأس المال والتطور بشكل صحي. والطفل الأقل حظاً لديه فرصة 60 في المائة في تلقي الرعاية قبل الولادة، في حين أن الطفل الأوفر حظاً لديه فرصة 100 في المائة - فرق مقداره 40 نقطة مئوية. وفي حين أن الطفل الأقل حظاً لديه فرصة 12 في المائة للحصول على التحصين الكامل، فإن الطفل الأوفر حظاً لديه فرصة 79 في المائة. ومن حيث التقزيم، الطفل الأقل حظاً لديه فرصة 27 في المائة للإصابة بالتقزيم، في حين أن الأوفر حظاً فرصته في الإصابة 8 في المائة. وبناء على الاختلافات في هذه الخصائص القليلة، فإن الطفل الأوفر حظاً لديه احتمال أكثر بست مرات في أن يحصل على تحصين كامل واحتمال يعادل الثلث في الإصابة بالتقزيم.

الخاتمة

يواجه الأطفال في لبنان فرصاً كبيرة في الحصول على رعاية صحية مبكرة (قبل الولادة وأثناء الولادة) واحتمالات قليلة بالوفاة في الشهر الأول أو السنة الأولى من الحياة. إلا أن الأطفال يواجهون عندما يكبرون عدداً من التحديات من حيث تطوره، بما في ذلك معدلات التحصين واحتمال كبير للإصابة بالتقزيم. وعلاوة على ذلك، يواجه الأطفال فرصاً غير متكافئة لتنمية صحية مبكرة بناء على ظروفهم، ويكون الأطفال الأكثر فقراً وأولئك الذين تكون أمهاتهم حاصلات على أدنى مستوى من التعليم معرضين بصورة خاصة للخطر. والأطفال معرضون أيضاً لفرص غير متكافئة من حيث الجاهزية للمدرسة، نظراً للاختلافات في إمكانية الوصول إلى رعاية وتعليم الطفولة المبكرة. وينبغي بذل المزيد من الجهد لضمان أن الأطفال يمكنهم أن يتطوروا بنجاح وبصورة متكافئة عبر السنوات الأولى من حياتهم. ويمكن أن تلعب البيانات الإضافية والأكثر تواتراً حول تنمية الأطفال في لبنان دوراً حاسماً في تقييم مجالات أخرى يكون فيها تطور الأطفال مهدداً، وكذلك في تتبع التقدم الحاصل في معالجة هذه الثغرات.

الملحق 9أ. البيانات

مجموعة البيانات

يستخدم التحليل بيانات مستعرضة عن رفاهة النساء والأطفال تم جمعها من خلال مسح المشروع العربي لصحة الأسرة (PAPFAM) لعام 2004 في لبنان. وتضمن المسح استبياناً للأسرة ضم خصائص أساسية هامة عن الأفراد والأسر. كما تضمن استبياناً للمرأة المتزوجة والتي سبق لها الزواج في سن 15-49، يجمع معلومات عن عناصر هامة في تنمية الطفولة المبكرة، مثل رعاية ما قبل الولادة، والمساعدة الماهرة أثناء ولادة الأطفال، وتحصين الأطفال. ويتم جمع البيانات الخاصة بالوزن والطول للأطفال دون سن الخامسة، والمسح مُمثل على الصعيد الوطني، ويشمل بيانات تسمح بتحليل العلاقة بين تنمية الطفولة المبكرة ومؤشرات الطفل والأسرة في داخل لبنان.

العينة

مجموعة بيانات مسح المشروع العربي لصحة الأسرة للبنان لعام 2004 أخذت عينات من 5532 أسرة و3032 امرأة متزوجة أو سبق لها الزواج بين سن 15-49، و940 طفلاً دون الخمس سنوات (علم قياسات الجسم البشري). والتحليل في هذا الموجز موزون من أجل أن يكون ممثلاً على المستوى الوطني. وأحجام العينة (N) في كل جدول من الجداول تستند إلى عدد غير مرجح من الملاحظات في البيانات.

الجدول 9ب1- المؤشرات حسب الخصائص الأساسية

الجدول 9ب1- المؤشرات حسب الخصائص الأساسية

النسبة المئوية للأطفال	الطول بالنسبة للعمر (انحراف معياري)	مصابون بالتقزم	وفيات		قابلات		النوع الاجتماعي	
			وفيات السنة الأولى	وفيات الشهر الأول	ماهيات عند الولادة	رعاية ما قبل الولادة		
50.4	0.14	10.7					ذكر	
49.6	0.13	10.6					أثى	
							خمس الثروة	
21.7	-0.34	15.0			33.8	98.4	89.2	الأفقر
21.6	0.06	12.0			45.7	97.8	95.3	في المرتبة الثانية
23.0	0.30	8.2			29.5	97.6	95.9	في المرتبة الثالثة
17.7	0.43	7.6			72.4	98.7	98.9	في المرتبة الرابعة
16.0	0.38	9.2			78.1	98.7	100.0	الأغنى
								تعليم المرأة
5.1					16.2	98.0	80.1	أمية
19.0					50.2	95.2	90.6	تقرأ/تكتب
18.7					42.7	98.0	95.5	ابتدائي
22.7					53.0	98.9	97.8	إعدادي
34.5					62.6	99.6	99.3	+ ثانوي
								تعليم الشريك
5.4					51.5	96.6	82.3	أمي
26.0					34.1	96.1	93.2	يقرأ/يكتب
19.6					46.6	98.8	94.0	ابتدائي
16.2					64.5	98.9	97.3	إعدادي
32.0					58.9	99.4	99.6	+ ثانوي
								تعليم رب الأسرة
5.9	-0.39	21.9						أمي
4.8	-0.16	13.9						يقرأ/يكتب
33.6	0.00	12.7						ابتدائي
21.9	0.13	9.5						إعدادي
18.4	0.38	7.1						+ ثانوي
15.0	0.45	6.9						تعليم عالي
100.0	0.13	10.7	1.5	1.0	51.5	98.2	95.4	المجموع
	940	940	3,594	3,594	229	1,174	1,224	N (ملاحظات)

المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسح المشروع العربي لصحة الأسرة في لبنان 2004، (PAPFAM) ملاحظة: المؤشرات حسب الخصائص الأساسية لوفيات حديثي الولادة والوضع تم حذفها بسبب صغر حجم العينة وعدم انتظام الوفيات، والخانات الخالية تعني لا ينطبق أو غير متوفر.

الملحق 9 ج. العلاقة بين مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة والمعلومات الأساسية، عند أخذ الخصائص الأساسية المتعددة في الاعتبار

الجدول 9-1- العلاقة بين مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة والخصائص الأساسية المتعددة

الطول بالنسبة للعمر (انحراف معياري)	مصابون بالتقزم	تطعيم كامل	الرعاية ما قبل الولادة	
الثروة، 20 في المائة من الأسر - مقارنة بالأكثر فقرا				
				في المرتبة الثانية
+	-		+	في المرتبة الثالثة
+		+	+	في المرتبة الرابعة
+		+	+	الأعلى
تعليم المرأة				
				تقرأ / تكتب
لا ينطبق	لا ينطبق			ابتدائي
لا ينطبق	لا ينطبق		+	إعدادي
لا ينطبق	لا ينطبق		+	+ ثانوي
تعليم الشريك				
				يقرأ / يكتب
لا ينطبق	لا ينطبق		+	ابتدائي
لا ينطبق	لا ينطبق		+	إعدادي
لا ينطبق	لا ينطبق		+	+ ثانوي
تعليم رب الأسرة				
				يقرأ / يكتب
		لا ينطبق	لا ينطبق	ابتدائي
		لا ينطبق	لا ينطبق	إعدادي
	-	لا ينطبق	لا ينطبق	ثانوي
+	-	لا ينطبق	لا ينطبق	تعليم عال
+	-	لا ينطبق	لا ينطبق	أثنى
		لا ينطبق	لا ينطبق	قيمة P (نموذج)
0.002	0.064	0.000	0.000	N (ملاحظات)
		229	1,053	تربيع R
				الجذر التربيعي الرأف
	0.028	0.144	0.175	

المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسح المشروع العربي لصحة الأسرة في لبنان 2004، (PAPFAM). ملاحظة: نظراً للحجم الصغير جداً لعينة وفيات الأطفال حديثي الولادة والتغطية شبه الشاملة للرعاية أثناء الولادة، لم يكن بالإمكان البناء عليها.

الحواشي

1. معدلات الوفيات هي للأطفال الذين ولدوا 1-10 سنوات قبل المسح.
2. إما طبيب، أو ممرضة أو قابلة قانونية.
3. إما طبيب أو ممرضة أو قابلة قانونية.
4. كما هو الحال بالنسبة للرعاية قبل الولادة، كانت تطرح أسئلة عن الولادة حول أحدث الولادات الحية في السنوات الخمس الماضية فقط. وبما أنه من المرجح أن تربط الولادات الحية بتلقي الرعاية من قبل مهني صحة، فإن النسبة المئوية للولادات بوجود مهني صحة من المحتمل أن تكون تبالغ في تقدير عدد الولادات التي تمت بوجود مهني صحة.

5. لقاح DPT هو مزيج من اللقاحات التي تغطي الدفتيريا، والسعال الديكي، والتيتانوس. وينبغي أن يحصل الأطفال على ثلاث جرعات ليكونوا محصنين بالكامل.
6. ينبغي أن يحصل الأطفال على ثلاث جرعات ليكونوا محصنين ضد شلل الأطفال.
7. كما هو الحال بالنسبة للرعاية قبل الولادة وأثناء الولادة، طرحت هذه الأسئلة عن أحدث ولادة حية في السنوات الخمس الأخيرة.
8. أكثر من 15 جزءا في المليون من البيود في الملح.
9. تعرف الثروة من حيث أي فئة 20 في المائة من الأسر يقع الطفل ضمنها، بناء على مؤشر أصول (ثراء) لسبع معمرة.
10. نستخدم مستوى دلالة خمسة في المائة عبر الدراسة.

المراجع

- Kaloustian, G. 2012. *Scaling-Up Early Childcare & Development in Lebanon. Background Note for the Regional Early Childhood Development Studies*. Washington, DC: World Bank.
- Laithy, H., K. Abu-Ismael, and K. Hamdan. 2008. *Poverty, Growth and Income Distribution in Lebanon*. International Poverty Centre Country Study No. 13, Brasilia.
- Molina, H. 2012. *The Review of Health and Nutrition Indicators in Early Childhood*. UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization).
- UNDP (United Nations Development Programme). 2014. "Human Development Index." (accessed April 23, 2014) <https://data.undp.org/dataset/Table-2-Human-Development-Index-trends/efc4-gjvq>.
- UNICEF (United Nations Children's Fund). 2014. *The State of the World's Children 2014 in Numbers: Every Child Counts: Revealing Disparities, Advancing Children's Rights*. New York: UNICEF.
- World Development Indicators (database). World Bank, Washington, DC. <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>.

ليبيا

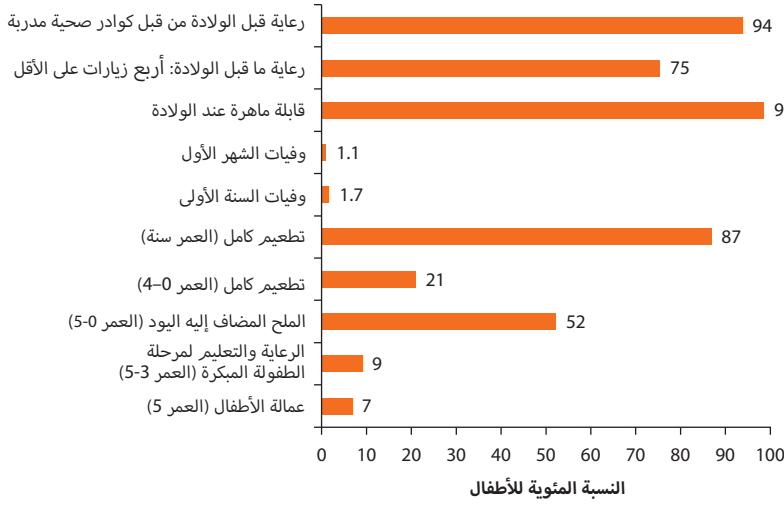
حالة تنمية الطفولة المبكرة في ليبيا

تواجه تنمية الطفولة المبكرة في ليبيا عددا من الثغرات التي ينبغي معالجتها كي يتمكن الأطفال من تحقيق إمكاناتهم الكاملة للتنمية المبكرة. والشكل 10-1 يقدم ملخصا للمؤشرات لتنمية الطفولة المبكرة في ليبيا. بالنسبة للرعاية قبل الولادة وأثناء الولادة حوالي 99 في المائة من الولادات تمت على يد قابلات ماهرات و94 في المائة من الولادات تلقت رعاية قبل الولادة، و فقط 75 في المائة تلقت رعاية منتظمة قبل الولادة (على الأقل 4 زيارات). و1.1 في المائة من الأطفال يتوفون في الشهر الأول، و1.7 في المائة من الأطفال يتوفون في السنة الأولى من عمرهم. وهناك في ليبيا مجال لتحسين معدلات التحصين، حيث إن 87 في المائة فقط من الأطفال في عمر سنة محصنون بالكامل. ويمثل سوء التغذية مشكلة في ليبيا، حيث إن 21 في المائة من الأطفال مصابون بالتقزم. و فقط نصف الأطفال (51 في المائة) يحصلون على ملح مضاف إليه كميات كافية من اليود. و فقط 9 في المائة يلتحقون في رعاية وتعليم الطفولة المبكرة في عمر 3-5 سنوات. وحوالي 7 في المائة من الأطفال ينخرطون في عمالة الطفل في عمر 5 سنوات.

ويقدم هذا الفصل تحليلا تفصيليا لوضع تنمية الطفولة المبكرة في ليبيا. ويتم فحص الوضع الصحي للأطفال من خلال مؤشرات (راجع الإطار 10-1) للوفيات المبكرة، والرعاية قبل الولادة، ووجود قابلة ماهرة عند الولادة. ويتم قياس الوضع الغذائي للأطفال من خلال التقزم (الطول بالنسبة للعمر)، بالإضافة إلى توفر المغذيات الدقيقة، على الأخص اليود. من أجل تقييم التعلم والعمل المبكر، ينظر التحليل في حضور رعاية وتعليم الطفولة المبكرة وعمل الأطفال. ومن أجل فهم أفضل للسياق والظروف التي تؤثر على محصلات تنمية الطفولة المبكرة، يدرس التحليل أيضاً العوامل الأساسية التي قد تترافق مع محصلات تنمية الطفولة المبكرة على مستوى الفرد، والأسرة، والمجتمع، والعلاقة بينهم. (راجع الملاحق 10 أ، و10 ب، و10 ج، للحصول على معلومات إضافية بشأن البيانات وهذه العلاقات). ومن أجل السياق الكلي للبلدان، راجع الإطار 10-2. وأخيراً، فإن التحليل يقيس الثغرات ومدى التفاوت في محصلات تنمية الطفولة المبكرة.

ويستند التحليل إلى أحدث البيانات المتاحة: مسح المشروع العربي لصحة الأسرة (PAPFA M)، من عام 2007. وتغطي البيانات البعد الصحي أساسا للطفولة المبكرة من قبل ولادة الطفل وحتى سن الدخول إلى المدرسة (ست سنوات في ليبيا). ولو توفرت بيانات أكثر وتم فحصها، لأمكن تقديم صورة أفضل لتنمية الطفولة المبكرة في ليبيا. وفي حين أنه في ظل الأوضاع

الشكل 1-10 ملخص مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسح المشروع العربي لصحة الأسرة، ليبيا، 2007

الإطار 1-10 مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة في ليبيا

- رعاية ما قبل الولادة
- قابلة ماهرة عند الولادة
- وفيات حديثي الولادة (وفيات الشهر الأول)
- وفيات الرضخ (وفيات السنة الأولى)
- تطعيم كامل
- التقزير/الطول بالنسبة للسن
- الملح المعالج باليود
- الرعاية والتعليم لمرحلة الطفولة المبكرة
- عمالة الأطفال

الطبيعية، تتغير مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة بصورة بطيئة نسبياً، وعلى أرض الواقع اليوم، وفي ضوء الصراع الجاري في ليبيا، فإنه من المرجح أنه حدثت تغيرات أسرع وأكبر، مما أثار تحديات وفرصاً جديدة لتحسين تنمية الطفولة المبكرة في ليبيا.

البقاء، والرعاية الصحية، والتغذية

الخطوة الأولى في التنمية الصحية للطفولة المبكرة هي ببساطة تجاوز مرحلة الطفولة المبكرة مع البقاء على قيد الحياة.¹ وفي ليبيا يموت يوماً 7 أطفال تحت عمر السنة، ووفيات الأطفال الرضخ التي تشير إلى وفاة الأطفال قبل وصولهم لعيد ميلادهم الأول، تبلغ 17 حالة وفاة لكل ألف ولادة.² وهذا أقل بكثير من متوسط المعدل في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا

الإطار 10-2 ملخص مؤشرات التنمية في ليبيا

ليبيا بلد ذو دخل مرتفع إلى متوسط. وبلغ الناتج المحلي الإجمالي للفرد حوالي 10456 دولارا أمريكيا في عام 2012 (الجدول ب10-2). ويقدر عدد سكان ليبيا بحوالي 6.2 مليون نسمة، 29 في المائة منهم دون سن 15. ويبلغ متوسط العمر المتوقع عند الولادة 75 سنة كما في عام 2012، وهو تحسن كبير عن عام 1990، عندما كان 69 سنة.

الجدول ب10-2 المؤشرات الاجتماعية والاقتصادية لليبيا

2012	1990	
6.2	4.3	إجمالي عدد السكان (مليون)
29	42	النسبة المئوية للسكان دون 15 سنة
\$10,456	\$6,785	الناتج المحلي الإجمالي للفرد (بالدولار الأمريكي)
75	69	العمر المتوقع عند الولادة (سنوات)

المصدر: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي (UNDP) 2014؛ مؤشرات التنمية العالمية. ملاحظة: الناتج المحلي الإجمالي (GDP) للفرد في هو لعام 2009

24 لكل ألف) (اليونيسف 2014). وتتكون معظم وفيات الأطفال الرضع من وفيات الأطفال حديثي الولادة - الأطفال الذين يموتون في الشهر الأول من الحياة. وفي ليبيا، يموت 11 طفلا من كل ألف طفل خلال الشهر الأول من الحياة، وذلك دون المتوسط الإقليمي البالغ 15 لكل ألف (اليونيسف 2014). وكانت وفيات الأطفال الرضع في تناقص مع مرور الزمن في ليبيا - حيث انخفضت من حوالي 33 طفلا لكل ألف ولادة في 1990 - ويخالف العديد من البلدان الأخرى في المنطقة، فقد حققت ليبيا تقدماً كبيراً في الحد من وفيات الأطفال حديثي الولادة، التي انخفضت إلى النصف من 22 في 1990 (مؤشرات التنمية العالمية).

ويواجه الأطفال خطر ضعف التنمية حتى في مرحلة ما قبل الولادة. كل سنة يولد في ليبيا حوالي عشرة آلاف طفل بدون الحصول على رعاية ما قبل الولادة، مما يعرض الأطفال (والأمهات) للخطر. ففي حين أن 94 في المائة من الولادات الحية³ تلقت رعاية قبل الولادة من مهني صحة، فإن فقط 75 في المائة تلقوا رعاية ما قبل الولادة بصورة منتظمة من قبل مهني، وبمعدل أربع زيارات أو أكثر. وهناك فجوتان في تغطية رعاية قبل الولادة. 6 في المائة من الأطفال لايتلقون بالمرّة رعاية قبل الولادة، و18 في المائة من الولادات تتلقى بعض الرعاية ما قبل الولادة، ولكنها ليس رعاية منتظمة. إلا أن استخدام رعاية ما قبل الولادة قد توسع ببطء؛ ففي عام 1995، 81 في المائة من الولادات تلقت رعاية قبل الولادة، وكان هناك زيادة بلغت فقط 12 نقطة مئوية في الاثني عشرة سنة حتى 2007. (مؤشرات التنمية العالمية). إلا أن المعدل الحالي أعلى من متوسط منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا والبالغ 83 في المائة (اليونيسف 2014).

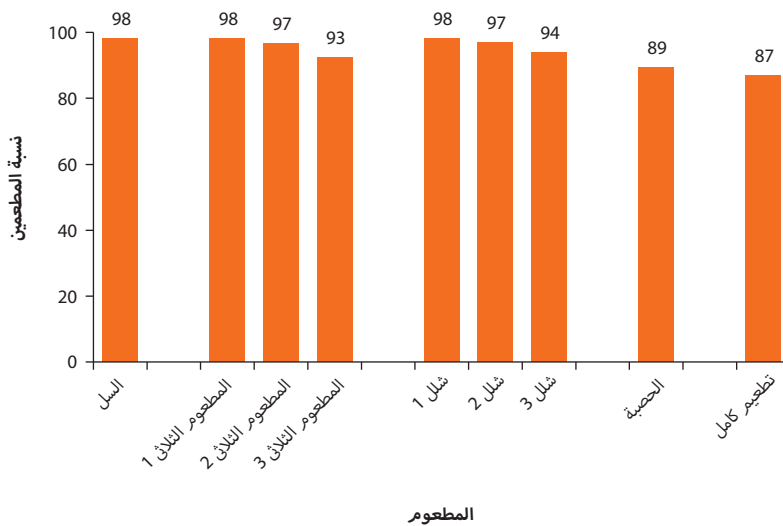
إن الولادة بحضور قابلة ماهرة مكون مهم آخر في الحد من وفيات وأمراض الأطفال حديثي الولادة. تقريبا كافة الولادات⁴ (99 في المائة) تمت على يد مهني صحة. وكان أداء ليبيا جيدا من حيث توفير الرعاية أثناء الولادة لعقود؛ في عام 1995 كان المعدل 94 في المائة (مؤشرات التنمية العالمية). وقد تجاوزت ليبيا بكثير المتوسط الإقليمي من حيث رعاية أثناء الولادة والبالغ 79 في المائة (اليونيسف 2014): إلا أنه لدى مقارنة الرعاية أثناء الولادة والرعاية ما قبل الولادة، هناك بوضوح وصول أكبر لرعاية ماهرة أثناء الولادة عن رعاية ما قبل الولادة، وبشكل خاص رعاية منتظمة ما قبل الولادة. وكون المرأة ذاتها تتلقى رعاية أثناء الولادة، ولكن ليس رعاية ما قبل الولادة، يشير إلى وجود موظفين أو مرافق لتوفير الرعاية، وأنه من الممكن الوصول إليها، غير أنها ليست مستغلة بالشكل الكافي لرعاية ما قبل الولادة.

يلعب التحصين الكامل للأطفال دوراً هاماً في الحد من أمراض الطفولة التي يمكن أن تعوق النمو أو تسبب الوفاة (مولينا 2012). في ليبيا، 87 في المائة من الأطفال في سن سنة واحدة قد تم تحصينهم بشكل كامل،⁵ مما يعرض 13 في المائة من الأطفال الذين لم يتم تحصينهم تحصيماً كاملاً لخطر المرض والوفاة. ويعتبر الأطفال محصنين تحصيماً كاملاً إذا تلقوا اللقاحات الخاصة بالستة أمراض الرئيسية للأطفال التي يمكن الوقاية منها: السل، والدفتيريا، والسعال الديكي، والتيتانوس،⁶ وشلل الأطفال،⁷ والحصبة. وينبغي أن يكون الأطفال محصنين بالكامل بحلول الشهر الثاني عشر من عمرهم؛ ويركز هذا التحليل على الأطفال من سن 12 إلى 23 شهراً للسماح بأكبر قدر من التذكر من جانب الوالدين. وفي حين أن تغطية لقاح السل (BCG) مرتفعة جداً (98 في المائة)، فإن الجرعة الثالثة من لقاح شلل الأطفال والجرعة الثالثة من لقاح DPT (الدفتيريا، والسعال الديكي، والكزاز) نسبة تغطيتها 93 - 94 في المائة، وتغطية لقاح الحصبة هي فقط 89 في المائة (الشكل 10-2).

وواحد من كل خمسة أطفال في ليبيا مصاب بالتقزم (21 في المائة). وهذا يشكل خمس القوى العاملة المستقبلية التي ستكون أقل إنتاجية في سنوات عملها، نتيجة لسوء التغذية التي تقريباً يمكن الوقاية منه بالكامل. يبدأ الأطفال في ليبيا حياتهم في وضع قريب من الصحي، من حيث التغذية المقيسة على أساس الطول بالنسبة للعمر. إلا أنهم يشهدون تردداً كبيراً في وضع نموهم الصحي. ويبين الشكل 10-3 مستوى الأطفال الليبيين مقارنةً بسكان صحيين مرجعيين.⁸ فخلال أول سنتين من عمرهم، يواجه الأطفال تردداً كبيراً في وضع نموهم الصحي. وعند الولادة، يكون الأطفال، في المتوسط، حوالي 0.2 انحراف معياري دون السكان المرجعيين. وخلال السنة الأولى، يتردى نموهم أكثر، ليصل إلى حوالي 0.5 دون السكان المرجعيين في عمر سنة. وفي عمر 2-4، يتذبذب الأطفال بين 0.8 و1.0 انحراف معياري دون السكان المرجعيين.

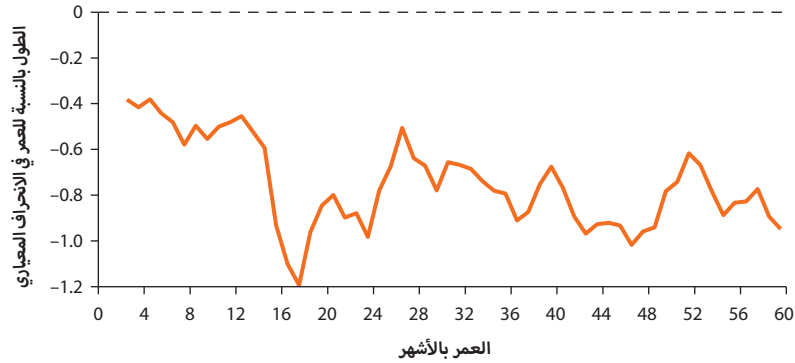
وتلعب المغذيات الدقيقة، مثل الحديد، وفيتامين(أ)، والزنك، واليود دوراً هاماً في كل من التنمية البدنية والمعرفية على حد سواء. ويلعب اليود دوراً حيوياً في النمو المعرفي، ونقص اليود هو السبب الأكثر شيوعاً في العالم للتخلف

الشكل 10-2. النسبة المئوية من الأطفال بعمر 12-23 سنة مطعمين، حسب المطعم



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسح المشروع العربي لصحة الأسرة، ليبيا، 2007.

الشكل 10-3. متوسط الطول للعمرمقارنة بالمرجعية الصحية من السكان، بالانحرافات المعيارية حسب العمر بالأشهر



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسح المشروع العربي لصحة الأسرة، ليبيا، 2007

العقلي وتلف الدماغ الذي يمكن الوقاية منها (الزنتي وواي 2009)، والملح المعالج باليود هو الوسيلة الرئيسية لتقديم اليود للأطفال. وبما أن فقط 52 في المائة من الأطفال دون سن الخامسة يعيشون في أسرة تتناول ملحاً مضافاً إليه كميات كافية من اليود، فإن نصف الأطفال في ليبيا معرضون بشكل كبير لخطر ضعف التطور المعرفي.⁹

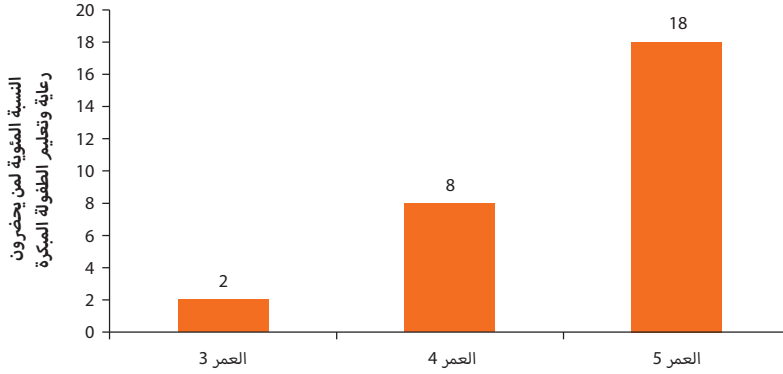
التعلم المبكر والعمل المبكر

تشير الأدلة إلى أن رعاية وتعليم الطفولة المبكرة (ECCE) تحسن التطور المعرفي والاجتماعي والعاطفي، مع فوائد يمكن أن تدوم مدى الحياة. وفي ليبيا، فقط 9 في المائة من الأطفال في سن 3 - 5 ملتحقون ببرامج رعاية وتعليم الطفولة المبكرة، وأغلبية الأطفال (91 في المائة) تفوتهم فرصة هامة للتطور والاستعداد للمدرسة الابتدائية. ويمثل الشكل 10-4 نسبة الأطفال الذين التحقوا برعاية وتعليم الطفولة المبكرة حسب العمر. وكما يبين الشكل، فإن فقط 2 في المائة من الأطفال في عمر 3 سنوات، و 8 في المائة ممن هم في عمر 4 سنوات، و 18 في المائة ممن هم في عمر 5 سنوات يلتحقون بنوع من أنواع رعاية وتعليم الطفولة المبكرة، ويعني هذا النمط أن 82 في المائة من الأطفال في ليبيا سيصلون إلى سن المدرسة الابتدائية (ست سنوات) بدون الالتحاق بتعليم ورعاية الطفولة المبكرة.

وتتكون رعاية وتعليم الطفولة المبكرة في ليبيا بصورة رئيسية من دور الحضانة؛ وبعض الجوامع وبرامج التعليم البيئية توفر كذلك رعاية وتعليم طفولة مبكرة. ومن المرجح أن تقدم الحضانات برامج رسمية مع مناهج تعليمية مصممة لإعداد الأطفال للمدرسة. وكما يبين الشكل 10-5، فإن معظم الأطفال في ليبيا الملتحقين برعاية وتعليم الطفولة المبكرة، هم ملتحقون بحضانة (63 في المائة)، مما يشير إلى أنه على الرغم من تدي معدلات الالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة، فإن الأطفال يلتحقون بصورة أساسية ببرامج ذات مكونات تعليمية أقوى.

في حين أن القيام بأعمال منزلية، والعمل في عمل خاص بالأسرة، والعمل للآخرين¹⁰ قد يؤدي إلى بناء الشخصية والمهارات بالنسبة للأطفال الذين هم في سن الخامسة، فإن الأنشطة ستكون خطيرة وتحد من قدرتهم على دخول المدرسة والنجاح فيها. في ليبيا سبعة في المائة من الأطفال بعمر خمس سنوات منخرطون في عمالة الأطفال، مما يعرضهم لمخاطر من حيث صحتهم، وسلامتهم وقدرتهم على الانتقال بنجاح إلى المدرسة. تقريباً كل الأطفال في عمر خمس سنوات المنخرطين في عمالة الأطفال يقومون بأداء أعمال منزلية (96 في المائة). وحوالي 1 في المائة فقط من هؤلاء المنخرطين في عمالة الأطفال كانوا يعملون في وظيفة، و9 في المائة كانوا يعملون في أعمال خاصة بالأسرة.¹¹

الشكل 4-10 نسبة الأطفال بعمر 3-5 المنتظمين حالياً في رعاية وتعليم الطفولة المبكرة



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسح المشروع العربي لصحة الأسرة، ليبيا، 2007

الشكل 5-10 نوع رعاية وتعليم الطفولة المبكرة التي يذهب إليها الطفل، والأطفال الذين ينتظمون حالياً فيها، الأعمار 3-5



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسح المشروع العربي لصحة الأسرة، ليبيا، 2007

العوامل الرئيسية التي تؤثر على تنمية الطفولة المبكرة

هناك عدد من السمات الأساسية على مستوى الطفل، والعائلة، والمجتمع تؤثر على محصلات تنمية الطفولة المبكرة: النوع الاجتماعي، وتعليم الآباء، والوضع الاجتماعي والاقتصادي للأسرة (الثروة)¹²، والموقع الجغرافي (الإقليم أو المحافظة). ويساعد فهم هذه العلاقات في تحديد سبب ضعف محصلات تنمية الطفولة المبكرة لدى بعض الأطفال، وأي الأطفال يجب استهدافهم بتدخلات في السياسات أو تدخلات برمجية.

البقاء، والصحة، والتغذية

تؤثر السمات الأساسية على فرص أن يموت الطفل في السنة الأولى من عمره في ليبيا. فالذكور لديهم فرصة أكبر من الفتيات في أن يتوفوا خلال السنة الأولى من الحياة، وهذا نمط شائع عالمياً لأسباب وراثية (هيل وأبشيرش 1995). وثروة أسرة الطفل، ومستوى تعليم أمه والمنطقة التي يعيشون فيها، جميعها مرتبطة ارتباطاً وثيقاً باحتمالات البقاء للطفل. والأطفال من الأسر التي في أدنى ثلاثة أحماس يواجهون احتمالاً أكبر بالوفاة قبل عيد ميلادهم الأول، مقارنة بالأطفال في الأسر التي تقع في رابع عشرين في المائة أو الأكثر ثراء. وكذلك الأطفال الذين لم تكمل أمهاتهم مرحلة الإعدادي يواجهون احتمالاً بالوفاة قبل عيد ميلادهم الأول أكثر من الأطفال الذين أتمت أمهاتهم تعليمهن الإعدادي أو أعلى. ومن حيث المنطقة، فإن الأطفال في فزان من المرجح أن يموتوا قبل عيد ميلادهم الأول أكثر من الأطفال في مناطق أخرى.

وعند أخذ تأثير الخصائص الأخرى في الاعتبار، فإن النوع الاجتماعي للطفل، وثروة الأسرة، وتعليم الأب، ومنطقة الإقامة تؤثر بشكل كبير¹³ على احتمالية بقاء الطفل على قيد الحياة. وبعد الأخذ بعين الاعتبار خصائص أخرى، فإن الأطفال الإناث يواجهون احتمالاً أقل بالوفاة في الشهر الأول والسنة الأولى من عمرهن. والأطفال من الأسر التي تقع في رابع عشرين في المائة يواجهون أيضاً احتمالاً أقل بالوفاة في الشهر الأول من عمرهم، مقارنة بأفقر عشرين في المائة من الأسر. وعلاوة على ذلك، فإن الطفل من أب أكمل تعليمياً عالياً له فرصة أقل بكثير في الوفاة في السنة الأولى عن طفل من أب لم يكمل تعليمه. وأخيراً فإن الأطفال في فزان يواجهون احتمالاً أكبر بكثير في الوفاة في شهورهم الأولى أو السنة الأولى من عمرهم عن الأطفال في طرابلس.

إن استخدام رعاية ما قبل الولادة، لا سيما الرعاية المنتظمة ما قبل الولادة، متربط بشكل وثيق بالثروة، والتعليم والجغرافيا. ففي حين أن 97 في المائة من الولادات في الخمس الأكثر ثراء من الأسر تلقت رعاية ما قبل الولادة، فإن فقط 90 في المائة من الولادات في الخمس الأفقر من الأسر تلقت هذه الخدمة. والفجوة أكبر فيما يخص الرعاية المنتظمة - 78 في المائة مقابل 67 في المائة. والفروقات فيما بين أم بدون تعليم وأم تلقت تعليماً عالياً أكبر من الفروقات بين الخمس الأفقر والأكثر ثراء من الأسر. والولادات في فزان هي الأقل احتمالاً في تلقي رعاية ما قبل الولادة (92 في المائة)، في حين أن الولادات في طرابلس هي الأقل احتمالاً في تلقي رعاية منتظمة ما قبل الولادة (74 في المائة). وفي أفضية عديدة - الجبل الأخضر، والمرج، والمرقب، والزاوية، ووادي الحياة - تقل معدلات رعاية ما قبل الولادة عن 90 في المائة.

وبعد أخذ خصائص أخرى بعين الاعتبار، نجد أن استخدام رعاية ما قبل الولادة هو أعلى بكثير ويزيد من ثالث خمس إلى الخمس الأكثر ثراء من الأسر، مقارنة بأفقر خمس من الأسر. والأمهات الحاصلات على مستويات تعليم أعلى، لا سيما تعليم عالٍ، من المحتمل جداً أن تحصلن على رعاية ما قبل الولادة ورعاية منتظمة ما قبل الولادة. ووجود شريك أكمل تعليمه الثانوي يزيد من فرصة رعاية ما قبل الولادة، في حين أن وجود شريك حاصل على تعليم عالٍ يزيد من فرصة تلقي كل من رعاية ما قبل الولادة ورعاية منتظمة ما قبل الولادة.

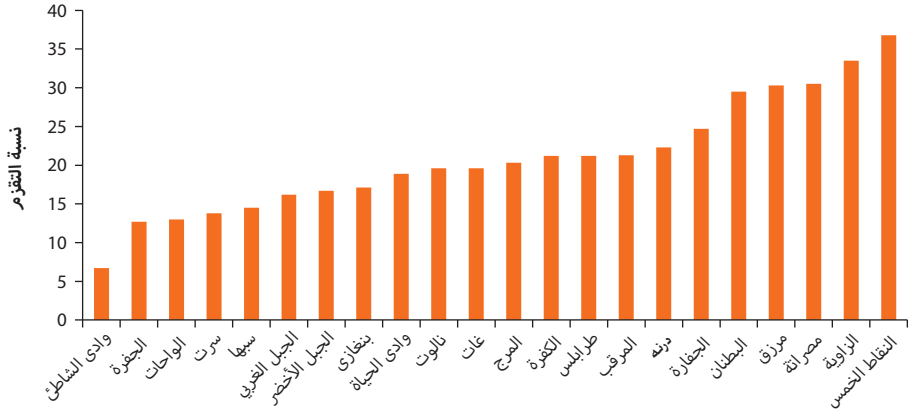
والفروقات القائمة على الثروة والتعليم ضئيلة نسبياً من حيث الولادات التي تحضرها قابلة ماهرة، حيث إن التغطية شاملة تقريباً (99 في المائة). والاختلافات القائمة على الجغرافيا هي فعلياً أكبر فيما يتعلق بالرعاية أثناء الولادة عنها لرعاية ما قبل الولادة. وفي حين أن طرابلس بها تغطية تصل إلى 100 في المائة فيما يتعلق برعاية ماهرة أثناء الولادة، وبرقة 98 في المائة، وفزان 92 في المائة. وبعد أخذ خصائص أخرى بعين الاعتبار، نجد أن فزان وبرقة لديهما معدلات أقل بكثير من طرابلس في الولادة بحضور قابلة ماهرة. والأمهات الأكثر تعليماً يرفعن بشكل كبير فرص استخدام رعاية ماهرة أثناء الولادة، إلا أن آثار تعليم الأب أكثر ضآلة وأقل أهمية. ولا توجد فروقات كبيرة حسب الثروة.

وعلى الرغم من أنه ليس هناك اختلافات منهجية في معدلات التحصين استناداً إلى الثروة أو تعليم الأبوين، فإن هناك اختلافات كبيرة حسب القضاء الذي يقطنون فيه. ويتم التأكد من استهداف الأقضية ذات المعدلات التي تقل عن 90 في المائة بحملات التحصين؛ فقط المرج، وبنغازي، والواحات، والجفرة، وطرابلس تجاوزت علامة التسعين في المائة؛ أما كافة الأقضية الأخرى فمعدلات التحصين الكامل فيها تقل عن 90 في المائة فيما يتعلق بالأطفال ما بين 12-23 شهراً. والفروقات في معدلات التحصين حسب الثروة قليلة، مع تحقيق العشرين في المائة من الأسر الوسطى أعلى معدلات التحصين. وتعمل ليبيا بجد كي تصل حملات التحصين فيها إلى الأمهات غير المتعلمات؛ وبلغ معدل التحصين بين الأطفال ذوي الأمهات غير المتعلمات 69 في المائة. وبعد أخذ خصائص أخرى بعين الاعتبار، فإن الأطفال في الخمس الأوسط من الأسر من حيث الثروة أكثر احتمالاً بأن يكونوا محصنين عن الأطفال الأكثر فقراً. وتزداد فرص تطعيم الأطفال مع ارتفاع مستوى تعليم الأمهات. إلا أن التعليم ليس له أثر كبير على فرص التحصين. ولا توجد فروقات كبيرة إحصائياً من حيث النوع الاجتماعي.

ولتظهر معدلات التقرم فروقات كبيرة حسب الثروة، مما يشير إلى أن مشاكل الصحة العامة ونوعية التغذية في ليبيا هي التي تسبب بالتقرم، وليس الفقر والقدرة على تحمل تكلفة الغذاء. وكما هو الحال بالنسبة للثروة، فإن العلاقة بين التقرم ومستوى تعليم الأبوين غير واضحة، مع تشابه المعدلات عبر مستويات التعليم المختلفة للأم والأب. ويزداد احتمال التقرم لدى الأطفال الذكور بقليل (22 في المائة) عنه للأطفال الإناث (20 في المائة). وهناك بعض الاختلافات الجغرافية؛ فمعدل التقرم بين الأطفال في طرابلس هو (22 في المائة) في حين أن معدلات التقرم بين الأطفال في فزان وبرقة هي 18 في المائة و19 في المائة على التوالي. ومن المثير للاهتمام بصورة خاصة أن يتم مقارنة متوسط الطول بالنسبة للعمر في الانحرافات المعيارية. ففي حين أن معدلات التقرم في فزان وبرقة متشابهة للغاية، فإن متوسط الطول بالنسبة للعمر هو فعلياً أفضل في فزان - مما يشير إلى أن فئة فرعية معينة من السكان تواجه مشاكل حادة في التغذية في تلك المنطقة - ومع أن برقة بها متوسط أقل فيما يتعلق بالطول بالنسبة للسن فإن معدلات التقرم حادة كذلك. وهناك تباينات واسعة في التقرم حسب المحافظة (الشكل 10-6)، حيث مصراتة، والزاوية، والنقاط الخمس، ومرزق فيها مستويات تقرم تزيد عن 30 في المائة.

ومع أخذ الخصائص الأخرى بعين الاعتبار، تظل الجغرافيا هي الظرف الرئيسي المرتبط بالتقرم. وتقل احتمالية إصابة الأطفال بالتقرم إذا كانوا في فزان أو برقة، مقارنة بطرابلس. و فقط فزان وضعها أفضل فيما يتعلق بالطول بالنسبة للعمر. ومستوى الثروة الوحيد الذي ليس به اختلافات في التقرم أو الطول بالنسبة للعمر هو الخمس الثاني من الأسر،

الشكل 6-10 النسبة المئوية من الأطفال بعمر 4-0 المصابين بالتقرم حسب القضاء



القضاء

المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسح المشروع العربي لصحة الأسرة، ليبيا، 2007

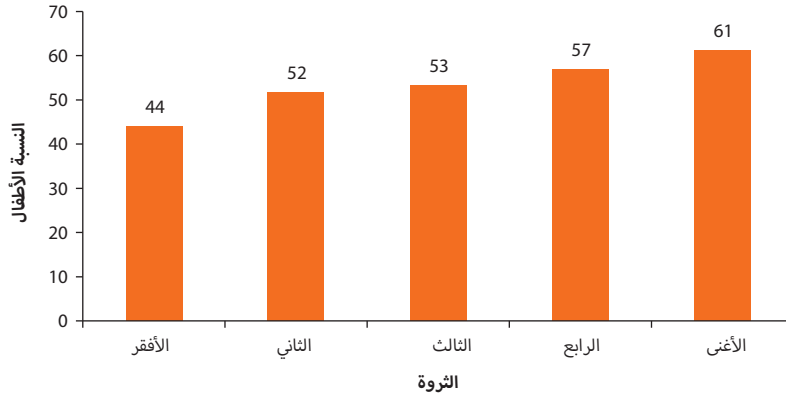
الذي به معدلات أعلى بكثير فيما يتعلق بالطول بالنسبة للعمر. والأطفال الإناث تقل احتمالية إصابتهم بالتقرم، كما لديهم متوسط أعلى فيما يتعلق بالطول بالنسبة للعمر. ولا توجد فروقات في التقزم أو الطول بالنسبة للعمر حسب مستوى تعليم الأم، ولكن الأطفال من أب أكمل تعليمه الثانوي أو تعليم أعلى يقلل من التقزم ويزيد من الطول بالنسبة للعمر. والأطفال من أب لديه تعليم أساسي حتى لديهم الطول بالنسبة للعمر أعلى.

الثروة، وتعليم الأبوين، والموقع الجغرافي مرتبطة بقوة بفرص التطور الصحي لعقل الأطفال في ليبيا. ويلعب اليود دوراً هاماً في تطور العقل، والأطفال الأفقر تقل احتمالية حصولهم على الملح المعالج باليود. والأطفال في الخمس الأفقر من الأسر لديهم أدنى معدلات من الحصول على الملح المعالج باليود، 44 في المائة، في حين أن الأطفال في الخمس الأكثر ثراءً من الأسر لديهم فرصة تصل إلى 61 في المائة بأن يكون لديهم ملح مضاف إليه كميات كافية من اليود (الشكل 7-10). ويمكن رؤية ميل مشابه بالنسبة لتعليم الآباء. والفروقات المستندة إلى الجغرافيا فيما يتعلق بالحصول على الملح المعالج باليود كبيرة جداً. وفي حين أن طرابلس وفزان تصل نسبة إضافة اليود إلى الملح فيهما ما بين 63 - 69 في المائة، فإن النسبة في برقة هي فقط 19 في المائة. وأكبر الفروقات هي على مستوى الأفضية. فمثلاً، في الزاوية بلغت فيها نسبة إضافة اليود إلى الملح 91 في المائة، بينما في عدد من الأفضية الأخرى كانت هذه النسبة أقل من 10 في المائة. وبعد أخذ خصائص أخرى بعين الاعتبار، نجد أن احتمالية حصول الأطفال في فزان على ملح معالج باليود هي أكبر بكثير، في حين أن الأطفال في برقة احتماليتهم قليلة، مقارنة بطرابلس. وانتشار الملح المعالج باليود أعلى بكثير كلما زادت الثروة. كما يزيد استخدام الملح المعالج باليود بشكل كبير مع ارتفاع مستوى تعليم الأم، ولكن ليس مع تعليم الأب.

التعلم المبكر والعمل المبكر

في ليبيا، الأطفال الذين هم من الخلفيات الأفقر حظا هم الذين يلتحقون برعاية وتعليم الطفولة المبكرة، على الرغم من أن لرعاية وتعليم الطفولة المبكرة منافع جمة على الأطفال المحرومين والمستضعفين. وفي حين أن الطفل الذي

الشكل 7-10. النسبة المئوية للأطفال في عمر 0-5 الذين يتناولون ملحا مضافا إليه كميات كافية من اليود حسب الثروة

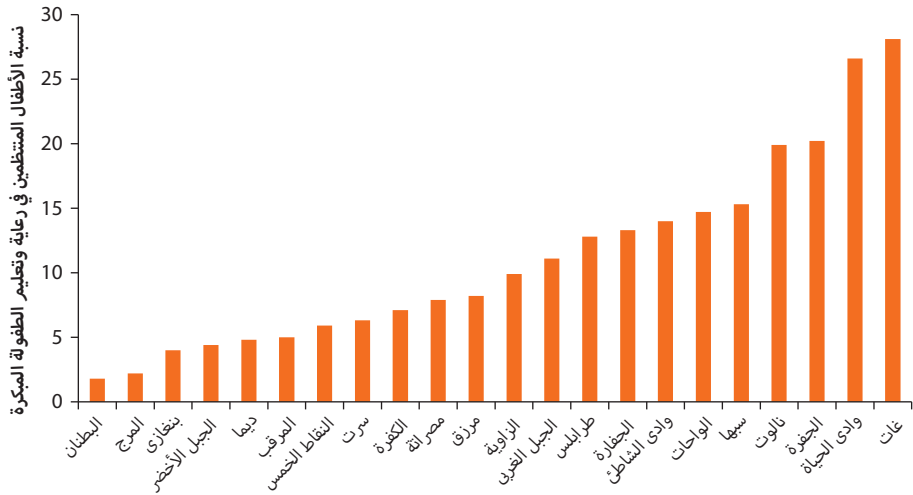


المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسح المشروع العربي لصحة الأسرة، ليبيا، 2007

في عمر 3-5 سنوات ومن الخمس الأفقر من الأسر لديه فرصة 5 في المائة في الالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة، فإن الطفل من الخمس الأكثر ثراء من الأسر لديه احتمال يزيد بثلاثة أضعاف في الالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة - احتمال القيام بذلك يصل إلى 14 في المائة. وتمت ملاحظة فروقات مشابهة عند مقارنة الآباء غير المتعلمين مع أولئك الحاصلين على تعليم عالٍ. وهناك فروقات كبيرة في الالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة استناداً إلى الجغرافيا، مع نسبة التحاق في رعاية وتعليم الطفولة المبكرة وصلت إلى 17 في المائة في فزان، و10 في المائة في طرابلس، و فقط 5 في المائة في برقة. وكما يبين الشكل 10-8، هناك معدلات التحاق مختلفة للغاية حسب الأفضية، تتراوح من 2 في المائة في البطنان والمرج إلى 28 في المائة في غات. وحتى بعد أخذ خصائص متعددة بعين الاعتبار، هناك فروقات كبيرة في الالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة عبر الخصائص الأساسية المختلفة. فتزداد احتمالية التحاق الأطفال في فزان في رعاية وتعليم الطفولة المبكرة، بينما تقل في برقة، مقارنة بطرابلس. ويزداد الالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة بشكل كبير مع الثروة، ومع تعليم كل من الأم والأب. ومن المثير للاهتمام أن احتمال انضمام الإناث إلى رعاية وتعليم الطفولة المبكرة أكبر بكثير من الذكور.

والانخراط في عمالة أطفال ليس له علاقة قوية بالخصائص الأساسية للطفل. قد تعرض عمالة الأطفال التطور البدني، والمعرفي، والاجتماعي، والعاطفي للأطفال الصغار للخطر، وتكون بمثابة عائق أمام الدخول إلى المدرسة. وفي ليبيا، 7 في المائة من الأطفال في عمر 5 سنوات انخرطوا في نوع من أنواع العمل في الأسبوع الذي سبق المسح، ومعظمها أعمال منزلية. ولا يوجد اختلافات واضحة في معدلات عمالة الأطفال حسب الثروة، ولكن الأطفال من أبوين غير متعلمين أكثر احتمالاً في أن ينخرطوا في عمالة أطفال. وكذلك فإن الأطفال في فزان أكثر احتمالاً في أن ينخرطوا في عمالة الأطفال. وبعد أخذ خصائص أخرى بعين الاعتبار، الأطفال في فزان أكثر احتمالاً في أن ينخرطوا في عمالة الأطفال عن الأطفال في طرابلس. والأطفال من أمهات لديهم تعليم أساسي أقل احتمالاً أيضاً في الانخراط في عمالة الأطفال عن الأطفال من أمهات غير متعلمات، ولم يكن لأي مستويات تعليمية أخرى أهمية إحصائية.

الشكل 10-8. النسبة المئوية من الأطفال 3-5 الذين هم ملتحقون حالياً في رعاية وتعليم الطفولة المبكرة حسب القضاء



القضاء

المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسح المشروع العربي لصحة الأسرة، ليبيا، 2007.

يواجه الأطفال فرصاً غير متكافئة للتطور الصحي

يواجه الأطفال في ليبيا فرصاً غير متكافئة للتطور الصحي بناء على عوامل خارجة عن سيطرتهم. ومن أجل قياس مدى عدم التكافؤ، يقوم التحليل باحتساب (أ) نسبة الفرص التي كان هناك حاجة إلى توزيعها بشكل مختلف لكي يحدث تساوي في الفرص لكل مؤشر من مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة، و(ب) فرصة أن تكون هذه الاختلافات قد حدثت نتيجة للتغيير العشوائي (الجدول 10-1). بالنسبة لرعاية ما قبل الولادة والرعاية الماهرة أثناء الولادة، 2.0 و 0.7 في المائة من الفرص كان من المفترض توزيعها بشكل مختلف لكي يكون هناك تكافؤ في الفرص. وفي حين أن هذه الأرقام متدنية، نتيجة لارتفاع معدلات التغطية، فإن أهميتها الإحصائية تبين أن الفجوات في التغطية موزعة بشكل غير متكافئ. هناك تقريباً فرص متساوية للأطفال لكي يكونوا محصنين بغض النظر عن ظروفهم. وفي حين أن هناك فرصاً غير متساوية للوفاة المبكرة، وبما أن هذا نادر الحدوث، لا يمكننا أن نحدد بشكل أكيد ما إذا كانت هذه الاختلافات هي من محض المصادفة. ويواجه الأطفال فرصاً غير متساوية للتطور العقلي الصحي، من حيث الوصول إلى ملح معالج باليود. وهناك قدر كبير من عدم المساواة من حيث رعاية وتعليم الطفولة المبكرة؛ ف 23.7 في المائة من الفرص للالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة كان من المفترض توزيعها بشكل مختلف لكي يكون للأطفال تكافؤ في الفرص.

وتشكل الثروة وتعليم الأم والجغرافيا أكبر المساهمات في الفرص غير المتكافئة للأطفال. وبين الجدول 10-2 المساهمات المختلفة للظروف في عدم التكافؤ لمختلف المحصلات والنسب المئوية. وتلعب الثروة بشكل خاص دوراً كبيراً في عدم التكافؤ في رعاية ما قبل الولادة، والملح المعالج باليود، ورعاية وتعليم الطفولة المبكرة، حيث تساهم من حوالي الخمس إلى الربع من عدم المساواة في كل واحد من هذه المقاييس. وتعليم الأم مهم بشكل خاص لرعاية ما

الجدول 10-1. النسبة المئوية من الفرص التي ينبغي إعادة توزيعها

(مؤشر التباين)	
*2.0	الرعاية قبل الولادة
*0.7	قابلية ماهرة عند الولادة
30.7	وفيات حديثي الولادة
25.8	وفيات الرضع
2.7	تطعيم كامل
***16.9	الملح المعالج باليود
6.3	مصابون بالتقزم
***23.7	الرعاية والتعليم لمرحلة الطفولة المبكرة
25.7	عمالة الأطفال

المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسح المشروع العربي لصحة الأسرة، ليبيا، 2007.
 Note: Significance level: * = chance < 5%, ** = chance < 1%, *** = chance < 0.1%. ECCE = early childhood care and education.

الجدول 10-2. مساهمات الخصائص الأساسية المختلفة في عدم المساواة

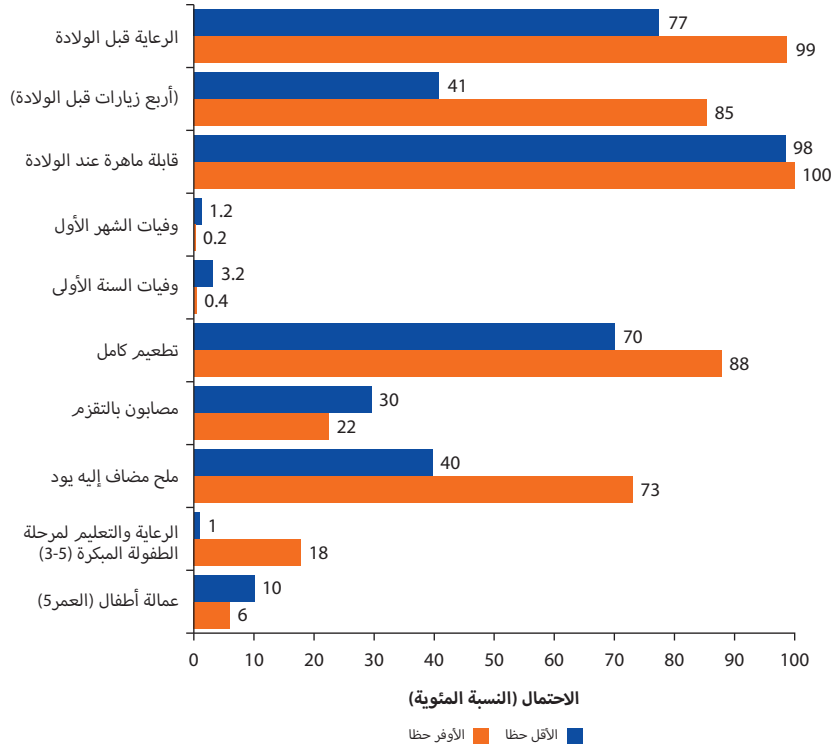
نسبة مئوية	الثروة	تعليم الأم	تعليم الأب	المنطقة	جنس الطفل
21.8	48.5	27.5	2.2	لا ينطبق	الرعاية قبل الولادة
2.3	17.7	12.6	67.3	لا ينطبق	قابلية ماهرة عند الولادة
15.6	11.7	17.6	31.9	23.2	وفيات حديثي الولادة
15.2	14.9	21.2	33.4	15.2	وفيات الرضع
26.4	20.7	21.7	1.3	1.9	تطعيم كامل
6.7	5.1	4.7	83.4	0.1	الملح المعالج باليود
20.9	35.0	16.9	12.6	14.6	مصابون بالتقزم
23.1	20.2	15.6	37.2	4.0	الرعاية والتعليم لمرحلة الطفولة المبكرة
7.8	12.7	11.5	67.9	0.1	عمالة الأطفال

المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسح المشروع العربي لصحة الأسرة، ليبيا، 2007.
 ملاحظة: تحليلات شيبلي لمؤشر التباين

قبل الولادة، والتقزم، ورعاية وتعليم الطفولة المبكرة. كما يلعب تعليم الأب دوراً صغيراً ولكن مهماً في عدم المساواة في هذه المحصلات. والإقامة في الأقاليم المختلفة مهم لكل المحصلات باستثناء رعاية ما قبل الولادة والتحصين، ولا سيما في عدم المساواة في الوصول إلى ملح معالج باليود، ورعاية وتعليم الطفولة المبكرة. ويساهم النوع الاجتماعي للطفل بشكل ضئيل جداً في عدم المساواة.

ويواجه الأطفال في ليبيا فرصاً مختلفة جداً فيما يتعلق بالتطور الصحي استناداً إلى بضع خصائص فقط. والطفولة المبكرة هي عندما تنقل حلقات الفقر وعدم المساواة عبر الأجيال. وإذا راقبنا طفلاً ضمن أفقر 20 في المائة من الأسر، ومن أبوين غير متعلمين (طفل أقل حظاً) وقارنا هذا الطفل مع طفل من أبوين حاصلين على تعليم أعلى، ومن أغنى 20 في المئة من الأسر (طفل أكثر حظاً)، نجد أن لديهما فرصاً مختلفة جداً في تنمية صحية خلال مرحلة الطفولة المبكرة. ويبين الشكل 10-9 فرص مؤشرات مختلفة لتنمية الطفولة المبكرة لهؤلاء الأفراد «الأقل حظاً» و «الأكثر حظاً».

الشكل 10-9. حالات المحاكاة للأوفر حظا والأقل حظا



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسح المشروع العربي لصحة الأسرة، ليبيا، 2007، ملاحظة: تحليلات شيبلي لمؤشر التباين

وفي كل مؤشر، يواجه الطفل الأقل حظاً فرصة أضعف في التطور الصحي. وعند مقارنة الأقل مع الأكثر حظاً، نجد أن الفجوة في رعاية ما قبل الولادة هي 22 نقطة مئوية، والفجوة في رعاية منتظمة ما قبل الولادة هي 43 نقطة مئوية. واحتمال أن يتوفي الطفل الأقل حظاً في الشهر الأول تزيد بخمسة أضعاف وأن يتوفي في السنة الأولى من العمر تزيد بسبعة أضعاف. واحتمال أن يكون الطفل الأقل حظاً محصناً أقل بـ 18 نقطة مئوية، و احتمالاً أن يكون مصاباً بالتقزم أكثر بـ 8 نقاط مئوية. وهناك فجوة قدرها 33 نقطة مئوية في إضافة اليود إلى الملح. وأكبر الاختلافات هي في الالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة حيث احتمال التحاق الطفل الأكثر حظاً برعاية وتعليم الطفولة المبكرة يزيد بـ 17 ضعفاً عن الطفل الأقل حظاً. كما أن احتمالية انخراط الطفل الأقل حظاً في عمالة أطفال تزيد بضعفين تقريباً.

الخاتمة

الأطفال في ليبيا لا يصلون إلى إمكاناتهم الكاملة في التنمية الصحية. وعلى الرغم من ارتفاع معدلات الرعاية الماهرة أثناء الولادة وتدني معدلات الوفيات، فإن رعاية ما قبل الولادة والتطعيمات تظهران فجوات مهمة. فمعدلات التقزم مرتفعة في ليبيا، مما يؤدي إلى عجز كبير في التنمية البشرية للأطفال والتي سوف يكون لها تأثيرات مدى الحياة. و فقط نصف الأطفال يحصلون على الملح المعالج باليود بشكل كاف، مما يعرض النصف المتبقي من الأطفال لخطر ضعف التطور المعرفي. ومعدلات الالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة متدنية جداً. وبالإضافة إلى مواجهة تحديات في

تمتئهم، فإن الأطفال يواجهون فرصاً غير متكافئة للتنمية الصحية استناداً إلى ظروف خارجة عن إرادتهم. فالثروة، والاختلافات الجغرافية، وتعليم الوالدين تساهم جميعها في عدم المساواة، التي تعد كبيرة في جميع المحصلات، ولكنها حادة بشكل خاص فيما يتعلق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة.

الملحق 10 أ: البيانات

مجموعة البيانات

يستخدم التحليل بيانات مستعرضة عن رفاهة النساء والأطفال تم جمعها من خلال مسح المشروع العربي لصحة الأسرة (PAPFAM) لعام 2007 في ليبيا. تضمن مسح صحة الأسرة استبياناً للأسرة ضم خصائص أساسية هامة عن الأفراد والأسر. كما تضمن استبياناً للمرأة التي سبق لها الزواج بين سن 15-49، يجمع معلومات عن عناصر هامة في تنمية الطفولة المبكرة، مثل رعاية ما قبل الولادة، والمساعدة الماهرة أثناء ولادة الأطفال، وتحصين الأطفال. ويتم جمع البيانات الخاصة بالوزن والطول للأطفال دون سن الخامسة، والمسح مُمثل على الصعيد الوطني، ويشمل بيانات تسمح بتحليل العلاقة بين تنمية الطفولة المبكرة ومؤشرات الطفل والأسرة في داخل ليبيا. يرجى الرجوع إلى جامعة الدول العربية (2009) لمزيد من المعلومات حول التقرير النهائي للمسح.

العينة

مجموعة بيانات مسح المشروع العربي لصحة الأسرة لعام 2007 لليبيا أخذت عينات من 18629 أسرة، و 12234 امرأة متزوجة أو سبق لها الزواج بين سن 15-49، و 12550 طفلاً دون الخمس سنوات (قياسات الجسم). والتحليل في هذا الموجز يتم وزنه ليكون ممثلاً على المستوى الوطني. وأحجام العينة (N) في كل جدول من الجداول قائمة على العدد غير المرجح من الملاحظات في البيانات.

الملحق 10ب. المؤشرات حسب الخصائص الأساسية

الجدول 10ب1. المؤشرات حسب الخصائص الأساسية

النوع الاجتماعي	رعاية قبل الولادة من قبل كوادر صحية مدربة		رعاية ما قبل الولادة: 4 زيارات على الأقل		قابلة ماهرة عند الولادة	وفيات الشهر الأول	وفيات السنة الأولى	تطعيم كامل	مصابون بالتهنؤم	الطول بالنسبة للعمر (انحراف معياري)	الملح المعالج باليود	الرعاية والتعليم لمرحلة الطفولة المبكرة (3-5)	عمالة الأطفال (5 سنوات)	نسبة الأطفال 0 - 4
	ذكر	89.7	66.9	98.2	1.1	1.9	83.5	2.2	86.8	22.1	-0.81	52.7	8.0	6.8
أنثى	93.3	74.8	98.7	1.3	1.9	88.4	1.2	87.1	19.8	-0.70	52.3	10.6	7.3	48.4
الثروة														
الأفقر	89.7	66.9	98.2	1.1	1.9	83.5	2.2	86.8	22.1	-0.85	52.7	8.0	7.9	23.7
في المرتبة الثانية	93.3	74.8	98.7	1.3	1.9	88.4	1.2	87.1	19.8	-0.67	51.7	7.9	5.2	21.7
في المرتبة الثالثة	95.4	79.2	98.8	1.5	2.4	91.4	1.2	91.4	20.3	-0.76	53.3	10.6	6.7	22.2
في المرتبة الرابعة	95.5	80.5	98.8	0.4	1.0	83.9	1.2	83.9	21.0	-0.78	57.0	10.9	6.8	18.5
الأغنى	96.5	78.0	98.8	0.8	1.2	86.8	1.2	86.8	19.2	-0.71	61.2	14.3	8.5	13.9
تعليم المرأة														
لم تذهب إلى المدرسة قط	82.9	51.5	95.4	1.3	2.4	68.8	1.3	68.8						
بعض التعليم الابتدائي	86.6	64.6	98.0	1.3	2.0	90.8	1.3	90.8						
أكملت الابتدائي	92.0	72.6	98.4	1.5	2.3	87.0	1.5	87.0						
أكملت الإعدادي	95.1	77.1	98.8	0.7	1.5	90.6	0.7	90.6						
أكملت الثانوي	96.2	79.1	99.2	1.1	1.6	86.9	1.1	86.9						
جامعي فما فوق	97.4	84.0	99.3	0.8	1.4	88.0	0.8	88.0						
تعليم الشريك														
لم يذهب إلى المدرسة قط	85.0	60.5	93.1	1.4	2.8	84.7	1.4	84.7						
بعض التعليم الابتدائي	84.9	62.4	97.8	0.9	1.8	85.1	0.9	85.1						
أكمل الابتدائي	92.8	72.1	98.5	0.8	1.4	90.4	0.8	90.4						
أكمل الإعدادي	92.8	74.8	98.7	1.2	1.7	88.8	1.2	88.8						

يستكمل في الصفحة التالية

الجدول 10 ب 1. المؤشرات حسب الخصائص الأساسية (تابع)

نسبة الأطفال	عمالة الأطفال (5 سنوات)	الرعاية والتعليم لمرحلة الطفولة المبكرة (3-5)	الملح المعالج باليود	الطول بالنسبة للعمر (انحراف معياري)	مصابون بالتقزم	تطعيم كامل	وفيات السنة الأولى	وفيات الشهر الأول	قابلة ماهرة عند الولادة	رعاية ما قبل الولادة: 4 زيارات على الأقل	رعاية قبل الولادة من قبل كوادر صحية مدربة		
						84.5	2.2	1.4	99.1	77.0	95.5	أكمل الثانوي	
						88.9	0.5	0.3	99.2	83.1	96.8	جامعي فما فوق	
						74.2	2.3	1.2	93.9	62.9	85.1	غير معروف	
												تعليم الأم	
	7.7	11.2	3.2	38.6	-0.74	22.2						لم تحصل على تعليم	
	1.9	6.5	7.9	52.6	-0.67	16.7						تقرأ	
	15.5	8.4	7.6	51.7	-0.80	21.5						تقرأ ويكتب	
	19.6	2.9	8.3	49.6	-0.84	22.2						تعليم أساسي	
	36.3	7.7	10.6	54.3	-0.68	19.0						ثانوي أو ما يعادله	
	18.5	6.6	14.0	57.8	-0.80	22.9						جامعي+	
	0.5	18.4	0.0	51.4	-0.54	22.6						غير موجود أو معروف	
	0.0											تعليم الأب	
	3.2	17.4	3.6	41.5	-0.97	24.6						لا يوجد	
	1.4	4.7	9.5	35.7	-0.94	19.0						يقرأ	
	12.6	8.6	5.1	49.3	-0.84	21.2						يقرأ ويكتب	
	23.7	5.1	6.6	48.5	-0.81	21.9						تعليم أساسي	
	37.8	6.5	10.5	54.4	-0.75	20.8						ثانوي أو ما يعادله	
	19.3	7.2	13.5	59.0	-0.60	19.6						جامعي+	
	2.0	7.9	14.2	48.2	-0.94	21.9						غير موجود أو معروف	
												الإقليم	
	66.1	5.3	9.9	63.2	-0.78	22.3	86.0	1.7	1.0	99.7	73.4	93.8	طرابلس
	7.8	26.9	17.2	68.6	-0.60	18.4	85.7	3.4	2.4	91.5	75.0	91.7	فزان
	26.1	5.1	5.3	19.0	-0.76	18.6	89.6	1.3	0.9	98.0	80.9	94.3	برقة
													الأقضية
	2.6	1.2	1.8	23.3	-1.28	29.5	67.9			96.9	74.2	93.0	البطنان
	2.5	9.9	4.8	22.6	-0.84	22.3	85.5			99.7	81.6	96.5	درنه

يستكمل في الصفحة التالية

الجدول 10 ب 1. المؤشرات حسب الخصائص الأساسية (تابع)

نسبة الأطفال 4 - 0	عمالة الأطفال (5 سنوات)	الرعاية والتعليم لمرحلة الطفولة المبكرة (3-5)	الملح المعالج باليود	الطول بالنسبة للعمر (انحراف معياري)	مصابون بالتقزم	تطعيم كامل	وفيات السنة الأولى	وفيات الشهر الأول	قابلة ماهرة عند الولادة	رعاية ما قبل الولادة: 4 زيارات على الأقل	رعاية قبل الولادة من قبل كوادر صحية مدربة	
3.4	5.6	4.4	4.7	-0.53	16.7	88.6			91.2	66.1	85.4	الجبيل الأخضر
3.1	10.8	2.2	3.1	-0.74	20.3	95.2			99.1	64.3	88.7	المرج
9.9	4.4	4.0	28.2	-0.81	17.1	92.9			99.7	92.7	98.1	بنغازي
3.6	1.6	14.7	11.9	-0.54	13.0	92.4			98.6	83.7	96.5	الواحات
0.9	8.0	7.1	8.1	-0.54	21.2	84.4			97.6	73.6	93.8	الكفرة
2.7	17.9	6.3	63.0	-0.47	13.8	66.7			97.8	90.1	97.6	سرت
0.8	0.0	20.2	73.7	-0.98	24.7	92.0			96.9	82.3	95.7	الجفرة
10.9	2.6	7.9	59.3	-0.88	30.5	82.5			99.8	74.5	93.5	مصراتة
8.9	3.7	5.0	64.2	-0.73	21.3	78.4			99.8	64.8	81.2	المرقب
17.0	4.1	12.8	69.4	-0.79	21.2	97.1			100.0	87.2	98.8	طرابلس
9.8	14.0	13.3	61.5	-0.40	12.7	83.9			99.6	80.1	99.1	الجفارة
5.6	0.0	9.9	90.5	-1.24	33.5	81.0			100.0	64.4	89.1	الزاوية
5.0	0.0	5.9	23.6	-1.28	36.8	85.9			100.0	44.6	93.5	النقاط الخمس
5.0	0.9	11.1	62.5	-0.81	16.2	87.7			99.2	57.0	93.0	الجبيل الغربي
1.3	24.2	19.9	59.8	-0.69	19.6	89.8			98.8	63.3	93.7	نالوت
2.2	43.9	15.3	89.6	-0.55	14.5	83.4			96.9	82.3	96.3	سبها
1.5	7.7	14.0	71.0	0.49	6.7	86.1			91.2	72.9	92.3	وادي الشاطئ
1.5	11.4	26.6	42.5	-0.79	18.9	79.9			87.8	59.6	79.2	وادي الحياة
1.4	56.2	8.2	61.6	-1.20	30.3	88.5			87.2	79.2	95.3	مرزق
0.4	28.6	28.1	62.1	-0.86	19.6	87.4			79.0	64.3	90.3	غات
100.0	7.0	9.3	52.5	-0.76	21.0	86.9	1.7	1.1	98.7	75.5	93.8	المجموع
9,809	2,136	6,897	13,308	10,281	10,281	1,888	9,735	9,735	7,769	7,238	7,771	N(ملاحظات)

المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسح المشروع العربي لصحة الأسرة، ليبيا، 2007
ملاحظة: بيانات على مستوى المحافظة عن وفاة حديثي الولادة والرضع تم حذفها بسبب صغر حجم العينة

الملحق 10 ج. العلاقة بين مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة والمعلومات الأساسية، عند أخذ الخصائص الأساسية المتعددة في الاعتبار

الجدول 10 ج.1. العلاقة بين مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة والخصائص الأساسية المتعددة

عمالة الأطفال	الرعاية والتعليم لمرحلة الطفولة المبكرة	الطول بالنسبة للعمر	مصابون بالتقرزم	ملح معالج باليود	تطعيم كامل	وفيات الرضع	وفيات حديثي الولادة	الولادة	4 زيارات رعاية ما قبل الولادة	رعاية ما قبل الولادة
المنطقة-مقارنة بطرابلس										
+	+	+	-	+		+	+	-		فزان
	-		-	-				-	+	برقة
الثروة، ٢٠ في المائة من الأسر										
	+	+		+					+	في المرتبة الثانية
	+			+	+				+	في المرتبة الثالثة
	+			+			-		+	في المرتبة الرابعة
	+			+					+	الأعلى
تعليم المرأة										
					+				+	بعض التعليم الابتدائي
					+			+	+	أكملت الابتدائي
					+			+	+	أكملت الإعدادي
					+			+	+	أكملت الثانوي
					+			+	+	تعليم عالٍ
تعليم الشريك										
										بعض التعليم الابتدائي
								+		أكمل الابتدائي
										أكمل الإعدادي
								+		أكمل الثانوي
						-			+	تعليم عالٍ
										غير موجود أو معروف
تعليم الأم										
				+						تقرأ
	+			+						تقرأ وتكتب
-	+			+						تعليم أساسي

يستكمل في الصفحة التالية

الجدول 10 ج 1. العلاقة بين مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة والخصائص الأساسية المتعددة (تابع)

عمالة الأطفال	الرعاية والتعليم لمرحلة الطفولة المبكرة	الطول بالنسبة للعمر	مصابون بالتقزم	ملح معالج باليود	تطعيم كامل	وفيات الرضع	وفيات حديثي الولادة	الولادة	4 زيارات رعاية ما قبل الولادة	رعاية ما قبل الولادة	
	+			+							أكملت الثانوي
	+			+							تعليم عالٍ
	-										غير موجود أو معروف
											تعليم الأب
											يقرأ
											يقرأ ويكتب
		+									تعليم أساسي
	+	+	-								أكمل الثانوي
	+	+	-								تعليم عالٍ
	+										غير موجود أو معروف
	+	+	-			-	-				أثنى
0.000	0.000	0.000	0.003	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	قيمة P (نموذج)
2,136	6,844	10,444	10,444	13,308	1,885	9,726	9,726	7,760	7,229	7,762	N (ملاحظات)
		0.007									R
0.093	0.058		0.006	0.129	0.043	0.044	0.055	0.197	0.048	0.077	الجذر الزائف

المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسح المشروع العربي لصحة الأسرة، ليبيا، 2007
ملاحظة: الفراغات تشير إلى عدم وجود علاقة إحصائية مهمة، وتعليم المرأة والشريك ينطبق فقط على الرعاية قبل الولادة (أربع زيارات)، وأثناء الولادة، والوفيات، والتحصينات. تعليم الأم والأب ينطبق فقط على إضافة اليود إلى الملح، والتقزم، والطول بالنسبة للعمر، ورعاية وتعليم الطفولة المبكرة، وعمل الأطفال.

حواشي

1. بناء على العدد السنوي للمواليد(اليونيسف 2008) ومعدل وفيات الرضع المحتسب في مسح المشروع العربي لصحة الأسرة.
2. يحتسب كل من معدل وفيات الرضع وحديثي الولادة على أساس الوفيات في ال 12-59 شهرا السابقة على المسح.
3. يسأل مسح المشروع العربي لصحة الأسرة لليبيا عن الرعاية قبل الولادة للولادات الحية الأحدث في السنوات الخمس الأخيرة فقط. فبما أن الولادات الحية أكثر احتمالا للارتباط برعاية ما قبل الولادة، فإن النسبة المئوية للولادات التي لا تتلقى رعاية ما قبل الولادة يحتمل أن تكون أقل من النسبة المقدرة لحالات الحمل التي لا تتلقى رعاية قبل الولادة.
4. كما هو الحال بالنسبة للرعاية قبل الولادة، طرحت أسئلة عن الولادات الحية فقط. وحيث إنه من المحتمل أن يتم ربط الولادات الحية بوجود رعاية من مهني صحة، فإنه من المحتمل أن تكون النسبة المئوية من الولادات الحية التي تتم على يد مهني صحة تتابع في تقدير عدد الولادات التي تتم على يد مهني صحة.
5. كما هو الحال بالنسبة للرعاية قبل الولادة وأثناء الولادة، طرحت هذه الأسئلة عن أحدث ولادة حية في السنوات الخمس الأخيرة.
6. لقاح DPT هو مزيج من اللقاحات التي تغطي الدفتيريا، والسعال الديكي، والتيتانوس. وينبغي أن يحصل الأطفال على ثلاث جرعات ليكونوا محصنين بالكامل.
7. ينبغي أن يحصل الأطفال على ثلاث جرعات ليكونوا محصنين ضد شلل الأطفال.
8. تبين الوحدات كيف أن الأطفال الليبيين، في المتوسط، هم مختلفون عن المرجعية السكانية من حيث الانحرافات المعيارية.
9. أكثر من 15 جزءا في المليون من اليود في الملح.
10. سأل المسح عن عمل الطفل لصالح الأسرة أو في وظيفة خلال العام الماضي، أو قام بأي عمل أسري خلال الأسبوع الماضي، فجميعها تعتبر عمالة أطفال.
11. لاحظ أن النسبة تتعدى 100 في المائة لأن الأطفال قد ينخرطون في أنواع متعددة من العمالة.
12. تعرف الثروة من حيث أي فئة 20 في المائة من الأسر يقع الطفل ضمنها، بناء على مؤشر أصول (ثراء) للسلع المعمرة.
13. نستخدم في كل التقرير مستوى دلالة 5 في المائة.

المراجع

- El-Zanaty, Fatma, and Ann Way. 2009. *Egypt Demographic and Health Survey 2008*. Cairo: Ministry of Health, El-Zanaty and Associates, and Macro International.
- Hill, Kenneth, and Dawn M. Upchurch. 1995. "Gender Differences in Child Health: Evidence from the Demographic and Health Surveys." *Population and Development Review* 21 (1): 127-51.
- League of Arab States. 2009. *Libya Family Health Survey 2007, Final Report (Arabic)*.
- Molina, Helia. 2012. *The Review of Health and Nutrition Indicators in Early Childhood*. UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization).
- UNDP (United Nations Development Programme). 2014. "Human Development Index." (accessed April 23, 2014) <https://data.undp.org/dataset/Table-2-Human-Development-Index-trends/efc4-gjqv>.

- UNICEF (United Nations Children's Fund). 2008. "The State of the World's Children 2009: Maternal and Newborn Health." UNICEF, New York.
- . 2014. *The State of the World's Children 2014 in Numbers: Every Child Counts: Revealing Disparities, Advancing Children's Rights*. New York: UNICEF.
- World Development Indicators (database). World Bank, Washington, DC. <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>.

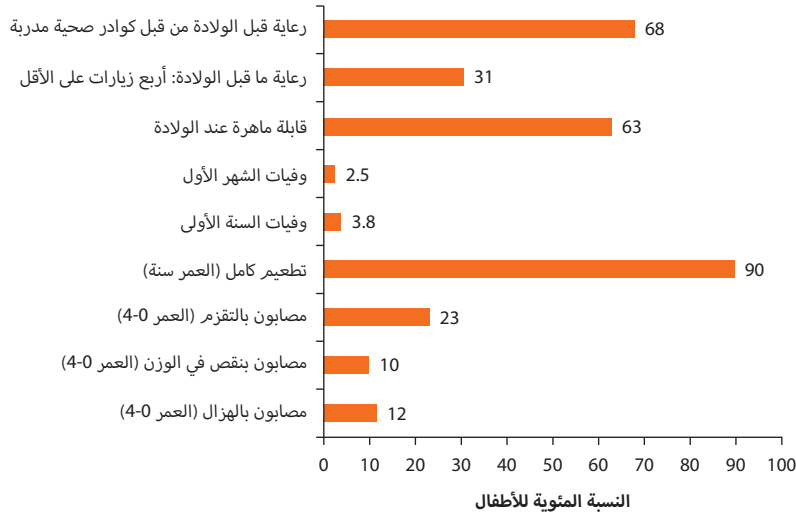
المغرب

حالة تنمية الطفولة المبكرة في المغرب

على الرغم من التقدم الذي حصل على مدى السنين، لا يزال هناك أوجه قصور كبيرة في تنمية الطفولة المبكرة في المغرب. وينبغي معالجة أوجه القصور هذه من أجل أن تسنح للأطفال في المغرب فرصة أن يُحققوا كامل إمكاناتهم للتنمية المبكرة. ويبين الشكل 1-11 ملخصاً لمؤشرات تنمية الطفولة المبكرة في المغرب. وهناك ثغرات في أداء المغرب من حيث الرعاية ما قبل الولادة وأثناءها؛ تلقي 68 في المائة فحسب من المواليد رعاية ما قبل الولادة في حين تلقي 31 في المائة منهم فقط رعاية ما قبل الولادة بصورة منتظمة (4 زيارات على الأقل). و63 في المائة فحسب من الولادات تمت بوجود قابلات مدربات. ويتوفى نحو 2.5 في المائة من الأطفال في الشهر الأول، في حين يتوفى 3.8 في المائة من العام الأول من العمر. وأداء المغرب جيد إلى حد ما من حيث معدلات التحصين، حيث تلقي 90 في المائة من الأطفال بعمر سنة تطعيمًا كاملاً. ولا يزال سوء التغذية يمثل مشكلة في المغرب، حيث إن 23 في المائة من الأطفال مصابون بالتقزم، و10 في المائة يعانون من نقص في الوزن، و12 في المائة مصابون بالهزال.

ويقدم هذا التقرير وضع تنمية الطفولة المبكرة في المغرب. ويتم فحص الوضع الصحي للأطفال من خلال مؤشرات (راجع الإطار 1-11) للوفيات المبكرة، والرعاية قبل الولادة، ووجود قابلة ماهرة عند الولادة، وعمليات التحصين. ويتم قياس الوضع الغذائي للأطفال من خلال التقزم (الطول بالنسبة للعمر)، ونقص الوزن (الوزن بالنسبة للعمر) والهزال (الوزن بالنسبة للطول). ومن أجل فهم أفضل للسياق والظروف التي تؤثر على محصلات تنمية الطفولة المبكرة، يدرس التحليل أيضاً العوامل الأساسية التي قد تترافق مع محصلات تنمية الطفولة المبكرة على مستوى الفرد، والأسرة والمجتمع، والعلاقة بينهم. (راجع الملاحق 11 أ، و11 ب، و11 ج، للحصول على معلومات إضافية بشأن البيانات وهذه العلاقات). ولمعرفة السياق العام للبلد، راجع الإطار 2-11. وأخيراً، يقدم هذا الفصل تحليلاً لنطاق التفاوت في محصلات تنمية الطفولة المبكرة. ويستند التحليل إلى أحدث البيانات المتوفرة: المسح الديمغرافي والصحي لعام 2004. تغطي البيانات الأبعاد المتنوعة من الطفولة المبكرة من قبل ولادة الطفل وحتى سن الدخول إلى المدرسة (في عمر السادسة في المغرب). ولو توفرت بيانات أكثر وتم فحصها، لأمكن تقديم صورة أفضل لتنمية الطفولة المبكرة في المغرب.

الشكل 1-11 : ملخص مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح الديمغرافي والصحي للمغرب، 2004.

الإطار 1-11. مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة التي تمت دراستها في المغرب

- رعاية ما قبل الولادة
- قابلة ماهرة عند الولادة
- وفيات حديثي الولادة (وفيات الشهر الأول)
- وفيات الأطفال (وفيات السنة الأولى)
- تطعيم كامل
- التقزم/الطول بالنسبة للسن
- نقص الوزن/الوزن بالنسبة للطول
- الهزال / الوزن بالنسبة للطول

البقاء، والرعاية الصحية، والتغذية

إن الخطوة الأولى في التنمية الصحية للطفولة المبكرة هي ببساطة تجاوز مرحلة الطفولة المبكرة مع البقاء على قيد الحياة. وفي المغرب، واعتباراً من 2004، بلغ عدد وفيات الرضع - أي الأطفال الذين يموتون قبل بلوغ عامهم الأول - 38 طفلاً لكل ألف. تعتبر هذه النسبة أعلى من المعدل المتوسط لمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (24 لكل ألف) (اليونيسف 2014). تتألف معظم وفيات الرضع من وفيات الأطفال حديثي الولادة، أي الأطفال الذين يتوفون خلال الشهر الأول من الحياة. ويموت في المغرب 25 طفلاً من كل ألف خلال الشهر الأول من حياتهم، وهي نسبة أعلى من المتوسط الإقليمي لعام 2012 البالغ 15 طفلاً في الألف (اليونيسف 2014). بينما انخفض معدل وفيات الرضع في المغرب - حيث كان العدد 67 طفلاً في الألف عام 1990 - فإن وفيات حديثي الولادة كانت المشكلة الأكثر إلحاحاً، وأظهرت انخفاضاً أقل وأبطأ عن معدل عام 1990 إذ كان آنذاك 36 طفلاً (مؤشرات التنمية العالمية).

الإطار 11-2. ملخص مؤشرات التنمية في المغرب

المغرب بلد ذو دخل منخفض متوسط، مع ناتج محلي إجمالي للفرد بلغ في عام 2012 حوالي 2902 دولاراً أمريكياً (بالدولار الأمريكي الحالي، الجدول ب 11-2). ويُقدَّر عدد سكان المغرب بنحو 33 مليون نسمة، 28 في المائة منهم تقل أعمارهم عن 15 عاماً. وبلغ متوسط توقع الحياة عند الولادة 65 عاماً. ومعدل الالتحاق الإجمالي بمرحلة التعليم الابتدائي في المغرب هو 116 في المائة في 2012، وهي زيادة كبيرة منذ 1990، حين كانت نسبة للأطفال الذين أكملوا المرحلة الابتدائية 67 في المائة. وبصورة عامة، حلت المغرب في المرتبة 130 من أصل 186 بلداً، مع بيانات قابلة للمقارنة في مؤشر التنمية البشرية لعام 2012 (HDI).

الجدول ب 11-2: المؤشرات الاجتماعية والاقتصادية في المغرب

2012	1990	
32.5	24.7	إجمالي عدد السكان (بالمليون)
28	40	النسبة المئوية للسكان دون سن 15 سنة
\$2,902	\$1,037	الناتج المحلي الإجمالي للفرد (بالدولار الأمريكي الحالي)
71	65	معدل توقع الحياة عند الولادة
116	67	الالتحاق بالمدارس، المرحلة الابتدائية (في المائة إجمالي)

المصدر: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، مؤشرات التنمية العالمية 2014

ويبدأ التعامل مع كل من الوفيات المبكرة للأطفال وتنمية الطفولة المبكرة أثناء الحمل والولادة، من خلال الرعاية قبل الولادة والقابلات الماهرات عند الولادة. وفي حين أن 68 في المائة من الولادات الحية³ تتلقى رعاية ما قبل الولادة على يد مهني صحة⁴، فإن أقل من نصفهم فقط تلقوا تلك الرعاية «بشكلٍ منتظم»، وذلك من خلال أربع زيارات أو أكثر. هناك نوعان من الفجوات الهامة في رعاية ما قبل الولادة في المغرب، الأولى هي أن ثلث (32 في المائة) الولادات الحية لم تتلق رعاية ما قبل الولادة على يد مهني صحة، والثانية هي أن ثلث المواليد لا يتلقون رعاية ما قبل الولادة بشكل منتظم. وتم مؤخراً التوسع في استخدام الرعاية ما قبل الولادة. وطبقاً لإحصائيات 1992، تلقت 32 في المائة فقط من الولادات رعاية ما قبل الولادة (مؤشرات التنمية العالمية). وبحلول عام 2004، أي بعد 12 عاماً، تجاوز هذا المعدل الضعف ليصل إلى 68 في المائة. وكان المعدل في عام 2004 أقل من المتوسط لمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا في عام 2012 وبالبلغ 83 في المائة (اليونيسف 2014). وعلى الرغم من هذه التحسينات، كان يولد سنوياً نحو مائتي ألف طفل دون أن تتلقى أمهاتهم رعاية ما قبل الولادة، الأمر الذي يعرض الأطفال (والأمهات) للخطر.

وتشكل الولادة على يد قابلة ماهرة جزءاً هاماً من التقليل من وفيات وأمراض حديثي الولادة. وفي حين أن 63 في المائة من الولادات كانت تتم على يد مهني صحة⁵، فإن أكثر من ثلث الولادات لم تتم على يد مهني صحة. وأقل من 1 في المائة من الولادات تمت بدون مساعدة على الإطلاق. وعملت المغرب على تحقيق زيادة مطردة في نسبة الولادات التي تجري على يد قابلات ماهرات على مدار العقود العديدة الماضية. وتضاعف المعدل في غضون 12 سنة من 31 في المائة فقط من الولادات على يد قابلات ماهرات في عام (مؤشرات التنمية العالمية) 1992، وصولاً إلى نسبة 63 في المائة في عام 2004. وتحقق المغرب نسبة أدنى من المتوسط الإقليمي البالغ 79 في المائة فيما يتعلق برعاية ماهرة أثناء الولادة (اليونيسف 2014). وعند مقارنة الرعاية أثناء الولادة والرعاية قبل الولادة، نجد أن هناك توسعاً مماثلاً في كليهما، كما كان هناك تداخل كبير وممتد في استخدام كلا الخدمتين؛ حيث إن هناك 79 في المائة من أولئك الذين

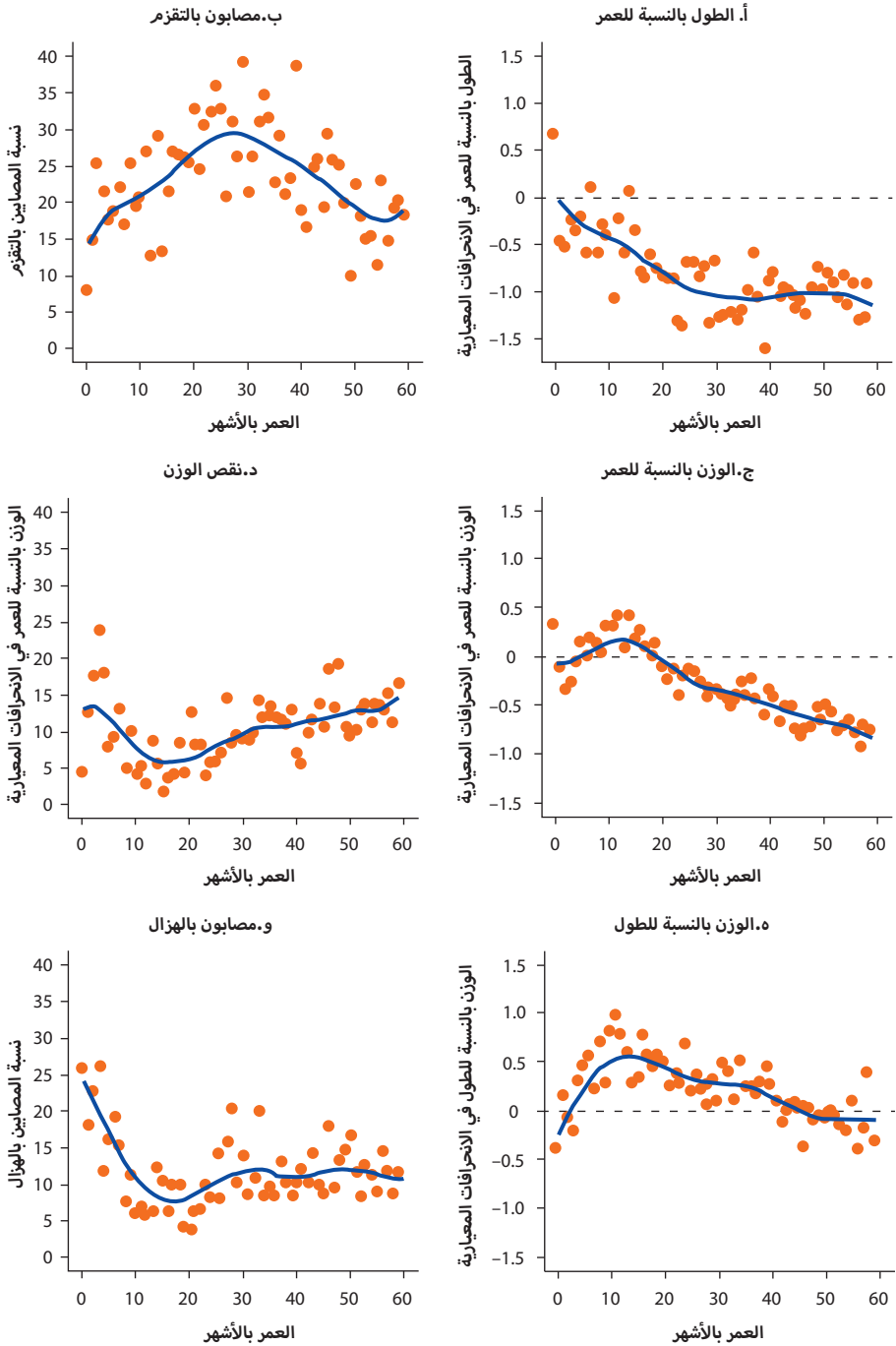
استخدموا الرعاية قبل الولادة قد استخدموا أيضًا رعاية ماهرة أثناء الولادة، في حين أن 37 في المائة فحسب من أولئك الذين لم يتلقوا رعاية ما قبل الولادة استخدموا رعاية ماهرة أثناء الولادة.

اقتربت المغرب من تحقيق تغطية جيدة من حيث التحصين؛ حيث إن 90 في المائة فقط من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 12-23 شهرا تم تحصينهم بالكامل. ويلعب تحصين الأطفال دورا هاما في منع الأمراض وتقليل وفيات الأطفال (مولينا 2012). ويعتبر الأطفال محصنين تماما إذا تلقوا اللقاحات الخاصة بالستة أمراض الرئيسية للأطفال التي يمكن الوقاية منها: السل، والدفتيريا، والسعال الديكي، والتيتانوس،^٦ وشلل الأطفال،^٧ والحصبة. وينبغي أن يكونوا محصنين بالكامل بحلول الثاني عشر شهر من عمرهم؛ ويركز هذا التحليل على الأطفال بعمر 12-23 شهرا للسماح باستدعاء الوالدين الأمثل. ولقاح الحصبة هو نقطة الضعف المؤكدة في حملات التطعيم بالمغرب؛ حيث تلقاه فقط 91 في المائة من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 12-23 شهرا.

من حيث التغذية، يبدأ الأطفال في المغرب حياتهم في وضع صحي إلى حد ما، إلا أنه على مدى أول ستة من عمرهم، يتدهور نموهم إلى حد كبير. وفي 2004، كان 23 في المائة من الأطفال دوت الخامسة مصابين بالتقزم، و10 في المائة مصابين بنقص الوزن، و12 في المائة مصابين بالهزال. يبين الشكل رقم 11-2 وضع الأطفال في المغرب مقارنةً بالسكان المرجعيين الذين يتمتعون بصحة جيدة.^٨ عند الولادة، لا يختلف الأطفال - في المتوسط - عن مرجعية السكان. غير أنه قد يتعثر نموهم في غضون الأشهر القليلة الأولى من حياتهم. في المقابل، أكثر من 20 في المائة من الأطفال يصابون بالتقزم قبل بلوغ عامهم الأول. وتعتبر نسبة الطول إلى العمر منخفضة جدًا بالنسبة للسكان، حيث كان متوسط الانحراف المعياري الكامل أدنى من مرجعية السكان الذين يتمتعون بصحة جيدة، من 30 شهرا وأكثر. والمثير للاهتمام أنه على الرغم من أن المتوسط لا يزال منخفضًا، فإن معدل التقزم يبلغ ذروته في عمر 30 شهرا، وذلك عندما يكون ما يزيد على 30 في المائة من الأطفال يعانون من التقزم، ثم يبدأ في الانحدار بعد ذلك. عند مقارنة الطول بالنسبة للعمر والتقزم، وُجدَ أن متوسط الطول بالنسبة للعمر لا يزال منخفضا في حين تبدأ نسب التقزم في التضاؤل بعد 30 شهرا، حيث إن عددا أكبر من الأطفال طولهم أقل من الطول الصحي، ولكن عددا قليلا من الأطفال قصيرو القامة إلى حد كبير (تقزم). وفي حين أن الطول بالنسبة للعمر ينحدر سريعا، فإن الوزن بالنسبة للعمر يبقى قريبا نسبيا من المتوسط المرجعي خلال السنوات القليلة الأولى من الحياة، وينخفض بعد ذلك، ويبقى دائما أقل من المتوسط للسكان المرجعيين الأصحاء بعد عمر عامين (24 شهرا). وتبدأ نسبة الأطفال المصابين بنقص الوزن فوق 10 في المائة بقليل عند الولادة، وتخفض إلى نحو 5 في المائة عند بلوغ السنة من عمرهم (12 شهرا)، ثم يرتفع ببطء ولكن باضطراد. ويظهر الوزن بالنسبة للطول، المقيس على أساس العمر، أن الأطفال هم فعليا أثقل قليلا من متوسط السكان المرجعيين الأصحاء الذين لهم نفس الطول. ويعزى ذلك إلى أنه في حين يراكم الأطفال وزنا صحيا بالنسبة للعمر في المتوسط، فإنهم يحققون معدلا أدنى فيما يتعلق بالطول بالنسبة للعمر. وعند بلوغهم أربع سنوات من العمر، يصبح المتوسط قريبا للغاية من متوسط السكان المرجعيين الأصحاء. ويكون الهزال، الذي هو انخفاض كبير في الوزن الصحي بالنسبة للطول، أكثر حدة في السنة الأولى من العمر، ويتحسن بشكل كبير عند بلوغ عامين، ثم يصبح معتدلا بعد ذلك.

في المغرب، فقط 59 في المائة من الأسر تتناول ملحا مضافا إليه كميات كافية من اليود. وفي ال 41 في المائة من الأسر التي لاتتناول ملحا مضاف إليه كميات كافية من اليود، يكون الأطفال معرضين لخطر ضعف النمو المعرفي (اليونيسف 2007). والملح المعالج باليود هو الوسيلة الأساسية لتقديم اليود للأطفال. ويواجه الأطفال والأمهات في

الشكل 2-11: متوسط الطول بالنسبة للعمر، والوزن بالنسبة للعمر، والوزن بالنسبة للطول والتقزم، نقصان الوزن والهزال، مقارنة بالأطفال الطبيعيين في الانحرافات المعيارية حسب العمر بالأشهر، الأعمار من 0 إلى 59 شهرًا



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح الديمغرافي والصحي للمغرب، 2004.

المغرب نقصا في المغذيات الدقيقة المهمة الأخرى. ففيتامين (أ) ضروري للبصر، والنمو، والتطور، ويساعد أيضا على الحماية من بعض الأمراض. ونقص الحديد يبطئ من التطور المعرفي ويزيد من خطر الإصابة بالمرض أو الوفاة. وقد تناول ثلثا الأطفال تقريباً (62 في المائة) فواكه وخضروات غنية بفيتامين أ في الأيام السبعة الماضية. وعلى الرغم من أن المغرب لديه برنامج لمكملات فيتامين أ للأمهات والمواليد الجدد، فإن 26 في المائة فحسب من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6-59 شهرا قد تلقوا كبسولة فيتامين أ خلال الأشهر الستة التي سبقت المسح. وأولئك الأطفال الذين حصلوا على فيتامين أ كانوا أساسا أولئك الذين هم في سن التطعيم، وهذه إحدى الوسائل الفاعلة من حيث التكلفة لتوفير فيتامين أ للأطفال. ومع ذلك، فإن الأطفال ما أن يتم تحصينهم بالكامل، في عمر 24 شهرا أو أكثر، يصبحون أقل احتمالا لتلقي فيتامين أ (وزارة الصحة، ومركز الأبحاث العضوية في المغرب، وجامعة الدول العربية 2005). ومن الأمور الشائعة أيضا، نقص الحديد، ونقص حامض الفوليك ونقص فيتامين د (مجيد وبن حسين 2012).

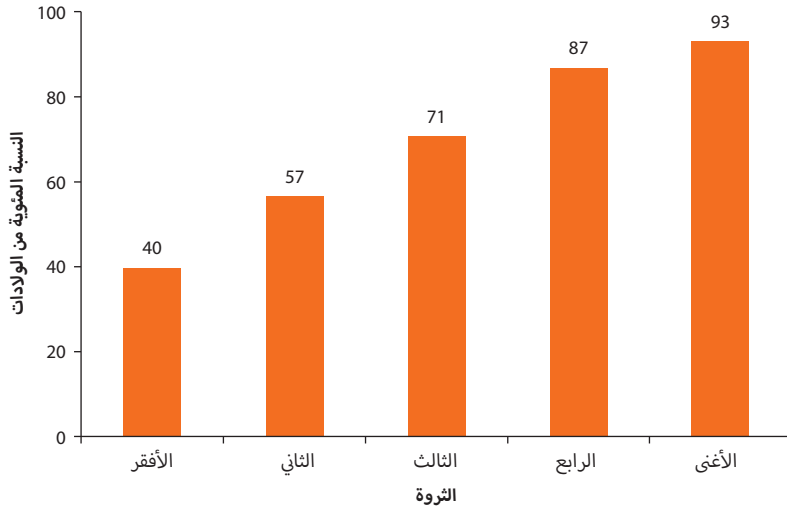
التطور الاجتماعي، والعاطفي، والمعرفي

في المغرب، اعتباراً من عام 2009، كان نصف الأطفال (53 في المائة) يذهبون إلى رياض الأطفال (مجيد وبن حسين 2012). تتضمن رعاية وتعليم الطفولة المبكرة في المغرب برامج خاصة، وهي أساسا حضانات دينية تقليدية (مجيد وبن حسين 2012). يؤدي حضور برامج رعاية وتعليم الطفولة المبكرة إلى تحسين التطور المعرفي والاجتماعي والعاطفي، مع فوائد يمكن أن تدوم مدى الحياة.

العوامل الرئيسية التي تؤثر على تنمية الطفولة المبكرة

وهناك عدد من السمات الأساسية على مستوى الطفل، والعائلة، والمجتمع تؤثر على محصلات تنمية الطفولة المبكرة: النوع الاجتماعي، وتعليم الآباء، والوضع الاجتماعي والاقتصادي للأسرة (الثروة)،⁹ والموقع الجغرافي (الإقليم أو المحافظة)، ومحل الإقامة (حضر/ريف). يساعد فهم هذه العلاقات في تحديد سبب ضعف محصلات تنمية الطفولة المبكرة لدى بعض الأطفال، وأي الأطفال يجب استهدافهم بتدخلات في السياسات أو تدخلات برمجية. تشكل الخصائص الأساسية احتمالية أن يموت الطفل مبكرا في المغرب. يصل احتمال وفاة الأطفال في الأربعين في المائة الأفقر من الأسر قبل بلوغ عامهم الأول إلى الضعف مقارنة بالأطفال من الأربعين في المائة الأغنى من الأسر. وهناك نمط مماثل فيما يتعلق بتعليم الأم؛ حيث إن احتمال وفاة الأطفال من أمهات غير متعلقات قبل بلوغ عامهم الأول هو الضعف مقارنة بالأطفال من أمهات متعلقات حتى المرحلة الثانوية، في حين يصل إلى ثلاثة أمثال مقارنة بالأطفال من أمهات حاصلات على تعليم عالٍ. والأطفال في المناطق الحضرية أقل عرضة للوفاة في عامهم الأول بنسبة النصف مقارنة بالأطفال في المناطق الريفية. والأطفال الذكور أكثر عرضة للوفاة في عامهم الأول من الإناث، وهذا نمط شائع عالمياً لأسباب وراثية (هيل وأبشيرش، 1995). مع الأخذ بعين الاعتبار الخصائص الأخرى، لوحظ أن الأطفال الإناث أقل عرضة للوفاة بكثير¹⁰ في عامهم الأول، بينما الأطفال في المناطق الريفية يكونون أكثر عرضة للوفاة. الأطفال الذين يعيشون في «تانسيفت» والمناطق الوسطى الشمالية يكونون أقل عرضة للوفاة في شهرهم الأول من الأطفال الذين يعيشون في المنطقة الوسطى.

الشكل 3-11: الرعاية ما قبل الولادة حسب الثروة



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح الديمغرافي والصحي للمغرب، 2004.

يرتبط استخدام رعاية ما قبل الولادة ارتباطاً وثيقاً بالثروة والتعليم والجغرافيا. هناك فجوات كبيرة في رعاية ما قبل الولادة حسب الثروة على النحو المبين في الشكل (3-11). في حين أن 93 في المائة من الولادات في الخمس الأغنى من الأسر قد تلقت رعاية ما قبل الولادة، فإن نسبة 40 في المائة فحسب من الولادات في الخمس الأقر من الأسر قد تلقت ذلك. والفجوات على أساس تعليم الأم جوهرية أيضاً؛ حيث إن احتمال أن يحصل الطفل من أم غير متعلمة على رعاية ما قبل الولادة هو 56 في المائة، في حين تصل احتمالية حصول الطفل من أم متعلمة على رعاية ما قبل الولادة إلى 92 في المائة، بينما تبلغ الاحتمالية في حالة الطفل من أبوين متعلمين إلى 99 في المائة. واحتمال أن تتلقى الولادات في المناطق الحضرية رعاية قبل الولادة هو (85 في المائة) مقارنة بنسبة (48 في المائة) للولادات في المناطق الريفية. وتشكل المسافة مشكلة كبيرة أيضاً فيما يتعلق بتلقي رعاية ما قبل الولادة؛ ففي حين أن 81 في المائة من الأطفال الذين افادت أمهاتهم بأن المسافة ليست سوى مشكلة صغيرة لتلقي الرعاية الصحية الخاصة بهن قد تلقوا رعاية قبل الولادة، و60 في المائة فحسب من النساء اللواتي أفدن بأن المسافة تمثل مشكلة كبيرة قد تلقوا رعاية قبل الولادة. وتعتبر الفروق الإقليمية قليلة نسبياً، لاسيما عند مقارنتها بالفروق القائمة على أساس الثروة والسكن في الحضر أو في الريف.

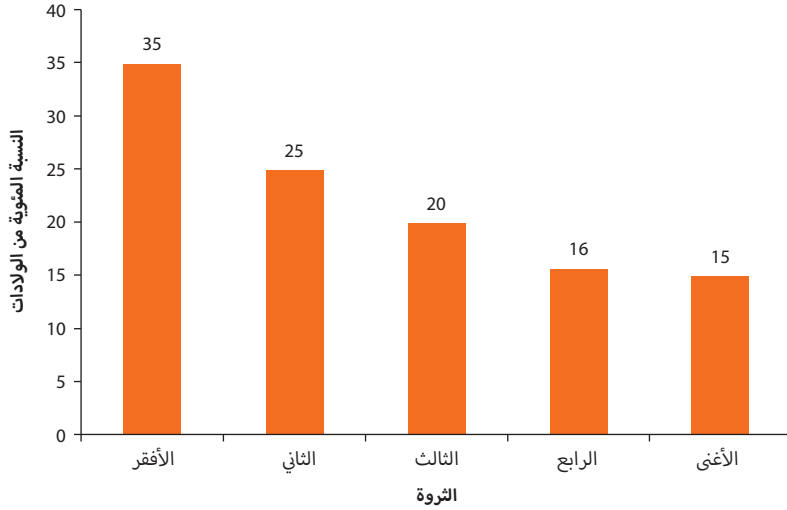
حتى بعد أخذ خصائص أخرى في الاعتبار، يكون للثروة، وتعليم الوالدين، والسكن في المناطق الريفية أو الحضرية، والوصول الفعلي إلى الخدمات الصحية، علاقة قوية برعاية ما قبل الولادة. الولادات في المناطق الريفية هي أقل احتمالا في تلقي رعاية ما قبل الولادة منها في المناطق الحضرية. واستخدام الرعاية قبل الولادة هو أعلى وفي تزايد مستمر في الخمس الثاني حتى الأغنى من الأسر، مقارنة بالخمس الأقر من الأسر. والولادات لإباء وأمهات أعلى تعليماً، لاسيما لأمهات حاصلات على تعليم ثانوي أو أعلى تواجه احتمالاً أكبر بكثير لتلقي رعاية قبل الولادة. والنساء اللواتي أبلغن أن البعد عن مرافق الرعاية الصحية يمثل لهن مشكلة، هن أقل احتمالا بتلقي رعاية ما قبل الولادة.

الفروقات المتعلقة بوجود قابلات ماهرات عند الولادة كبيرة حسب الثروة والتعليم، وهي مشابهة لتلك الخاصة برعاية ما قبل الولادة، مما يزيد من الفروقات في الصحة المبكرة. في حين أن 30 في المائة فقط من الولادات في الخمس الأقر

من الأسر قد تمت على يد قابلاتماهرات، فقد كانت النسبة 96 في المائة للخمس الأغنى من الأسر. وفي حين أن 86 في المائة من الولادات في المناطق الحضرية قد تمت على يد قابلات ماهرات، فقد كانت النسبة 40 في المائة فقط للولادات في المناطق الريفية. وتمثل الفروقات الإقليمية مشكلة أيضاً؛ ففي حين أن 77 في المائة من الولادات تمت في المنطقة الوسطى على يد قابلات ماهرات، فإن 53 في المائة فقط من مدينة «تانسيفت» و54 في المائة من المنطقة الوسطى الشمالية كانت كذلك. ومع أخذ خصائص أخرى بعين الاعتبار، كانت معدلات الولادة التي تمت على يد قابلات ماهرات أقل بكثير في المناطق الريفية. ومقارنة بالمنطقة الوسطى، والشمالية الوسطى، والشمالية الغربية، والوسطى الجنوبية وكذلك المناطق الجنوبية، فإن جميعها لديها معدلات أقل بكثير من حيث الرعاية على يد قابلة ماهرة عند الولادة. وتكون احتمالية الولادة على يد قابلة ماهرة أعلى وفي زيادة، لكل مستوى من مستويات الثروة الأخرى، مقارنة بالخمس الأفقر من الأسر. وكلما ارتفع مستوى تعليم الأم تزايدت بشكل كبير احتمالية الولادة على يد قابلة ماهرة مقارنة بالأمهات غير المتعلقات، كما أن هناك أيضاً اختلافات أقل ولكنها تعتبر مهمة، بالنسبة لمستوى تعلم الأب. واعتبار المسافة بين مرافق الرعاية الصحية مشكلة كبيرة، يقلل كثيراً من استخدام الرعاية أثناء الولادة.

تقع بعض المجموعات السكانية تحت مستوى التحصين الكامل الذي يحقق المناعة الجماعية.¹¹ على سبيل المثال، فإن 81 في المائة فحسب من الأطفال بعمر 12-23 شهراً في المنطقة الشرقية محصنون تحصيناً كاملاً. وفي حين أن المعدلات في المناطق الحضرية بلغت 94 في المائة، فإن المعدلات في الريف بلغت 85 في المائة فحسب. وهناك ما يبرر الاستهداف الجغرافي للمناطق التي تقل معدلات حملات التطعيم فيها عن 90 في المائة. والاختلافات في الثروة هي أكبر من الاختلافات الجغرافية. والأطفال من الخمس الأضعف من الأسر هم أقل احتمالاً للحصول على التحصين الكامل (82 في المائة) مقارنة بالأطفال من الخمس الأغنى من الأسر (98 في المائة). وتكافح المغرب للوصول إلى الأمهات غير المتعلقات من خلال حملات التطعيم فيها؛ فقد بلغت نسبة تطعيم الأطفال من أمهات غير متعلقات 87 في المائة، أي أقل يتسع نقاط مئوية من معدل تطعيم الأطفال من أمهات حاصلات على تعليم ثانوي. والاختلافات حسب تعليم الأب مماثلة. وبعد أخذ الخصائص الأخرى بعين الاعتبار، فإن الأطفال في «تانسيفت» لديهم احتمال أكبر بتلقي التطعيم من الأطفال في المنطقة الوسطى. وهناك اختلافات كبيرة ذات دلالة إحصائية، ومعدلات تحصين أعلى في الخمس الرابع والأغنى من الأسر مقارنة بالخمس الأفقر من الأسر. والأطفال الإناث هن أكثر احتمالاً بكثير للحصول على تحصين كامل. في المغرب، يرتبط سوء التغذية ارتباطاً وثيقاً بالخصائص الأساسية للأطفال. والأطفال الذكور أكثر عرضة قليلاً للإصابة بالتقرم (25 في المائة) من الأطفال الإناث (22 في المائة)، ويلاحظ وجود أنماط مماثلة فيما يتعلق بنقص الوزن والهزال. وثمة علاقة وثيقة بين الحالة الغذائية والثروة (الشكل 11-4). في حين تبلغ نسبة التقزم بين أطفال الخمس الأفقر من الأسر 35 في المائة، فإنها تصل إلى 25 في المائة لأطفال الخمس الثاني من الأسر، وتصل إلى 15 في المائة بين أطفال الخمس الأفقر من الأسر. والفروق المتعلقة بنقص الوزن هي أقوى من ذلك؛ حيث إن أطفال الخمس الأفقر من الأسر هم أكثر عرضة بـ 4 مرات للإصابة بنقص الوزن مقارنة بأطفال الخمس الأغنى من الأسر (17 في المائة مقابل 4 في المائة). والاختلافات المتعلقة بالوضع الغذائي حسب تعليم الأم مماثلة، غير أنها أقل قليلاً من تلك القائمة على أساس الثروة. والاختلافات بين المناطق الحضرية والريفية كبيرة؛ فبينما يصل احتمال إصابة أطفال المناطق الريفية بالتقرم إلى 29 في المائة، فإن هذه النسبة تقل في المناطق الحضرية إلى 18 في المائة، مع وجود اختلافات مماثلة فيما يتعلق بنقص الوزن. وأسوأ معدلات التقزم هي في الجنوب (31 في المائة)، وأسوأ معدلات الهزال هي في منطقة «تانسيفت». ومع الأخذ بعين الاعتبار الخصائص الأخرى، يكون الأطفال أكثر عرضة

الشكل 4-11: التقزم حسب الثروة، الأعمار من 0 إلى 4 سنوات

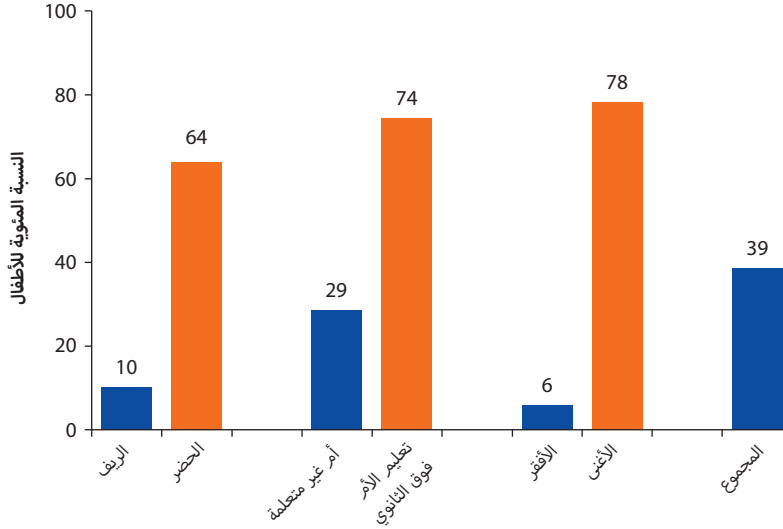


المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح الديمغرافي والصحي للمغرب، 2004.

بكثير للتقزم إذا كانوا في الجنوب، مقارنة بالمنطقة الوسطى. وتزايد معدلات نقص الوزن والهزال إلى حد كبير في الجنوب وفي تانسيفت (وانخفاض الوزن بالنسبة للعمر والطول). وتقل معدلات التقزم إلى حد كبير وترتفع نسب الطول بالنسبة للعمر في جميع مستويات الثروة الأخرى مقارنة بالخمسة الأقر من الأسر. والاختلافات في الوزن بالنسبة للعمر كبيرة أيضاً من حيث الثروة، غير أن ذلك لا ينطبق بنفس القدر على معدلات الوزن مقابل الطول. ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية حسب النوع الاجتماعي لأي من مؤشرات التغذية.

إن الأطفال الذين هم من الخلفيات الأوفر حظاً في المغرب هم الذين يلتحقون برعاية وتعليم الطفولة المبكرة (الشكل 5-11)، على الرغم من أن لرعاية وتعليم الطفولة المبكرة أكبر المنافع للأطفال المحرومين والمستضعفين. خلص مسح أجري في عام 2006-2007 (وزارة الصحة في المغرب 2008) إلى أنه في حين أن 39 في المائة من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 3-5 سنوات كانوا يحضرون مرحلة ما قبل المدرسة، فإن 10 في المائة من أطفال المناطق الريفية و64 في المائة من أطفال المناطق الحضرية قد التحقوا بها. ويرتبط الحضور في مرحلة ما قبل المدرسة أيضاً بمستوى تعليم الأم. وفي حين أن 29 في المائة من أطفال الأمهات غير المتعلقات يحضرون مرحلة ما قبل المدرسة، تصل النسبة إلى 74 في المائة بين أطفال الأمهات الحاصلات على تعليم ثانوي أو عالٍ. والاختلافات حسب الثروة هي الأكبر؛ ويصل احتمال حضور أطفال الخمسة الأقر مرحلة ما قبل الدراسة إلى 6 في المائة، بينما يصل إلى 78 في المائة لأطفال الخمسة الأغنى، أي ثلاث عشرة مرة أكثر. وعلى الرغم من أن الخصائص الأساسية تؤثر بشكل جوهري على الالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة، فإن النوع الاجتماعي ليس له تأثير؛ والاختلافات الصغيرة في الالتحاق برعاية وتعليم مرحلة الطفولة المبكرة هي في واقع الأمر لصالح الإناث (وزارة الصحة في المغرب 2008).

الشكل 5-11: النسبة المئوية للأطفال بعمر 3-5 سنين الذين يحضرون رعاية وتعليم الطفولة المبكرة، حسب خصائص أساسية معينة



المصدر: المسح الوطني العنقودي المتعدد المؤشرات وصحة الشباب 2006-2007 (وزارة الصحة المغربية، 2008)

يواجه الأطفال فرصا غير متكافئة فيما يتعلق بالتنمية الصحية

يواجه الأطفال في المغرب فرصًا غير متكافئة فيما يتعلق بالتنمية الصحية استنادًا إلى عوامل خارجة عن إراداتهم. يقدم الجدول 1-11 النسب المئوية للفرص التي كان ينبغي أن تم توزيعها بشكل مختلف، تحقيقًا لمبدأ تكافؤ الفرص، وذلك بناء على نفس الظروف التي تمت مناقشتها في الأقسام السابقة، ويتناول أيضًا احتمالية أن تكون تلك الاختلافات قد حدثت حسب التنوع العشوائي. وبالنسبة لرعاية ما قبل الولادة، ينبغي توزيع 14.3 في المائة من الفرص بشكل مختلف لكي يصبح هناك تكافؤ الفرص، أما بالنسبة للرعاية أثناء الولادة، فإنه ينبغي توزيع 19.6 في المائة من الفرص بشكل مختلف لكي يتحقق تكافؤ الفرص. وهناك فرص متساوية تقريبًا لحصول الأطفال على المطاعيم بغض النظر عن ظروفهم. وفي حين أن هناك احتمالات غير متكافئة بالوفاة في وقت مبكر من الحياة، وبما أن هذا نادر الحدوث، فإنه لا يمكننا القول بشكل قاطع ما إذا كانت هذه الاختلافات ناتجة على سبيل المصادفة. ويعاني الأطفال كذلك من عدم تكافؤ فرص النمو البدني والمعرفي الصحي، ومن حيث التقرم أيضًا.

تشكل الثروة، وتعليم الأم، والاختلافات الجغرافية أكبر المساهمات في الفرص غير المتكافئة للأطفال. يبين الجدول 2-11 الظروف المختلفة المسببة لعدم المساواة للمحصلات المختلفة كنسب مئوية من أصل 100 في المائة. وتلعب الثروة دورًا كبيرًا في جميع المحصلات، ولكن بصفة خاصة في التقرم؛ حيث تساهم بنسبة 38 في المائة في عدم المساواة المؤدية إلى التقرم. ولتعليم الأم أهمية خاصة فيما يتعلق برعاية ما قبل الولادة والولادة على يد قابلة ماهرة، ولكنه يلعب دورًا مهمًا في عدم المساواة لجميع المحصلات، كما هو الحال بالنسبة لتعليم الأب. والاختلافات

الجدول 1-11. النسبة المئوية للفرص التي سيتم إعادة توزيعها

مؤشر الاختلاف	
***14.3	رعاية ما قبل الولادة
***19.6	قابلة ماهرة عند الولادة
19.5	وفيات حديثي الولادة
19.8	وفيات الرضع
3.6	تطعيم كامل
***16.1	التقزم

المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح الديموغرافي والصحي للمغرب، 2004.
ملاحظات: * = احتمال > 5 في المائة، ** = احتمال > 1 في المائة، *** = احتمال > 0.1 في المائة

الجدول 2-11: مساهمات الخصائص الأساسية في عدم المساواة

نسبة مئوية

مشكلة المسافة جنس الطفل	الريف	المنطقة	مستوى تعليم		الثروة			
			الأب	الأم				
لا ينطبق	6.8	35.2	2.7	10.3	18.8	26.3	الرعاية قبل الولادة	
لا ينطبق	7.1	32.6	3.5	12.4	16.4	28.1	قابلة ماهرة عند الولادة	
لا ينطبق	5.7	18.7	28.9	11.2	14.6	20.9	وفيات حديثي الولادة	
لا ينطبق	9.0	29.7	7.5	5.2	18.8	29.7	وفيات الرضع	
لا ينطبق	3.9	6.7	13.0	25.0	11.7	11.0	تطعيم كامل	
لا ينطبق	2.2	8.5	17.3	16.1	9.5	8.3	38.1	التقزم

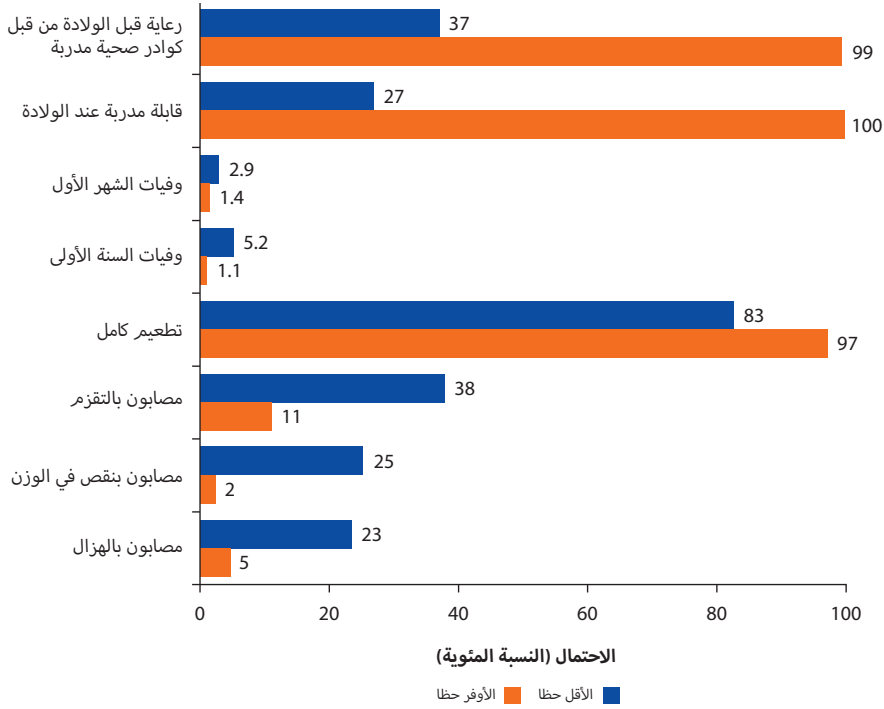
المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح الديموغرافي والصحي للمغرب، 2004.
ملاحظة: تحليلات شيبلي لمؤشر الاختلاف

الإقليمية كبيرة بشكل خاص بالنسبة لوفيات الأطفال حديثي الولادة، والتحصين الكامل، والتقزم. والاختلافات بين الحضر والريف كبيرة لكل محصلة، غير أنها تمثل نحو الثلث في عدم المساواة للرعاية قبل الولادة والرعاية أثناءها. ويساهم جنس الطفل بشكل ضئيل في عدم المساواة. كما يساهم بُعد مرافق الرعاية الصحية مساهمة بسيطة في عدم المساواة الصحية المبكرة.

يميل الأطفال إلى أن يكونوا محظوظين أو محرومين باستمرار عبر مجموعة متنوعة من الأبعاد المختلفة لتنمية الطفولة المبكرة، ويمكن أن يواجهوا فرصاً حياتية مختلفة إلى حد بعيد بناء على بعض الخصائص فقط. الطفولة المبكرة هي عندما تتنقل حلقات الفقر وعدم المساواة عبر الأجيال. إذا رصدنا طفلاً يعيش في منطقة ريفية لأبوين أميين، ضمن الخمس الأفقر من الأسر، وأمه تواجه مشكلة كبرى في الحصول على رعاية صحية، ويعيش في تانسيقت الريفية (طفل أقل حظاً) وقارنا بينه وبين طفل أبواه حاصلان على تعليم عالٍ، ومن الخمس الأغنى من الأسر، وأمه لاتكاد تواجه مشكلة في الحصول على رعاية صحية، ويعيش في منطقة وسط المغرب الحضرية (طفل أكثر حظاً)، نجد أن لديهما فرصاً مختلفة جداً في تنمية صحية للطفولة المبكرة. ويبين الشكل 11-6 فرصة مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة المختلفة (قائمة على الانحدارات) لهؤلاء الأفراد «الأقل حظاً» و«الأكثر حظاً».

ولكل مؤشر تقريباً، يواجه الطفل الأقل حظاً مؤشراً أضعف لتنمية الطفولة المبكرة. الطفل الأكثر حظاً يكون أكثر احتمالاً بثلاث مرات لتلقي رعاية ما قبل الولادة (99 في المائة مقابل 37 في المائة) ومن المرجح أن يصل احتمال وجود قابلة مدربة أثناء ولادته إلى ثلاثة أضعاف (100 في المائة مقابل 27 في المائة). الطفل الأقل حظاً يكون أكثر عرضة للوفاة في شهره الأول بنسبة تصل إلى الضعف، وقد تصل احتمالية وفاته في عامه الأول إلى أربعة أضعاف. هناك فجوة تبلغ 14 نقطة مئوية في تغطية التحصين بين الطفل الأكثر حظاً والطفل الأقل حظاً. وبعض أكبر الفجوات تكون متعلقة

الشكل 6-11: حالات المحاكاة للأوفر حظا والأقل حظا



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح الديمغرافي والصحي للمغرب، 2004.

بالمؤشرات الغذائية، في حين أن نسبة احتمال إصابة الطفل الأكثر حظاً بالتقزم تصل إلى 11 في المائة، فإنها تصل في حالة الطفل الأقل حظاً إلى 38 في المائة، والفجوات من حيث الوزن هي أكبر حجماً؛ وفي حين أن احتمال إصابة الطفل الأكثر حظاً بنقص الوزن يصل إلى 2 في المائة، فإن هذا الاحتمال قد يصل إلى 25 في المائة للطفل الأقل حظاً. وتكون الفجوات أقل قليلاً فيما يتعلق بالهزال، غير أن الطفل الأقل حظاً لا يزال أكثر عرضة بأربع مرات للإصابة بالهزال.

الخاتمة

لا يحقق الأطفال في المغرب إمكانياتهم الكاملة للتنمية الصحية. وهناك ثغرات كبيرة في الرعاية الصحية المبكرة، بما فيها الرعاية قبل الولادة، والرعاية المنتظمة قبل الولادة، والولادة على يد قابلة ماهرة. والمغرب أداؤها جيد من حيث تغطية التحصين، ولكنها تواجه خسارة كبيرة في الإمكانيات البشرية من حيث الوفيات المبكرة. ويمثل سوء التغذية مشكلة خطيرة في المغرب، وهو يعوق تنمية العديد من الأطفال. وبالإضافة إلى مواجهة العديد من العقبات التي تحول دون التنمية الصحية، يواجه الأطفال فرصاً متفاوتة للغاية من حيث التنمية بناء على ظروف خارجة عن إرادتهم. والاختلافات بين الحضر والريف والاختلافات حسب الثروة هي قوية بشكل خاص. وينبغي بذل المزيد من الجهود لحماية وتعزيز تنمية الأطفال وضمان أن يكون للأطفال فرص متكافئة للتنمية بغض النظر عن ظروفهم.

الملحق 11 أ. البيانات

مجموعة البيانات

يستخدم التحليل بيانات مستعرضة عن رفاهة النساء والأطفال تم جمعها من خلال المسح الديمغرافي والصحي (DHS) لعام 2004 في المغرب. وتضمن المسح الديمغرافي والصحي الذي أجرته الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية، استبياناً للأسرة ضم خصائص أساسية هامة عن الأفراد والأسر. كما تضمن استبياناً للمرأة المتزوجة أو التي سبق لها الزواج في سن 15-49، يجمع معلومات عن عناصر هامة في تنمية الطفولة المبكرة، مثل رعاية ما قبل الولادة، ووجود قابلة ماهرة أثناء الولادة، وتحصين الأطفال. ويتم جمع البيانات الخاصة بالوزن والطول للأطفال دون سن الخامسة. والمسح مُمثل على الصعيد الوطني، ويشمل بيانات تسمح بتحليل العلاقة بين تنمية الطفولة المبكرة ومؤشرات الطفل والأسرة في داخل المغرب. من أجل الحصول على المزيد من المعلومات في التقرير الأخير عن المسح، يرجى الرجوع إلى وزارة الصحة، ومركز الأبحاث العضوية في المغرب، وجامعة الدول العربية (2005).

العينة

مجموعة بيانات المسح الديمغرافي والصحي للمغرب لعام 2004 أخذت عينات من 11513 أسرة، و 16798 امرأة متزوجة أو سبق لها الزواج بين سن 15-49، و 6180 طفلاً دون الخمس سنوات (قياسات الجسم البشري). والتحليل في هذا الموجز يتم تقييمه ليكون ممثلاً على المستوى الوطني. وأحجام العينة (N) في كل جدول من الجداول قائمة على العدد غير المرجح من الملاحظات في البيانات.

الملحق 11ب. المؤشرات حسب الخصائص الأساسية

الجدول 11ب1- المؤشرات حسب الخصائص الأساسية

النوع الاجتماعي	رعاية ما قبل الولادة	رعاية ما قبل الولادة: 4 زيارات	قابلة ماهرة عند الولادة	وفيات السنة الأولى	وفيات الشهر الأول	تطعيم كامل	مصابون بالتهنيم	الطول بالنسبة للعمر		الوزن بالنسبة للعمر		نسبة الأطفال	
								(الانحرافات المعيارية)	مصابون بنقص الوزن	(الانحرافات المعيارية)	مصابون بالهزال		
ذكر	49.9	0.25	12.0	-0.32	10.7	-0.88	24.5	87.3	4.5	2.8			
أنثى	50.1	0.20	11.2	-0.28	9.2	-0.77	21.8	91.8	3.1	2.2			
الثروة													
الأفقر	23.3	0.01	15.4	-0.70	16.6	-1.25	34.9	81.5	5.5	3.6	29.6	10.6	39.8
في المرتبة الثانية	22.7	0.14	11.3	-0.49	10.7	-0.99	24.9	85.8	4.9	2.9	49.7	19.7	56.6
في المرتبة الثالثة	20.4	0.21	11.6	-0.24	7.7	-0.73	20.4	90.6	3.0	2.2	70.6	28.1	70.7
في المرتبة الرابعة	16.8	0.34	9.6	-0.03	7.9	-0.53	15.6	95.6	2.5	1.7	86.4	40.9	86.8
الأغنى	16.7	0.56	8.6	0.21	4.2	-0.39	14.9	98.1	2.2	1.8	95.7	60.7	93.1
تعليم الأُم													
لا يوجد	62.1	0.13	12.7	-0.47	12.1	-1.00	27.0	86.5	4.6	3.0	49.0	19.7	55.7
ابتدائي	18.1	0.24	11.3	-0.15	7.5	-0.59	19.0	92.8	3.0	2.2	77.0	34.6	78.6
ثانوي	16.1	0.50	8.7	0.09	5.6	-0.51	15.2	96.4	2.0	1.4	93.6	53.4	92.1
تعليم عالٍ	3.7	0.53	6.9	0.24	3.6	-0.29	11.7	94.6	1.3	1.3	99.0	80.3	98.7
تعليم الأب													
لا يوجد	44.0	0.09	13.0	-0.53	12.5	-1.05	26.9	85.3	4.4	2.6	45.6	18.7	53.6
ابتدائي	29.3	0.25	11.1	-0.27	9.0	-0.81	24.2	90.6	3.8	2.8	66.3	30.4	71.4

يستكمل في الصفحة التالية

الجدول 11ب-1. المؤشرات حسب الخصائص الأساسية (تابع)

نسبة الأطفال	الوزن بالنسبة للطول		الوزن بالنسبة للعمر		الطول بالنسبة للعمر		تطعيم كامل	وفيات الشهر الأول	وفيات السنة الأولى	قابلة ماهرة عند الولادة	رعاية ما قبل الولادة: 4 زيارات		
	(الانحرافات المعيارية)	مصابون بالهزال	(الانحرافات المعيارية)	مصابون بنقص الوزن	(الانحرافات المعيارية)	مصابون بالتقزم					رعاية ما قبل الولادة	رعاية ما قبل الولادة	
19.5	0.42	9.9	0.05	6.7	-0.50	16.2	94.4	3.4	2.4	86.7	43.0	83.9	ثانوي
7.2	0.42	10.1	0.10	5.8	-0.35	13.0	97.8	1.3	1.0	94.1	67.0	92.8	تعليم عالٍ
المسافة تعتبر مشكلة للرعاية الصحية للمرأة													
36.1	0.33	10.6	-0.07	7.7	-0.59	18.0	93.8			80.2	44.1	81.0	مشكلة صغيرة
63.9	0.17	12.2	-0.42	11.2	-0.95	26.0	87.3			53.2	22.5	59.9	مشكلة كبيرة
الإقامة													
51.0	0.37	10.0	-0.04	6.4	-0.58	17.5	93.9	2.5	1.8	85.6	44.2	85.0	حضر
49.0	0.08	13.2	-0.56	13.5	-1.07	28.9	84.7	5.2	3.3	39.7	14.9	48.1	ريف
المنطقة													
21.1	0.45	6.5	-0.08	6.0	-0.76	19.9	87.1	3.5	3.1	77.1	39.4	75.3	الوسطى
18.6	-0.30	20.7	-0.67	18.2	-0.85	27.6	92.0	3.5	2.0	52.5	24.0	60.0	تانسيفت
12.1	0.40	10.4	-0.14	8.2	-0.76	23.1	89.2	4.0	1.7	54.4	26.5	65.1	الشمالية الوسطى
22.1	0.55	5.4	-0.11	6.8	-0.88	21.1	89.8	4.1	2.6	65.0	32.7	70.9	الشمالية الغربية
6.6	0.17	8.6	-0.26	7.8	-0.67	17.5	95.3	5.1	3.9	58.7	23.3	68.8	الجنوبية الوسطى
6.4	0.43	8.3	-0.01	4.8	-0.59	17.6	80.7	3.7	2.5	69.5	35.4	68.8	الشرقية
13.0	-0.16	21.1	-0.73	14.6	-1.05	31.1	91.3	3.5	2.1	57.8	26.9	62.7	الجنوبية
100.0	0.23	11.6	-0.30	9.9	-0.82	23.1	89.6	3.8	2.5	62.9	30.6	67.9	المجموع
6,180	5,575	5,575	5,675	5,675	5,573	5,573	1,143	4,977	4,977	6,150	4,742	4,754	N (ملاحظات)

المصدر: حسابات البنك الدولي قائمة على المسح الديمغرافي والصحي للمغرب، 2004
ملاحظة: الخانات الخالية تعني لا ينطبق أو غير متوفر.

الملحق 11 ج. العلاقة بين مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة والمعلومات الأساسية، عند أخذ الخصائص الأساسية المتعددة في الاعتبار

الجدول 11 ج-1. العلاقة بين مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة والخصائص الأساسية المتعددة

الوزن بالنسبة للطول		الطول بالنسبة للعمر		وفيات حديثي الولادة		رعاية ما قبل الولادة			
مصابون بالهزال (الانحرافات المعيارية)	الوزن بالنسبة للعمر	مصابون بنقص في الوزن	(الانحرافات المعيارية)	مصابون بالتقزم	تطعيم كامل	وفيات الرضع	الولادة		
						+	-	-	الريف
									المنطقة
-	-	+	+		+		-	-	تانسيقت
							-	-	الشمالية الوسطى
								-	الشمالية الغربية
-	-				+			-	الجنوبية الوسطى
									الشرقية
-	-	+	+		+			-	الجنوبية
									الثروة، 20 في المائة من الأسر
		-	+	-	-			+	في المرتبة الثانية
			+	-	-			+	في المرتبة الثالثة
			+	-	+			+	في المرتبة الرابعة
+			+	-	-	+		+	الأغنى
									تعليم الأم
					+			+	تعليم ابتدائي
								+	ثانوي
								+	تعليم عالي

الجدول 11 ج-1. العلاقة بين مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة والخصائص الأساسية المتعددة (تابع)

الوزن بالنسبة للطول (الانحرافات المعيارية)	مصابون بالهزال	الوزن بالنسبة للعمر	مصابون بنقص في الوزن	الطول بالنسبة للعمر		تطعيم كامل	وفيات الرضع	وفيات حديثي الولادة	الولادة	رعاية ما قبل الولادة		
				(الانحرافات المعيارية)	مصابون بالتقزم							
												تعليم الأب
												تعليم ابتدائي
		+		+								ثانوي
												تعليم عال
												المسافة تعدد مشكلة
												أشئ
0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.001	0.021	0.000	0.000		قيمة P (نموذج)
5,520	5,520	5,619	5,619	5,517	5,517	1,133	4,925	4,925	6,091	4,706		N (ملاحظات)
	0.059		0.061		0.041	0.105	0.029	0.027	0.275	0.190		الجذر التربيعي الزائف
0.037		0.089		0.041								تربيع R

المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح الديمغرافي والصحي للمغرب، 2004
ملاحظة: الخانات الخالية تشير إلى عدم وجود علاقة دلالية مهمة إحصائياً. + = فرصة > 05 وإيجابية، - = فرصة > 05 وسلبية

الحواشي

1. استناداً إلى العدد السنوي لمواليد 2006 (اليونيسف، 2007) ومعدل وفيات الأطفال الرضع المحتسب من المسح الديمغرافي والصحي.
2. يتم احتساب كل من معدل وفيات الرضع وحديثي الولادة بناء على الوفيات في الأشهر 12-59 التي سبقت المسح.
3. يسأل المسح الديمغرافي والصحي للمغرب، 2004 عن الرعاية قبل الولادة للولادات الحية فقط. وحيث إنه من المحتمل أن يتم ربط الولادات الحية بوجود رعاية قبل الولادة، فإنه من المحتمل أن تكون النسبة المئوية من الولادات التي لا تتلقى رعاية قبل الولادة أقل من النسبة المقدرة لحالات الحمل التي لا تتلقى رعاية قبل الولادة.
4. إما طبيب أو ممرضة أو قابلة
5. كما كان منطقياً على رعاية ما قبل الولادة، يتم طرح أسئلة حول الولادات الحية فحسب. بما أنه من المرجح أن تكون الولادات الحية مقترنة برعاية تقدم على يد مهني صحة، فمن المرجح أن تكون نسبة الولادات الحية على يد مهني صحة تتضمن مبالغة في تقدير عدد الولادات التي تمت على يد مهني صحة.
6. لقاح DPT هو مزيج من اللقاحات التي تغطي الدفتيريا، والسعال الديكي، والتيتانوس. وينبغي أن يحصل الأطفال على ثلاث جرعات ليكونوا محصنين بالكامل.
7. ينبغي أن يحصل الأطفال على ثلاث جرعات ليكونوا محصنين بالكامل ضد شلل الأطفال
8. الوحدات تبين كيف أن الأطفال في المغرب مختلفون - في المتوسط - مقارنةً بمرجعية السكان من حيث الانحرافات المعيارية.
9. تعرف الثروة من حيث أي فئة 20 في المائة من الأسر يقع الطفل ضمنها، بناء على مؤشر أصول (ثروة) للسلع المعمرة.
10. نستخدم مستوى دلالة 5 في المائة عبر الدراسة.
11. تتحقق المناعة الجماعية عندما يكون جميع السكان محميين من الإصابة بالمرض حتى غير المطعمين منهم، وذلك لكون المرض لم يعد منتشرًا، وهذا يتحقق ما أن يتم تطعيم حوالي 90-95 في المائة من الرضع.

المراجع

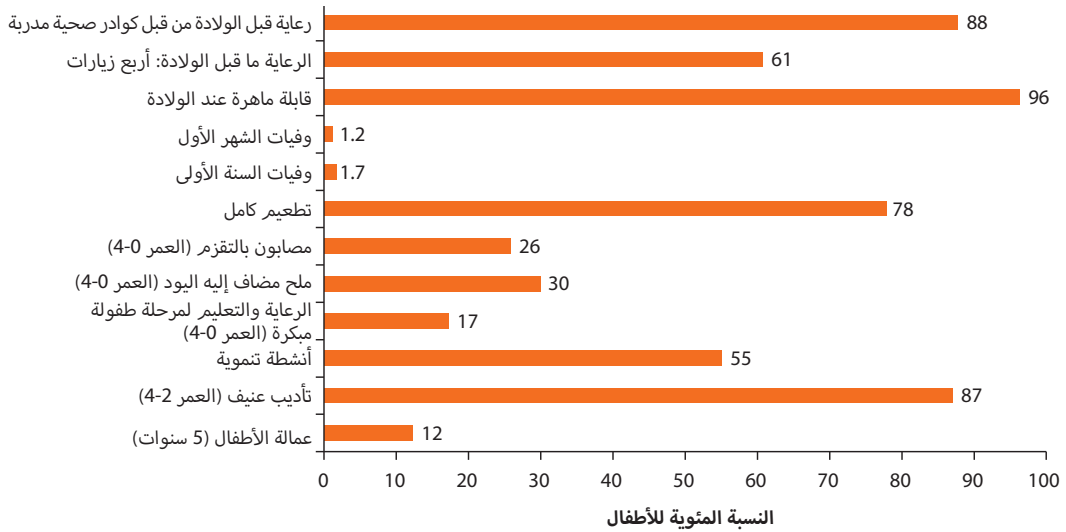
- Hill, Kenneth, and Dawn M. Upchurch. 1995. "Gender Differences in Child Health: Evidence from the Demographic and Health Surveys." *Population and Development Review* 21 (1): 127–51.
- Kingdom of Morocco Ministry of Health. 2008. *National Multiple Indicator Cluster and Youth Health Survey 2006–2007 (French)*.
- M'jid, Najat Maalla, and Baya Benhassine. 2012. *Early Childhood Development in Morocco: Case Study, Background Note for the Regional Early Childhood Development Studies*. Washington, DC: World Bank.
- Ministry of Health, ORC Morocco, and League of Arab States. 2005. *Morocco Demographic and Health Survey 2003–04: Final Report (French)*. Calverton, MD: Ministry of Health and ORC Morocco.
- Molina, Helia. 2012. *The Review of Health and Nutrition Indicators in Early Childhood*. UNESCO.
- UNDP (United Nations Development Programme). 2014. "Human Development Index." (accessed April 23, 2014), <https://data.undp.org/dataset/Table-2-Human-Development-Index-trends/efc4-gjvq>.
- UNICEF (United Nations Children's Fund). 2007. *The State of the World's Children 2008: Child Survival*. New York: UNICEF.
- . 2014. *The State of the World's Children 2014 in Numbers: Every Child Counts: Revealing Disparities, Advancing Children's Rights*. New York: UNICEF.
- World Development Indicators (database). World Bank, Washington, DC. <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>.

الجمهورية العربية السورية

حالة تنمية الطفولة المبكرة في سوريا

لم يحقق الأطفال في سوريا كامل إمكانياتهم للتنمية المبكرة حتى قبل بداية الربيع العربي والصراع المدني الذي تبعه. ويبين الشكل 1-12 ملخص مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة في سوريا من قبل النزاع الحالي. ومن حيث الرعاية ما قبل الولادة وأثناءها، 88 في المائة من الولادات تلقت رعاية ما قبل الولادة ولكن هناك 61 في المائة فقط تلقت رعاية منتظمة قبل الولادة. وتمت حوالي 96 في المائة من الولادات على أيدي قابلات ماهرات. في الشهر الأول من الحياة، يموت 1.2 في المائة من الأطفال ويموت 1.7 في المائة من الأطفال في العام الأول. وفي سوريا، يتلقى 78 في المائة فقط من الأطفال في عمر سنة تطعيمًا كاملاً. ويعد سوء التغذية مشكلة في سوريا حيث إن هناك 26 في المائة من الأطفال مصابون بالتقزم. ويحصل ثلث الأطفال فقط في سوريا (30 في المائة) على كميات كافية من الملح المضاف إليه اليود. وبالنسبة للتطور المعرفي والاجتماعي والعاطفي للأطفال في سوريا، يمارس 55 في المائة فقط منهم أنشطة تنموية ويتعرض 87 في المائة من الأطفال للتأديب العنيف. واحتمال انخراط الأطفال في عمالة الأطفال في عمر الخامسة (12 في المائة)، هو نفس احتمال حصولهم على رعاية وتعليم الطفولة المبكرة في سن 3-5 سنوات (17 في المائة). ويقدم هذا الفصل تحليلاً تفصيلياً لوضع تنمية الطفولة المبكرة في سوريا قبل الربيع العربي والصراع المدني الذي تلاه. ويتم فحص الوضع الصحي للأطفال من خلال مؤشرات (راجع الإطار 1-12) للوفيات المبكرة، والرعاية قبل الولادة، ووجود قابلة ماهرة عند الولادة. ويتم قياس الوضع الغذائي للأطفال من خلال التقزم (الطول بالنسبة للعمر)، بالإضافة إلى توفر المغذيات الدقيقة، على الأخص اليود. من أجل تقييم التعلم والعمل المبكر، ينظر التحليل في نطاق مشاركة الأطفال في أنشطة تعلم تنموية، وحضور رعاية وتعليم الطفولة المبكرة وما إذا كان الأطفال يتعرضون للتأديب العنيف. ومن أجل فهم أفضل للسياق والظروف التي تؤثر على محصلات تنمية الطفولة المبكرة، يدرس التحليل أيضاً العوامل الأساسية التي قد تترافق مع محصلات تنمية الطفولة المبكرة على مستوى الفرد، والأسرة، والمجتمع، والعلاقة بينهم. (راجع الملاحق 12 أ، و 12 ب، و 12 ج، للحصول على معلومات إضافية بشأن البيانات وهذه العلاقات). ومن أجل السياق الكلي للبلدان، راجع الإطار 2-12. وأخيراً، فإن التحليل يقيس الثغرات ومدى التفاوت في محصلات تنمية الطفولة المبكرة.

الشكل 1-12. ملخص مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح المتعدد المؤشرات لسوريا، (2006) ومسح المشروع العربي لصحة الأسرة في سوريا، 2009.

الإطار 1-12 مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة التي تم فحصها في سوريا

- رعاية ما قبل الولادة
- قابلة ماهرة عند الولادة
- وفيات حديثي الولادة (وفيات الشهر الأول)
- وفيات الأطفال (وفيات السنة الأولى)
- تطعيم كامل
- التقزم/الطول بالنسبة للعمر
- الملح المعالج باليود
- الرعاية والتعليم لمرحلة الطفولة المبكرة
- الأنشطة التنموية للوالدين
- التأديب العنيف للطفل
- عمالة الأطفال

ويستند التحليل إلى أحدث البيانات المتاحة: مسح المشروع العربي لصحة الأسرة (PAPFAM)، من عام 2009، وأحدث مسح متعدد المؤشرات من 2006. وعندما يكون هناك مؤشر متوفر في أحدث مسحين، يتم استخدام مسح المشروع العربي لصحة الأسرة (PAPFAM). إلا أن العديد من المؤشرات متوفرة فقط في المسح متعدد المؤشرات. وتغطي البيانات مجتمعة الأبعاد المختلفة للطفولة المبكرة من قبل ولادة الطفل وحتى سن الدخول إلى المدرسة (ست سنوات في سوريا) ولو توفرت بيانات أكثر وتم فحصها، لأمكن تقديم صورة أفضل لتنمية الطفولة المبكرة في سوريا. وفي حين أننا لانملك بيانات عن وضع الطفولة المبكرة في سوريا اليوم، فلا شك في أنها تغيرت إلى حد كبير منذ أحدث بيانات في 2009. ومع ذلك، فإن هذا التحليل سيكون بمثابة خط أساس لتنمية الطفولة المبكرة قبل الصراخ.

الإطار 2-12 ملخص للمؤشرات التنموية في الجمهورية العربية السورية

قبل الصراع، كانت سوريا بلداً ذا دخل متدنٍ إلى متوسط، ومؤشرات التنمية البشرية فيه كانت جيدة إلى حد ما (الجدول ب1-2-1). ويقدر عدد سكان سوريا بـ 22.4 مليون في 2012، منهم 36 في المائة تقل أعمارهم عن 15 عاماً. وبلغ معدل توقع الحياة عند الولادة 75 عاماً. وبلغ معدل الالتحاق الإجمالي في مرحلة التعليم الابتدائي في سوريا 122 في المائة في عام 2012. ووفقاً لأحدث تصنيف لبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي (UNDP)، حلت سوريا في المرتبة 116 من أصل 186 بلداً، مع بيانات قابلة للمقارنة في مؤشر التنمية البشرية لعام 2012.

جدول ب1-2-12 المؤشرات الاجتماعية والاقتصادية لسوريا

2012	1990	
22.4	12.4	إجمالي السكان
35	47	النسبة المئوية للسكان دون سن 15 سنة
—	\$989	الناتج المحلي الإجمالي للفرد (بالدولار الأمريكي)
75	70	معدل توقع الحياة لدى الولادة (سنوات)
122	106	الالتحاق بالمدرسة، ابتدائي (في المائة، إجمالي)

المصدر: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، مؤشرات التنمية العالمية
ملاحظة: - = غير متوفر

البقاء، والرعاية الصحية، والتغذية

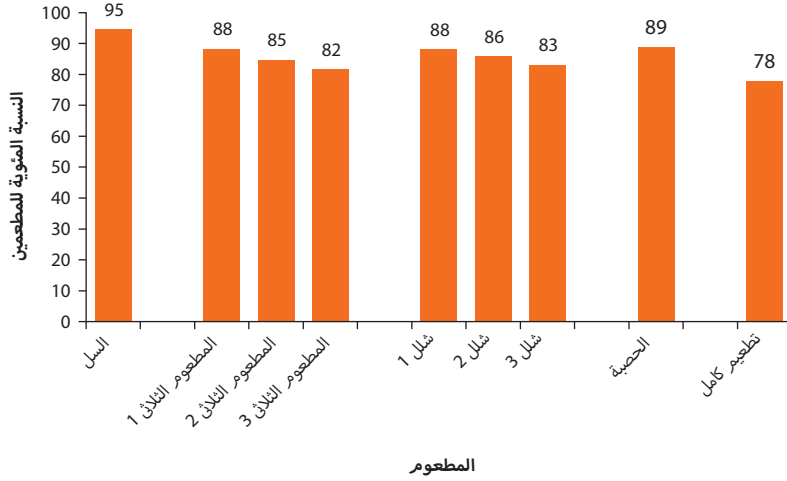
إن الخطوة الأولى في التنمية الصحية للطفولة المبكرة هي ببساطة تجاوز مرحلة الطفولة المبكرة مع البقاء على قيد الحياة. ففي سوريا في عام 2009، كان يموت طفل واحد من كل 59 في العام الأول من الحياة. إن الحد من معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة بمقدار الثلثين هو أحد الأهداف الإنمائية للألفية، وهدف حيوي في جهود سوريا الرامية إلى تعزيز تنمية الطفولة المبكرة. ووفيات الأطفال الرضع، التي تشير إلى الأطفال الذين يتوفون قبل عيد ميلادهم الأول،¹ كانت 17 طفلاً لكل ألف في عام 2009. وكان هذا أقل بكثير من متوسط المعدل في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا لعام 2012 (24 لكل ألف) (اليونيسف 2014). وعلى الرغم من أن أداء سوريا كان جيداً من حيث وفيات الأطفال الرضع قبل الصراع الأخير، فإن الوضع الأمني والصحي قد تدهور بشكل كبير، مما سوف يكون له بالتأكيد أثر سلبي على بقاء الأطفال على قيد الحياة ووفاتهم. وتتضمن معظم حالات وفيات الأطفال الرضع المرتبطة بالصحة من الأطفال حديثي الولادة - أطفال يموتون خلال الشهر الأول من العمر. و كما في 2009، 12 طفلاً من كل ألف كانوا يموتون خلال شهرهم الأول وهذا كان أقل من المتوسط الإقليمي لمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا والبالغ 15 لكل ألف (اليونيسف 2014). ومعدل وفيات الأطفال الرضع كان في انخفاض مع مرور الوقت في سوريا - من 35 طفلاً لكل ألف في 1998 - ولكن مثل العديد من دول المنطقة، لم تحرز سوريا تقدماً كبيراً في الحد من وفيات الأطفال حديثي الولادة والتي بلغت 18 لكل ألف في عام 1990 (مؤشرات التنمية العالمية).

وفي عام 2009 في سوريا، تلقت 88 في المائة من الولادات² رعاية ما قبل الولادة من مهني صحي³ ومعظم الولادات (61 في المائة) تلقت رعاية منتظمة من خلال أربع زيارات أو أكثر. إلا أنه توجد فجوات في تغطية رعاية ما قبل الولادة؛ 12 في المائة من الولادات لم تتلق رعاية ما قبل الولادة قط، و27 في المائة من الأطفال تلقوا بعض الرعاية ما قبل الولادة ولكن ليست رعاية منتظمة. وقد تباطأ التوسع في رعاية ما قبل الولادة في الأعوام الأخيرة، لا سيما بين الأعوام 2006 و 2009. في عام 1993، فقط 51 في المائة من الولادات حصلت على رعاية ما قبل الولادة (مؤشرات التنمية العالمية)؛ وبعد سبع سنوات، في عام 2000، ارتفعت إلى 71 في المائة، أي بزيادة 20 نقطة مئوية. وبعد ذلك بست سنوات، في عام 2006، كانت رعاية ما قبل الولادة 84 في المائة، ولكن بعد ثلاث سنوات، في عام 2009، أصبحت 88 في المائة. وعلى الرغم من التباطؤ في التوسع، كانت معدلات رعاية ما قبل الولادة في سوريا لعام 2009 أعلى من المتوسط الإقليمي لمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا لعام 2012 والبالغ 83 في المائة (اليونيسف 2014). وتشكل الولادة بحضور قابلة ماهرة مكوناً مهماً للحد من وفيات وأمراض حديثي الولادة. وفي عام 2009، تمت معظم الولادات (96 في المائة)⁴ على يد مهني صحة. ولعقود من الزمن، كان أداء سوريا جيداً من حيث الرعاية أثناء الولادة؛ في عام 1993، كان المعدل فعلياً 77 بالمائة (مؤشرات التنمية العالمية). وهذا المعدل أعلى بكثير من المعدل الإقليمي للرعاية أثناء الولادة لعام 2012 والبالغ 79 بالمائة (اليونيسف 2014). إلا أنه لدى المقارنة بين الرعاية أثناء الولادة ورعاية ما قبل الولادة، هناك بوضوح وصول أكبر لرعاية ماهرة أثناء الولادة عن رعاية ما قبل الولادة، وعلى الأخص رعاية منتظمة ما قبل الولادة. وتكون نفس الولادات تتلقى رعاية أثناء الولادة ولكن ليس رعاية ما قبل الولادة يشير إلى أن الموظفين أو المرافق الخاصة بالرعاية موجودة، ويمكن الوصول إليها، ولكنها غير مستخدمة بالشكل الكافي للحصول على رعاية ما قبل الولادة.

يلعب التحصين الكامل للأطفال دوراً هاماً في الحد من أمراض الطفولة التي يمكن أن تعوق النمو أو تسبب الوفاة. وحتى قبل الصراع، لم تحقق سوريا المستوى اللازم من تغطية التطعيم؛ فقط 78 بالمائة من الأطفال بعمر 12-23 شهراً تم تحصينهم بالكامل في 2009.⁵ ويعتبر الأطفال محصنين تماماً إذا تلقوا اللقاحات الخاصة بالستة أمراض الرئيسية للطفولة التي يمكن الوقاية منها: السل، والدفتيريا، والسعال الديكي، والكزاز،⁶ وشلل الأطفال،⁷ والحصبة. وينبغي أن يكونوا محصنين بالكامل بحلول الشهر الثاني عشر من عمرهم؛ ويتركز هذا التحليل على الأطفال بعمر 12-23 شهراً للسماح بالتذكر الأمثل للوالدين. وفي حين أن تغطية لقاح السل (BCG مرتفعة نسبياً 95 في المائة)، فإن الجرعة الثالثة من لقاح شلل الأطفال تغطيتها 83 في المائة فقط، وتغطية الجرعة الثالثة من المطعون الثلاثي (DPT) هي 89 بالمائة فقط (الشكل 2-12). والفجوة بين معدلات التحصين الحالية والتحصين الكامل لجميع الأطفال ترك الأطفال معرضين لخطر الإصابة بأمراض طفولة خطيرة ولزيادة الوفيات. ومن المرجح أن يزداد هذا الوضع سوءاً في ظل ظروف الصراع، حيث توقفت برامج التحصين وتدهورت الظروف الصحية.

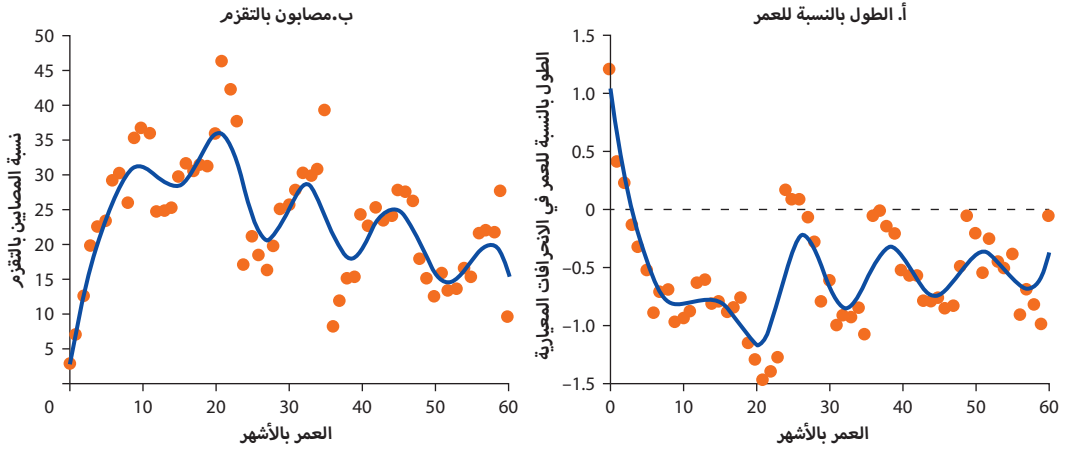
ويبدأ الأطفال في سوريا حياتهم على أساس صحي معقول، من حيث التغذية ويتم قياسها بالطول بالنسبة للعمر؛ إلا أنه في أول عامين من عمرهم يعانون من تدهور كبير في النمو الصحي. وأكثر من ربع (26 في المائة) الأطفال السوريين تحت سن الخامسة كانوا مصابين بالتقزم في عام 2009. ونتيجة لإصابتهم بالتقزم، سوف يراكم هؤلاء الأطفال صحة أقل ورأس مال بشريا أقل، ويحصلون على أجور أقل في الحياة. ويشكل هؤلاء ربع القوى العاملة المستقبلية التي ستكون أقل إنتاجية في سنوات عملها، نتيجة لسوء في التغذية كان بالإمكان الوقاية منه بالكامل تقريباً.

شكل 2-12. نسبة الأطفال المطعمين، العمر 12-23 شهرا، حسب المطعم.



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسح المشروع العربي لصحة الأسرة في سوريا، 2009.

الشكل 3-12 متوسط الطول للعمر مقارنة بمرجعية صحية من الأطفال، في انحرافات معيارية ونسبة مئوية من المصابين بالتقزم، حسب العمر بالأشهر



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسح المشروع العربي لصحة الأسرة في سوريا، 2009.

ويبين الشكل 3-12 وضع الأطفال في سوريا مقارنة بمرجعية سكانية صحية.⁸ ويبدأ الأطفال في سوريا الحياة بطول صحي بالنسبة للعمر، إلا أنهم بحلول الشهر السادس من العمر يتعرضون لتدهور كبير وخلال السنة الأولى يزيد تباطؤ نموهم، إلى حوالي 0.75 انحراف معياري دون المرجعية السكانية عند بلوغهم السنة الأولى من عمرهم. وفي عمر 2-4 سنوات، يتذبذب الأطفال بين 0 و1.0 انحراف معياري دون المرجعية السكانية. وهذا مكون دوري هام لسوء التغذية

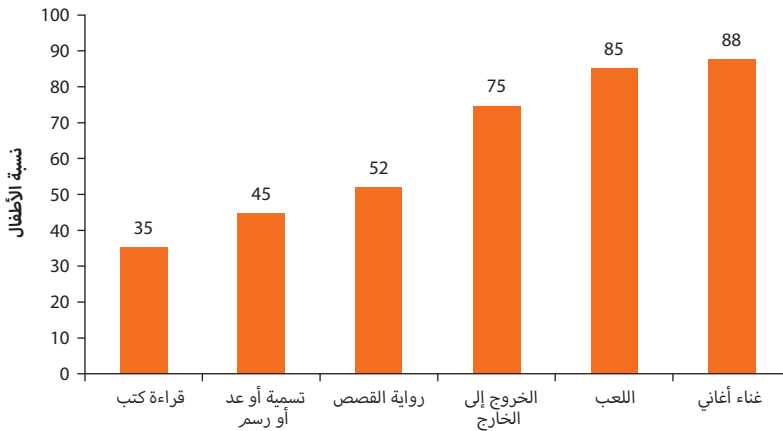
والتقزم في سوريا، كما يبين الشكل 12-3. وعلى مدار سنة من العمر، هناك تغيير بمقدار نحراف معياري واحد كامل تقريباً، وهذا واضح بشكل خاص في الأعمار من 2 إلى 4. ويشير ذلك إلى وجود مكون موسمي مستمر للتقزم وسوء التغذية في سوريا. واستهداف التكميل الغذائي لهذه الفترة «العجاف» سوف يكون مكوناً هاماً وإذا أثر كبير في معالجة سوء التغذية.

وتلعب المغذيات الدقيقة، مثل الحديد، وفيتامين(أ)، والزنك، واليود أيضاً دوراً هاماً في كل من التنمية البدنية والمعرفية على حد سواء. والملح المعالج باليود هو الوسيلة الأساسية لتقديم اليود للأطفال. ونقص الملح المعالج باليود يعرض الأطفال بشكل كبير لخطر نقص النمو المعرفي. وأقل من ثلث الأطفال في سوريا (30 في المائة) كانوا قد حصلوا على ملح معالج باليود في 2009. ويعني ذلك أن 70 في المائة من الأطفال دون سن الخامسة معرضون لخطر نقص كبير في التطور المعرفي بسبب عدم الحصول الكافي على ملح معالج باليود في أسرهم.⁹

التطور المعرفي، والاجتماعي، والعاطفي

تشكل مشاركة الكبار في أنشطة متعددة تعزز التعلم، دعماً مهماً للتطور المعرفي، ومؤشراً هاماً للممارسات الوالدية والمشاركة الاجتماعية والعاطفية للآباء والأمهات مع أطفالهم. وعلى الرغم من أنه تم إثبات أن اللعب والتفاعل مكونان مهمان لتنمية الطفولة المبكرة، فإن الأطفال في سوريا يفتقدون فرصاً هامة للنمو النفسي والاجتماعي حتى قبل الصراع. وفي المسح العنقودي المتعدد المؤشرات لعام 2006، تم سؤال القائمين على رعاية الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 4-0 سنوات إذا ما قام البالغون في الأسرة بالمشاركة في أي نشاط من ستة أنشطة مختلفة تدعم تطور الطفل.¹⁰ فقط نصف (55 في المائة) من الأطفال مارسوا أربعة أنشطة تنموية أو أكثر، وحوالي 6 في المائة لم يمارسوا أيًا من هذه

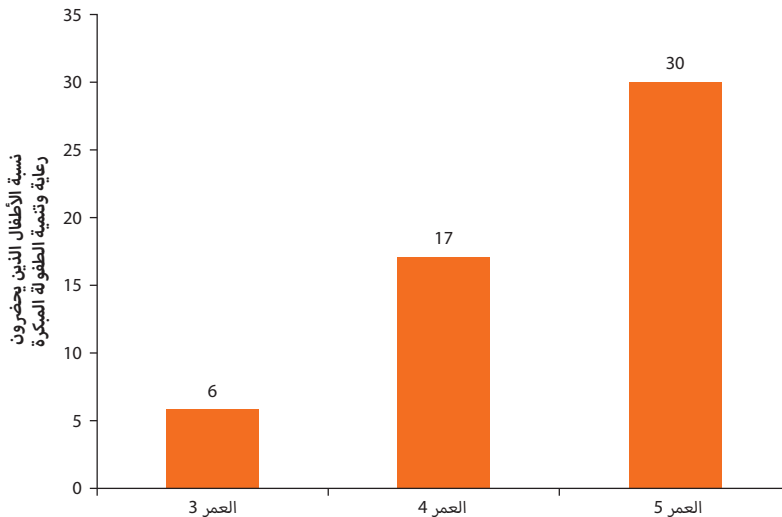
شكل 12-4. نسبة الأطفال من عمر 4-0 الذين مارسوا أنشطة تنموية حسب النشاط



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح العنقودي متعدد المؤشرات في سوريا، 2006.

الأنشطة. وفي حين أن جميع الأنشطة مهمة للتطور الاجتماعي والعاطفي، فإن القراءة، والتسمية، والعد، والرسم لديها مكونات معرفية وتربوية هامة. وبوصفها أنشطة، كان غناء الأغاني، واصطحاب الأطفال إلى الخارج، واللعب، أنشطة شائعة بشكل خاص (الشكل 12-4)، مع 75-88 في المائة من الأطفال يمارسون كل واحد من هذه الأنشطة في الأيام الثلاثة التي سبقت المسح. والنشاط الأقل ملاحظة كان قراءة الكتب - حيث فقط 35 في المائة من الأطفال قُرئت لهم كتب (أو كتب مصورة) - يلي ذلك التسمية، والعد، ورسم الأشياء (45 في المائة). وفي حين أن الأسر عموماً تتفاعل اجتماعياً وعاطفياً مع أولادهم، هناك متسع لتحسين التطور المعرفي للأطفال، لاسيما من حيث القراءة، والتسمية، والعد، والرسم. وأثبتت الأدلة أن رعاية وتعليم الطفولة المبكرة (ECCE) تحسن التطور المعرفي والاجتماعي والعاطفي، مع فوائد يمكن أن تدوم مدى الحياة. إلا أن فقط 17 في المائة من الأطفال السوريين بعمر 3-5 كانوا ملتحقين في برنامج لتعليم الطفولة المبكرة في عام 2009. وأحد أهداف برنامج التعليم للجميع هو توسيع نطاق رعاية وتعليم الطفولة المبكرة، وخاصة بين الأطفال الأكثر حرماناً وضعفاً. ويلعب تعليم الطفولة المبكرة والتعلم المبكر دوراً هاماً في النجاح في المدرسة. وعلى الرغم من أن منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا بها معدلات متدنية للالتحاق بالطفولة المبكرة بشكل عام، مع معدل التحاق إجمالي بلغ 27 في المائة في مرحلة تعليم ما قبل الابتدائي (مؤشرات التنمية للبنك الدولي)¹¹ فإن سوريا كانت أقل من المتوسط الإقليمي حتى قبل الصراع. ويمثل الشكل 12-5 نسبة الأطفال من ثلاث إلى خمس سنوات الملتحقين في رعاية وتعليم الطفولة المبكرة في عام 2009. وفي حين أن 6 في المائة فقط من الأطفال في عمر 3 سنوات يذهبون إلى رعاية وتعليم الطفولة المبكرة، فإن 30 في المائة من الأطفال في سن الخامسة يلتحقون في نوع من أنواع رعاية وتعليم الطفولة المبكرة، ويكتسبون مهارات في مرحلة ما قبل الابتدائي. وفي سوريا، تتكون رعاية وتعليم الطفولة المبكرة بصورة رئيسية من دور رياض الأطفال، التي من المرجح أن تكون برامج رسمية مع مناهج تعليمية مصممة لإعداد الأطفال للمدرسة، وتسعون في المائة من طلاب رعاية وتعليم الطفولة المبكرة يلتحقون برياض الأطفال، مع قيام بعض الجوامع وبرامج التعليم المنزلي بتقديم رعاية وتعليم الطفولة المبكرة.

شكل 12-5. نسبة الأطفال الذين يحضرون برامج رعاية وتعليم الطفولة المبكرة حالياً، في سن 3-5 سنوات



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسح المشروع العربي لصحة الأسرة في سوريا، 2009.

والتحديات الأخرى التي لها أثر سلبي على التنمية الصحية للأطفال في سوريا هي التأديب العنيف¹² وعمالة الأطفال. والتأديب العنيف كان شائعاً في سوريا في عام 2006، مع تعرض 85 في المائة من الأطفال في عمر 2-5 سنوات إلى التأديب العنيف. وتأديب الأطفال جزء هام من تربية الطفل؛ إلا أن الأبحاث وجدت أن التأديب العنيف يؤثر سلباً على النمو البدني والنفسي والاجتماعي للأطفال (اليونيسف 2010). وعلى الرغم من أن ضرب الطفل بأداة لم يكن شائعاً نسبياً (5 في المائة) فإن الضرب والصفع والضرب على المؤخرة كانت شائعةً وكذلك الهز (60 في المائة) والصراخ والصياح (78 في المائة). وبالإضافة إلى ذلك، نجد أن 12 في المائة من الأطفال في سوريا في سن الخامسة قد شاركوا في نوع من عمالة الأطفال - من خلال العمل لدى شخص ليس فرداً من الأسرة، والقيام بالأعمال المنزلية أو القيام بأعمال عائلية أخرى.¹³ وكان الأطفال يشاركون في أغلب الأحيان في الأعمال المنزلية. وعمالة الأطفال، والمشاركة في العمل أو الأعمال المنزلية، يمكن أن تكون خطرة بشكل خاص للأطفال الصغار. وقد تعوق قدرتهم في الانتقال الناجح إلى المدرسة.

العوامل الرئيسية التي تؤثر على تنمية الطفولة المبكرة

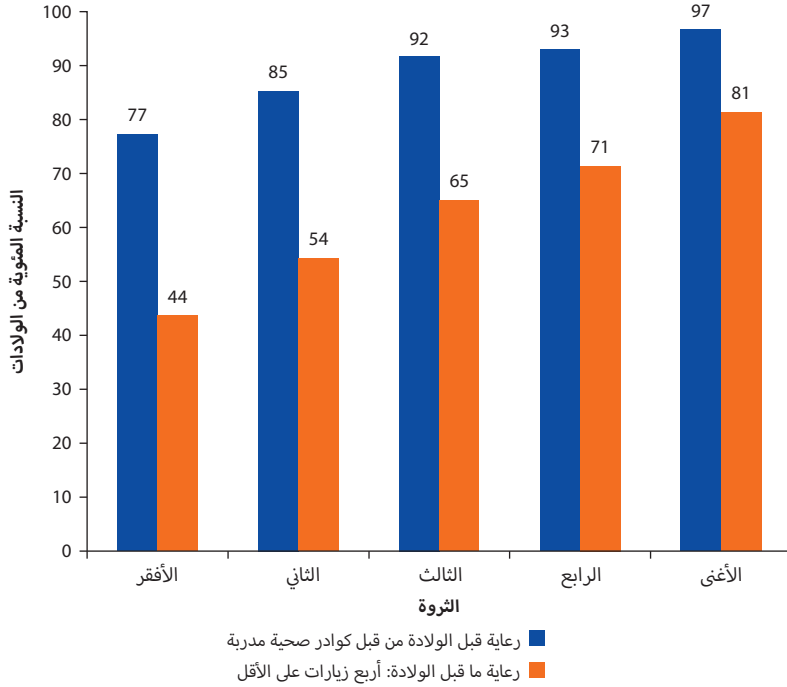
هناك عدد من السمات الأساسية على مستوى الطفل، والعائلة، والمجتمع التي تؤثر على محصلات تنمية الطفولة المبكرة: النوع الاجتماعي، وتعليم الآباء، والوضع الاجتماعي والاقتصادي للأسرة (الثروة)،¹⁴ والموقع الجغرافي (الإقليم أو المحافظة)، ومحل الإقامة (حضر/ريف). يساعد فهم هذه العلاقات في تحديد لماذا لدى بعض الأطفال محصلات ضعيفة في تنمية الطفولة المبكرة، وأي من الأطفال يجب استهدافهم بتدخلات في السياسات أو تدخلات برمجية.

البقاء على قيد الحياة، والصحة، والتغذية

السمات الأساسية تربطها علاقة معقدة بوفيات الأطفال الرضع في سوريا. وكما في 2009، الأطفال في الخمس الأفقر والأكثر ثراء كان لهم فعلياً احتمالات مشابهة للغاية من حيث وفيات الأطفال الرضع. والأطفال الذين لم تكمل أمهاتهم تعليمهن الإعدادي، كانوا أكثر احتمالاً في أن يتوفوا قبل عيد ميلادهم الأول من الأطفال الذين أكملت أمهاتهم تعليمهن الإعدادي أو أعلى. كما أن الأطفال في المنطقة الوسطى كانوا أكثر احتمالاً في أن يتوفوا قبل عيد ميلادهم الأول عن الأطفال في الأقاليم الأخرى، في حين أن الأطفال في المنطقة الساحلية كانوا أقل احتمالاً في أن يتوفوا في عامهم الأول. ومع أخذ عدة خصائص بعين الاعتبار، نجد أنه لا توجد اختلافات كبيرة في احتمالية وفاة الأطفال الرضع أو الأطفال حديثي الولادة عبر خصائص الخلفية.

واستخدام رعاية ما قبل الولادة، وعلى الأخص المنتظمة منها، مرتبط بشكل وثيق بالثروة، والتعليم، والجغرافيا. وتوجد فجوات كبيرة بشكل خاص عبر مستويات الثروة، مع وجود إمكانية أقل لدى الولادات في العائلات الأفقر في الحصول على رعاية ما قبل الولادة أو رعاية منتظمة قبل الولادة. (الشكل 12-6). وفي حين أن 97 في المائة من الولادات في الخمس الأكثر ثراء من الأسترلقت رعاية ما قبل الولادة، فإن فقط 77 في المائة من الولادات في الخمس الأفقر تلقت تلك الرعاية. وتزداد الفجوة بالنسبة للرعاية المنتظمة - 81 في المائة من الخمس الأكثر ثراء من الأسر تلقوا رعاية منتظمة ما قبل الولادة مقابل 44 في المائة للخمس الأفقر. والفروقات بين الأم غير المتعلمة والأم ذات التعليم العالي كانت أكبر من الفروقات بين الخمس الأفقر والأغنى من الأسر. والولادات في المنطقة الشمالية، كانت الأقل احتمالاً على الإطلاق في تلقي أي رعاية ما قبل الولادة (78 في المائة) في حين أن الولادات في الأقاليم الشمالية والشرقية كانت هي الأقل احتمالاً في تلقي رعاية منتظمة ما قبل الولادة (48 في المائة). وفي عدة محافظات - حلب، وإدلب، ودير الزور - معدلات رعاية ما قبل الولادة فيها كانت أقل من 80 في المائة.

شكل 12-6. استخدام رعاية ما قبل الولادة والرعاية المنتظمة قبل الولادة تبعاً لمستوى الثروة



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسح المشروع العربي لصحة الأسرة في سوريا، 2009.

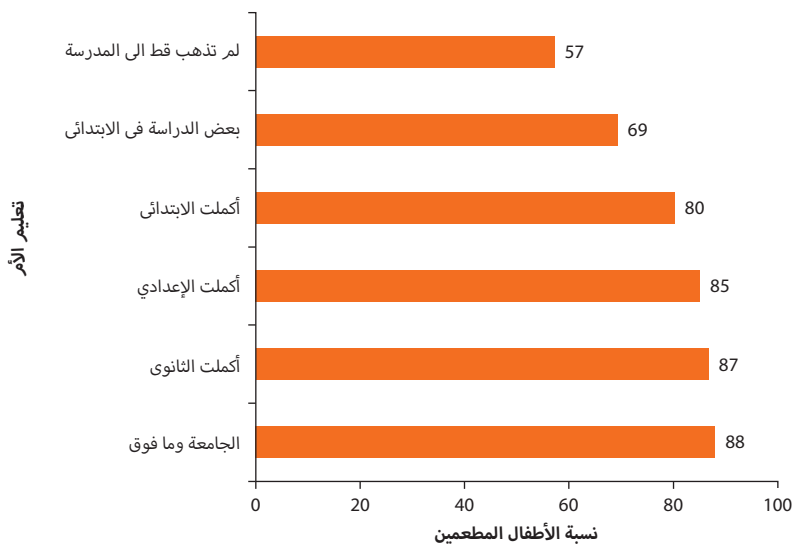
ولدى أخذ خصائص أخرى بعين الاعتبار نجد أن استخدام رعاية ما قبل الولادة والزيارات المنتظمة كانا أعلى بكثير¹⁵ في جميع المستويات الأخرى من الثروة، مقارنة بالخمس الأفقر من الأسر. والأمهات الأكثر تعليماً وبالأخص ذوات التعليم العالي هن الأكثر احتمالاً في الحصول على رعاية ما قبل الولادة والرعاية المنتظمة ما قبل الولادة. والأمهات اللواتي لديهن شريك حاصل على تعليم عالٍ، يزيد بشكل كبير احتمال حصولهن على رعاية ما قبل الولادة وكذلك الرعاية المنتظمة منها. ووجود الطفل في منطقة ريفية مقارنةً بالمناطق الحضرية، وفي المناطق الشمالية والشرقية والوسطى بالمقارنة بالمنطقة الجنوبية يقلل بشكل كبير من فرصة الحصول على رعاية ما قبل الولادة والرعاية المنتظمة منها، بينما الطفل في المنطقة الساحلية له فرصة أعلى في الحصول على رعاية ما قبل الولادة والرعاية المنتظمة منها مقارنة بأي منطقة أخرى، مع أخذ خصائص أخرى بعين الاعتبار.

واستخدام قابلات ماهرات أثناء الولادة أظهر فقط فروقات بسيطة حسب الثروة والتعليم ولكنه أظهر فروقات حسب المنطقة الجغرافية، ففي حين أن المناطق الوسطى، والجنوبية، والساحلية بها تغطية تصل إلى 99 في المائة من حيث الرعاية الماهرة أثناء الولادة، نجد أن المنطقة الشمالية تتضمن 96 في المائة فقط والمنطقة الشرقية 89 في المائة فقط. وبالأخص الحسكة ودير الزور كانت معدلاتهما أقل من 90 في المائة. وبعد أخذ خصائص أخرى بعين الاعتبار، نجد أن المناطق الريفية لم تظهر فرصاً مختلفة بشكل كبير من حيث توفر القابلات الماهرات. ولكن المناطق الشمالية والشرقية، والوسطى كانت معدلاتها أقل بكثير من حيث الولادة بوجود قابلة ماهرة عن المنطقة الجنوبية؛ والمنطقة الساحلية كان فيها معدل أعلى. وتوجد بعض الفروقات الصغيرة ولكن الهامة والقائمة على الثروة من حيث

فرصة استخدام قابلة ماهرة، ولكن لم تأخذ هذه الفروقات نمطاً واضحاً. فكلما زاد تعليم الأمهات زادت بشكل كبير فرصة الولادة بوجود قابلة ماهرة بالمقارنة بالأمهات غير المتعلّقات، ولكن تأثير تعليم الأب لم يكن مهماً. وبشكل عام في سوريا، كان معدل التحصين الكامل قبل الصراع دون مستوى التحصين الذي يؤدي إلى الحصانة القطيعية،¹⁶ وبعض المناطق كانت معدلات التحصين فيها متدنية بشكل خاص. والمناطق الشمالية والشرقية على وجه التحديد كان بها معدلات منخفضة - حوالي 70 في المائة من الأطفال بين 12-23 شهراً كانوا محصنين بالكامل. والفروقات القائمة على الثروة كانت كبيرة، مع معدل 70 في المائة للخمس الأفقر من الأسر و86 في المائة للخمس الأكثر ثراء من الأسر. و كانت سوريا تكافح بشكل خاص في الوصول من خلال حملات التحصين إلى الأمهات غير المتعلّقات أو ذوات التعليم المحدود (شكل 7-12)؛ وبلغ معدل التحصين الكامل للأطفال من أمهات غير متعلّقات 57 في المائة، و69 في المائة من أمهات لديهن بعض التعليم الابتدائي. وكان هناك فروق مشابهة جلية قائمة على تعليم الشريك. وعند أخذ خصائص أخرى بعين الاعتبار، نجد أن فقط الأطفال في المنطقة الشمالية كان لديهم فرصة أقل بكثير في أن يكونوا محصنين بشكل كامل مقارنة بالمنطقة الجنوبية. ولا توجد فروق كبيرة إحصائياً تبعاً للثروة. وتزايد فرص الأطفال في التحصين مع زيادة تعليم الأم وكذلك مع زيادة تعليم الأب. ولا توجد فروق كبيرة إحصائياً حسب النوع الاجتماعي للطفل.

وقبل الصراع في سوريا، أظهرت معدلات التقرّم فروقات معتدلة تبعاً للثروة، مما يشير إلى أن كلاً من الفقر والمشاكل في الصحة العامة ونوعية التغذية تتسبب بالتقرّم. على سبيل المثال، في حين أن الأطفال من كل من أفقر وأغنى مستويات الثروة لديهم فرصة عالية في الإصابة بالتقرّم، كان هناك فرق واضح قائم على الثروة: الطفل من أفقر خمس من الأسر لديه فرصة تصل إلى 31 في المائة في أن يصاب بالتقرّم، في حين أن الطفل في الخمس الأكثر ثراء

شكل 7-12. نسبة الأطفال المطعمين حسب تعليم الأم، سن 12-23 شهراً



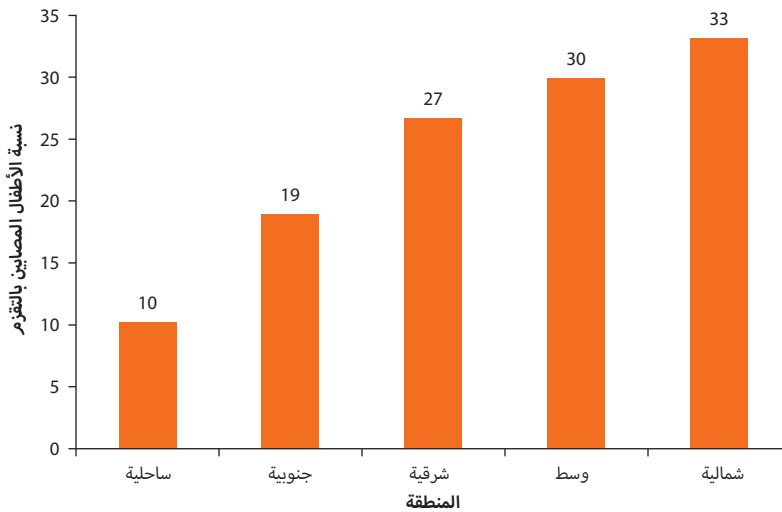
المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسح المشروع العربي لصحة الأسرة في سوريا، 2009.

لديه احتمال 21 في المائة. وتم رؤية ميول مشابهه وأقوى بقليل حسب تعليم الوالدين. وهناك فروقات ملحوظة قائمة على الجغرافيا (الشكل 8-12): فمعدل التقزم بين الأطفال في المنطقة الشمالية هو 33 في المائة، وفي المنطقة الوسطى هو 30 في المائة، والشرقية 27 في المائة وفي المنطقة الجنوبية 19 في المائة وفي المنطقة الساحلية 10 في المائة. ولم يكن هناك فروقات بين المناطق الحضرية والريفية، ولكن كان يوجد تنوع واسع في معدلات التقزم على مستوى المحافظات، مع معدلات تقزم في حلب وحمص أعلى من 30 في المائة.

وعند أخذ خصائص أخرى بعين الاعتبار، كان الأطفال في سوريا قبل الصراع أقل احتمالاً بكثير في أن يصابوا بالتقزم إذا كانوا يعيشون في منطقة ريفية. و احتمال أكبر في أن يصابوا بالتقزم إذا كانوا يعيشون في المناطق الشمالية أو الشرقية أو الوسطى، ويكونون أقل عرضة لذلك إذا كانوا يعيشون في المنطقة الساحلية. وتوجد اختلافات صغيرة ولكنها مهمة حسب الثروة بعد أخذ خصائص أخرى في الاعتبار، حيث يكون الأطفال الأغنى أقل عرضة للإصابة بالتقزم. والطفلات الإناث كان لديهن متوسط أعلى من حيث الطول بالنسبة للعمر، ولكن ليس فرقاً كبيراً في التقزم مقارنة بالذكور. وتوجد فروقات في الطول بالنسبة للعمر والتقزم حسب تعليم الأم وليس تعليم الأب.

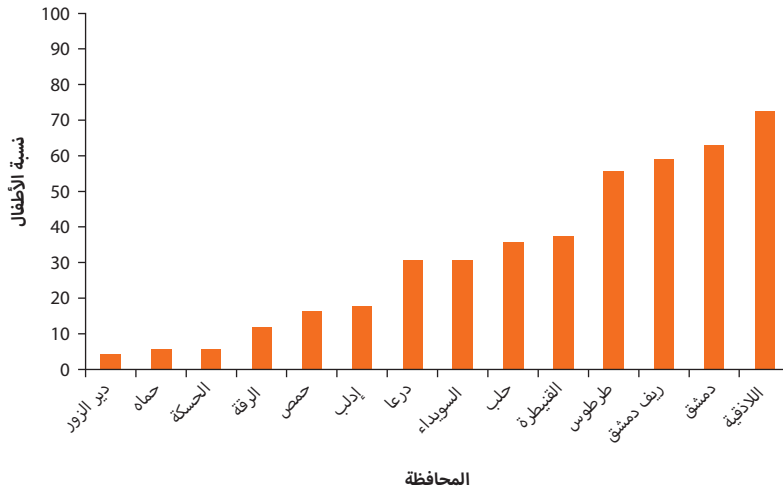
والوصول إلى الملح المعالج باليود وبالتالي فرصة النمو الصحي للعقل تم ربطها بخصائص أساسية متعددة. والأطفال الأفقر كانوا أقل احتمالاً في الوصول إلى الملح المعالج باليود. وبشكل خاص الأطفال من الخمس الأفقر من الأسر كان لديهم أقل المعدلات في إضافة اليود إلى الملح، 13 في المائة، في حين أن الأطفال في الخمس الأكثر ثراء من الأسر لديهم فرصة 57 في المائة في استهلاك ملح مضاف إليه اليود بشكل كاف. وكان هناك ميل مشابه من حيث تعليم الآباء. والفروقات الجغرافية كانت كبيرة جداً قبل الصراع في سوريا حيث كانت نسبة إضافة اليود إلى الملح في المناطق الحضرية 41 في المائة، والمناطق الريفية 20 في المائة فقط. والمناطق الشرقية والوسطى بشكل خاص كانت معدلات إضافة اليود إلى الملح فيها أقل

شكل 8-12. نسبة الأطفال المصابين بالتقزم حسب المنطقة، من سن 0 إلى 4 سنوات.



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسح المشروع العربي لصحة الأسرة في سوريا، 2009.

الشكل 9-12. النسبة المئوية من الأطفال الذين يحصلون على ملح مضاف إليه كميات كافية من اليود حسب المحافظة



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسح المشروع العربي لصحة الأسرة في سوريا، 2009.

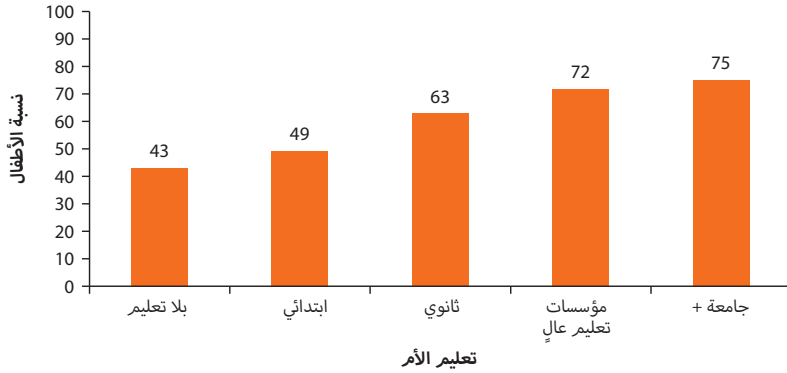
من 10 في المائة، في حين أن النسبة في المناطق الجنوبية والساحلية كانت أكثر من 50 في المائة، وأكبر الفروقات كانت على مستوى المحافظات، (الشكل 9-12). على سبيل المثال، نجد أن نسبة إضافة اليود إلى الملح في اللاذقية هي 72 في المائة، بينما في عدد من المحافظات الأخرى كانت أقل من 10 في المائة.

وعند أخذ خصائص أخرى في الاعتبار، نجد أن الأطفال في المناطق الريفية كانوا أقل احتمالاً في الحصول على ملح معالج باليود - كما هو الحال بالنسبة للأطفال في المناطق الشمالية، والشرقية، والوسطى - بينما الأطفال في المناطق الساحلية كانوا أكثر احتمالاً في الحصول على ملح معالج باليود مقارنة بأطفال المنطقة الجنوبية، وبعد احتساب خصائص أخرى، نجد أن انتشار الملح المضاف إليه اليود كان أعلى مع ارتفاع مستويات الثروة، مقارنة بالخمسة الأفقر من الأسر. ويزداد استخدام الملح المضاف إليه اليود بشكل طفيف، ولكن بشكل هام، إذا كانت الأم متعلمة حتى المرحلة الإعدادية أو الثانوية ولكن لا توجد فروقات من حيث تعليم الأب.

التطور المعرفي، والإجتماعي، والعاطفي

ينبغي أن يكون للأطفال فرص متكافئة في الرعاية الوالدية والتنمية بغض النظر عن خلفيتهم، ولكن في سوريا في عام 2006 كانت هناك فروقات كبيرة حسب الخلفية من حيث ممارسة الأطفال لأربعة نشاطات تنموية على الأقل. وفي حين أن 41 في المائة من الأطفال من الخمسة الأفقر من الأسر مارسوا أربعة نشاطات على الأقل، نجد أن 68 في المائة من الأطفال من الخمسة الأكثر ثراء فعلوا ذلك. ويلاحظ وجود فروق مشابهة تبعاً لتعليم أحد الوالدين. (الشكل 10-12). وأطفال الحضر كانوا أكثر احتمالاً في ممارسة أربعة نشاطات تنموية (60 في المائة) مقارنة بأطفال الريف (50 في المائة). كما كانت الفروقات الإقليمية كبيرة أيضاً، حيث كانت المنطقة الشمالية والوسطى أقل من المتوسط بينما كانت المنطقة الجنوبية والساحلية أعلى من المتوسط. وبعد احتساب خصائص أخرى، نجد أن الأطفال في المناطق الشمالية والوسطى والساحلية أقل احتمالاً في

شكل 10-12. نسبة الأطفال الذين يشاركون في أربعة نشاطات تنموية أو أكثر حسب تعليم الأمر



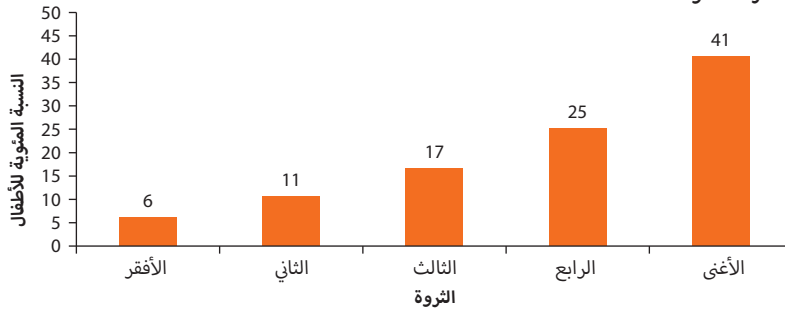
المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح العنقودي متعدد المؤشرات في سوريا، 2006.

ممارسة أربعة نشاطات تنموية على الأقل مقارنة بالمنطقة الجنوبية، وفرصة ممارسة أربعة نشاطات تنموية يزداد بشكل كبير مع ازدياد الثروة، فضلاً عن زيادة تعليم الآباء والأمهات.

أن تعليم الطفولة المبكرة له أكبر المنافع على الأطفال المحرومين والمستضعفين. ولكن في سوريا، قبل الصراع كان الأطفال من الخلفيات الأوفر حظاً هم الذين يلتحقون برعاية وتعليم الطفولة المبكرة. وفي عام 2009، كان الطفل في عمر 3-5 سنوات من الخمس الأفقر من الأسر لديه فرصة تصل إلى 6 في المائة في الالتحاق في رعاية وتعليم الطفولة المبكرة، والطفل من الخمس الأكثر ثراء من الأسر كان أكثر احتمالاً بسبعة أضعاف في أن يلتحق في رعاية وتعليم الطفولة المبكرة - مع فرصة تصل إلى 40 في المائة (الشكل 10-12). وتمت ملاحظة فروقات أكبر عند مقارنة الأوبون غير المتعلمين مع أولئك الحاصلين على تعليم عالٍ. وهناك اختلافات كبيرة في معدلات الالتحاق في رعاية وتعليم الطفولة المبكرة تبعاً للمناطق الجغرافية، مع معدل التحاق 21 في المائة في المناطق الحضرية مقارنة بـ 13 في المائة في المناطق الريفية، ومعدل التحاق متدنٍ في المناطق الشرقية (5 في المائة)، والشمالية (12 في المائة)، لاسيما إذا ما قورنت بالمناطق الساحلية (44 في المائة). وبعد أخذ خصائص أخرى بعين الاعتبار، كان الأطفال في المنطقة الشمالية والشرقية أقل احتمالاً في الالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة من الأطفال من المنطقة الجنوبية، بينما الأطفال من المنطقة الساحلية كانوا أكثر احتمالاً في الالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة. ويزداد الالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة بشكل كبير مع زيادة الثروة، ابتداءً من ثلث 20 في المائة من الأسر، ويزداد مع تعليم الأمر والأب.

كما كان التأديب العنيف للأطفال منتشراً بدون فروقات كبيرة حسب الخلفية، وكان الأطفال الذكور أكثر عرضة بقليل للتأديب العنيف من الأطفال الإناث. وفرصة التأديب العنيف ارتفعت ومن ثم انخفضت مع الثروة. وفي حين أن الآباء ذوي التعليم العالي كانوا أقل احتمالاً بقليل في أن يقوموا بتأديب أطفالهم بشكل عنيف، لم يكن ثمة علاقة أخرى واضحة بين تعليم الوالدين والتأديب العنيف. والتأديب العنيف كان أقل شيوعاً بقليل في المناطق الشمالية والشرقية عن المناطق الأخرى. وبعد احتساب خصائص أخرى، كان التأديب العنيف أقل في المنطقة الشمالية عنه في الجنوبية، ولكن لم تظهر أية فروقات كبيرة أخرى.

الشكل 11-12 نسبة الأطفال الذين يحضرون برامج رعاية والتعليم الطفولة المبكرة حسب مستوى الثروة، العمر 3-5 سنوات.



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسح المشروع العربي لصحة الأسرة في سوريا، 2009.

والأطفال الإناث كن أكثر احتمالاً (14 في المائة) في الانخراط في عمالة الأطفال مقارنة بالأطفال الذكور (11 في المائة)؛ إلا أنه لا توجد فروق واضحة في عمالة الأطفال استناداً إلى الثروة أو تعليم الوالدين. والأطفال في المناطق الشرقية والشمالية كانوا أقل احتمالاً في المشاركة في عمالة الأطفال، بينما هؤلاء في المناطق الوسطى، والجنوبية والساحلية هم أكثر احتمالاً بقليل. وبعد أخذ خصائص أخرى بعين الاعتبار، كان الاختلاف الوحيد الكبير إحصائياً هو النوع الاجتماعي - فاحتمال انخراط الإناث في عمالة الأطفال كان أعلى بقليل من الذكور.

يواجه الأطفال فرصاً غير متكافئة للتنمية الصحية

قبل الصراع الأهلي، كان الأطفال في سوريا يواجهون فرصاً غير متكافئة للتنمية الصحية استناداً إلى عوامل خارجة عن سيطرتهم. ولقياس مدى عدم المساواة، يقوم التحليل باحتساب (أ) نسبة الفرص التي كان هناك حاجة إلى أن توزع بشكل مختلف من أجل تحقيق تكافؤ في الفرص لكل مؤشر من مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة، و(ب) فرصة أن تكون هذه الاختلافات قد حدثت من خلال التنوع العشوائي (الجدول 1-12). وبالنسبة لرعاية ما قبل الولادة، فإنه ينبغي توزيع 5.1 في المائة من الفرص بشكل مختلف لكي يصبح هناك تكافؤ في الفرص، وبالنسبة للولادة الماهرة 2.1 في المائة من الفرص. كما توجد فرص غير متساوية إلى حد ما في تحصين الأطفال بسبب ظروفهم.

وكان الأطفال يواجهون فرصاً غير متساوية إلى حد كبير في النمو الصحي للعقل، من حيث الوصول إلى الملح المعالج باليود حيث 32.3 في المائة من الفرص كان ينبغي توزيعها بشكل مختلف لكي يكون هناك تساوي في الفرص. كما كان هناك قدر كبير من عدم التكافؤ من حيث المشاركة في أنشطة تنمية والتقدم. و أكبر عدم مساواة كان في رعاية وتعليم الطفولة المبكرة؛ حيث 36.2 في المائة من فرص الالتحاق في رعاية وتعليم الطفولة المبكرة كانت هناك حاجة إلى توزيعها بشكل مختلف لكي يكون للأطفال تكافؤ في الفرص. وبشكل عام واجه الأطفال فرصاً غير متساوية استناداً إلى ظروفهم-فرصاً غير متكافئة تضاعف بعضها البعض خلال الفترة المبكرة من الحياة.

وتشكل الثروة، وتعليم الأم والاختلافات الجغرافية أكبر المساهمات في الفرص غير المتكافئة للأطفال. ويبين الجدول 2-12 المساهمات المختلفة للظروف في عدم المساواة في المحصلات المختلفة كنسب مئوية. ولعبت الثروة دوراً كبيراً بشكل خاص في تقديم الرعاية أثناء الولادة، ورعاية وتعليم الطفولة المبكرة، وتساهم بأكثر من الخمس في عدم المساواة لكل من هذه المقاييس. وتعليم الأم كان مهماً بصورة خاصة في رعاية ما قبل الولادة، والولادة بوجود

الجدول 12-11 النسبة المئوية لفرص إعادة التوزيع

(مؤشر الاختلاف)	
5.1***	رعاية ما قبل الولادة
2.1***	قابلة ماهرة عند الولادة
6.2*	تطعيم كامل
32.3***	الملح المعالج باليود
13.0***	مصابون بالتقزم
36.3***	المشاركون في برامج التعليم المبكر
12.1	عمالة الأطفال
1.7	التأديب العنيف
10.6***	الأنشطة التنموية

المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسح المشروع العربي لصحة الأسرة في سوريا، 2009 والمسح العنقودي متعدد المؤشرات، 2006. ملاحظة: لم يتم حساب عدم المساواة في وفيات الرضع وحديثي الولادة لأن النماذج غير هامة إحصائياً. * = فرصة >5 في المائة، ** = فرصة >1 في المائة، *** = فرصة >0.1 في المائة

جدول 12-2: مساهمات الخصائص الأساسية في عدم المساواة

نسبة مئوية

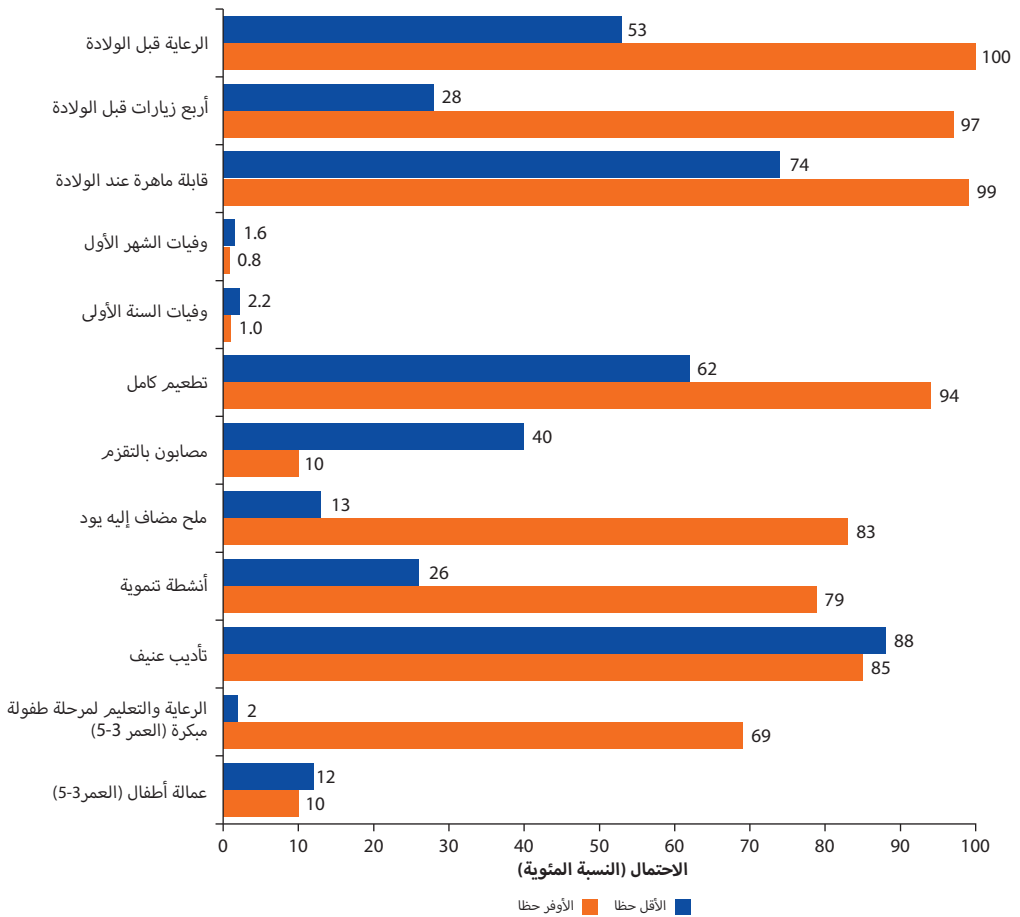
جنس الطفل	مستوى تعليم					الثروة	
	الريف	المنطقة	مستوى تعليم الأب	الأم	الأب		
لا ينطبق	8.8	44.4	6.5	23.8	16.5	رعاية ما قبل الولادة	
لا ينطبق	14.2	32.1	7.2	25.1	21.4	قابلة ماهرة عند الولادة	
0.8	2.2	46.5	11.1	29.1	10.3	تطعيم كامل	
0.0	11.6	57.7	2.7	12.9	15.1	الملح المعالج باليود	
0.9	2.6	60.0	5.4	18.1	12.9	التقزم	
0.1	4.7	26.1	14.4	31.3	23.4	الرعاية والتعليم لمرحلة الطفولة المبكرة	
15.6	2.0	44.8	9.3	17.1	11.2	عمالة الأطفال	
7.5	0.9	58.7	4.8	8.3	19.7	التأديب العنيف	
0.0	6.4	40.6	12.5	23.0	17.5	الأنشطة التنموية	

المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسح المشروع العربي لصحة الأسرة في سوريا، 2009 والمسح العنقودي متعدد المؤشرات، 2006. ملاحظة: تحليلات شيبلي لمؤشر الاختلاف.

قابلة ماهرة، والتحصين والأنشطة التنموية، ورعاية وتعليم الطفولة المبكرة، وساهم بحوالي الربع في عدم المساواة في هذه المؤشرات. ولعب تعليم الأب دوراً بسيطاً و لكن هاماً في عدم المساواة في هذه المحصلات أيضاً. ومكان الإقامة في المناطق المختلفة كان يهم بالنسبة لجميع المحصلات، والفروقات كانت كبيرة. والفروقات الإقليمية كانت كبيرة بشكل خاص فيما يتعلق بعدم التكافؤ بالنسبة لرعاية ما قبل الولادة، والتحصينات، وإضافة اليود إلى الملح، والتقزم، والأنشطة التنموية. والفروقات بين الريف / الحضر شكلت فقط مساهمات بسيطة في عدم المساواة. ويميل الأطفال إلى أن يكونوا محظوظين أو محرومين باستمرار عبر مجموعة متنوعة من الأبعاد المختلفة لتنمية الطفولة المبكرة، ويمكن أن يواجهوا فرصاً حياتية مختلفة إلى حد بعيد بناء على بعض الخصائص فقط. والطفولة المبكرة هي عندما تنتقل حلقات الفقر وعدم المساواة عبر الأجيال. وإذا رصدنا طفلاً يعيش في منطقة ريفية شمالية، ضمن الخمس الأفقر من الأسر، ومن أبوين غير متعلمين (طفل أقل حظاً) وقارنا بينه وبين طفل أبواه حاصلان على

تعليم ثانوي أو أعلى، من الخمس الأكثر ثراء من الأسر، ويعيش في منطقة ساحلية حضرية (طفل أكثر حظاً)، نجد أن لديهما فرصاً مختلفة جداً في تنمية صحية للطفولة المبكرة. ويبين الشكل 12-12 فرصاً (الفرصة المتوقعة) لمؤشرات مختلفة لتنمية الطفولة المبكرة (قائمة على الانحدارات) لهؤلاء الأفراد «الأقل حظاً» و«الأكثر حظاً». ولكل مؤشر، يواجه الطفل الأقل حظاً تنمية طفولة مبكرة أضعف. وعند مقارنة الأقل والأكثر حظاً، نجد أن الفجوة في رعاية ما قبل الولادة كانت 47 نقطة مئوية، والفجوة في الرعاية المنتظمة ما قبل الولادة 69 نقطة مئوية. والطفل الأقل حظاً يواجه ضعفي احتمال أن يموت في الشهر الأول وضعفي احتمال أن يموت في عامه الأول. والطفل الأقل حظاً كان أقل احتمالاً في أن يكون محصناً بـ 32 نقطة مئوية وأكثر احتمالاً في أن يصاب بالتقرم بـ 30 نقطة مئوية. وكان هناك فجوة بـ 71 نقطة مئوية في إضافة اليود إلى الملح، وفجوة بـ 53 نقطة مئوية في فرصة المشاركة في أربعة نشاطات تنموية على الأقل. وأكبر فرق نسبي كان في الالتحاق في رعاية وتعليم الطفولة المبكرة حيث كان الطفل الأكثر

الشكل 12-12 حالات المحاكاة الأوفر حظاً والأقل حظاً



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسح المشروع العربي لصحة الأسرة في سوريا، 2009 والمسح العنقودي متعدد المؤشرات، 2006.

حظاً أكثر احتمالاً ب 32 مرة في الالتحاق برعاية وتعليم الطفولة من الطفل الأقل حظاً. كما أن الطفل الأقل حظاً هو أكثر احتمالاً بقليل في المشاركة في عمالة الأطفال والتعرض للتأديب العنيف.

الخاتمة

لقد درس هذا الفصل حالة تنمية الطفولة المبكرة في سوريا فيما قبل الصراع. وقبل الصراع، كان هناك بعض المساحة لتحسن الصحة المبكرة للأطفال، مع وجود فجوات في رعاية ما قبل الولادة، والرعاية المنتظمة ما قبل الولادة، والتحصينات، ولكن معدلات مرتفعة في الولادات بحضور قابلة ماهرة وانخفاض معدلات الوفيات. وحتى قبل الصراع، كانت التغذية تعتبر مشكلة، مع معدلات تفرز عالية ومعدلات منخفضة لإضافة اليود إلى الملح. والتطور المعرفي، والاجتماعي، والعاطفي للطفل كان به فجوات كبيرة، مع معدلات معتدلة للأنشطة التنموية، وانخفاض رعاية وتعليم الطفولة المبكرة، وارتفاع معدلات التأديب العنيف. كما كان هناك عدم تكافؤ كبير، لاسيما في الخطوط الإقليمية. ومنذ بدء الصراع زاد الوضع سوءاً. ويتعين بذل المزيد من الجهد من أجل حماية الأطفال السوريين خلال الصراع وضمان عدم ضياع إمكانات الجيل.

الملحق 12 أ : البيانات

مجموعة البيانات

يستخدم التحليل بيانات مستعرضة عن رفاهة النساء والأطفال تم جمعها من خلال مسح المشروع العربي لصحة الأسرة (PAPFAM) لعام 2009 في سوريا فضلاً عن المسح العنقودي متعدد المؤشرات لعام 2006. تضمنت هذه المسوحات استبياناً للأسرة ضم خصائص أساسية هامة عن خلفية الأفراد والأسر. كما تضمنت استبياناً للنساء اللواتي سبق لهن الزواج في سن 15-49، مما يجمع معلومات عن عناصر هامة في تنمية الطفولة المبكرة، مثل رعاية ما قبل الولادة، والمساعدة الماهرة أثناء ولادة الأطفال، وتحصين الأطفال. يتم جمع البيانات الخاصة بالوزن والطول للأطفال دون سن الخامسة. والمسوحات مُمثلة على الصعيد الوطني، وتشتمل على بيانات تسمح بتحليل العلاقة بين تنمية الطفولة المبكرة ومؤشرات الطفل والأسرة في داخل سوريا. يرجى الرجوع إلى جامعة الدول العربية والجمهورية العربية السورية (2011) والمكتب المركزي للإحصاء، والمشروع العربي لصحة الأسرة/جامعة الدول العربية، واليونيسف (2008) للمزيد من المعلومات حول التقرير الأخير للمسح.

العينة

مجموعة بيانات مسح المشروع العربي لصحة الأسرة لعام 2009 لسوريا أخذت عينات من 24883 أسرة و 17565 امرأة سبق لها الزواج بين 15-49 سنة، و 16631 طفلاً دون الخامسة. ومجموعة بيانات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات لسوريا لعام 2006 أخذت عينات 19019 أسرة، و 25026 امرأة سبق لها الزواج بين سن 15 - 49، و 11104 أطفال دون الخامسة. والتحليل في هذا الموجز يتم وزنه ليكون ممثلاً على المستوى الوطني. وأحجام العينة (N) في كل جدول من الجداول قائمة على العدد غير المرجح من الملاحظات في البيانات.

الملحق 12 ب. المؤشرات حسب الخصائص الأساسية

الجدول 12 ب.1. المؤشرات حسب الخصائص الأساسية

نسبة	عمالة	تأديب	أنشطة	الرعاية والتعليم لمرحلة الطفولة المبكرة	الملح	الطول بالنسبة للعمر	مصابون	تطعيم كامل	وفيات السنة الأولى	وفيات الشهر الأول	قابلة ماهرة عند الولادة	رعاية ما قبل الولادة - على الأقل أربع زيارات	رعاية قبل الولادة من قبل كوادر صحية مدربة	السنة
الأطفال	الأطفال	عنيف	تموية	(5-3)	باليود	(انحراف معياري)	بالتقزم							
4-0	(سن 5)													
2009	2006	2006	2006	2009	2009	2009	2009	2009	2009	2009	2009	2009	2009	2009
النوع الاجتماعي														
51.4	10.9	86.1	55.0	16.9	30.7	-0.75	26.4	77.9	1.9	1.4				ذكر
48.6	13.8	83.6	55.1	17.6	30.1	-0.63	25.2	77.9	1.5	1.0				انثى
الثروة، 02 في المائة من الأسر														
28.2	11.2	82.7	40.7	6.1	13.0	-0.91	30.8	70.2	2.0	1.3	89.9	43.6	77.3	الأفقر
23.3	11.8	87.7	54.3	10.6	26.9	-0.73	26.1	78.5	1.7	1.4	96.5	54.2	85.3	في المرتبة الثانية
20.0	14.6	86.5	55.0	16.5	35.6	-0.60	24.2	79.7	1.3	0.9	98.5	65.0	91.8	في المرتبة الثالثة
16.3	11.1	85.8	61.3	25.2	39.6	-0.55	22.4	80.9	1.3	1.0	99.5	71.4	92.9	في المرتبة الرابعة
12.2	13.0	81.9	68.0	40.5	56.5	-0.46	20.8	85.6	1.9	1.5	99.4	81.3	96.6	الأغنى
تعليم المرأة														
16.5				2.6	12.6	-1.06	34.2	57.2	1.7	1.1	86.9	38.1	69.9	لم تذهب قط إلى المدرسة
10.9				5.7	17.6	-0.85	28.9	69.3	2.5	2.0	93.4	48.6	80.3	بعض التعليم الابتدائي
40.9				13.7	31.5	-0.65	25.0	80.2	1.9	1.4	97.7	59.3	89.4	أكملت الابتدائي
14.2				24.2	41.0	-0.63	23.6	85.1	1.4	1.0	99.4	70.2	94.0	أكملت الإعدادي
13.7				41.8	44.7	-0.42	20.2	86.7	0.9	0.5	99.7	78.1	97.0	أكملت الثانوي
3.8				55.4	51.0	-0.27	17.5	88.0	0.5	0.5	99.7	88.3	97.9	جامعة فأعلى
تعليم الشريك														
9.1				3.5	17.2	-0.97	31.8	53.5	2.0	1.4	87.7	40.7	71.2	لم يذهب قط إلى المدرسة
9.2				7.0	25.4	-0.83	28.1	75.7	1.9	1.5	94.6	50.9	83.2	بعض التعليم الابتدائي

يستكمل في الصفحة التالية

الجدول 12-ب1. المؤشرات حسب الخصائص الأساسية (تابع)

نسبة الأطفال 4-0	عمالة الأطفال (سن 5)	تأديب عنيف	الرعاية والتعليم		الطول بالنسبة			وفيات الشهر الأول	وفيات السنة الأولى	قابلة ماهرة عند الولادة	رعاية ما قبل الولادة - على الأقل أربع زيارات	رعاية قبل الولادة من قبل كوادر صحية مدرية		
			لمرحلة الطفولة المبكرة (3-5)	أنشطة تنموية	الملح المعالج باليود	انحراف (معياري)	مصابون بالتقزم							تطعيم كامل
44.1			13.3	29.9	-0.73	26.7	77.6	1.9	1.3	96.2	58.2	87.4	أكمل الابتدائي	
16.0			18.2	33.5	-0.64	24.8	80.4	1.4	1.1	98.1	64.6	89.9	أكمل الإعدادي	
14.2			29.9	36.6	-0.51	22.0	86.0	1.4	1.0	98.7	69.9	93.3	أكمل الثانوي	
7.1			46.5	40.7	-0.46	20.3	85.5	0.8	0.6	98.9	81.3	96.6	جامعة فأعلى	
0.4			8.9	22.8	-0.49	23.2	79.4	4.9	4.9	98.0	50.3	88.2	غير معروف	
													تعليم الأُم	
	11.5	84.1	42.9										لا يوجد	
	10.7	84.3	49.2										ابتدائي	
	14.3	86.7	62.9										ثانوي	
	14.7	83.8	71.9										مؤسسات أعلى	
	13.4	80.8	75.1										+جامعي	
													تعليم الأب	
	12.0	87.9	42.1										لا يوجد	
	11.6	83.5	48.7										ابتدائي	
	12.7	86.2	58.4										ثانوي	
	16.4	84.9	65.8										مؤسسات أعلى	
	10.9	81.7	66.4										+جامعي	
													الإقامة	
50.8	12.9	85.5	60.1	21.3	41.0	-0.69	25.8	79.6	1.6	1.2	98.8	68.3	91.7	حضر
49.2	11.7	84.5	50.0	13.0	19.8	-0.69	25.8	75.9	1.8	1.3	93.4	52.3	83.1	ريف

يستكمل في الصفحة التالية

الجدول 12-ب-1. المؤشرات حسب الخصائص الأساسية (تابع)

نسبة الأطفال	عمالة الأطفال (سن 5)	تأديب عنيف	أنشطة تنموية	الرعاية والتعليم لمرحلة الطفولة المبكرة (3-5)	الملح المعالج باليود	الطول بالنسبة للعمر (انحراف معياري)	مصابون بالتقزم	تطعيم كامل	وفيات السنة الأولى	وفيات الشهر الأول	قابلية ماهرة عند الولادة	رعاية ما قبل الولادة - على الأقل أربع زيارات	رعاية قبل الولادة من قبل كوادر صحية مدربة
29.4	11.4	81.9	43.2	12.1	30.2	1.12-	33.1	67.2	1.8	1.4	95.8	48.4	78.2
21.1	8.4	82.9	55.1	4.6	5.6	0.75-	26.7	71.6	1.6	1.0	88.9	48.2	83.5
14.6	17.1	87.5	49.4	19.5	8.2	0.73-	29.9	86.5	2.2	1.7	99.0	59.2	89.7
27.6	13.0	87.1	67.5	23.6	51.3	0.34-	18.9	85.6	1.6	1.1	99.2	72.4	95.6
7.3	13.5	87.5	63.8	44.1	65.5	0.01-	10.2	88.4	0.8	0.7	99.5	91.4	99.0
الإقليم													
الشمالي													
الشرقي													
الوسط													
الجنوبي													
الساحلي													
المحافظات													
دمشق													
حلب													
ريف دمشق													
حمص													
حماه													
اللاذقية													
إدلب													
الحسكة													
دير الزور													
طرطوس													
الرققة													
درعا													
السويدا													
القنيطرة													
100.0	12.3	85.0	55.0	17.2	30.4	0.69-	25.8	77.9	1.7	1.2	96.3	60.8	87.7
16,522	3,079	3,862	11,017	9,413	12,808	14,920	14,920	2,451	13,281	13,281	10,891	10,208	10,891
المجموع N (ملاحظات)													

المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح العنقودي المتعدد المؤشرات لسوريا، 2006، وعلى مسح المشروع العربي لصحة الأسرة في سوريا، 2009 ملاحظة: البيانات على مستوى المحافظات الخاصة بعمالة الأطفال، ووفيات حديثي الولادة والرضع تم حذفها لصغر حجم العينة

الملحق 12 ج، العلاقة بين مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة والمعلومات الأساسية، عند احتساب الخصائص الأساسية المتعددة

الجدول 12 ج.1، العلاقة بين مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة والخصائص الأساسية المتعددة

أنشطة تنموية	التأديب العنيف	الرعاية والتعليم			مصابون بالتقزم	الملح المعالج باليود	وفيات الرضع	وفيات حديثي الولادة	تطعيم كامل	الولادة	رعاية ما قبل الولادة	رعاية ما قبل الولادة	أثنى ريف
		عمالة الأطفال	لمرحلة الطفولة المبكرة	الطول بالنسبة للعمر (انحراف معياري)							رعاية ما قبل الولادة - أربع زيارات	رعاية ما قبل الولادة لا ينطبق	
		+		+						لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	
				+	-	-				-	-	-	
الإقليم													
	-	-	-	-	+	-			-	-	-	-	
			-	-	+	-			-	-	-	-	
	-			-	+	-					-	-	
	-		+	+	-	+					+	+	
الثروة، 02 في المائة من الأسر													
	+			+	-	+				+	+	+	
	+		+	+	-	+				+	+	+	
	+		+	+	-	+				+	+	+	
	+		+	+	-	+				+	+	+	
تعليم المرأة													
	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	+	-		+				+	+	بعض التعليم الابتدائي
	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	+	+	-		+	+	+	+	+	أكملت الابتدائي
	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	+	+	-	+	+	+	+	+	+	أكملت الإعدادي
	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	+	+	-	+	+	+	+	+	+	أكملت الثانوي
	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	+	+	-		+		+	+	+	تعليم عالي
تعليم الشريك													
	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق						+				بعض التعليم الابتدائي
	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق						+				أكمل الابتدائي
	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق					+	+				أكمل الإعدادي

يستكمل في الصفحة التالية

الجدول 12-ج1. العلاقة بين مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة والخصائص الأساسية المتعددة (تابع)

أنشطة تنموية	التأديب العنيف	الرعاية والتعليم				مصابون بالتقزم	ملح معالج باليود	وفيات الرضع	وفيات حديثي الولادة	تطعيم كامل الولادة	رعاية ما قبل الولادة -أربع زيارات	رعاية ما قبل الولادة	
		عماله الأطفال	لمرحلة الطفولة المبكرة	الطول بالنسبة للعمر (انحراف معياري)	عمالة المبكرة								
لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	+						+	+			أكمل الثانوي
لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	+						+		+		تعليم عالٍ
لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق											غير معروف / مفقود
													تعليم الأُم
		لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	تقرأ
+	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	تقرأ ويكتب
+	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	أساسي
+	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	أكملت الثانوي
													تعليم الأب
			لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	يقرأ
+		لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	يقرأ ويكتب
+		لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	أساسي
+		لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	أكمل الثانوي
0.000	0.047	0.032	0.000	0.000	0.000	0.000	0.114	0.112	0.000	0.000	0.000	0.000	المجموع
11014	3861	3079	9220	14796	14796	12653	13276	13276	2449	10887	10204	10887	(نموذج) قيمة P
													N (ملاحظات)
0.059	0.014	0.017	0.192	0.033	0.031	0.210	0.020	0.027	0.075	0.228	0.113	0.150	الجزء الزائف

المصدر: حسابات البنك الدولي قائمة على المسح العنقودي المتعدد المؤشرات في سوريا، 2006 ، وعلى مسح المشروع العربي لصحة الأسرة في سوريا، 2009
ملاحظة: الخانات الخالية تشير إلى عدم وجود علاقة دلالية مهمة إحصائياً.

الحواشي

1. يتم احتساب كل من معدل وفيات الرضع وحديثي الولادة بناء على الوفيات في الأشهر 12-59 التي سبقت المسح.
2. يسأل مسح المشروع العربي لصحة الأسرة في سوريا 2009 عن الرعاية قبل الولادة للولادات الحية لأحدث خمس سنوات فقط. وحيث إنه من المحتمل أن يتم ربط الولادات الحية بوجود رعاية قبل الولادة، فإنه من المحتمل أن تكون النسبة المئوية من الولادات التي لا تتلقى رعاية قبل الولادة أقل من النسبة المقدرة لحالات الحمل التي لا تتلقى رعاية قبل الولادة.
3. إما طبيب أو ممرضة/قابلة
4. كما كان منطبقاً على رعاية ما قبل الولادة، يتم طرح أسئلة حول الولادات الحية فحسب خلال آخر خمس سنوات. بما أنه من المرجح أن تكون الولادات الحية مقترنة برعاية تقدم على يد مهني صحة، فمن المرجح أن تكون نسبة الولادات الحية على يد مهني صحة تتضمن مبالغة في تقدير عدد الولادات التي تمت على يد مهني صحة.
5. كما كان الحال بالنسبة للرعاية قبل الولادة وأثناء الولادة، طرحت أسئلة بشأن الولادات الحية الحديثة في السنوات الخمس الأخيرة.
6. لقاح DPT هو مزيج من اللقاحات التي تغطي الدفتيريا، والسعال الديكي، والتيتانوس. وينبغي أن يحصل الأطفال على ثلاث جرعات ليكونوا محصنين بالكامل.
7. ينبغي أن يحصل الأطفال على ثلاث جرعات ليكونوا محصنين بالكامل ضد شلل الأطفال.
8. تبين الوحدات كيف أن الأطفال في سوريا مختلفون - في المتوسط - مقارنةً بمرجعية السكان من حيث الانحرافات المعيارية.
9. أكثر من 15 جزءاً في المليون من البيود في الملح.
10. الأنشطة الستة هي: (1) قراءة كتب أو مشاهدة كتب تحتوي صوراً مع الطفل (2) رواية قصص للطفل (3) غناء أغاني مع الطفل (4) أخذ الطفل خارج البيت، المجمع أو الساحة أو الحديقة (5) اللعب مع الطفل (6) تمضية وقت مع الطفل وهو يسمي الأشياء باسمها أو يعد أو يرسم أشياء.
11. البيانات تعود إلى 2011.
12. حسب تعريفات المسح المتعدد المؤشرات، يكون التأديب العنيف قائماً على التأديب الذي تلقاه الطفل من قبل أي فرد في الأسرة خلال الشهر الأخير، وهو يشمل: الاعتداء النفسي (الصراخ، والصياح على الطفل؛ وتسميته بالغبى، والكسول، أو أي تسمية كهذه) العقاب الجسدي (هز الطفل؛ صفع على الكفل، ضرب أو صفع الطفل على المؤخرة بيده؛ ضرب الطفل على المؤخرة أو مكان آخر في جسده باستخدام أداة مثل الحزام، أو فرشاة الشعر، أو عصا، أو غرض آخر قاسٍ؛ ضرب أو صفع الطفل على يده، أو ذراعه أو رجليه) والعقاب الجسدي القاسي (ضرب أو صفع الطفل على الوجه، أو الرأس أو الأذنين؛ ضرب الطفل بأداة (مراراً وتكراراً وبأقصى ما يمكن).
13. كانت الأسئلة: (1) خلال الأسبوع الماضي، هل قام (الطفل) بأي نوع من العمل من أجل شخص ليس فرداً في هذه الأسرة (2) خلال الأسبوع الماضي، هل قام (الطفل) بالمساعدة في الأعمال المنزلية، مثل التسوق، وجمع الحطب، والتنظيف، وجلب الماء، أو رعاية الأطفال؟ (3) خلال الأسبوع الماضي هل قام (الطفل) بأي عمل أسري آخر (في المزرعة أو في الأعمال التجارية أو بيع السلع في الشارع)؟
14. تعرف الثروة من حيث أي فئة 20 في المائة من الأسر يقع الطفل ضمنها، بناء على مؤشر أصول (ثروة) للسلع المعمرة
15. نستخدم مستوى دلالة 5 في المائة عبر الدراسة.
16. تتحقق المناعة الجماعية عندما يكون جميع السكان محميين من الإصابة بالمرض حتى غير المطعمين منهم، وذلك لكون المرض لم يعد منتشرًا. وهذا يتحقق ما أن يتم تطعيم حوالي 90-95 في المائة من الرضع.

المراجع

- Central Bureau of Statistics, Pan-Arab Project for Family Health/League of Arab States, UNICEF, and United Nations Children's Fund. 2008. *Syrian Arab Republic Multiple Indicator Cluster Survey 2006*.
- League of Arab States, and Syrian Arab Republic. 2011. "Family Health Survey of the Arab Republic of Syria 2009: Principal Report (Arabic)." Cairo.
- UNDP (United Nations Development Programme). 2014. "Human Development Index." (accessed April 23, 2014), <https://data.undp.org/dataset/Table-2-Human-Development-Index-trends/efc4-gjvq>.
- UNICEF (United Nations Children's Fund). 2010. *Child Disciplinary Practices at Home: Evidence from a Range of Low- and Middle-Income Countries*. New York: UNICEF.
- . 2014. *The State of the World's Children 2014 in Numbers: Every Child Counts: Revealing Disparities, Advancing Children's Rights*. New York: UNICEF.
- World Development Indicators (database). World Bank, Washington, DC. <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>.

تونس

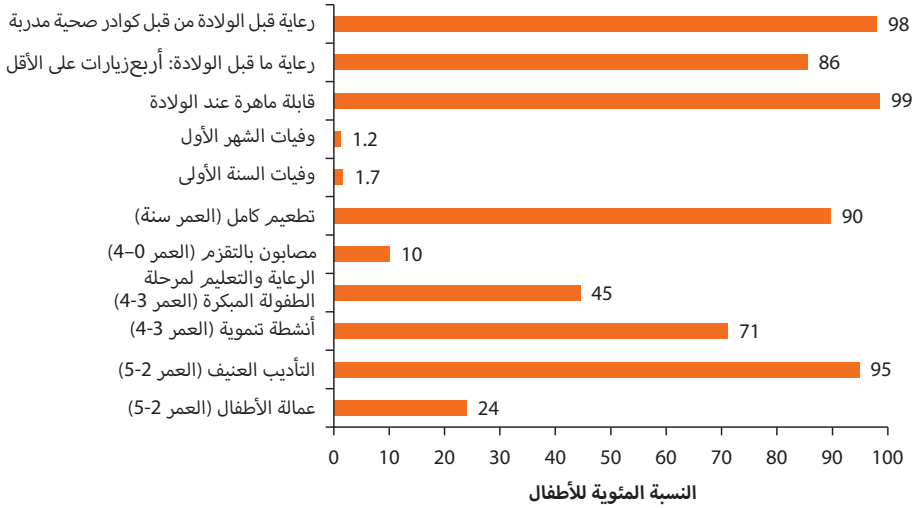
حالة تنمية الطفولة المبكرة في تونس

تونس هي أحد بلدان الشرق الأوسط وشمال أفريقيا التي حققت نجاحات ملحوظة في تنمية الطفولة المبكرة، لاسيما في مجال الصحة المبكرة، إلا أنه من الضروري بذل المزيد من الجهود من أجل ضمان أن يحقق الأطفال في تونس كامل إمكاناتهم للتنمية المبكرة. ويبين الشكل 1-13 ملخصاً لمؤشرات تنمية الطفولة المبكرة في تونس في 2012. ومن حيث الرعاية الصحية المبكرة، تونس أداؤها جيد. تلقت حوالي 98 في المائة من الولادات رعاية ما قبل الولادة، ولكن فقط 86 في المائة منها تلقت رعاية بصورة منتظمة. وحوالي 99 في المائة من الولادات تمت على يد قابلات ماهرات. ونسبة الوفيات المبكرة متدنية نسبياً، حيث إن 1.2 في المائة من الأطفال يتوفون في الشهر الأول من الحياة، و1.7 في المائة من الأطفال يتوفون في السنة الأولى من عمرهم. لا يزال سوء التغذية يمثل تحدياً في تونس، حيث إن 10 في المائة من الأطفال كانوا مصابين بالتقزم، و2 في المائة يعانون من نقص في الوزن، و3 في المائة مصابين بالهزال. ومن حيث التطور المعرفي والاجتماعي والعاطفي، فإن أقل من نصف (44 في المائة) الأطفال بعمر 3-4 سنوات ملتحقون في رعاية وتعليم الطفولة المبكرة و93 في المائة من الأطفال بعمر 2-5 سنوات تعرضوا لنوع من أنواع التأديب العنيف، في حين أن 71 في المائة مارسوا أنشطة تنموية. وحتى في عمر مبكر، مثل خمس سنوات، يقوم الأطفال بعمل أو مهام؛ و24 في المائة من الذين هم في عمر الخمس سنوات منخرطون في عمالة الأطفال.

ويقدم هذا الفصل وضع تنمية الطفولة المبكرة في تونس. ويتم فحص الوضع الصحي للأطفال من خلال مؤشرات (راجع الإطار 1-13) للوفيات المبكرة، والرعاية قبل الولادة، ووجود قابلة ماهرة عند الولادة، وعمليات التحصين. ويتم قياس الوضع الغذائي للأطفال من خلال التقزم (الطول بالنسبة للعمر)، ونقص الوزن (الوزن بالنسبة للعمر) والهزال (الوزن بالنسبة للطول). ومن أجل تقييم التطور المعرفي والاجتماعي أو العاطفي، ينظر التحليل في حضور رعاية وتعليم الطفولة المبكرة.

ومن أجل فهم أفضل للسياق والظروف التي تؤثر على محصلات تنمية الطفولة المبكرة، يدرس التحليل أيضاً العوامل الأساسية التي قد ترافق مع محصلات تنمية الطفولة المبكرة على مستوى الفرد، والأسرة والمجتمع، والعلاقة

الشكل 1-13 ملخص مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح العنقودي المتعدد المؤشرات لتونس (MICS)، 2012/2011

الإطار 1-13 مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة التي تم فحصها في تونس

- رعاية ما قبل الولادة
- قابلة ماهرة عند الولادة
- وفيات حديثي الولادة (وفيات الشهر الأول)
- وفيات الرضع (وفيات السنة الأولى)
- تطعيم كامل
- التقزم/الطول بالنسبة للسن
- النقص في الوزن/الوزن بالنسبة للسن
- الهزال/الوزن بالنسبة للطول
- الرعاية والتعليم لمرحلة الطفولة المبكرة
- الأنشطة التنموية للوالدين
- التأديب العنيف للطفل
- عمالة الأطفال

بينهم. (راجع الملاحق 13 أ، و13 ب، و13 ج، للحصول على معلومات إضافية بشأن البيانات وهذه العلاقات). ومن أجل الحصول على السياق الكلي للبلاد، (راجع الإطار 1-13). وأخيراً، فإن التحليل يقيس الثغرات ومدى التفاوت في محصلات تنمية الطفولة المبكرة. ويستند التحليل إلى أحدث البيانات المتاحة: المسح العنقودي متعدد المؤشرات (MICS) 2012/2011. وتغطي البيانات الأبعاد المختلفة للطفولة المبكرة من قبل ولادة الطفل وحتى سن الدخول إلى المدرسة (ست سنوات في حالة تونس). ولو توفرت بيانات أكثر وتم فحصها، لأمكن تقديم صورة أفضل لتنمية الطفولة المبكرة في تونس.

الإطار 13-2 ملخص للمؤشرات التنموية في تونس

تونس بلد ذو دخل متوسط إلى عالٍ، مع ناتج محلي إجمالي للفرد بلغ حوالي 4237 دولاراً أمريكياً في 2012 (بالدولار الأمريكي الحالي، الجدول ب13-2). ويقدر عدد سكان تونس بـ 11 مليون نسمة، ربعمهم نقل أعمارهم عن 15 عاماً. وبلغ معدل توقع الحياة عند الولادة 75 عاماً. وبلغ إجمالي معدل الالتحاق في مرحلة التعليم الابتدائي في تونس 109 في المائة في عام 2012. وبصورة عامة، حلت تونس في المرتبة 94 من أصل 186 بلداً، مع بيانات قابلة للمقارنة في مؤشر التنمية البشرية (HDI) 2012.

الجدول ب13-2 المؤشرات الاجتماعية الاقتصادية لتونس

2012	1990	
10.8	8.1	إجمالي عدد السكان (بالمليون)
23	38	النسبة المئوية للسكان دون سن 15 سنة
\$4,237	\$1,507	الناتج المحلي الإجمالي للفرد (بالدولار الأمريكي الحالي)
75	70	معدل توقع الحياة عند الولادة
109	111	الالتحاق بالمدارس، المرحلة الابتدائية (نسبة مئوية، إجمالي)

المصدر: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، مؤشرات التنمية العالمية 2014

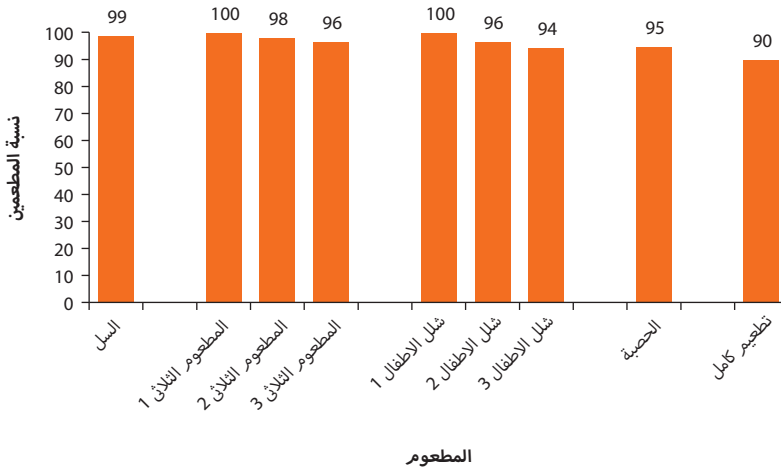
البقاء، والرعاية الصحية، والتغذية

إن الخطوة الأولى في التنمية الصحية للطفولة المبكرة هي ببساطة تجاوز مرحلة الطفولة المبكرة مع البقاء على قيد الحياة. وفي تونس بلغ معدل وفيات الأطفال الرضع 17 لكل ألف ولادة¹. وهذا المعدل أقل من المتوسط الإقليمي لعام 2012 والبالغ 24 وفاة لكل ألف ولادة (اليونيسف 2014). تتألف معظم وفيات الرضع من وفيات الأطفال حديثي الولادة- أي الأطفال الذين يتوفون خلال الشهر الأول من الحياة. وفي تونس بلغت وفيات الأطفال حديثي الولادة 12 وفاة لكل ألف ولادة. ولقد كان هناك تقدم ملحوظ في الحد من وفيات الأطفال الرضع في تونس. وبلغ معدل وفيات الأطفال الرضع، في عام 1990، 39 وفاة لكل ألف ولادة (مؤشرات التنمية العالمية). كما انخفضت وفيات الأطفال حديثي الولادة بشكل كبير بين الأعوام 1990 و2012، من معدل 23 وفاة لكل ألف ولادة (مؤشرات التنمية العالمية) إلى 12 وفاة لكل ألف يتوفون خلال الشهر الأول من حياتهم؛ وهذا أقل من المتوسط الإقليمي لعام 2012 والبالغ 15 وفاة لكل ألف ولادة (اليونيسف 2014).

يبدأ التعامل مع كل من الوفيات المبكرة للأطفال وتنمية الطفولة المبكرة أثناء الحمل والولادة، وقد يعود انخفاض معدل الوفيات في تونس جزئياً إلى التغطية الجيدة للرعاية الصحية المبكرة. في تونس، تقريباً (98 في المائة) من الولادات الحية تلقت رعاية ما قبل الولادة وتقريباً (99 في المائة) كانت ولادات تمت بوجود مهني صحي². بالإضافة إلى ذلك، فإن 86 في المائة من النساء تلقين أربع زيارات أو أكثر فيما قبل الولادة.

ويلعب التحصين الكامل للأطفال دوراً مهماً في الحد من أمراض الطفولة التي تعوق النمو أو تسبب بالوفاة. في تونس، تكاد تغطية التحصين أن تكون شاملة. أكثر من 90 في المائة من الأطفال بين 18 - 29 شهراً تم تحصينهم بالكامل ضد أمراض الطفولة التي يمكن الوقاية منها، والتي تقي من خسارة الحياة وضعف النمو. من المهم أن يتلقى الأطفال لقاحات ضد عدد من أمراض الطفولة التي يمكن الوقاية منها، بما في ذلك السل، والدفتيريا، والسعال الديكي، والتيتانوس³، وشلل الأطفال⁴، والحصبة. وكما يبين الشكل 13-2، فإن لقاح الحصبة يشتمل على أقل معدل من التغطية

الشكل 2-13: النسبة المئوية للأطفال المحصنين من خلال التطعيم، في عمر 18-29 شهرا



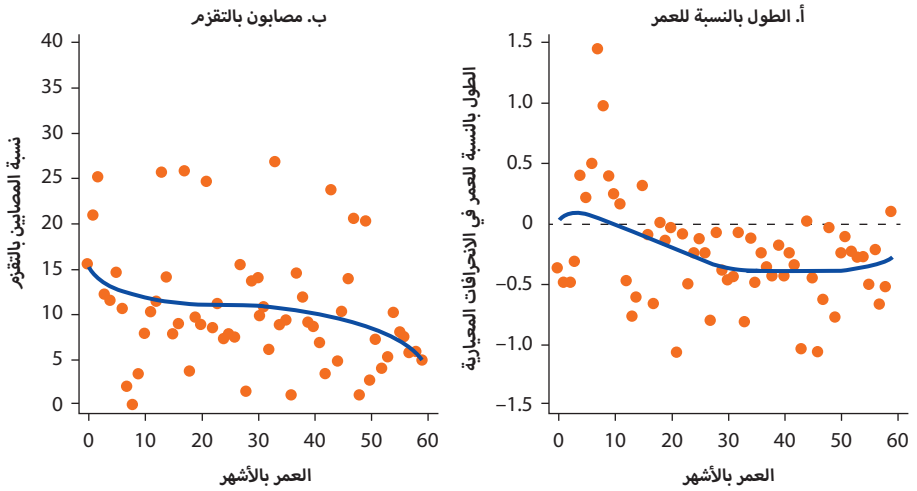
المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح المتعدد المؤشرات لتونس، 2012/2011

(94 في المائة) كما أن هناك بعض الفجوات في الجرعة الثالثة للقاح الدفتيريا، والسعال الديكي، والكزاز (DPT) وشلل الأطفال (96 في المائة).

أما من حيث تغذية الطفل في تونس، فإن 10 في المائة من الأطفال بين سن 0 - 4 مصابون بالتقزم، و2 في المائة يعانون من نقص في الوزن، و 3 في المائة مصابون بالهزال. ومعدل التقزم هذا، على الرغم من أنه أقل من المتوسط الإقليمي، فإنه يمثل خسارة كبيرة في الإمكانيات البشرية لكل 1 من كل 10 أطفال وبالتالي في حين أن الوزن (نقص في الوزن، هزال) ليس مشكلة كبيرة في تونس، فإن تراكم الطول (التقزم) يعد مشكلة. ويبدأ الأطفال في تونس حياتهم بنمو صحي نسبياً؛ إلا أنه بعد أول سنتين من الحياة، يواجهون تدهوراً كبيراً في النمو الصحي. ويبين الشكل 13-3 أداء الأطفال التونسيين من حيث النمو مقارنة بمرجعية سكانية صحية⁵. وخلال السنة الأولى من الحياة، يكون طولهم بالنسبة لعمرهم مشابهاً للمرجعية السكانية الصحية، على الرغم من أنه يبدأ بالانخفاض بعد السنة الأولى. ومن ثم في عمر سنتين، يكون الأطفال تقريباً $\frac{1}{2}$ انحراف معياري (SD) أقل من طول المرجعية السكانية الصحية، ويبقون كذلك حتى سن الرابعة، حينما يكون هناك تحسن طفيف في الطول بالنسبة للعمر. وفي نفس الوقت يكون التقزم في أعلى مستوياته عند الولادة ومن ثم ينخفض مع مرور الوقت. و أنماط الطول بالنسبة للعمر والتقزم تشير إلى وجود مشكلة عامة ولكن معتدلة في التغذية منتشرة بين عمر سنتين إلى أربع سنوات، بينما المشاكل الحادة (التقزم) تحدث في مرحلة مبكرة من الحياة.

وتلعب المغذيات الدقيقة، مثل الحديد، وفيتامين(أ)، والزنك، واليود أيضاً دوراً هاماً في كل من التنمية البدنية والمعرفية على حد سواء. وفي تونس، واعتباراً من عام 2000، أصبحت 97 في المائة من الأسر تتناول ملحا مضافا عليه كميات كافية من اليود (مؤشرات التنمية العالمية)⁶. ويلعب اليود دوراً حيوياً في النمو المعرفي، ونقص اليود هو السبب الأكثر شيوعاً في العالم للتخلف العقلي وتلف الدماغ الذي يمكن الوقاية منهما (الزناتي وواي 2009). والملح المعالج باليود هو الوسيلة الأساسية لتقديم اليود للأطفال.

الشكل 3-13 متوسط الطول بالنسبة للعمر مقارنة بمرجعية صحية من السكان، في الانحرافات المعيارية، والنسبة المئوية للتقزم حسب العمر بالأشهر، الأعمار 0-59 شهرا



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح المتعدد المؤشرات لتونس، 2012/2011

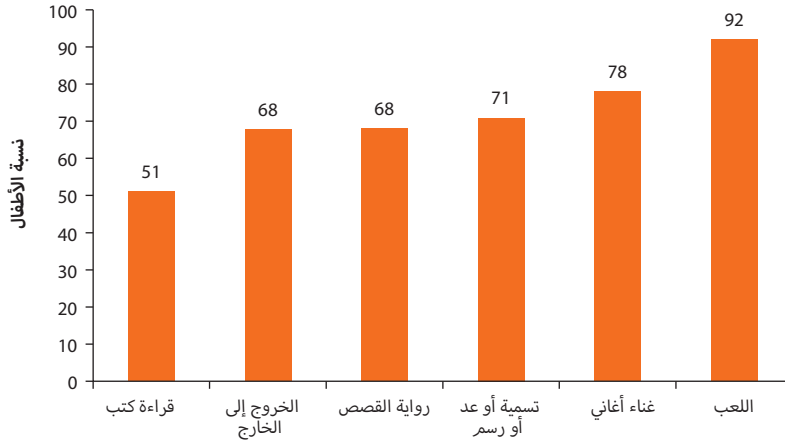
التطور الاجتماعي، والعاطفي، والمعرفي

على الرغم من أنه تم إثبات أن اللعب والتفاعل هما مكونان مهمان لتنمية الطفولة المبكرة، يفقد الأطفال في تونس فرصا مهمة للنمو النفسي والاجتماعي. وفي المسح، تم سؤال الأشخاص القائمين على رعاية أطفال من عمر 3 - 4 سنوات عما إذا كان البالغون في الأسرة يشاركون في أي نشاط من ستة أنشطة تنموية تدعم تطور الطفل.² وفي تونس، فقط 71 في المائة من الأطفال مارسوا أربعة أنشطة تنموية أو أكثر. وتقريباً، جميع الأطفال (92 في المائة) شاركوا في اللعب. وفي حين أن جميع الأنشطة تعتبر هامة للتطور الاجتماعي والعاطفي، فإن القراءة للطفل تتضمن مكونات تعليمية ومعرفية هامة. إلا أن القراءة للأطفال كانت النشاط الأقل شيوعاً الذي تمت ملاحظته (الشكل 4-13)، مع 51 في المائة من الأطفال مروا بتجربة أن يتم قراءة كتاب لهم (أو كتاب مصور).

أثبتت الأدلة أن رعاية وتعليم الطفولة المبكرة (ECE) تحسن التطور المعرفي والاجتماعي والعاطفي، مع فوائد يمكن أن تدوم مدى الحياة. وكما في 2012، 44 في المائة من الأطفال بين سن ثلاث وأربع سنوات كانوا ملتحقين برعاية وتعليم الطفولة المبكرة. والالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة قبل الدخول إلى المدرسة كانت أكثر شيوعاً من التحاق الأطفال بين سن ثلاثة إلى أربع سنوات في رعاية وتعليم الطفولة المبكرة. و بين الأطفال الذين أعمارهم بين خمس و ست سنوات، 89 في المائة ملتحقون حالياً أو التحقوا في السابق في مرحلة ما قبل المدرسة. وهذا يشير إلى أن العديد من الأطفال الذين لا يلتحقون برعاية وتعليم الطفولة المبكرة بين سن ثلاث إلى أربع سنوات، قد يلتحقون بمرحلة ما قبل الابتدائي في سن أكبر. وحوالي 80 في المائة من الأطفال الذين هم في السنة الأولى الابتدائية كانوا سابقاً في مدرسة ما قبل الابتدائي.

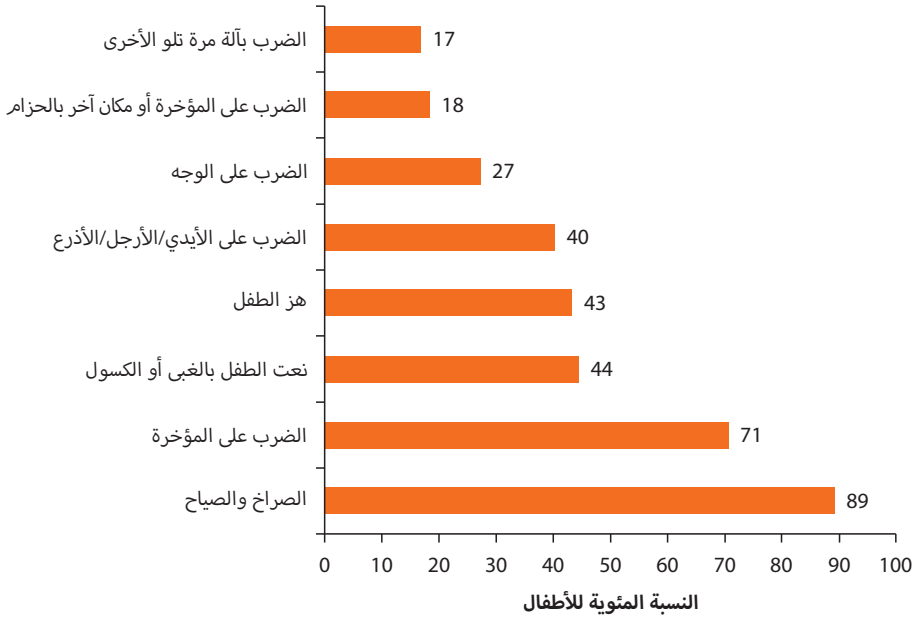
وتحد آخر يعوق التنمية الصحية للأطفال هي التأديب العنيف.⁸ في تونس، 95 في المائة من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من 2-5 سنوات تعرضوا للتأديب العنيف. وتأديب الأطفال هو جزء مهم من تربيته. إلا أن الأبحاث توصلت

الشكل 4-13 النسبة المئوية للأطفال الذين يمارسون أنشطة تنموية، حسب النشاط، الأعمار 3-4 سنوات



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح المتعدد المؤشرات لتونس، 2011/2012

الشكل 5-13 النسبة المئوية للأطفال بعمر 2-5 الذين يتعرضون لتأديب عنيف، حسب نوع التأديب



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح المتعدد المؤشرات لتونس، 2011/2012

إلى أن التأديب العنيف يؤثر سلباً على النمو البدني، والنفسي والاجتماعي للأطفال (يونيسف 2010) ويبين الشكل 5-13 نسبة الأطفال الذين اختبروا أنواعاً مختلفة من التأديب العنيف. والطريقة الأكثر شيوعاً للتأديب العنيف كانت الصراخ أو الصياح (89 في المائة)، يليها الضرب على الأرداف (71 في المائة)، ودعوة الطفل بالغبي أو الكسول (44 في المائة) كانت أيضاً شائعة. وانتشار هز الأطفال (43 في المائة)، والضرب على الأطراف (40 في المائة)، والصفع (44 في المائة) كانت أيضاً شائعة.

على الوجه (27 في المائة) يشكل تهديداً كبيراً لنمو الأطفال. وعلى الرغم من أن أقل الأشكال الشائعة من التأديب العنيف كانت الأشد (الضرب بأداة، 17 في المائة، و الضرب بالحزام، 18 في المائة)، فإنها تمثل تهديداً رئيسياً لنمو الأطفال. في تونس، 24 في المائة من الأطفال في سن خمس سنوات شاركوا في نوع من أنواع عمل الأطفال - والعمل لدى شخص ليس عضواً في الأسرة، والقيام بالأعمال المنزلية، أو القيام بأعمال عائلية أخرى.⁹ وعمالة الأطفال والانخراط في العمل أو الأعمال المنزلية، يمكن أن تكون خطيرة بشكل خاص على الأطفال الصغار. كما يمكن أن تعوق قدرتهم على الانتقال بنجاح إلى المدرسة. ويشارك غالبية الأطفال في الأعمال المنزلية (23 في المائة ممن هم في سن الخامسة)، ولكن بعضهم ينخرط في العمل لدى الآخرين (1 في المائة من الأطفال في سن الخامسة). ومعظم العمل لدى آخرين كان بدون أجر.

العوامل الرئيسية التي تؤثر على تنمية الطفولة المبكرة

هناك عدد من السمات الأساسية، على مستوى الطفل، والعائلة، والمجتمع، التي تؤثر على محصلات تنمية الطفولة المبكرة: النوع الاجتماعي، وتعليم الآباء، والوضع الاجتماعي والاقتصادي للأسرة (الثروة)،¹⁰ والموقع الجغرافي (الإقليم أو المحافظة)، ومحل الإقامة (حضر/ريف). يساعد فهم هذه العلاقات في تحديد سبب ضعف محصلات تنمية الطفولة المبكرة لدى بعض الأطفال، وأي الأطفال يجب استهدافهم بتدخلات في السياسات أو تدخلات برمجية.

البقاء على قيد الحياة، والرعاية الصحية، والتغذية

بعض السمات الأساسية مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بالوفيات في مرحلة الطفولة المبكرة. والأطفال من الأسر الأكثر فقراً أكثر احتمالاً في أن يموتوا في الشهر الأول أو السنة الأولى من العمر. وفي حين أن وفيات الأطفال حديثي الولادة هي 22 وفاة لكل ألف ولادة في الخمس الأفقر من الأسر، فإنها 9 وفيات لكل ألف ولادة في الخمس الأكثر ثراء من الأسر، مع نمط مماثل فيما يتعلق بوفيات الأطفال الرضع. فالأطفال الذين يولدون من والدين أقل تعليماً تكون فرصتهم أكبر في الوفاة المبكرة. والمناطق الريفية لديها معدلات أعلى من وفيات الأطفال الرضع عن المناطق الحضرية. وعلى المستوى الوطني، معدل وفيات الأطفال الرضع هو 17 لكل ألف، في حين أن معدل وفيات الرضع هو 12 لكل ألف في المناطق الحضرية، و 25 في الألف في المناطق الريفية. ولدى أخذ خصائص متعددة بعين الاعتبار، فإن وجود أب لديه تعليم ابتدائي أو ثانوي، مقارنة بأب غير متعلم، يخفض بشكل كبير¹¹ وفيات الأطفال حديثي الولادة، ووجود أب لديه تعليم ابتدائي يخفض بشكل كبير وفيات الأطفال الرضع. ومستوى الثروة الرابع به معدل أقل بكثير من وفيات الأطفال الرضع عن أفقر مستويات الثروة.

إن استخدام رعاية ما قبل الولادة، لا سيما الرعاية المنتظمة ما قبل الولادة، مرتبط ارتباطاً وثيقاً بالثروة، والتعليم، والجغرافيا. ولأن رعاية ما قبل الولادة تكاد أن تكون شاملة، هناك فروقات بسيطة فقط حسب الخلفية، ولكن تظهر الرعاية المنتظمة ما قبل الولادة فروقات أكبر. ففي حين تلقت 73 في المائة من الولادات من الخمس الأفقر من الأسر رعاية منتظمة ما قبل الولادة، فإن 97 في المائة من الولادات في الخمس الأكثر ثراء من الأسر تلقوها. والاختلافات القائمة على وجود أم أو أب لديه تعليم ثانوي أو أعلى كانت مشابهة للفجوات في الثروة. والولادات في المناطق الريفية كانت أقل احتمالاً في أن تتلقى رعاية منتظمة ما قبل الولادة (81 في المائة) عن الولادات في المناطق الحضرية (88 في المائة). سيدي بوزيد (65 في المائة)، والقصرين (75 في المائة) والمنطقة الجنوبية الشرقية (77 في المائة) كانت بشكل خاص مناطق ذات معدلات منخفضة في الرعاية المنتظمة ما قبل الولادة.

والعلاقات ما بين استخدام قابلات مهارات والثروة، والتعليم، والجغرافيا كانت مماثلة لتلك الخاصة برعاية ما قبل الولادة. ففي حين أن 94 في المائة من الولادات في الخمس الأفقر من الأسر تمت على أيدي قابلات مهارات، فإن كل المستويات الأخرى للثروة كان المعدل 100 في المائة تقريباً. وتمت ملاحظة أنماط مماثلة في تعليم الآباء مثلما هو الحال بالنسبة للثروة. ومعدلات الولادة بوجود قابلة ماهرة كانت أعلى في المناطق الحضرية (تقريباً 100 في المائة) عن المناطق الريفية (97 في المائة). و سيدي بوزيد بشكل خاص كان بها معدلات متدنية من الولادات بوجود قابلة ماهرة، 89 في المائة.

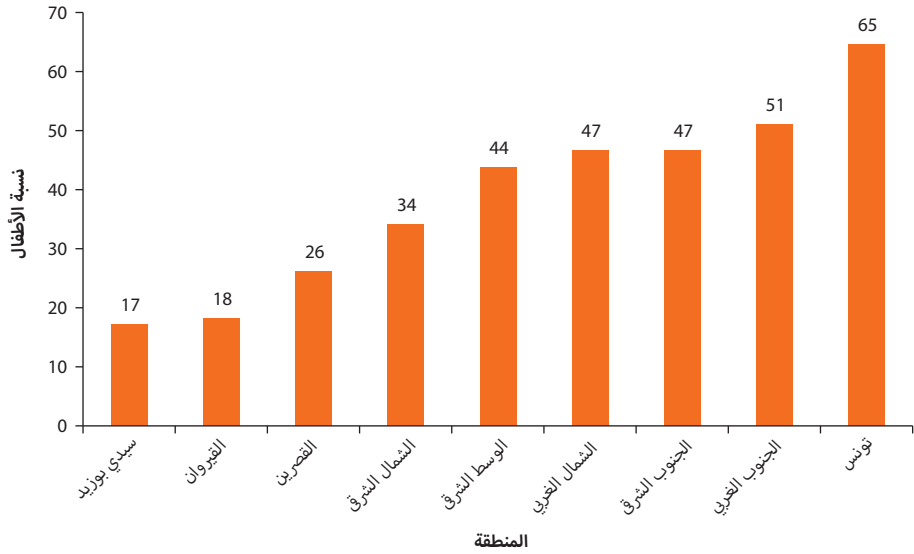
التطور الاجتماعي، والعاطفي، والمعرفي

التطور الاجتماعي، والعاطفي، والمعرفي مرتبط بمستوى ثروة أسرة الطفل، وتعليم الوالدين، وموقع الأسرة. والأطفال الأفقر، من المستويات الأربعة الدنيا للثروة، أقل احتمالاً في ممارسة على الأقل أربعة أنشطة تنموية من الأطفال من الخمس الأكثر ثراء من الأسر (الشكل 13-7). ففي حين أن الطفل من الخمس الأفقر من الأسر لديه فرصة 44 في المائة في ممارسة أنشطة تنموية، فإن طفلاً من الخمس الأكثر ثراء من الأسر لديه فرصة تصل إلى 91 في المائة. كما أن الأطفال في المناطق الريفية أقل احتمالاً في ممارسة أنشطة تنموية (52 في المائة) من الأطفال في المناطق الحضرية (82 في المائة). والمعدلات منخفضة بشكل خاص في سيدي بوزيد (27 في المائة). والأطفال من أمهات غير متعلّقات لديهم فرصة تصل فقط إلى 45 في المائة في ممارسة أنشطة تنموية، مقارنة بفرصة تصل إلى 95 في المائة بالنسبة للأطفال من أمهات لديهم تعليم عالٍ؛ وتم ملاحظة أنماط مماثلة للآباء. ومع أخذ خصائص متعددة بعين الاعتبار، فإن الأطفال الذين يعيشون في مناطق ريفية أقل احتمالاً بكثير في ممارسة أنشطة تنموية عن الأطفال في المناطق الحضرية، والأطفال في سيدي بوزيد هم أقل احتمالاً بكثير في ممارسة أنشطة تنموية عن الأطفال في تونس. إذا كان للطفل أمر لديها تعليم ثانوي أو تعليم عالٍ، مقارنة بأم غير متعلمة، يكون أكثر احتمالاً في ممارسة أنشطة تنموية، وكل المستويات الأخرى للثروة الأخرى لديها فرص أكبر في ممارسة أنشطة تنموية مقارنة بالمستويات الأكثر فقراً.

وكما هو الحال مع الأنشطة التنموية، هناك فروقات كبيرة في الوصول إلى رعاية وتعليم الطفولة المبكرة استناداً إلى الخلفية. والمعدل الوطني للاتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ثلاثة إلى أربع سنوات هو 44 في المائة؛ إلا أن الأطفال في المناطق الحضرية لديهم فرصة 60 في المائة في الالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة، بينما الأطفال في المناطق الريفية لديهم فقط فرصة تصل إلى 17 في المائة. والاختلافات حسب المنطقة كبيرة أيضاً (الشكل 13-6). وبينما 17-18 في المائة من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 3-4 سنوات في سيدي بوزيد والقبروان يلتحقون برعاية وتعليم الطفولة المبكرة، فإن 65 في المائة من الأطفال في تونس يقومون بذلك. وهناك اختلافات هائلة في الالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة حسب الثروة، (الشكل 13-7)؛ فبينما 13 في المائة فقط من الأطفال من الخمس الأفقر من الأسر يلتحقون برعاية وتعليم الطفولة المبكرة، فإن 82 في المائة من الأطفال من الخمس الأكثر ثراء من الأسر يقومون بذلك. ومع الأخذ بعين الاعتبار خصائص متعددة، فإن الأطفال في المناطق الريفية (مقارنة بالأطفال في المناطق الحضرية) والأطفال في المنطقة الشمالية الشرقية، والقبروان، وسيدي بوزيد (مقارنة بتونس) هم أقل احتمالاً بكثير في الالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة. ويتزايد الالتحاق بشكل كبير مع كل المستويات الأخرى للثروة مقارنة بالخمس الأفقر للأسر.

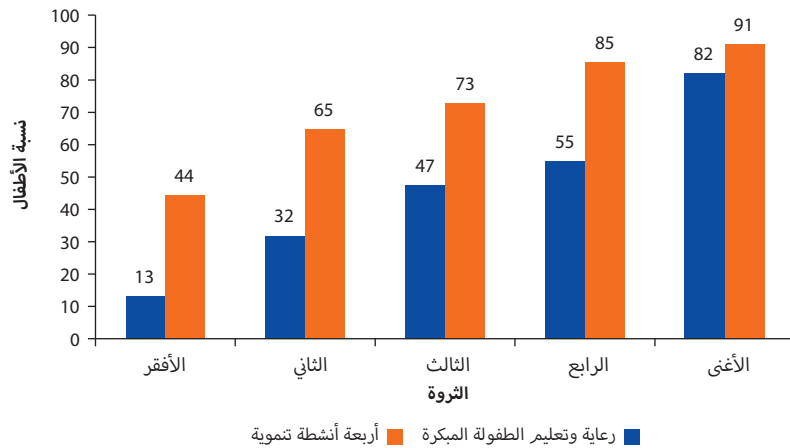
والاختلافات في التطور المعرفي، والاجتماعي، والعاطفي المبكر من المرجح أن تفاقم من بعضها البعض. ويبين الشكل 13-7 كل من نسبة الأطفال الذين يمارسون أنشطة تنموية ونسبة الالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة، حسب

الشكل 6-13 النسبة المئوية من الأطفال الذين يحضرون رعاية وتنمية الطفولة المبكرة حسب المنطقة، الأعمار 4-3



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح المتعدد المؤشرات لتونس 2012/2011

الشكل 7-13: النسبة المئوية من الأطفال الذين يمارسون أنشطة تنموية أو يحضرون رعاية وتنمية الطفولة المبكرة حسب المنطقة، الأعمار 4-3



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح المتعدد المؤشرات لتونس 2012/2011

الثروة. والأطفال الأقفر لديهم فرص أقل في الالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة و ممارسة أنشطة تنموية على حد سواء، مما سوف يضعهم في وضع غير مواتٍ مضاعف عندما يحين موعد دخولهم المدرسة. على سبيل المثال، في حين أن الطفل من الخمس الأقفر من الأسر لديه فرصة 13 في المائة في الالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة وفرصة

44 في المائة في ممارسة أنشطة تنموية، فإن الطفل من الخمس الأكثر ثراء من الأسر لديه فرصة 82 في المائة في الالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة وفرصة 91 في المائة في ممارسة أنشطة تنموية. ولا يوجد أنماط واضحة أو منهجية من حيث التأديب العنيف للطفل، ولكن ترتبط عمالة الأطفال بخصائص أساسية للطفل. وفي حين أن 20 في المائة من الذكور ينخرطون في العمل في وقت مبكر في سن الخامسة، فإن 28 في المائة من الإناث يفعلون ذلك. وتزيد عمالة الأطفال ومن ثم تتناقص مع الثروة، ومع وجود أعلى معدلات عمالة الأطفال (32 في المائة) في المستويات الوسطى للثروة. وعمالة الأطفال أكثر شيوعاً في المناطق الحضرية (26 في المائة) عن المناطق الريفية (21 في المائة). مع أخذ خصائص متعددة بعين الاعتبار، فإن الإطفال الإناث يكن أكثر احتمالاً بكثير في الانخراط في عمالة الأطفال من الأطفال الذكور. والأطفال في القصرين، والقيروان أقل احتمالاً بكثير في أن ينخرطوا في عمالة أطفال عن الأطفال في تونس. والأطفال في المستوى الثالث من الثروة أكثر احتمالاً بكثير في الانخراط في عمالة أطفال من الأطفال الأكثر فقراً.

يواجه الأطفال فرصاً غير متكافئة للتنمية الصحية

يواجه الأطفال في تونس فرصاً غير متكافئة للتنمية الصحية استناداً إلى عوامل خارجة عن سيطرتهم. ولقياس مدى التفاوت، يقوم التحليل باحتساب (أ) النسبة المئوية للفرص التي هي بحاجة إلى التوزيع بشكل مختلف من أجل إحداث تساوي في الفرص لكل مؤشر من مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة، و(ب) احتمالية أن تكون هذه الاختلافات قد حدثت نتيجةً للتوزيع العشوائي (الجدول 1-13).

والأطفال لديهم فرص متساوية نسبياً لتلقي التطعيم في وقت مبكر. والتفاوت في الوفاة المبكرة مرتفع، ولكن حيث إنه أمر نادر الحدوث، لا يمكن أن نقول بشكل قاطع إذا ما كانت هذه الاختلافات وليدة المصادفة. وبالمثل، فإن التفاوت كبير في التقزم وعمالة الأطفال، ولكن قد يرجع ذلك إلى المصادفة. إن عدم المساواة في رعاية وتعليم الطفولة المبكرة مرتفع بشكل خاص وذو أهمية إحصائية؛ 26 في المائة من فرص الالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة يجب أن يتم توزيعها بشكل مختلف من أجل تحقيق تكافؤ في الفرص. وعدم التكافؤ في الأنشطة التنموية كبير أيضاً وهام، مع الحاجة إلى إعادة توزيع 12 في المائة من الفرص.

الثروة، وتعليم الوالدين، ومنطقة الإقامة تشكل أكبر المساهمات في عدم تكافؤ الفرص لدى الأطفال. ويبين الجدول 2-13 المساهمات المختلفة للظروف في عدم المساواة للمحصلات المختلفة، كنسب مئوية. وساهمت الثروة

الجدول 1-13 النسبة المئوية للفرص التي سيتم إعادة توزيعها

مؤشر التباين	
4.4	تطعيم كامل
40.0	وفيات حديثي الولادة
33.4	وفيات الرضع
19.8	مصابون بالتقزم
25.5***	الرعاية والتعليم لمرحلة الطفولة المبكرة
11.8**	أنشطة تنموية
21.7	عمالة أطفال

المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح المتعدد المؤشرات لتونس، 2011/2012
ملاحظات: * = فرصة > 5 في المائة، ** = فرصة > 1 في المائة، *** = فرصة > 0.1 في المائة

الجدول 13-2 مساهمات الخصائص الأساسية في عدم المساواة
نسبة مئوية

الثرثرة	تعللر الأمر	تعللر الأب	الرلرف	المنطقة	جنس الطفل
13.6	20.1	8.2	10.4	47.7	0.1
8.5	6.6	40.0	10.3	30.3	4.4
19.5	7.0	43.7	10.2	19.3	0.2
25.8	10.3	23.0	11.3	25.0	4.6
29.0	8.7	7.3	42.5	12.2	0.2
27.8	19.3	9.8	25.6	16.6	0.9
16.3	12.7	6.2	8.7	49.5	6.6

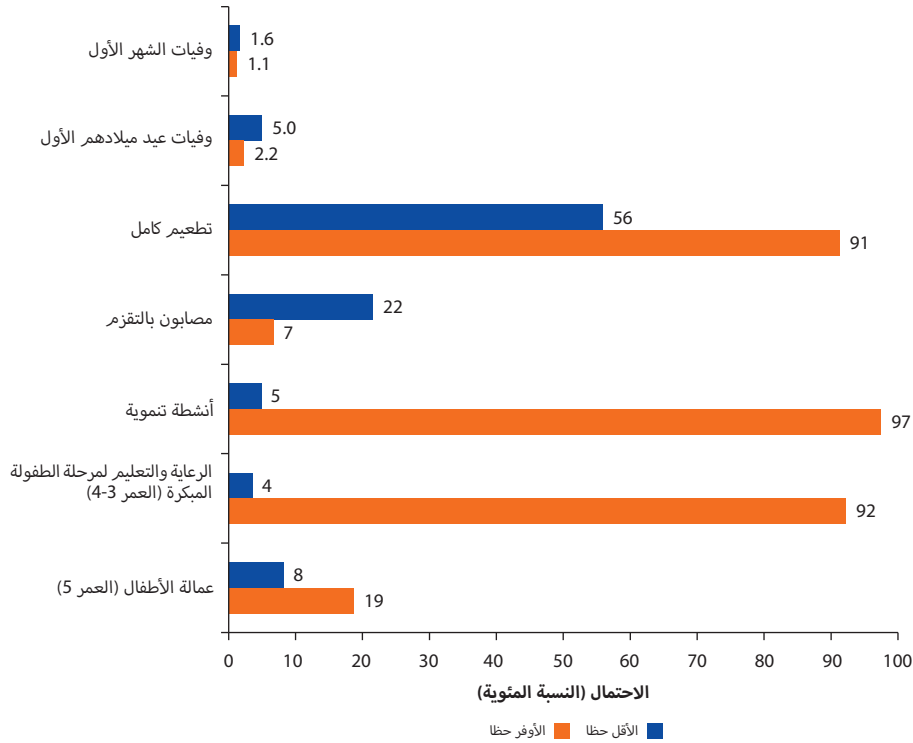
المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح المتعدد المؤشرات لتونس 2012/2011
ملاحظة: تحليلات شبللي لمؤشر الاختلاف. لم يتم تضمين معدلات الرعاية قبل الولادة والرعاية أثناء الولادة لأنها شاملة تقريباً. وكذلك لم يتم تضمين النموذج الكلي للتأديب العنرف للطفل لعدم أهميته.

بفرق حوالي الربع في عدم المساواة في التقرزم، ورعاية وتعللر الطفولة المبكرة، والأنشطة الترموية. في حين أن تعللر الأب ساهم أكثر شيء في الوفيات والتقرزم. والإقامة في منطقة حضرية أو ريفية مهم لجميع المحصلات ولكن بشكل خاص فيما يتعلق بعدم التكافؤ في رعاية وتعللر الطفولة المبكرة والأنشطة الترموية. ومكان إقامة الطفل مهم بشكل خاص في عدم التكافؤ في التحصين، والوفيات، والتقرزم وعمالة الأطفال. ويساهم جنس الطفل مساهمة بسيطة في عدم المساواة.

ويميل الأطفال إلى أن يكونوا محظوظين أو محرومين باستمرار عبر مجموعة متنوعة من الأبعاد المختلفة لتربية الطفولة المبكرة، و يمكن أن يواجهوا فرصاً حياتية مختلفة إلى حد بعيد بناء على بعض الخصائص فقط. الطفولة المبكرة هي عندما تنتقل حلقات الفقر وعدم المساواة عبر الأجيال. إذا رصدنا طفلاً يعيش في منطقة ريفية، في سيدي بوزيد، ضمن أفقر 20 في المائة من الأسر، مع أبوين غير متعلمين (طفل أقل خطأً) وقارنا بينه وبين طفل أبواه حاصلان على تعللر ثانوي أو أعلى، ومن أغنى 20 في المائة من الأسر، ويعيش في منطقة حضرية في تونس (طفل أكثر خطأً)، نجد أن لديهما فرصاً مختلفة جداً في تنمية صحية للطفولة المبكرة. ويبين الشكل (13-8) الفرص (الفرصة التي يمكن التنبؤ بها) للمؤشرات المختلفة لتنمية الطفولة المبكرة (قائمة على الانحدارات) لهؤلاء الأفراد "الأقل خطأً" و"الأكثر خطأً".

وفي كل مؤشر تقريباً، يواجه الطفل الأقل خطأً احتمالات أضعف للتنمية المبكرة. ويواجه الأطفال إمكانيات مختلفة للبقاء على قيد الحياة في السنة الأولى من الحياة، استناداً إلى الخصائص الأساسية لحياتهم. ففي حين أن الطفل الأكثر خطأً يواجه احتمال 1.1 في المائة أن يتوفى في الشهر الأول، و2.2 في المائة فرصة أن يتوفى في السنة الأولى، فإن الطفل الأقل خطأً يواجه احتمال 1.6 في المائة أن يتوفى في الشهر الأول، و فرصة 5.0 في المائة في أن يتوفى في السنة الأولى. هذا يعني أن الطفل أكثر احتمالاً بضعفين في أن يتوفى في السنة الأولى استناداً إلى خلفيته. والطفل الأقل خطأً لديه فرصة 56 في المائة في أن يكون محصناً تحصيناً كاملاً، مقابل 91 في المائة للطفل الأكثر خطأً.

الشكل 8-13. حالات المحاكاة للأكثر حظاً ولأقل حظاً



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح المتعدد المؤشرات لتونس، 2011/2012
ملاحظة: لم يتم تضمين معدلات الرعاية قبل الولادة والرعاية أثناء الولادة لأنها شاملة تقريباً. وكذلك لم يتم تضمين النموذج الكلي للتأديب العنيف للطفل لعدم أهميته.

وفي حين أن الطفل الأقل حظاً لديه فرصة 22 في المائة في أن يصاب بالتقزم، فإن الطفل الأكثر حظاً لديه فرصة 7 في المائة. و أكبر الفروقات هي في مجال الأنشطة التنموية ورعاية وتعليم الطفولة المبكرة. ففي حين الطفل الأقل حظاً لديه فرصة 5 في المائة في الالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة، فإن الطفل الأكثر حظاً لديه فرصة تصل إلى 92 في المائة، أي أكبر بعشرين مرة. والمحصلة الوحيدة حيث الطفل الأقل حظاً من المحتمل أن يكون أداءه أفضل هي فرصة أقل (8 في المائة) في الانخراط في عمالة الأطفال من الطفل الأكثر حظاً (19 في المائة).

الخاتمة

في حين حققت تونس نجاحات في مجال تنمية الطفولة المبكرة، لايزال الأطفال يواجهون عدداً من العقبات أمام تحقيق كامل إمكاناتهم للتنمية المبكرة. وتغطية الرعاية الصحية المبكرة مرتفعة ومعدل الوفيات متدنٍ نسبياً. إلا أن التقزم يعتبر مشكلة مع إصابة طفل من كل 10 بالتقزم. والأطفال أكثر احتمالاً في أن يتعرضوا للتأديب العنيف من أن يمارسوا أنشطة تنموية، و أقل من نصف الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ثلاث وأربع سنوات يلتحقون برعاية وتعليم

الطفولة المبكرة. وعمالة الأطفال شائعة أيضاً. وفضلاً عن العقبات الكبيرة في تَتميتهم المبكرة، يواجه الأطفال فرصاً غير متكافئة في تحقيق إمكاناتهم الكاملة استناداً إلى الظروف التي يولدوا فيها. وكان عدم المساواة حاداً بشكل خاص فيما يتعلق بممارسة الأنشطة التنموية والالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة، مع مجموعة متنوعة من الخصائص التي تسهم في عدم التكافؤ. ويجب عمل المزيد لضمان أن يكون للأطفال فرص متساوية لتطوير كامل قدراتهم.

الملحق 13 أ: البيانات

مجموعة البيانات

يستخدم التحليل بيانات مستعرضة عن رفاهة المرأة والطفل تم جمعها من خلال المسح العنقودي المتعدد المؤشرات (MICS) للأعوام 2012/2011 في تونس. وتضمن المسح استبياناً للأسرة ضم خصائص أساسية هامة عن الأفراد والأسر. كما تضمن استبياناً للمرأة التي سبق لها الزواج بين سن 15-49، ويجمع معلومات عن عناصر هامة في تنمية الطفولة المبكرة، مثل رعاية ما قبل الولادة، والمساعدة الماهرة أثناء ولادة الأطفال، وتحصين الأطفال. وتم جمع البيانات الخاصة بالوزن والطول للأطفال دون سن الخامسة. والمسح مُمثل على الصعيد الوطني، ويشمل بيانات تسمح بتحليل العلاقة بين تنمية الطفولة المبكرة ومؤشرات الطفل والأسرة في داخل تونس.

العينة

إن مجموعة بيانات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات أخذت عينة من 9171 أسرة، و 10215 امرأة بين سن 15-49، و 2899 طفلاً دون سن الخامسة. والتحليل في هذا الموجز يتم وزنه ليكون ممثلاً على المستوى الوطني. وأحجام العينة (N) في كل جدول من الجداول قائمة على العدد غير المرجح للملاحظات في البيانات.

الملحق 13ب: المؤشرات حسب الخصائص الأساسية

الجدول 13ب-1: المؤشرات حسب الخصائص الأساسية

عمالة	أطفال	نسبة الأطفال	تأديب عنيف	أنشطة تنموية	الرعاية والتعليم	الطول بالنسبة للعمر	مصابون	تطعيم كامل	وفيات	وفيات الشهر	قابلة ماهرة	رعاية ما قبل الولادة	رعاية قبل الولادة من قبل كوادر صحية	النوع الاجتماعي
عمالة	أطفال	نسبة الأطفال	تأديب عنيف	أنشطة تنموية	الرعاية والتعليم	الطول بالنسبة للعمر	مصابون	تطعيم كامل	وفيات	وفيات الشهر	قابلة ماهرة	رعاية ما قبل الولادة	رعاية قبل الولادة من قبل كوادر صحية	النوع الاجتماعي
(5 سنوات)	(4-0) العمر	(5 سنوات)	(5 سنوات)	(الأعمار 4-3)	المبكرة (4-3)	(انحراف معياري)	بالتقزم	(18-29 شهرا)	الأولى	الأول	عند الولادة	على الأقل	مدرية	
52.7	19.9	95.0	68.2	42.5	-0.33	11.3	88.7	1.8	1.1					ذكر
47.3	28.0	94.7	74.3	46.8	-0.11	8.8	90.7	1.5	1.3					أنثى
خمس الثروة														
19.2	16.1	95.2	44.2	13.1	-0.65	15.6	89.2	3.0	2.2	93.8	73.4	95.6		الأقفر
21.7	25.6	97.0	64.9	31.8	-0.23	10.2	90.9	1.7	1.5	99.8	86.2	99.0		الثاني
18.6	32.4	94.2	72.9	47.4	-0.13	7.5	84.2	2.2	1.3	100.0	82.6	95.9		الثالث
22.9	26.2	91.6	85.4	54.9	-0.12	9.1	90.2	0.2	0.2	99.8	89.3	99.6		الرابع
17.6	21.2	96.8	91.0	82.0	0.02	7.7	93.2	1.5	0.9	99.6	96.5	100.0		الأغنى
تعليم الأُم														
12.6	15.7	95.8	44.6	18.4	-0.59	16.4	90.9	3.6	2.6	93.1	73.5	96.6		لاتعليم
32.8	30.0	93.7	63.5	35.8	-0.34	9.9	90.2	1.9	1.4	98.2	81.8	97.9		ابتدائي
36.8	20.7	96.0	81.3	53.4	-0.19	9.9	94.7	1.0	0.5	99.8	85.6	97.3		ثانوي
17.8	26.4	94.2	95.3	75.7	0.16	6.6	80.7	1.3	1.3	100.0	95.6	100.0		تعليم عالٍ
تعليم الأب														
4.4	17.7	94.3	42.0	20.9	-0.77	16.8	78.0	5.5	5.5	89.9	77.0	93.0		لاتعليم
39.5	25.9	96.3	64.1	33.8	-0.36	11.0	91.9	1.3	0.9	98.2	80.1	96.8		ابتدائي
37.8	24.1	92.2	76.9	51.7	-0.11	8.5	89.1	1.2	0.8	99.2	87.3	98.8		ثانوي
13.6	18.3	97.4	92.2	75.2	0.18	6.1	91.2	1.4	0.9	100.0	95.8	100.0		تعليم عالٍ
4.6	27.5	95.9	68.7	34.1	-0.68	21.1	74.2	5.7	3.9	99.5	85.9	99.5		لأعرف/ناقص

تكملة في الصفحة التالية

الجدول 13ب.1 مؤشرات خصائص أساسية (تابع)

عمالة	أطفال	نسبة الأطفال	تأديب عنيف	أنشطة تنموية	الرعاية والتعليم	الطول بالنسبة للعمر	مصابون	تطعيم كامل	وفيات السنة الأولى	وفيات الشهر الأول	قابلات	رعاية ما قبل الولادة	رعاية قبل الولادة من قبل كوادر صحية مدربة
عمالة	أطفال	نسبة الأطفال	تأديب عنيف	أنشطة تنموية	الرعاية والتعليم	الطول بالنسبة للعمر	مصابون	تطعيم كامل	وفيات السنة الأولى	وفيات الشهر الأول	قابلات	رعاية ما قبل الولادة	رعاية قبل الولادة من قبل كوادر صحية مدربة
عمالة	أطفال	نسبة الأطفال	تأديب عنيف	أنشطة تنموية	الرعاية والتعليم	الطول بالنسبة للعمر	مصابون	تطعيم كامل	وفيات السنة الأولى	وفيات الشهر الأول	قابلات	رعاية ما قبل الولادة	رعاية قبل الولادة من قبل كوادر صحية مدربة
63.7	25.8	94.7	82.1	60.3	-0.11	8.1	90.2	1.2	0.8	99.7	88.4	98.7	
36.3	20.7	95.1	52.1	17.4	-0.43	13.6	88.6	2.5	1.9	96.9	80.7	96.9	
مكان الإقامة													
حضر													
ريف													
المنطقة													
تونس													
شمال شرق													
شمال غرب													
وسط شرق													
القصرين													
القيروان													
سيدي بوزيد													
جنوب شرق													
جنوب غرب													
المجموع													
100.00	24.0	94.9	71.1	44.5	-0.23	10.1	89.6	1.7	1.2	98.6	85.5	98.1	
639	1,260	1,164	1,161	2,640	2,640	581	2,977	2,977	1,135	1,128	1,135	N	

المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح المتعدد المؤشرات لتونس، 2011/2012

الملحق 13 ج: العلاقة بين مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة والمعلومات الأساسية عند أخذ الخصائص المتعددة في الحساب

الجدول 13 ج: العلاقة بين مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة والخصائص الأساسية المتعددة

		الرعاية والتعليم		الطول	مصابون	وفيات	وفيات حديثي الولادة	تطعيم كامل	
		لمرحلة الطفولة المبكرة	بالنسبة للعمر	بالنسبة للعمر	بالتقزم	الرضع			
تأديب عنيف	عمالة الأطفال	أنشطة تمهوية							
+		-	-	+					أثنى ريف
									المنطقة (بدون تونس)
									شمال شرق
									شمال غرب
									وسط شرق
-									القصرين
-				-	-				القيروان
		-							سيدي بوزيد
									جنوب شرق
									جنوب غرب
									تعليم الأم (لم يتم حذف أي تعليم)
									ابتدائي
		+							ثانوي
		+						-	تعليم عالٍ
									تعليم الأب (لم يتم حذف أي تعليم)
						-	-	+	ابتدائي
				+					ثانوي
				+					تعليمي عالٍ
									ناقص/لا أعرف
									مستوى الثروة (تم حذف الأقفر)
		+	+	+					الثاني
+			+	+					الثالث
		+	+						الرابع
		+	+						الأعلى
0.000	0.148	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	نموذج قيمة P
639	1,260	1,164	1,161	2,640	2,640	2,977	2,977	581	مشاهدات (N)
				0.044					R جذر تربيع
0.081	0.051	0.179	0.225		0.042	0.085	0.106	0.158	الجذر التربيعي الزائف

المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح المتعدد المؤشرات لتونس، 2011/2012
ملاحظة: الخانات الخالية تشير إلى عدم وجود علاقة مهمة إحصائياً. لم يتم تضمين الرعاية قبل الولادة والرعاية أثناء الولادة لقربيهما من التغطية الشاملة.

الحواشي

1. بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات تستند إلى 1 إلى 5 سنوات السابقة على المسح في 2012/ وتحتسب معدلات الوفيات من 2011.
2. طبيب أو ممرضة أو قابلة
3. لقاح DPT هو مزيج من اللقاحات التي تغطي الدفتيريا، والسعال الديكي، والتيتانوس. وينبغي أن يحصل الأطفال على ثلاث جرعات ليكونوا محصنين بالكامل.
4. ينبغي أن يحصل الأطفال على ثلاث جرعات ليكونوا محصنين بالكامل ضد شلل الأطفال.
5. الوحدات الخاصة بالطول بالنسبة للعمر، والوزن بالنسبة للعمر، والوزن بالنسبة للطول تبين إلى حد الأطفال التونسيين مختلفين في المتوسط عن مرجعية السكان من حيث الانحرافات المعيارية.
6. أكثر من 15 جزءا في المليون من اليود في الملح
7. الأنشطة الستة هي: (1) قراءة كتب أو مشاهدة كتب تحتوي صوراً مع الطفل (2) رواية قصص للطفل (3) غناء أغاني مع الطفل (4) أخذ الطفل خارج البيت، المجمع أو الساحة أو الحديقة (5) اللعب مع الطفل (6) تضيئة وقت مع الطفل وهو يسمي الأشياء باسمها أو يعد أو يرسم أشياء.
8. حسب تعريفات المسح المتعدد المؤشرات، يكون التأديب العنيف قائماً على التأديب الذي تلقاه الطفل من قبل أي فرد في الأسرة خلال الشهر الأخير، وهو يشمل: الاعتداء النفسي (الصراخ، والصياح على الطفل؛ وتسميته بالخبي، والكسول، أو أي تسمية كهذه) العقاب الجسدي (هز الطفل؛ صفع على الكفل، ضرب أو صفع الطفل على المؤخرة بيده؛ ضرب الطفل على صفع المؤخرة أو مكان آخر في جسده باستخدام أداة مثل الحزام، أو فرشاة الشعر، أو عصا، أو غرض آخر قابس؛ ضرب أو صفع الطفل على يده، أو ذراعه أو رجليه) والعقاب الجسدي القاسي (ضرب أو صفع الطفل على الوجه، أو الرأس أو الأذنين؛ ضرب الطفل بأداة (مرارا وتكرارا وبأقصى ما يمكن).
9. كانت الأسئلة: (1) خلال الأسبوع الماضي، هل قام (الطفل) بأي نوع من العمل من أجل شخص ليس فردا في هذه الأسرة (2) خلال الأسبوع الماضي، هل قام (الطفل) بالمساعدة في الأعمال المنزلية، مثل التسوق، وجمع الحطب، والتنظيف، وجلب الماء، أو رعاية الأطفال؟ (3) خلال الأسبوع الماضي هل قام (الطفل) بأي عمل أسري آخر (في المزرعة أو في الأعمال التجارية أو بيع السلع في الشارع)؟
10. تعرف الثروة من حيث أي فئة 20 في المائة من الأسر يقع الطفل ضمنها، بناء على مؤشر أصول (ثراء) للسلع المعمرة.
11. يستخدم مستوى دلالة إحصائية بواقع 5 في المائة عبر الدراسة.

المراجع

- El-Zanaty, Fatma, and Ann Way. 2009. "Egypt Demographic and Health Survey 2008." Cairo: Ministry of Health, El-Zanaty and Associates, and Macro International.
- UNDP (United Nations Development Programme). 2014. "Human Development Index." (accessed April 23, 2014), <https://data.undp.org/dataset/Table-2-Human-Development-Index-trends/efc4-gjvq>.
- UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund). 2010. *Child Disciplinary Practices at Home: Evidence from a Range of Low- and Middle-Income Countries*. New York: UNICEF.
- . 2014. *The State of the World's Children 2014 in Numbers: Every Child Counts: Revealing Disparities, Advancing Children's Rights*. New York: UNICEF.
- World Development Indicators (database). World Bank, Washington, DC. <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>.

الضفة الغربية وقطاع غزة

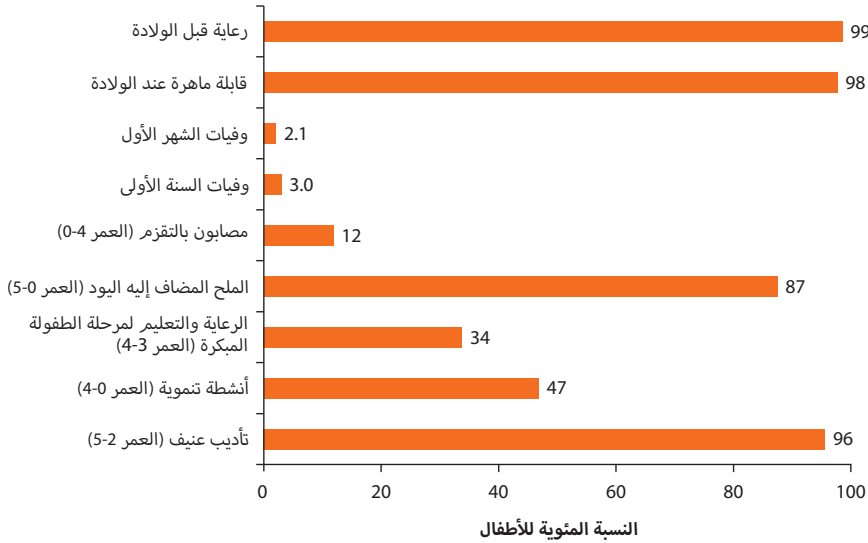
حالة تنمية الطفولة المبكرة في الضفة الغربية وقطاع غزة

سجلت حالة تنمية الطفولة المبكرة في الضفة الغربية وقطاع غزة نجاحات كبرى في بعض المجالات وأوجه قصور خطيرة في مجالات أخرى. والشكل 1-14 يظهر ملخصاً لمؤشرات تنمية الطفولة المبكرة في الضفة الغربية وقطاع غزة. ومن حيث الرعاية قبل الولادة وأثناء الولادة، فقد تلقت 99 في المائة من الولادات رعاية ما قبل الولادة، وتمت 98 في المائة من الولادات على يد قابلات ماهرات. و2.1 في المائة من الأطفال يتوفون في الشهر الأول، و3.0 في المائة من الأطفال يتوفون في السنة الأولى من عمرهم. ومعظم الأطفال (87 في المائة) لديهم إمكانية تناول ملح مضاف إليه كميات كافية من اليود، الذي هو مهم لتطورهم المعرفي. ولا يزال سوء التغذية يمثل تحدياً في الضفة الغربية وقطاع غزة، حيث إن 12 في المائة من الأطفال مصابون بالتقزم. ومن حيث التطور المعرفي والاجتماعي والعاطفي، يواجه الأطفال أوجه قصور خطيرة، حيث إن فقط 47 في المائة من الأطفال يمارسون أنشطة تنموية و96 في المائة من الأطفال يتعرضون لنوع من التأديب العنيف. ولأطفال إمكانية محدودة للحصول على التعلم المبكر والتطور المعرفي. و فقط ثلث الأطفال (34 في المائة) في سن 3-4 التحقوا برعاية وتعليم الطفولة المبكرة.

ويقدم هذا الفصل تحليلاً تفصيلياً لوضع تنمية الطفولة المبكرة في الضفة الغربية وقطاع غزة. ويتم فحص الوضع الصحي للأطفال من خلال مؤشرات (راجع الإطار 1-14) للوفيات المبكرة، والرعاية قبل الولادة، ووجود قابلة ماهرة عند الولادة، وعمليات التحصين. ويتم قياس الوضع الغذائي للأطفال من خلال التقزم (الطول بالنسبة للعمر)، بالإضافة إلى توفر المغذيات الدقيقة، على الأخص اليود. من أجل تقييم التطور المعرفي أو الاجتماعي أو العاطفي ينظر التحليل في نطاق مشاركة الأطفال في ممارسة أنشطة تنموية، وحضور رعاية وتعليم الطفولة المبكرة وما إذا كان الأطفال يتعرضون للتأديب العنيف. ومن أجل فهم أفضل للسياق والظروف التي تؤثر على محصلات تنمية الطفولة المبكرة، يدرس التحليل أيضاً العوامل الأساسية التي قد تترافق مع محصلات تنمية الطفولة المبكرة على مستوى الفرد، والأسرة، والمجتمع، والعلاقة بينهم. (راجع الملاحق 14 أ، و14 ب، و14 ج، للحصول على معلومات إضافية بشأن البيانات وهذه العلاقات). ومن أجل الاطلاع على السياق الإجمالي، يرجى الرجوع إلى الإطار 2-14. وأخيراً، فإن التحليل يقيس الثغرات ومدى التفاوت في محصلات تنمية الطفولة المبكرة.

ويستند التحليل إلى آخر البيانات المتوفرة: المسح الفلسطيني لصحة الأسرة، 2006/2007. وأجري المسح بالتعاون مع مسح المشروع العربي لصحة الأسرة (PAPFAM)، واليونيسف، وصندوق الأمم المتحدة للسكان UNFPA، ويشمل المؤشرات الرئيسية للمسح العنقودي متعدد المؤشرات (MICS). وتغطي البيانات الأبعاد المختلفة للطفولة المبكرة من

الشكل 1-14 ملخص مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح الفلسطيني لصحة الأسرة، 2006.

الإطار 1-14 مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة التي تمت دراستها في الضفة الغربية وقطاع غزة

- رعاية ما قبل الولادة
- قابلية ماهرة عند الولادة
- معدل وفيات حديثي الولادة (وفيات الشهر الأول)
- معدل وفيات الأطفال (وفيات السنة الأولى)
- التقزم/الطول بالنسبة للعمر
- الملح المعالج باليود
- الرعاية والتعليم لمرحلة الطفولة المبكرة
- أنشطة تنموية للوالدين
- التأديب العنيف

قبل ولادة الطفل وحتى سن الدخول إلى المدرسة (وهو ست سنوات في الضفة الغربية وقطاع غزة). ولو توفرت بيانات أكثر وتم فحصها، لأمكن تقديم صورة أفضل لتنمية الطفولة المبكرة في الضفة الغربية وقطاع غزة. كما يشير هذا الفصل إلى موجز نتائج المسح الفلسطيني لصحة الأسرة 2010 (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2013). وعلى الرغم من أن التقرير النهائي للمسح قد أُطلق في 2013، لم تكن البيانات الجزئية متوفرة آنذاك، ولم يكن من الممكن بالتالي استخدامها لغايات هذا الفصل.

الإطار 2-14 ملخص مؤشرات التنمية للضفة الغربية وقطاع غزة

تعتبر الضفة الغربية وقطاع غزة من المناطق ذات الدخل المتدني والمتوسط. يُقدَّر عدد السكان بنحو 4 ملايين نسمة، 41 في المائة منهم تقل أعمارهم عن 15 عاماً. بلغ متوسط العمر المتوقع عند الولادة 73 عاماً. بلغ صافي معدل الالتحاق بالتعليم الابتدائي في الضفة الغربية وقطاع غزة 94 في المائة في عام 2012. حلت الضفة الغربية وقطاع غزة في المرتبة 110 من أصل 186 بلداً، مع بيانات قابلة للمقارنة في مؤشر التنمية البشرية لعام 2102 (HDI).

الجدول ب1-2-14 المؤشرات الاجتماعية والاقتصادية في الضفة الغربية وقطاع غزة

2012	1990	
4.0	2.0	إجمالي عدد السكان (بالمليون)
41	48	النسبة المئوية للسكان دون سن 15 سنة
73	68	متوسط العمر المتوقع عند الولادة
94	—	الالتحاق بالمدارس، المرحلة الابتدائية (نسبة مئوية، إجمالي)

المصدر: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي 2014، مؤشرات التنمية العالمية
ملاحظة: - = غير متوفر

البقاء، والرعاية الصحية، والتغذية

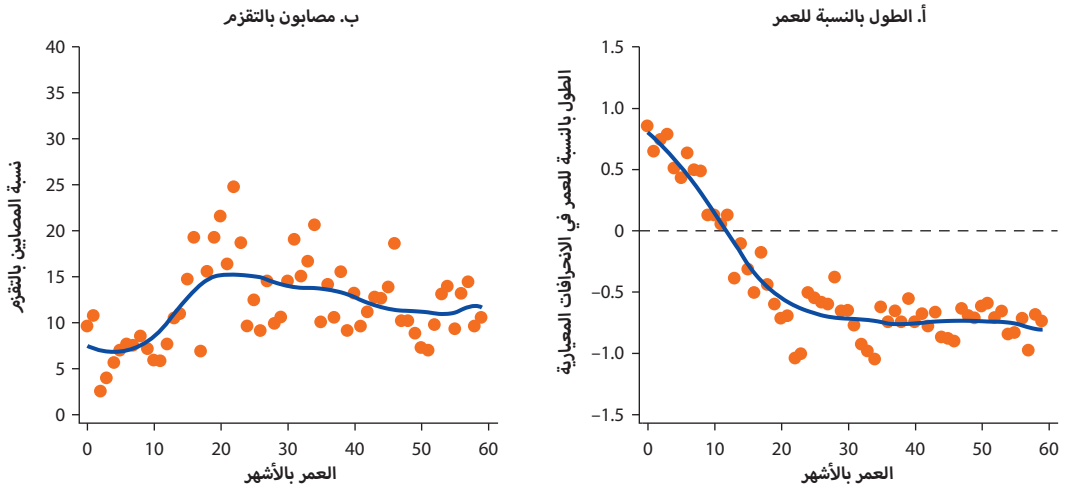
إن الخطوة الأولى في التنمية الصحية للطفولة المبكرة هي ببساطة تجاوز مرحلة الطفولة المبكرة مع البقاء على قيد الحياة. وفي عام 2006، في الضفة الغربية وقطاع غزة، كانت وفيات الأطفال، التي تشير إلى الأطفال الذين يموتون قبل عيد ميلادهم الأول، 30 حالة وفاة لكل ألف ولادة.¹ وتتألف معظم وفيات الأطفال الرضع من وفيات الأطفال حديثي الولادة - الأطفال الذين يتوفون خلال الشهر الأول من الحياة. وفي الضفة الغربية وقطاع غزة كان يموت 21 طفلاً من كل 1000 خلال الشهر الأول من الحياة. وكان هناك تحسن كبير في معدل الوفيات منذ عام 2006. وفي عام 2010، انخفض معدل وفيات الأطفال الرضع إلى 19 حالة وفاة لكل 1000 ولادة، كما انخفضت وفيات الأطفال حديثي الولادة إلى 12 وفاة لكل ألف (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2013). معدلات الوفيات لعام 2010 هي أقل من المعدلات الإقليمية لمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (MENA) (اليونيسف 2014).

ومعالجة موضوعي الوفاة المبكرة وتنمية الطفولة المبكرة تبدأ أثناء الحمل والولادة. وفي الضفة الغربية وقطاع غزة، تلقت 99 في المائة من الولادات² رعاية ما قبل الولادة، و98 في المائة من الولادات تمت على يد مهنيي صحة، اعتباراً من عام 2006.³ وبقيت تغطية رعاية ما قبل الولادة مرتفعة 98 في المائة اعتباراً من عام 2010، و99 في المائة من الولادات تمت بوجود قابلة ماهرة (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني 2013).

ويبدأ الأطفال في الضفة الغربية وقطاع غزة حياتهم على أسس صحية إلى حد ما، من حيث التغذية وتقاس بالطول بالنسبة للعمر؛ إلا أنه بعد أول سنتين من الحياة، يواجهون تدهوراً كبيراً في تطورهم الصحي. وفي عام 2006، 12 في المائة من الأطفال كانوا مصابين بالتقزم، و 2 بالمائة كانوا يعانون من نقص في الوزن، وكان 2 في المائة يعانون من الهزال (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2013).

ويبين الشكل 2-14 كيف أن الأطفال في عام 2006، في الضفة الغربية وقطاع غزة، كان مستواهم جيداً مقارنة بمرجعية سكانية تتمتع بصحة جيدة.⁵ وفي حين أن النمو الصحي من حيث الوزن ليس مشكلة في الضفة الغربية وقطاع غزة، فإن الأطفال يتعثرون في نموهم من حيث الطول. ويبدأون حياتهم مع طول بالنسبة للعمر أعلى من المتوسط، و لدى بلوغهم سنة واحدة من العمر، يكونون بنفس طول المرجعية السكانية التي تتمتع بصحة جيدة. ويستمررون في

الشكل 2-14 متوسط الطول بالنسبة للعمر والنسبة المئوية للمصابين بالتقزم حسب العمر بالأشهر، الأعمار من 0-59 شهرا



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح الفلسطيني لصحة الأسرة، 2006

التخلف عن الطول الصحي بالنسبة للعمر حتى عمر سنتين؛ ومن ثم لعدة سنوات تالية من العمر يستقر نموهم مع أطفال تقريباً 0.75 انحراف معياري أقل من متوسط المرجعية الصحية. ومعدل التقزم منخفض جداً للأطفال الصغار، ولكنه يرتفع بحدّة بين عمر سنة وستين، ويبلغ ذروته عند بلوغ الطفل حوالي 20 شهراً قبل أن ينخفض بشكل طفيف حتى سن 5 سنوات.

والمغذيات الدقيقة، مثل الحديد، و فيتامين أ، والزنك، واليود تلعب دوراً هاماً في كل من التنمية البدنية والمعرفية على حد سواء. وفي حين أن 87 في المائة من من الأطفال دون سن الخامسة كانوا يعيشون في أسر لديها ملحّ معالج باليود بشكل كافٍ في عام 2006، فإن الـ 13 في المائة المتبقين كانوا معرضين لخطر ضعف النمو المعرفي. ومن المثير للقلق كذلك أن معدلات إضافة اليود للملح انخفضت من 2006 (87 في المائة) إلى 2010 (77 في المائة) (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني 2013). مما يشكل تهديداً على التطور المعرفي لنسبة متزايدة من الأطفال.

وعلى الجانب الإيجابي، كان هناك تحسينات في التغطية فيما يتعلق بمغذيات دقيقة أخرى. فيتامين (أ) أساسي للنظر، والنمو، والتطور، ويساعد في الوقاية من بعض الأمراض. في عام 2006، في الضفة الغربية وقطاع غزة، فقط 11 في المائة من الأطفال بين 6 - 59 شهراً حصلوا على فيتامين أ خلال الأشهر الستة التي سبقت المسح (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2007). وفي عام 2010، زاد هذا المعدل بشكل كبير ليصل إلى 89 في المائة (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2013).

التطور المعرفي، والاجتماعي، والعاطفي

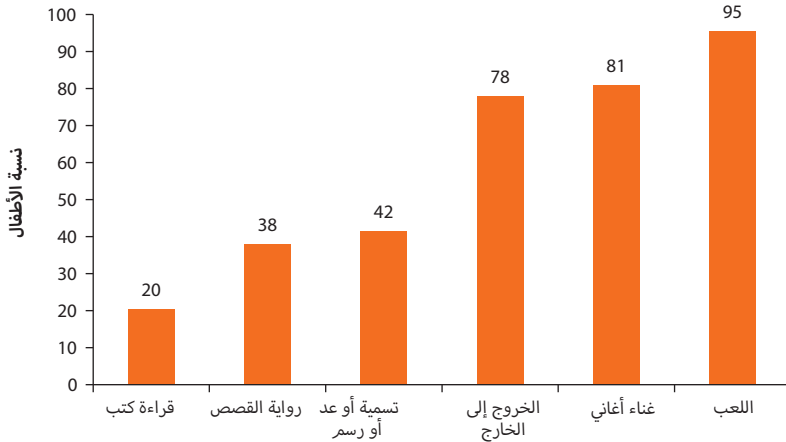
على الرغم من أنه تم إثبات أن اللعب والتفاعل هما مكونان مهمان لتنمية الطفولة المبكرة، لا يزال الأطفال في الضفة الغربية وقطاع غزة تفوتهم هذه الفرص للنمو النفسي والاجتماعي. في المسح، تم سؤال القائمين على رعاية الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 0-4 سنوات إذا ما قام البالغون في الأسرة بالمشاركة في أي نشاط من ستة أنشطة مختلفة تدعم تطور الطفل.² وأظهرت النتائج أنه في عام 2006، فقط نصف (47 في المائة) من الأطفال شاركوا في أربعة

أنشطة تنموية أو أكثر، و2 في المائة من الأطفال لم يشاركوا في أي من الأنشطة. ولمقارنة ذلك مع عام 2010، نقوم بالتركيز على الأعمار من 3 إلى 4 لأنه في عام 2010، هذه البيانات متاحة فقط للأطفال بين سن 3 و 4 سنوات. و في عام 2006، حوالي ثلثي (68 في المائة) من الأطفال بين سن 3 و 4 سنوات اختبروا 4 أنشطة تنموية أو أكثر، وفي عام 2010 انخفض هذا المعدل إلى 58 في المائة، ويعد هذا تدهوراً كبيراً في التنمية الاجتماعية، والعاطفية، والمعرفية المبكرة للطفل (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2013).

وفي حين أن كافة الأنشطة مهمة للتطور الاجتماعي والعاطفي، فإن القراءة، وتسمية الأشياء، والعد، والرسم بها مكون تعليمي ومعرفي هام. والأنشطة الأكثر شيوعاً في عام 2006 كانت اللعب (95 في المائة)، والغناء (81 في المائة) وأخذ الأطفال إلى الخارج (78 في المائة) (الشكل 3-14). والنشاط الأقل ملاحظة كان قراءة الكتب، حيث فقط 20 في المائة من الأطفال تم قراءة كتب لهم (أو كتب مصورة). وتسمية الأشياء، والعد أو الرسم (42 في المائة) ورواية القصص (38 في المائة) لم تكن أيضاً أنشطة شائعة. والعائلات في الضفة الغربية وقطاع غزة تتفاعل اجتماعياً وعاطفياً مع أطفالها بشكل عام؛ إلا أنه لا يزال هناك مجال لتحسين التطور المعرفي للأطفال، ولاسيما من حيث القراءة أو أنشطة مثل تسمية الأشياء، والعد والرسم.

وتشير الأدلة إلى أن رعاية وتعليم الطفولة المبكرة تحسن التطور المعرفي والاجتماعي والعاطفي، مع فوائد يمكن أن تدوم مدى الحياة. في الضفة الغربية وقطاع غزة في عام 2006، فقط ثلث (34 في المائة) من الأطفال بين سن 3 و 4 سنوات التحقوا ببرامج لرعاية وتعليم الطفولة المبكرة. والاتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة كان أكثر شيوعاً بين الأطفال في عمر أربع سنوات (54 في المائة) عن الأطفال في عمر ثلاث سنوات (15 في المائة). و في عام 2006،

الشكل 3-14: نسبة الأطفال الذين يمارسون أنشطة تنموية حسب النشاط، الأعمار 4-0



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح الفلسطيني لصحة الأسرة، 2006.

تم طرح السؤال بشأن جميع أنواع رعاية وتعليم الطفولة المبكرة، بما في ذلك الرعاية في الحضانات. وفي عام 2010، تم طرح سؤال أكثر تحديداً عن برامج تعليم الطفولة المبكرة. و نسبياً عدد ضئيل من الأطفال (15 في المائة) بين سن 3 و 4 سنوات التحقوا بمثل هذه البرامج في الضفة الغربية وقطاع غزة(الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2013). وتحد آخر يعوق التنمية الصحية للأطفال هو التأديب العنيف. وتأديب الطفل هو جزء هام من تربيته. إلا أن البحث وجد أن التأديب العنيف يؤثر سلباً على التطور البدني، والنفسي، والاجتماعي للطفل (اليونسف 2010). والتأديب العنيف للطفل⁸ شائع في الضفة الغربية وقطاع غزة. ووفقاً لبيانات مسح عام 2006، فإن تقريباً كل (96 في المائة) من الأطفال بين سن سنتين إلى خمس سنوات تعرضوا لنوع من أنواع التأديب العنيف. على الرغم من أن الضرب بأداة (15 في المائة) والتسبب بصدمة (6 في المائة) لم يكن شائعاً نسبياً، إلا أن الصياح/الصراخ على الطفل (93 في المائة)، والضرب باليد (78 في المائة)، ونعت الطفل بالغبّي كان شائعاً جداً (50 في المائة). وكان هناك انخفاض طفيف في عام 2010، ولكن تبقى معدلات التأديب العنيف مرتفعة جداً، مع تأديب 92 في المائة من الأطفال بين سنتين وأربع سنوات بشكل عنيف (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2013).

العوامل الرئيسية التي تؤثر على تنمية الطفولة المبكرة

عدد من السمات الأساسية على مستوى الطفل، والعائلة، والمجتمع تؤثر على محصلات تنمية الطفولة المبكرة: النوع الاجتماعي، وتعليم الآباء، والوضع الاجتماعي والاقتصادي (الثروة)⁹، ويساعد فهم هذه العلاقات في تحديد سبب ضعف محصلات تنمية الطفولة المبكرة لدى بعض الأطفال، وأي الأطفال يجب استهدافهم بتدخلات في السياسات أو تدخلات برامجية.

البقاء والصحة والتغذية

إن الخصائص الأساسية تربطها علاقة معقدة بمعدل وفيات الأطفال الرضع بالضفة الغربية وقطاع غزة كما في عام 2006. ولا يوجد نمط واضح في العلاقة بين وفيات الأطفال حديثي الولادة والثروة. ومعدل وفيات الأطفال الرضع يقل بنسبة ضئيلة فقط في الخمس الأكثر ثراء من الأسر عنه في الخمس الأفقر من الأسر. ولا يوجد اختلافات ملحوظة قائمة على تعليم رب الأسرة ولا يوجد فروقات كبيرة حسب الموقع الجغرافي. في الواقع، عند ملاحظة نماذج وفيات الأطفال حديثي الولادة والأطفال الرضع استناداً على خصائص الخلفية، فإنه لا يوجد علاقة ذات أهمية إحصائية.¹⁰ إن معدل استخدام رعاية ما قبل الولادة مرتفع بشكل عام ويصل إلى 99 في المائة، لكنه يبين بعض الاختلافات حسب الثروة والتعليم والجغرافيا. في حين أن 99 في المائة من الولادات في الخمس الأكثر ثراء قد تلقت رعاية ما قبل الولادة، فإن 97 في المائة فقط من الولادات في الخمس الأفقر من الأسر قد تلقت ذلك. والاختلافات القائمة على التعليم كانت أكبر بعض الشيء، حيث 99 في المائة من الأمهات الحاصلات على تعليم عالٍ حصلن على رعاية ما قبل الولادة مقارنة ب 93 في المائة فقط للأمهات الأميات و96 في المائة للأمهات اللواتي يمكنهن القراءة والكتابة فقط. حققت الولادات في مخيمات اللاجئين في واقع الأمر أعلى نسبة من رعاية ما قبل الولادة - حيث بلغت 100 في المائة تقريباً - بينما بلغت النسبة في المناطق الحضرية 98 في المائة فقط. وبعد أخذ خصائص أخرى بعين الاعتبار، كان استخدام رعاية ما قبل الولادة في الخمس الرابع والخمس الأكثر ثراء من الأسر أعلى بكثير مقارنة بالخمس الأفقر من

الأسر. والأمهات الحاصلات على تعليم أعلى، كان من المرجح جداً أن يحصلن على رعاية ما قبل الولادة. ووجود الطفل في منطقة ريفية أو في مخيم للاجئين يزيد إلى حد كبير من فرصة تلقي رعاية ما قبل الولادة مقارنة بالمناطق الحضرية، كما هو الحال في قطاع غزة، بعد أخذ خصائص أخرى بعين الاعتبار.

إن استخدام قابلات ماهرات كان مرتفعاً بشكل عام -98 في المائة. ولا يوجد فروقات واضحة في استخدام رعاية ماهرة أثناء الولادة حسب الثروة أو مستوى التعليم. والفرق الأكبر كان من حيث منطقة الإقامة، مع معدلات لرعاية ماهرة أثناء الولادة بلغت 100 في المائة في قطاع غزة، بينما كانت 97 في المائة في الضفة الغربية. وبعد أخذ خصائص أخرى بعين الاعتبار، كانت معدلات الولادة على يد قابلات ماهرات أعلى في قطاع غزة عنها في الضفة الغربية. كما زاد استخدام رعاية ماهرة أثناء الولادة بشكل كبير حسب المستوى التعليمي للشريك، ولكن لم يكن هناك فروقات مهمة حسب مستوى تعليم الأم.

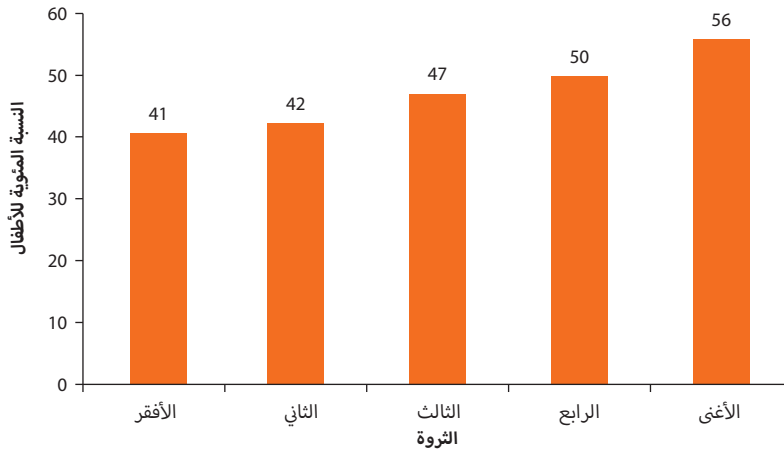
ويُظهر التقزم في الضفة الغربية وقطاع غزة بعض الاختلافات استناداً إلى الثروة، مما يشير إلى أن كلاً من الفقر والمشاكل في الصحة العامة ونوعية التغذية تؤدي إلى التقزم. على سبيل المثال، الطفل من الخمس الأفقر من الأسر لديه فرصة تصل إلى 16 في المائة بأن يصاب بالتقزم، بينما الطفل من الخمس الأكثر ثراء من الأسر فرصته 10 في المائة. الاثنان لديهما فرص عالية في التقزم، ولكن هناك فرق واضح استناداً إلى الثروة. كما لوحظت فروقات مشابهة حسب مستوى تعليم الوالدين. وهناك اختلافات ملحوظة في معدلات التقزم حسب الموقع الجغرافي، مع 10 في المائة معدل تقزم الأطفال في الضفة الغربية و15 في المائة في غزة. وهناك تنوع كبير لمعدلات التقزم حسب المحافظة؛ فمعدل التقزم في طولكرم هو 5 في المائة، في حين كان 33 في المائة في شمال غزة. وبعد أخذ خصائص أخرى بعين الاعتبار، كان احتمال إصابة الأطفال بالتقزم أقل بكثير في حالة كانوا يعيشون في مخيم للاجئين، ولكن أكثر ترجيحاً أن يصابوا بالتقزم إذا كانوا يعيشون في قطاع غزة مقارنة بالضفة الغربية. والتقزم كان أقل بكثير في كل المستويات الأخرى من الثروة لدى المقارنة بالخمس الأفقر من الأسر. وعلاوة على ذلك، كان التقزم أقل بكثير بين الأطفال من أمهات حاصلات على تعليم ثانوي أو عالٍ.

إن معدل استخدام الملح المعالج باليود كان مرتفعاً بشكل عام - حيث بلغ 87 في المائة في عام 2006، على الرغم من أن هذا المعدل انخفض بشكل طفيف في عام 2010. وتوفر الملح المعالج باليود يختلف قليلاً حسب الخلفية. والأطفال الذين يعيشون في مخيمات اللاجئين كان لديهم فرصة أعلى لبقول في أن يحصلوا على ملح معالج باليود مقارنة بالأطفال في المناطق الحضرية (90 في المائة مقابل 87 في المائة). وفرصة استخدام الأسرة للملح المعالج باليود كانت أعلى بشكل بسيط مع ارتفاع المستوى التعليمي للأم والأب. وهناك تباين معتدل في استخدام الملح المعالج باليود حسب المحافظات، ويتراوح بين 83 في المائة إلى 98 في المائة. إلا أن التباين في حصول الأطفال على ملح معالج باليود استناداً على خصائص الخلفية غير مهم إحصائياً بشكل عام.

التطور المعرفي والاجتماعي والعاطفي

الأطفال من أفقر مستويين للثروة، هم أقل احتمالاً في ممارسة أربعة أنشطة تنموية (41 - 42 في المائة)، لاسيما بالمقارنة بأطفال من الخمس الأكثر ثراء من الأسر، الذين لديهم فرصة تصل إلى 56 في المائة (الشكل رقم 14-4). إن تفاعل الوالدين مع أطفالهم الصغار وكذلك تعزيز تنميتهم في وقت مبكر، يعدان من العناصر المهمة لتنمية الطفولة المبكرة. وينبغي أن يولي الأطفال رعاية وتنمية والدية متساوية بغض النظر عن خلفياتهم، غير أنه في عام 2006، في الضفة الغربية وقطاع غزة، كانت هناك اختلافات ملحوظة بين الأطفال الذين يمارسون أربعة أنشطة تنموية على الأقل حسب الخلفية. وتظهر أكبر الزيادات في الخمس الثاني والثالث من الأسر (5 نقاط مئوية) وفي

الشكل 4-14: نسبة الأطفال الذين يمارسون أنشطة تنموية حسب الثروة، الأعمار من 0 إلى 4 سنوات

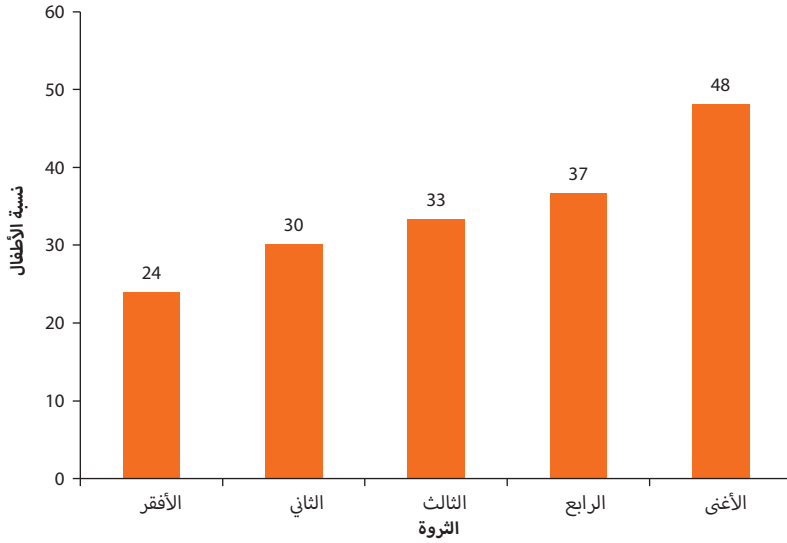


المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح الفلسطيني لصحة الأسرة، 2006.

الخمس الرابع والخمس الأكثر ثراء (6 نقاط مئوية). ولوحظ وجود اختلافات ماثلة حسب مستوى تعليم الأبوين. ويقل احتمال ممارسة الأطفال في مخيمات اللاجئين أنشطة تنموية (45 في المائة)، مقارنة بأقرانهم في المناطق الحضرية (47 في المائة) أو الريف (48 في المائة). ويقل احتمال ممارسة الأطفال في قطاع غزة أنشطة تنموية (44 في المائة) مقارنة بأقرانهم في الضفة الغربية (49 في المائة). وبعد أخذ الخصائص الأخرى في الاعتبار، وجد أن الأطفال في قطاع غزة أقل احتمالاً بممارسة أربعة أنشطة تنموية على الأقل مقارنة بالضفة الغربية. واحتمال ممارسة الأطفال أربعة أنشطة تنموية زاد إلى حد كبير مع ازدياد الثروة، فضلاً عن الأمهات الحاصلات على تعليم ثانوي أو أعلى، غير أن ذلك لا ينطبق على الآباء.

في الضفة الغربية وقطاع غزة، الأطفال من الخلفيات الأوفر حظاً هم الذين يلتحقون برعاية وتعليم الطفولة المبكرة، على الرغم من أن التعليم المبكر له فوائد جمة على الأطفال المحرومين والمستضعفين (الشكل 14-5). وفي حين أن الطفل بعمر 3-4 سنوات من الخمس الأفقر من الأسر لديه فرصة 24 في المائة بالالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة، فإن الطفل من الخمس الأكثر ثراء من الأسر لديه ضعف هذه الفرصة للقيام بذلك (48 في المائة). وأكبر فروقات في معدلات الالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة هي عند مقارنة رابع 20 في المائة من الأسر (37 في المائة) مع الأكثر ثراء (48 في المائة). وهذه الاختلافات تراكم من العجز حسب الثروة في مجالات أخرى من التنمية المبكرة، مثل ممارسة أنشطة تنموية (انظر إلى الشكل 14-4). ويلاحظ وجود اختلافات مشابهة أو أقل حسب تعليم الوالدين. وبعد أخذ خصائص الأخرى بعين الاعتبار، فإن الأطفال في المناطق الريفية كانوا أقل احتمالاً بكثير بالالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة كما هو الحال بالنسبة للأطفال من قطاع غزة. ويزداد الالتحاق برعاية و تعليم الطفولة المبكرة بشكل كبير مع الثروة، فضلاً عن تعليم الأم (وليس الأب).

الشكل 14-5: الحضور في رعاية وتعليم الطفولة المبكرة حسب الثروة، الأعمار 3-4 سنوات



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح الفلسطيني لصحة الأسرة، 2006.

والتأديب العنيف للطفل منتشر على نطاقٍ واسعٍ دون اختلافاتٍ كبيرةٍ حسب الخلفية. واحتمال تعرض الأطفال للتأديب العنيف كان أعلى بقليل في قطاع غزة (97 في المائة) عنه في الضفة الغربية (95 في المائة). وكان هذا أيضاً الاختلاف الوحيد الهام إحصائياً، بعد أخذ خصائص أخرى بعين الاعتبار.

يواجه الأطفال فرصاً غير متكافئة فيما يتعلق بالتنمية الصحية

يواجه الأطفال في الضفة الغربية وقطاع غزة فرصاً غير متكافئة في التنمية الصحية استناداً إلى عوامل خارجة عن إرادتهم. ولقياس مدى عدم التكافؤ، يقوم التحليل باحتساب (أ) نسبة الفرص التي كان ينبغي توزيعها بشكل مختلف من أجل إحداث تساوي في الفرص لكل مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة، (ب) فرصة أن تكون هذه الاختلافات قد حدثت حسب التنوع العشوائي (الجدول 14-1). بالنسبة لرعاية ما قبل الولادة وأثناء الولادة، لا يوجد تقريباً عدم تكافؤ في الفرص، على الرغم من أن الاختلافات في الرعاية الماهرة أثناء الولادة استناداً إلى الخلفية ليست ناتجة عن المصادفة. وهناك عدم تكافؤ من حيث النمو البدني الصحي؛ و13.4 في المائة من فرص الإصابة بالتقرنم كان ينبغي توزيعها بشكل مختلف من أجل أن يكون هناك تساوي في الفرص.

هناك عدم تكافؤ في الفرص فيما يتعلق بالتطور المعرفي المبكر، وممارسة أنشطة تنموية ولا سيما الالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة يظهران عدم تكافؤ في الفرص: 12.1 في المائة من فرص الالتحاق برعاية وتنمية الطفولة المبكرة هناك حاجة إلى توزيعها بشكل مختلف لكي يتحقق للإطفال تكافؤ في الفرص. وهناك عدم تكافؤ في فرص التأديب العنيف. وبما أنه لم يكن هناك فروقات مهمة في الوفيات المبكرة أو في الوصول إلى الملح المعالج باليود، عند مراعاة خصائص متعددة، فإن هذه المحصلات يمكن أيضاً اعتبارها موزعة توزيعاً عادلاً.

الجدول 1-14 النسبة المئوية للفرص التي ينبغي إعادة توزيعها

(مؤشر الاختلاف)	
0.5	رعاية ما قبل الولادة
*0.8	قابلية ماهرة عند الولادة
**13.4	مصابون بالتقزم
**5.7	أنشطة تنموية
0.8	التأديب العنيف
**12.1	الرعاية والتعليم لمرحلة الطفولة المبكرة

المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح الفلسطيني لصحة الأسرة، 2006.
ملاحظات: * = احتمال > 5 في المائة، ** = احتمال > 1 في المائة، *** = احتمال > 0.1 في المائة

الجدول 2-14 مساهمات الخصائص الأساسية في عدم المساواة

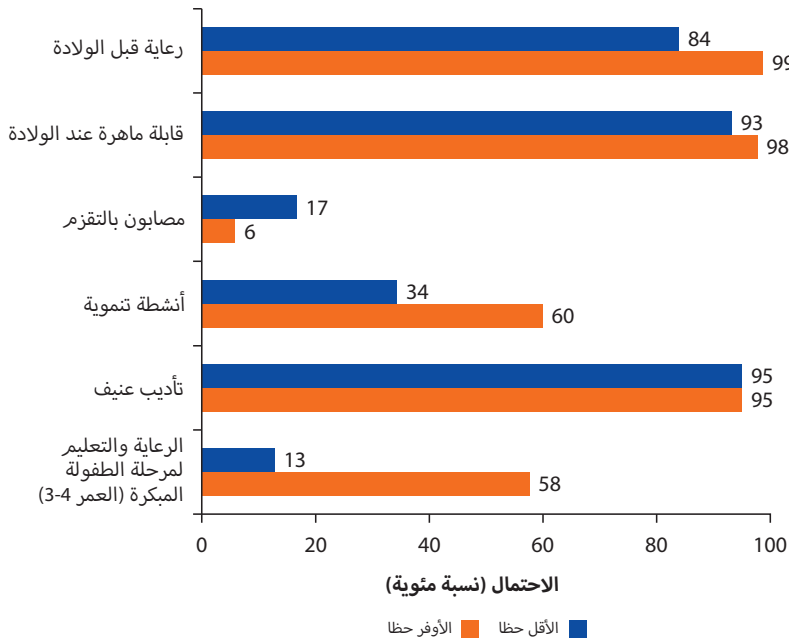
نسبة مئوية						
الثروة	مستوى تعليم الأم	مستوى تعليم الأب	محل الإقامة	المنطقة	جنس الطفل	
21.5	23.9	17.5	21.6	15.6	لا ينطبق	رعاية ما قبل الولادة
6.1	5.2	7.9	5.7	75.0	لا ينطبق	قابلية ماهرة عند الولادة
17.7	11.2	5.0	10.8	51.9	3.4	مصابون بالتقزم
48.2	23.7	12.1	2.8	11.9	1.2	الأنشطة التنموية
23.7	17.8	6.7	8.3	40.9	2.7	التأديب العنيف
32.0	41.8	20.9	1.5	3.7	0.1	الرعاية والتعليم لمرحلة الطفولة المبكرة

المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح الفلسطيني لصحة الأسرة، 2006.
ملاحظة: تحليلات شيبلي لمؤشر الاختلاف.

والثروة، وتعليم الأم والموقع الجغرافي تشكل أكبر المساهمات في الفرص غير المتكافئة للأطفال. ويبين الجدول 2-14، كنسب مئوية، المساهمات المختلفة للظروف في عدم تكافؤ المحصلات المختلفة. وتلعب الثروة بشكل خاص دوراً كبيراً في الأنشطة التنموية ورعاية وتعليم الطفولة المبكرة، وتساهم ما بين النصف والثالث في عدم التكافؤ في كل واحد من هذه المقاييس. وتعليم الأم مهم بشكل خاص في الأنشطة التنموية، ورعاية وتعليم الطفولة المبكرة، مما يساهم بشكل كبير في عدم المساواة في هذه المؤشرات. ويلعب تعليم الأب دوراً صغيراً ولكن مهماً في عدم التكافؤ في هذه المحصلات أيضاً. والاختلافات في مكان الإقامة (الحضر، أو الريف، أو مخيم لاجئين) تساهم قليلاً في عدم المساواة، ولكن الاختلافات الإقليمية مهمة، لاسيما في عدم التكافؤ في التقزيم. ويساهم النوع الاجتماعي للمولود بشكل محدود جدا في عدم التكافؤ.

ويميل الأطفال إلى أن يكونوا أوفر حظاً أو أقل حظاً بصورة دائمة عبر مجموعة من الأبعاد المختلفة لتنمية الطفولة المبكرة، وقد يواجهون فرصاً حياتية مختلفة جداً استناداً إلى بعض الخصائص فقط. الطفولة المبكرة هي عندما تنتقل حلقات الفقر وعدم التكافؤ عبر الأجيال. إذا رصدنا طفلاً يعيش في أفقر 20 في المائة من الأسر و من أبوين غير متعلمين (طفل أقل حظاً) وقارنا بينه وبين طفل أبواه حاصلان على تعليم ثانوي أو أعلى، ومن أغنى 20 في المائة من الأسر (طفل أكثر حظاً)، نجد أن لديهما فرصاً مختلفة جداً في تنمية طفولة مبكرة صحية.¹¹ ويبين الشكل 6-14 فرص (الفرصة التي يمكن التنبؤ بها) لمؤشرات مختلفة لتنمية الطفولة المبكرة (استناداً إلى الانحدارات) لهؤلاء الأفراد "الأقل حظاً" و"الأكثر حظاً". الجدير بالذكر أن نماذج وفيات الأطفال حديثي الولادة ووفيات الأطفال الرضع، والوصول إلى ملح معالج باليود تظهر أن خصائص الخلفية ليس لها أهمية إحصائية في شرح فرص تنمية الطفولة المبكرة في

الشكل 14-6: حالات المحاكاة للأوفر حظا والأقل حظا



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح الفلسطيني لصحة الأسرة، 2006.

ملاحظة: نظراً لأن نماذج وفيات حديثي الولادة، ووفيات الرضع، والملح المضاف إليه اليود لا تتضمن قدرة تفسيرية، لم يتم إجراء نماذج محاكاة للأوفر حظا والأقل حظا.

هذه الأبعاد. و يشير ذلك إلى أن الأطفال لا يواجهون فرصاً غير متكافئة في الوفاة المبكرة أو الوصول إلى ملح معالج باليود استناداً إلى خلفياتهم. أما بالنسبة لجميع المؤشرات الأخرى، يواجه الطفل الأقل حظاً تنمية طفولة مبكرة أقل. ولدى المقارنة بين الأطفال الأقل والأكثر حظاً، نجد أن الفجوة في رعاية ما قبل الولادة هي 15 نقطة مئوية، والفجوة في الرعاية الماهرة أثناء الولادة هي 5 نقاط مئوية. أما من حيث التغذية، فإن الطفل الأقل حظاً أكثر عرضة للتقزم بثلاث مرات - فرصة تقزم 17 في المائة مقارنة بـ 6 في المائة للطفل الأكثر حظاً. وهناك فجوة تصل إلى 26 نقطة مئوية بشأن احتمال ممارسة الطفل أربعة أنشطة تنموية على الأقل. وأكبر فرق هو في الالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة، حيث يحظى الطفل الأقل حظاً بفرصة التحاق تصل إلى 13 في المائة، في حين يكون الطفل الأكثر حظاً 58 في المائة - أي يزيد بأكثر من أربع مرات. والطفل الأقل حظاً متساوياً تقريباً من حيث التعرض للتأديب العنيف مثل الطفل الأكثر حظاً، مع فرق أقل من نقطة مئوية واحدة.

الخاتمة

على الرغم من بعض النجاحات في مجال تنمية الطفولة المبكرة، لا يزال الأطفال في الضفة الغربية وقطاع غزة يواجهون عدداً من أوجه القصور المختلفة في تميئهم المبكرة. المحصلات المبكرة في مجال الصحة جيدة، مع معدلات مرتفعة لرعاية ما قبل الولادة والرعاية الماهرة أثناء الولادة ومعدلات منخفضة في الوفيات (كما في عام 2010). إلا أن التقزم

يبقى مشكلة كبيرة. كما يواجه الأطفال عدداً كبيراً من التهديدات تتعلق بتطورهم الاجتماعي والعاطفي، والمعرفي المبكر. والتأديب العنيف شامل تقريباً، ولكن فقط نصف الأطفال يمارسون أنشطة تنموية، و فقط الثلث يلتحقون برعاية وتعليم الطفولة المبكرة. كما أن عدم التكافؤ خلال السنوات الأولى يعد مشكلة في الضفة الغربية وقطاع غزة، ولا سيما فيما يتعلق بالتقزم، والأنشطة التنموية ورعاية وتعليم الطفولة المبكرة. ويواجه الأطفال فرصاً غير متكافئة في التنمية المبكرة، حسب ظروفهم. ومن المهم إيلاء المزيد من الاهتمام لمعالجة هذا العجز لضمان تطور الأطفال بشكل كامل وضمان أن يكون لديهم فرص متساوية في التنمية الصحية في السنوات الأولى من الحياة.

الملحق 14: البيانات

مجموعة البيانات

يستخدم التحليل بيانات مستعرضة عن رفاة النساء والأطفال تم جمعها في الضفة الغربية وقطاع غزة من خلال المسح الفلسطيني لصحة الأسرة (PFHS) خلال 2007/2006. وتضمن هذا المسح استبياناً للأسرة ضم خصائص أساسية هامة عن الأفراد والأسر. كما تضمن استبياناً للمرأة التي سبق لها الزواج بين سن 15-54، مما يعكس معلومات عن عناصر هامة في تنمية الطفولة المبكرة مثل رعاية ما قبل الولادة، والمساعدة الماهرة أثناء ولادة الأطفال. ويتم جمع بيانات الوزن والطول للأطفال دون سن الخامسة. والمسح مُمثل على الصعيد الوطني، ويشمل بيانات تسمح بتحليل العلاقة بين تنمية الطفولة المبكرة ومؤشرات الطفل والأسرة في داخل الضفة الغربية وقطاع غزة. يرجى الرجوع إلى الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني (2007) للحصول على المزيد من المعلومات عن التقرير النهائي للمسح.

العينة

مجموعة بيانات المسح الفلسطيني لصحة الأسرة (PFHS) 2007/2006 للضفة الغربية وقطاع غزة ضمت عينات من 11509 أسر، و 9785 امرأة سبق لها الزواج بين سن 15-54 و 10107 أطفال دون سن الخامسة. والتحليل في هذا الموجز يتم تقييمه ليكون ممثلاً على المستوى الوطني. وأحجام العينة (N) في كل جدول من الجداول قائمة على العدد غير المرجح من المشاهدات في البيانات.

الملحق 14ب: المؤشرات حسب الخصائص الأساسية

الجدول 14ب-1 المؤشرات حسب الخصائص الأساسية

نسبة الأطفال 4 - 0	تأديب عنيف	أنشطة تنموية	الرعاية والتعليم لمرحلة الطفولة المبكرة	الملح المعالج باليود	الطول		وفيات السنة الأولى	وفيات الشهر الأول	رعاية قبل الولادة من		
					بالنسبة للعمر (انحراف معياري)	مصابون بالتقزم			قابلة ماهرة عند الولادة	قبل كوادر صحية مدرية	
النوع الاجتماعي											
51.1	95.7	46.4	34.5	87.2	-0.45	12.3	3.0	2.2			ذكر
48.9	95.4	47.3	33.6	88.3	-0.44	11.3	3.0	1.9			أنثى
الثروة، 20 في المائة من الأسر											
20.0	96.7	40.6	24.0	87.6	-0.70	15.6	3.7	2.1	97.3	97.2	الأقفر
21.0	95.4	42.2	30.1	86.9	-0.49	10.8	3.0	2.2	97.7	98.5	في المرتبة الثانية
21.8	95.1	47.0	33.3	87.2	-0.44	10.3	2.4	1.6	98.2	98.7	في المرتبة الثالثة
19.8	96.8	49.8	36.7	88.5	-0.36	12.4	2.9	2.5	97.9	98.9	في المرتبة الرابعة
17.5	93.6	55.8	48.1	88.6	-0.18	9.8	2.8	1.8	97.3	99.1	الأغنى
تعليم المرأة											
									97.9	93.0	أمية
									96.5	96.4	تقرأ وتكتب
									97.5	98.2	ابتدائي
									97.6	98.5	إعدادي
									97.9	99.2	ثانوي
									97.9	99.1	متوسط
									98.6	99.3	تعليم عالٍ
تعليم الشريك											
									94.2	94.6	أمي
									97.2	97.5	يقرأ ويكتب

يستكمل في الصفحة التالية

الجدول 14ب-1 المؤشرات حسب الخصائص الأساسية (تابع)

نسبة الأطفال	الرعاية والتعليم		الطول		رعاية قبل الولادة من		مدرسة	قابلة ماهرة عند الولادة	وفيات الشهر الأول	وفيات السنة الأولى	مصابون بالتقزم	انحراف (النسبة للعمر)	الملح المعالج باليود	المرحلة الطفولة المبكرة	أنشطة تنموية	تأديب عنيف	نسبة الأطفال 4 - 0	
	الرعاية والتعليم	لمرحلة الطفولة المبكرة	بالنسبة للعمر	(انحراف معياري)	قبل كوادر صحية	قابلة ماهرة عند الولادة												
								97.7										ابتدائي
								97.6										إعدادي
								97.4										ثانوي
								98.1										متوسط
								98.6										تعليم عالٍ
								100.0										مفقود/غائب/غير معروف
تعليم رب الأسرة																		
										3.1								أمي
										2.8								ابتدائي
										3.0								+ثانوي
تعليم الأمر																		
																		أمية أو تقرأ ويكتب
																		أساسي
																		ثانوي / دبلوم
																		تعليم عالٍ
																		مفقود/غائب/غير معروف
تعليم الأب																		
																		أمي أو يقرأ ويكتب
																		أساسي
																		ثانوي / دبلوم
																		تعليم عالٍ
																		مفقود/غائب/غير معروف

الجدول 14ب-1 المؤشرات حسب الخصائص الأساسية (تابع)

نسبة الأطفال 4 - 0	تأديب عنيف	أنشطة تنموية	الرعاية والتعليم		الطول		مصابون بالتقزم	وفيات السنة الأولى	وفيات الشهر الأول	قابلة ماهرة عند الولادة	رعاية قبل الولادة من قبل كوادر صحية مدرية	نسبة الأطفال 4 - 0
			لمرحلة الطفولة المبكرة	المعالجة باليود	بالنسبة للعمر (انحراف معياري)	المرحلة الطفولة المبكرة						
الإقامة												
54.8	95.7	46.6	34.3	86.5	-0.47	12.7	3.0	2.0	97.7	98.1	حضر	
27.2	94.9	48.2	33.3	88.9	-0.42	10.3	2.8	2.0	97.3	98.5	ريف	
18.0	96.0	45.3	34.5	89.7	-0.41	11.4	3.0	2.3	98.4	99.7	مخيمات اللاجئين	
الإقليم												
58.1	94.4	48.8	32.6	88.0	-0.34	9.6	2.8	1.9	96.5	98.1	الضفة الغربية	
41.9	97.1	44.0	36.2	87.3	-0.58	14.7	3.3	2.2	99.5	99.0	قطاع غزة	
المحافظات												
5.5	95.1	45.8	35.4	94.4	-0.42	8.0			94.8	98.6	جنين	
1.1	86.7	43.7	30.7	94.2	-0.32	7.2			96.3	94.7	طوباس	
3.9	92.9	55.4	45.3	88.0	-0.11	4.8			96.6	98.4	طولكرم	
7.8	96.9	50.7	34.4	82.7	-0.34	7.7			98.8	99.1	نابلس	
2.4	87.7	40.4	36.9	93.4	-0.10	6.2			95.3	97.3	قلقيلية	
1.9	97.4	53.8	50.4	98.1	-0.32	11.7			93.7	99.2	سلفيت	
7.1	94.8	62.6	40.9	89.8	-0.28	9.3			99.1	98.0	رام الله والبيبة	
1.1	99.2	39.8	36.7	84.6	-0.25	14.0			99.2	99.2	أريحا والأغوار	
8.5	96.0	52.9	35.7	86.8	-0.28	12.0			90.2	97.7	القدس	
3.9	91.0	48.9	35.2	90.1	-0.10	5.8			99.7	98.9	بيت لحم	
14.8	94.5	40.4	17.5	85.3	-0.52	12.6			98.0	97.6	الخليل	
7.8	96.2	39.2	26.5	92.1	-1.32	33.2			99.5	98.7	شمال قطاع غزة	
15.9	98.2	42.6	41.9	83.8	-0.40	9.6			99.2	98.5	قطاع غزة	

يستكمل في الصفحة التالية

الجدول 14ب-1 المؤشرات حسب الخصائص الأساسية (تابع)

نسبة الأطفال 4 - 0	تأديب عنيف	أنشطة تنموية	الرعاية والتعليم		الطول			رعاية قبل الولادة من			دير البلح
			لمرحلة الطفولة المبكرة	الملح المعالج باليود	بالنسبة للعمر (انحراف معياري)	مصابون بالتقزم	وفيات السنة الأولى	وفيات الشهر الأول	قابلة ماهرة عند الولادة	قبل كوادر صحية مدرية	
5.6	95.6	44.6	24.3	82.7	-0.36	10.5			99.6	100.0	رفح
7.5	96.8	48.8	44.0	88.2	-0.49	12.8			99.8	99.3	المجموع
5.1	97.2	48.0	33.9	94.9	-0.32	9.7			99.7	99.3	(ملاحظات) N
100.0	95.5	46.8	34.1	87.7	-0.44	11.8	3.0	2.1	97.7	98.5	
	2,796	10,105	3,952	12,135	9,236	9,236	8,526	8,526	6,323	6,342	

المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح الفلسطيني لصحة الأسرة، 2006
ملاحظة: بيانات على مستوى المحافظة لوفيات حديثي الولادة والرضع، ورعاية وتعليم الطفولة المبكرة، وعمالة الأطفال تم حذفها بسبب صغر حجم العينة أو انخفاض النسب. والخانات الخالية تعني لا ينطبق أو غير متوفر.

الملحق 14 ج: العلاقة بين مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة والمعلومات الأساسية، عند أخذ الخصائص الأساسية المتعددة في الاعتبار

الجدول 14 ج-1 العلاقة بين مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة والخصائص الأساسية المتعددة

		الرعاية والتعليم		المعالجة بالبيود		رعاية ما قبل الولادة	
		وفيات حديثي الولادة	وفيات الرضع	مصابون بالتهنير	الطفولة المبكرة	المعالج	الولادة
		أنشطة تنموية	تأديب عنيف				
أشياء							
الإقامة							
					+		+
				-		+	
				+	+		+
قطاع غزة							
الثروة، 20 في المائة من الأسر							
					+		
				-			
		+		-	+		
		+		-	+		+
		+		-	+		+
تعليم المرأة							
		لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق
		لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق
		لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق
		لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق
		لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق
		لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق
تعليم الشريك							
		لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق
		لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق
		لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق
		لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق
		لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق
		لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق
		لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق
تعليم الأم							
					+	لا ينطبق	لا ينطبق
		+		لا ينطبق	+	لا ينطبق	لا ينطبق
		+		لا ينطبق	+	لا ينطبق	لا ينطبق
		-		لا ينطبق	-	لا ينطبق	لا ينطبق
تعليم الأب							
						لا ينطبق	لا ينطبق
						لا ينطبق	لا ينطبق
						لا ينطبق	لا ينطبق
						لا ينطبق	لا ينطبق
تعليم رب الأسرة							
		لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق
		لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق

يستكمل في الصفحة التالية

الجدول 14 ج-1 العلاقة بين مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة والخصائص الأساسية المتعددة (تابع)

	الرعاية والتعليم							
	رعاية ما قبل الولادة	المعالجة بالبيود	الطفولة المبكرة	مصابون بالتقزم	حديثي الولادة	وفيات الرضع	أنشطة تنموية	تأديب عنيف
قيمة P (نموذج)	0.000	0.000	0.000	0.000	0.424	0.724	0.000	0.012
N (ملاحظات)	6,342	12,123	3,947	9,227	8,487	8,484	10,095	2,794
الجذر التربيعي الزائف	0.067	0.065	0.006	0.037	0.020	0.004	0.013	0.026

المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح الفلسطيني لصحة الأسرة (PFHS)، 2006. ملاحظة: تشير الفراغات إلى عدم وجود علاقة إحصائية مهمة.

الحواشي

1. تحسب كل من معدلات وفيات الرضع وحديثي الولادة بناء على وفيات من هم في عمر 12 إلى 59 شهرا قبل المسح.
2. يطرح مسح صحة الأسرة في الضفة الغربية وقطاع غزة، 2006 أسئلة بشأن الرعاية قبل الولادة فيما يخص الولادات الحية، في الخمس سنوات الماضية فقط. وبما أنه من المرجح أن تربط الولادات الحية بالرعاية قبل الولادة، فإن النسبة المئوية للولادات التي لم تتلق رعاية قبل الولادة من المحتمل أن تكون تقلل من تقدير النسب المئوية لحالات الحمل التي لم تتلق رعاية قبل الولادة.
3. إما طبيب أو ممرضة/قابله.
4. في حين أن تقارير سابقة (البنك الدولي 2011) أشارت إلى أن الضفة الغربية وقطاع غزة لديها واحدة من أفضل نتائج تغذية الطفل في العالم، فإن تقرير البنك الدولي (2011) استخدم بيانات مختلفة وأقدم للمقارنة، فوجود نسبة تقزم 12 في المائة، على الرغم من أنها نسبة جيدة للمنطقة استنادا لمستوى الدخل في الضفة الغربية وقطاع غزة، تظل قصورا جوهريا في تنمية الأطفال يتعين معالجته.
5. الوحدات الخاصة بالطول بالنسبة للعمر، والوزن بالنسبة للعمر، والوزن بالنسبة للطول تبين كيف أن الأطفال في الضفة الغربية وقطاع غزة هم مختلفون في المتوسط عن مرجعية السكان من حيث الانحرافات المعيارية.
6. أكثر من 15 جزءا في المليون من البيود في الملح.
7. الأنشطة الستة هي: (1) قراءة كتب أو مشاهدة كتب تحتوي صورا مع الطفل (2) رواية قصص للطفل (3) غناء أغاني مع الطفل (4) أخذ الطفل خارج البيت، المجمع أو الساحة أو الحديقة (5) اللعب مع الطفل (6) تضيئة وقت مع الطفل وهو يسمي الأشياء باسمها أو يعد أو يرسم أشياء
8. حسب تعريفات المسح المتعدد المؤشرات، يكون التأديب العنيف قائما على التأديب الذي تلقاه الطفل من قبل أي فرد في الأسرة خلال الشهر الأخير، وهو يشمل: الاعتداء النفسي (الصراخ، والصياح على الطفل؛ وتسميته بالغبى، والكسول، أو أي تسمية كهذه) العقاب الجسدي (هز الطفل؛ صفع على الكفل، ضرب أو صفع الطفل على المؤخرة بيده؛ ضرب الطفل على المؤخرة أو مكان آخر في جسده باستخدام أداة مثل الحزام، أو فرشاة الشعر، أو عصا، أو غرض آخر قاسي؛ ضرب أو صفع الطفل على يده، أو ذراعه أو رجله) والعقاب الجسدي القاسي (ضرب أو صفع الطفل على الوجه، أو الرأس أو الأذنين؛ ضرب الطفل بأداة (مرارا وتكرارا وبأقصى ما يمكن).
9. تعرف الثروة من حيث أي فئة 20 في المائة من الأسر يقع الطفل ضمنها، بناء على مؤشر أصول (ثراء) للسلع المعمرة.
10. نستخدم مستوى دلالة إحصائية بواقع 5 في المائة عبر الدراسة.
11. بما أنه لا يتوفر مكون نظامي واضح يتعلق بالاختلافات الجغرافية حضر/ريف/معسكر لاجئين، أو الضفة الغربية مقابل قطاع غزة، فإننا لا نضمن مكونا جغرافيا في محادثنا؛ فهي تخص فئة مرجعية لطفل حضري يعيش في الضفة الغربية.

المراجع

- Palestinian Central Bureau of Statistics. 2007. *Palestinian Family Health Survey 2006: Final Report*. Ramallah, Palestine.
- . 2013. *Final Report of the Palestinian Family Survey 2010*. Ramallah, Palestine.
- UNDP (United Nations Development Programme). 2014. "Human Development Index." (accessed April 23, 2014) <https://data.undp.org/dataset/Table-2-Human-Development-Index-trends/efc4-gjvq>.
- UNICEF (United Nations Children's Fund). 2010. *Child Disciplinary Practices at Home: Evidence from a Range of Low- and Middle-Income Countries*. New York: UNICEF.
- . 2014. *The State of the World's Children 2014 in Numbers: Every Child Counts: Revealing Disparities, Advancing Children's Rights*. New York: UNICEF.
- World Bank. 2011. *Coping with Conflict? Poverty and Inclusion in the West Bank and Gaza*. Washington, DC: World Bank.
- World Development Indicators (database). World Bank, Washington, DC. <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>.

جمهورية اليمن

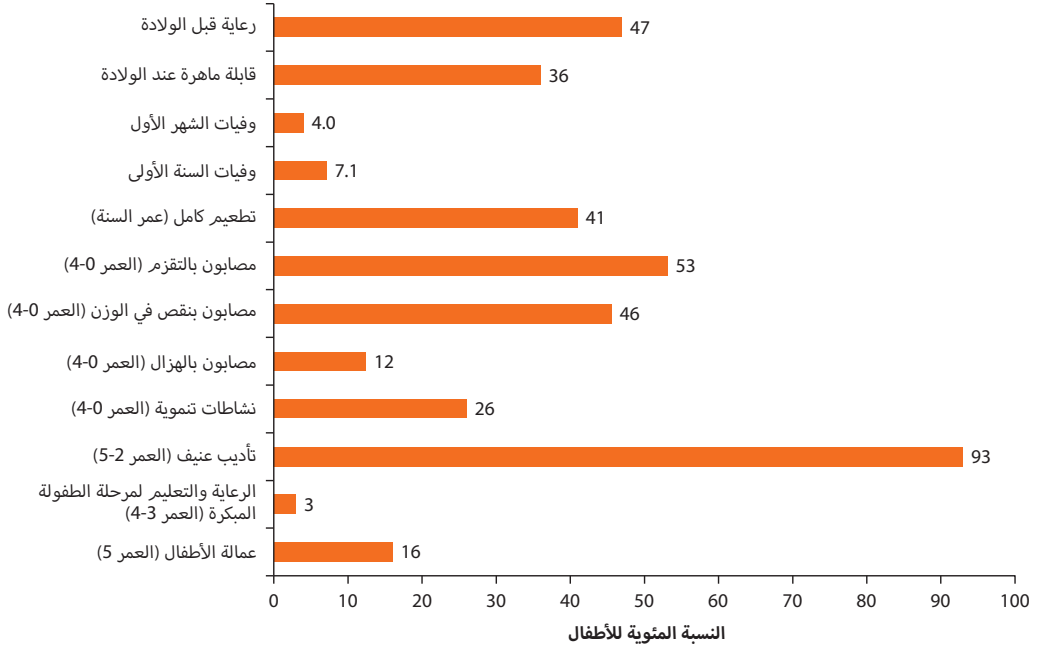
حالة تنمية الطفولة المبكرة في جمهورية اليمن

يواجه الأطفال في اليمن سلسلة من التحديات والمخاطر التي تهدد بشكل خطير تنميتهم المبكرة. ويبين الشكل 15-1 ملخص مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة في اليمن. ومن حيث رعاية ما قبل الولادة وأثناءها، فإن فقط نصف الولادات تحصل على رعاية قبل الولادة، و فقط ثلث حالات الولادة تتم على يد قابلات ماهرات. وتعتبر حالات الوفاة المبكرة مرتفعة حيث إن 4 في المائة من الأطفال يموتون في الشهر الأول من عمرهم، و 7 في المائة في السنة الأولى من عمرهم. والأطفال الذين ينجون في هذه المرحلة معرضون بشكل كبير للمرض، وسوء التغذية، والوفاة. كما أن أكثر من نصف الأطفال غير محصنين بالكامل في عمر السنة. يعتبر سوء التغذية مشكلة جسيمة في اليمن، حيث إن 53 في المائة من الأطفال يعانون من التقزم، و 46 في المائة يعانون من نقص الوزن، و 12 في المائة من الهزال. أما بالنسبة لنمو الأطفال الاجتماعي والعاطفي، فإن ربع الأطفال فقط يشاركون في أنشطة تنموية ونسبة 3 في المائة منهم فقط يلتحقون برعاية وتعليم الطفولة المبكرة. كما أن أكثر من 90 في المائة من الأطفال بين أعمار سنتين إلى 5 سنوات يتم تأديبهم بشكل عنيف، و 16 في المائة من الأطفال في عمر الخامسة ينخرطون في عمالة الأطفال.

ويقدم هذا التقرير وضع تنمية الطفولة المبكرة في اليمن. ويتم فحص الوضع الصحي للأطفال من خلال مؤشرات (راجع الإطار 15-1) للوفيات المبكرة، والرعاية قبل الولادة، ووجود قابلة ماهرة عند الولادة. ويتم فحص الوضع الغذائي للأطفال من خلال التقزم (الطول بالنسبة للعمر)، ونقص الوزن (الوزن بالنسبة للعمر) والهزال (الوزن بالنسبة للطول). من أجل تقييم التطور المعرفي والاجتماعي او العاطفي، ينظر التحليل في نطاق مشاركة الأطفال في ممارسة أنشطة تنموية، وحضور رعاية وتعليم الطفولة المبكرة وما إذا كان الأطفال يتعرضون للتأديب العنيف. ويتم كذلك النظر في عمالة الأطفال في عمر 5 سنوات. ومن أجل فهم أفضل للسياق والظروف التي تؤثر على محصلات تنمية الطفولة المبكرة، يدرس التحليل أيضا العوامل الأساسية التي قد تترافق مع محصلات تنمية الطفولة المبكرة على مستوى الفرد، والأسرة، والمجتمع، والعلاقة بينهم. (راجع الملاحق 15 أ، و 15 ب، و 15 ج، للحصول على معلومات إضافية بشأن البيانات وهذه العلاقات). ولمعرفة السياق العام للبلد، راجع الإطار 15-2. وأخيراً، يقدم هذا الفصل تحليلاً لنطاق التفاوت في محصلات تنمية الطفولة المبكرة.

ويستند التحليل إلى أحدث البيانات المتوفرة: المسح العنقودي المتعدد المؤشرات (MICS) من 2006. تغطي البيانات الأبعاد المتنوعة من الطفولة المبكرة من قبل ولادة الطفل وحتى سن الدخول إلى المدرسة (في عمر

الشكل 1-15 ملخص مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح متعدد المؤشرات لليمن، 2006، عدا بيانات التقزم ونقص الوزن والهزال حسب مسح المشروع العربي لصحة الأسرة، 2003.

الإطار 1-15 - مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة التي تم فحصها في اليمن

- رعاية ما قبل الولادة
- قابلية ماهرة عند الولادة
- وفيات حديثي الولادة (وفيات الشهر الأول)
- وفيات الأطفال (وفيات السنة الأولى)
- تطعيم كامل
- التقزم/الطول بالنسبة للسن
- النقص في الوزن/الوزن بالنسبة للسن
- الهزال/الوزن بالنسبة للطول
- الرعاية والتعليم لمرحلة الطفولة المبكرة
- الأنشطة التنموية الوالدية
- التأديب العنيف للطفل
- عمالة الأطفال

السادسة في اليمن)، إلا أنها لاتشمل بيانات عن الطول أو الوزن، التي تم احتسابها باستخدام أحدث مشروع للمسح العربي لصحة الأسرة (PAPFAM) في 2003. ولو توفرت بيانات أكثر وتم فحصها، لأمكن تقديم فكرة أفضل عن تنمية الطفولة المبكرة في اليمن. وفي حين أنه في ظل الظروف الاعتيادية، تتغير مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة بشكل بطيء

الإطار 2-15 ملخص مؤشرات التنمية في اليمن

يعتبر اليمن بلداً ذا دخل متدنٍ إلى متوسط، مع ناتج محلي إجمالي للفرد بلغ حوالي 1494 دولاراً أمريكياً في 2012 (بالدولار الأمريكي الحالي، الجدول ب1-15). وقد ازداد عدد سكان اليمن خلال العشرين سنة الماضية ليصل 23.9 مليون نسمة، و41 في المائة منهم بعمر أقل من 15 سنة. وقد تحسن معدل توقع الحياة من 58 سنة في 1990 إلى 63 سنة في 2012، ووصل معدل الالتحاق الإجمالي في المرحلة الابتدائية إلى 97 في المائة. وبصورة عامة، حلت اليمن في المرتبة 160 من أصل 186 بلداً، مع بيانات قابلة للمقارنة في مؤشر التنمية البشرية لعام 2012 (HDI).

الجدول ب1-15 المؤشرات الاجتماعية والاقتصادية لليمن

2012	1990	
23.9	11.8	إجمالي السكان
41	52	النسبة المئوية من السكان دون سن 15 سنة
\$1,494	\$479	الناتج المحلي الإجمالي للفرد (بالدولار الأمريكي)
63	58	معدل توقع الحياة لدى الولادة
97	—	الالتحاق بالمدرسة الابتدائية (في المائة إجمالي)

المصدر: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، مؤشرات التنمية العالمية 2014
ملاحظة: - = غير متوفر

نسبياً على أرض الواقع اليوم، وفي ضوء الربيع العربي في اليمن، قد تكون حدثت تغيرات سريعة وكبيرة، مما قدم تحديات وفرصاً جديدة لتحسين تنمية الطفولة المبكرة في اليمن.

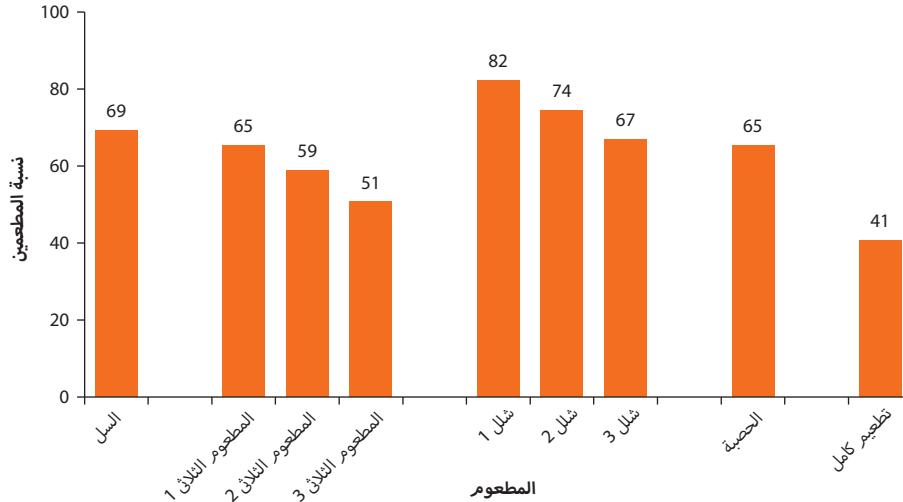
البقاء، والرعاية الصحية، والتغذية

إن الخطوة الأولى في تنمية طفولة مبكرة صحية هي ببساطة تجاوز مرحلة الطفولة المبكرة مع البقاء على قيد الحياة. وفي اليمن، طفل واحد من كل 14 طفلاً مولوداً يموت خلال السنة الأولى من عمره.¹ وهذا يعني أن 168 طفلاً تحت سن سنة واحدة يموتون كل يوم. إن وفيات الأطفال الرضع، والتي تشير إلى الأطفال الذين يتوفون قبل عيد ميلادهم الأول، كانت 71 وفاة لكل ألف في الجمهورية اليمنية،² أي تقريباً ثلاثة أضعاف المعدل في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا (24 لكل 1000 طفل) (اليونيسف 2014). وتتألف معظم وفيات الأطفال الرضع من وفيات الأطفال حديثي الولادة - أي الأطفال الذين يتوفون خلال الشهر الأول من الحياة. وفي اليمن، 40 طفلاً من كل 1000 طفل مولود يموتون خلال الشهر الأول من الحياة، وهذا أعلى بكثير من المتوسط الإقليمي لعام 2012 والبالغ 15 وفاة لكل ألف ولادة وأعلى بكثير من متوسط عام 2012 للدول الأقل نمواً والبالغ 20 وفاة لكل ألف ولادة (اليونيسف 2014). وعلى الرغم من أن معدل وفيات الأطفال الرضع كان في انخفاض في الجمهورية اليمنية - من حوالي 100 وفاة لكل ألف في عام 1986 - فإن وفيات الأطفال حديثي الولادة لا تزال تمثل مشكلة مستمرة بمعدل انخفاض أصغر وأبطأ (مؤشرات التنمية العالمية). في الجمهورية اليمنية، أقل من نصف الولادات³ (47 في المائة) يتلقون رعاية ما قبل الولادة و فقط الثلث (36 في المائة) تتم بوجود مهني صحي مدرب،⁴ مما يعرض الأطفال والأمهات للخطر. وهذا المعدل لرعاية ما قبل الولادة في اليمن أقل من المتوسط الإقليمي لعام 2012 لمنطقة الشارقة الأوسط وشمال أفريقيا (83 في المائة) ومتوسط الدول الأقل نمواً (74 في المائة) (اليونيسف 2014). وحقائق أن فقط ثلث (36 في المائة) الولادات الحية⁵ تمت بحضور مهني صحي هو أقل بكثير عن المتوسط الإقليمي لمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (79 في المائة) وأقل من

متوسط الدول الأقل نمواً (46 في المائة) (اليونيسف 2014). إلا أن الحصول على رعاية ما قبل الولادة في اليمن كان في ازدياد مع مرور الوقت؛ في عام 2003، حصل 41 في المائة من الولادات على رعاية ما قبل الولادة. و نسبة الولادات التي تمت على يد قابلات ماهرات ازدادت بشكل ملحوظ من 27 في المائة في عام 2003 إلى 36 في المائة في عام 2006 (مؤشرات التنمية العالمية). وهناك تداخل كبير بين الولادات التي لا تحصل على رعاية ما قبل الولادة والولادات التي لا تتم على يد قابلات مدربات، حيث إن أربعة أخماس الولادات (81 في المائة) التي لم تحصل على رعاية ما قبل الولادة، لم تتم على يد قابلات مدربات.

ويلعب التحصين الكامل للأطفال دوراً هاماً في الحد من أمراض الطفولة التي يمكن أن تعوق النمو أو تسبب الوفاة. ويعد الأطفال محصنين بالكامل لدى حصولهم على تطعيم ضد كل أمراض الطفولة الرئيسية الستة التي يمكن الوقاية منها: السل، والدفتيريا، والسعال الديكي، والكزاز^٥، وشلل الأطفال^٦، والحصبة. ويجب أن يتلقوا التحصين الكامل قبل بلوغهم 12 شهراً. إلا أن اليمن لا يحقق مستوى التحصين الكافي الذي يتيح وجود مناعة قطيعة^٧؛ حيث 41 في المائة فقط من الأطفال بين 12 - 23 شهراً محصنون بالكامل. وفي الوقت الذي حقق فيه اليمن تقدماً حقيقياً في زيادة معدلات التحصين بشكل عام أواخر التسعينيات (مؤشرات التنمية العالمية)، إلا أن المعدلات بقيت في حالة ركود خلال عقد الألفية الأولى. فمطاعيم مختلفة غير مستخدمة بالشكل الكافي في اليمن (الشكل 2-15)، حيث إن نسبة التغطية لمطاعيم السل والحصبة هي أقل من 70 في المائة. والتغطية الخاصة بمطعوم الدفتيريا، والسعال الديكي، والكزاز (DPT)^٨ هي أقل من 70 في المائة، وفي كثير من الأحيان لا يحصل الأطفال على جميع الجرعات الخاصة

الشكل 2-15: النسبة المئوية من الأطفال بعمر 12-23 شهراً المطعمين حسب المطعوم



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح متعدد المؤشرات لليمن، 2006

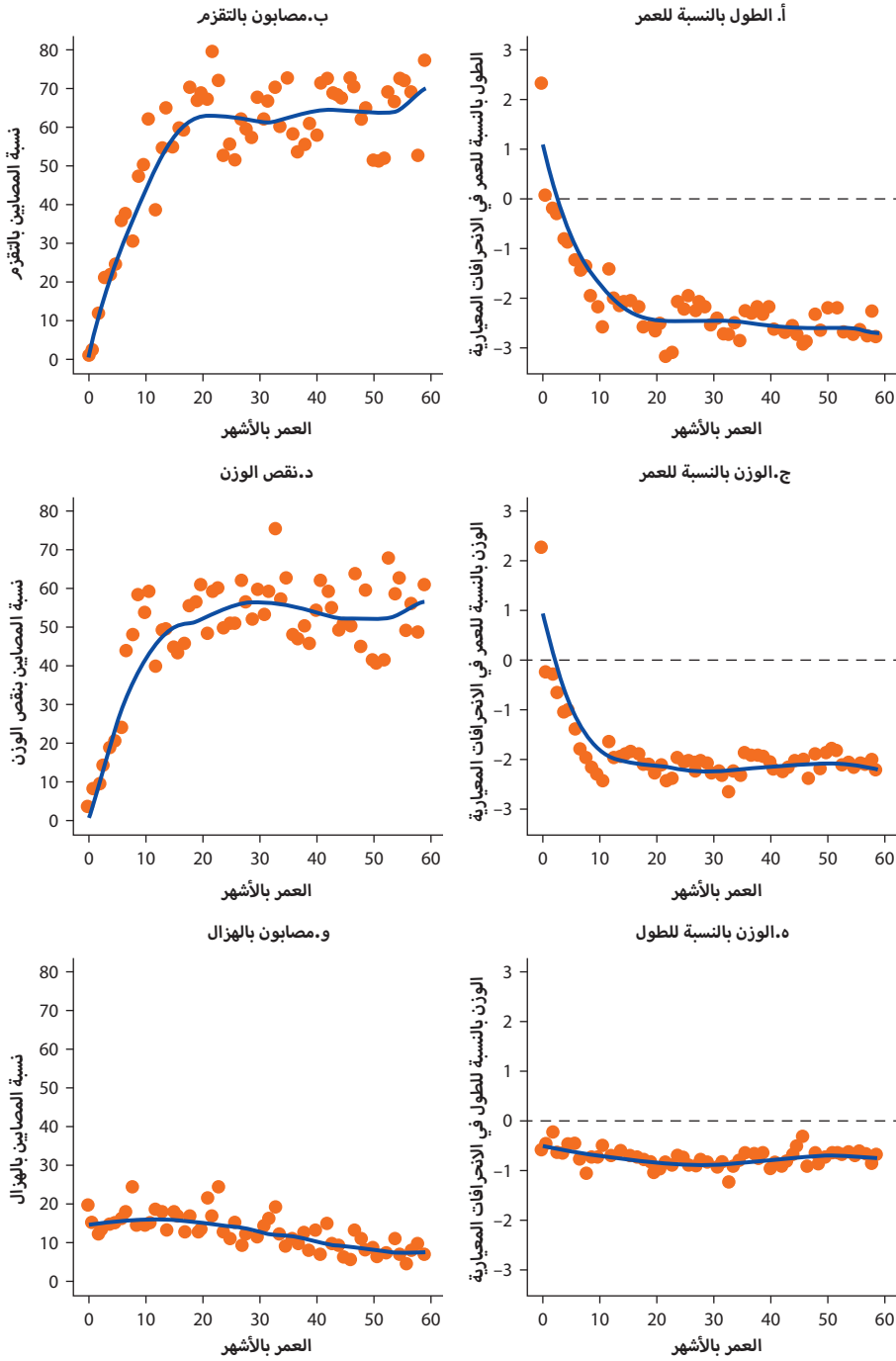
بالمطعوم الثلاثي DPT أو شلل الأطفال. إلا أن معظم الأطفال يحصلون على بعض المطاعيم، مما يشكل تواصلًا مع نظام الرعاية الصحية وفرصة تحقيق تغطية كاملة عن طريق متابعة التحصينات المتعددة. وفقاً لآخر البيانات المتاحة،¹⁰ 53 في المائة من الأطفال في اليمن مصابون بالتقزم، و 46 في المائة يعانون من نقص في الوزن، و 12 في المائة مصابون بالهزال. والأطفال في اليمن يتدهور وضعهم بعد الولادة بقليل، مع الطول بالنسبة للعمر أقل من المتوسط الصحي (الشكل 15-3).¹¹ وخلال السنة الأولى من الحياة، يتعرض الأطفال لتدهور كبير في النمو الصحي. مثلاً متوسط الطول بالنسبة للعمر يصل تقريباً إلى انحرافين معياريين (2SD) كاملين تحت المتوسط المرجعي للسكان، من عمر سنة واحدة فأعلى. وحوالي 60 في المائة من الأطفال من عمر سنة واحدة وما فوق مصابون بالتقزم. وخلال الأشهر الأولى من العمر، يتعثر الوزن بالنسبة للعمر عند الأطفال؛ ويبقى معدل الوزن بالنسبة للعمر منخفضاً بحوالي انحرافين معياريين أقل من المتوسط المرجعي بعد عمر السنة. وفي المقابل، يعاني أكثر من 50 في المائة من الأطفال من نقص الوزن بعد عمر سنة. ويظهر الوزن بالنسبة للطول -المقيس وفقاً للعمر- أن الأطفال متأخرون في المتوسط بين نصف و انحراف معياري واحد أقل من المرجعية السكانية الصحية من نفس الطول. أما بالنسبة للهزال -وهو أقل بكثير من المعدل الصحي للوزن بالنسبة للطول-، فهو حاد في السنة الأولى من عمر الطفل ثم يتناقص بنسبة قليلة جداً بعد ذلك.

تلعب المغذيات الدقيقة، مثل الحديد، وفيتامين (أ)، والزنك، واليود دوراً هاماً في كل من التنمية البدنية والمعرفية على حد سواء. والملح المعالج باليود هو الوسيلة الأساسية لتقديم اليود للأطفال. وفي اليمن منذ عام 2006، فقط 30 في المائة من الأطفال يحصلون على الملح المعالج باليود بالشكل الكافي. وبالتالي، ثلثا الأطفال في اليمن (70 في المائة) عرضة لخطر ضعف النمو المعرفي بسبب عدم استخدام أسرههم للملح المعالج باليود بالشكل الكافي (مؤشرات التنمية العالمية).¹² ويواجه الأطفال والأمهات اليمنيون نقصاً في مغذيات دقيقة هامة أخرى. فيتامين (أ) ضروري جداً للنظر، والنمو والتطور، كما يساعد في الحماية من بعض الأمراض. وفي عام 2007 في اليمن، فقط 47 في المائة من الأطفال بين 6-59 شهراً حصلوا على كبسولة فيتامين (أ) في الأشهر الستة التي سبقت المسح (مؤشرات التنمية العالمية).

التطور المعرفي، والاجتماعي، والعاطفي

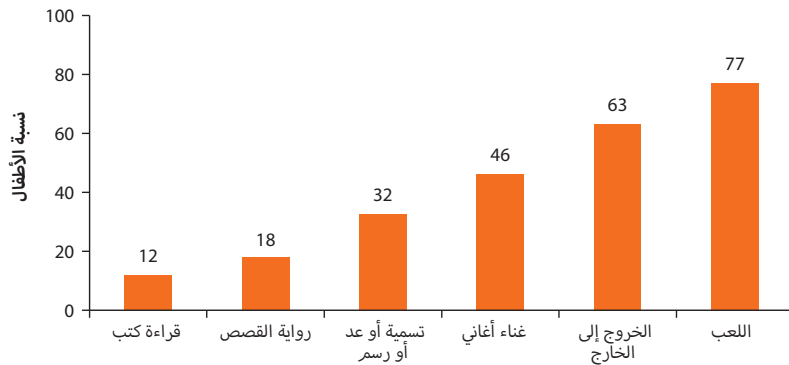
على الرغم من أنه تم إثبات أهمية اللعب والتفاعل في تنمية الطفولة المبكرة، فإن الأطفال في اليمن يعانون من النقص في فرص النمو النفسي والاجتماعي. وفي المسح العنقودي المتعدد المؤشرات، سئل الأشخاص القائمون على رعاية أطفال من عمر صفر- 4 سنوات عما إذا كان البالغون في الأسرة يشاركون في أي نشاط من ستة أنشطة نموية تدعم تطور الطفل.¹³ وأظهرت النتائج أن أكثر من 15 في المائة من الأطفال لم يمارسوا أيًا من الأنشطة النموية الستة، وأن الربع فقط (26 في المائة) مارسوا أربعة أنشطة نموية أو أكثر. وفي حين أن جميع الأنشطة مهمة للتطور الاجتماعي والعاطفي، فإن القراءة، وتسمية الأشياء، والعد، والرسم تتضمن مكوناً معرفياً وتربوياً هاماً. إلا أنه وفقاً للمسح، كان اللعب (77 في المائة) هو النشاط النموي الأكثر شيوعاً الذي يشارك فيه البالغون مع أطفالهم (الشكل 15-4). ومعظم الأطفال (63 في المائة) تم اصطحابهم إلى الخارج. وأقل من نصف الأطفال مارسوا أنشطة نموية مع مكون قوي لتحفيز المعرفة؛ فقط 46 في المائة من الأطفال تم غناء أغاني لهم، و 32 في المائة شارك معهم شخص بالغ في تسمية

الشكل 15-3: متوسط الطول بالنسبة للعمر، والوزن بالنسبة للعمر، والوزن بالنسبة للطول مقارنة بمرجعية سكانية تتمتع بصحة جيدة في الانحرافات المعيارية ونسب التقزم، ونقص الوزن، والهزال وفق العمر بالأشهر لأعمار من صفر إلى 4 سنوات



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسح المشروع العربي لصحة الأسرة (PAPFAM)، 2003

الشكل 4-15 نسبة الأطفال في اليمن الذين يشاركون في أنشطة تنموية، حسب النشاط،



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح متعدد المؤشرات لليمن، 2006

الأشياء، أو العد، أو رسم الأشياء، و 18 في المائة تم رواية قصص لهم، و فقط في 12 في المائة تم قراءة كتب لهم (أو كتب مصورة).

أثبتت الأدلة أن رعاية وتعليم الطفولة المبكرة (ECCE) تحسن التطور المعرفي والاجتماعي والعاطفي، مع فوائد يمكن أن تدوم مدى الحياة. و 3 في المائة فقط من أطفال اليمن يحصلون على رعاية وتعليم الطفولة المبكرة. وأحد أهداف برنامج التعليم للجميع هو توسيع نطاق رعاية وتعليم الطفولة المبكرة، ولا سيما بين الأطفال الأكثر حرماناً واستضعافاً. وفي اليمن، و 97 في المائة من الأطفال في الثالثة والرابعة من العمر لا يلتحقون ببرنامج لرعاية وتعليم الطفولة المبكرة. وعلى الرغم من أن منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا لديها معدلات التحاق منخفضة في الطفولة المبكرة، حيث بلغ معدل الالتحاق الإجمالي في تعليم ما قبل الابتدائي 27 في المائة (مؤشرات التنمية للبنك الدولي)،¹⁴ فإن المعدل في اليمن أقل بكثير عن المتوسط. وقد يكون هناك أطفال ملتحقون بتعليم الطفولة المبكرة في عمر الخامسة أو ما فوق. وبشكل عام في اليمن، يلتحق الأطفال بالمدرسة في عمر متأخر؛ وفي حين أن 68 في المائة من الأطفال في عمر المدرسة (6-14 سنة) يلتحقون بالمدرسة، فإن فقط 40 في المائة من الأطفال في سن الدخول إلى المدرسة (6 سنوات) يلتحقون بالصف الأول (وزارة الصحة والسكان واليونيسف 2008).

وتحديات أخرى تعوق التنمية الصحية للأطفال في اليمن هي التأديب العنيف¹⁵ وعمالة الأطفال. والتأديب العنيف منتشر في اليمن مع 93 في المائة من الأطفال ما بين 2-5 سنوات تم تأديبهم بعنف. إن تأديب الأطفال جزء مهم من تربيته. إلا أن الأبحاث توصلت إلى أن التأديب العنيف يؤثر سلباً على النمو البدني، والنفسي والاجتماعي للأطفال (اليونيسف 2010). بالإضافة إلى ذلك، فإن 16 في المائة من الأطفال في سن الخامسة في اليمن انخرطوا في نوع من أنواع عمالة الأطفال - العمل لدى شخص لا ينتمي إلى الأسرة، أو القيام بالأعمال المنزلية أو القيام بعمل آخر للعائلة¹⁶. وعمالة الأطفال، والانخراط في عمل أو أعمال منزلية، يمكن أن تكون خطرة على الأطفال الصغار بشكل خاص. وقد تعوق من قدرتهم على الانتقال بنجاح إلى المدرسة. وفي الغالب كان الأطفال يشاركون في الأعمال المنزلية (14 في المائة من الأطفال في سن الخامسة)، ولكن بعضهم شارك في أعمال تخص الأسرة (3 في المائة من الأطفال في سن الخامسة) أو عملوا لدى آخرين (1 في المائة من الأطفال في سن الخامسة).

العوامل الرئيسية التي تؤثر على تنمية الطفولة المبكرة

هناك عدد من السمات الأساسية على مستوى الطفل، والعائلة، والمجتمع التي تؤثر على محصلات تنمية الطفولة المبكرة: النوع الاجتماعي، وتعليم الوالدين، والوضع الاجتماعي والاقتصادي للأسرة (الثروة)،¹⁷ والموقع الجغرافي (الإقليم أو المحافظة)، ومحل الإقامة (حضر/ريف). ويساعد فهم هذه العلاقات في تحديد سبب ضعف محصلات تنمية الطفولة المبكرة لدى بعض الأطفال، وأي الأطفال يجب استهدافهم بتدخلات في السياسات أو تدخلات برامجية. وعلى الرغم من أنه وجد أن الاختلافات في الثروة، والتعليم، والموقع الجغرافي تؤثر على تنمية الطفولة المبكرة في اليمن، فإنه نادراً ما توجد اختلافات موضوعية أو منهجية في تنمية الطفولة المبكرة استناداً إلى النوع الاجتماعي.

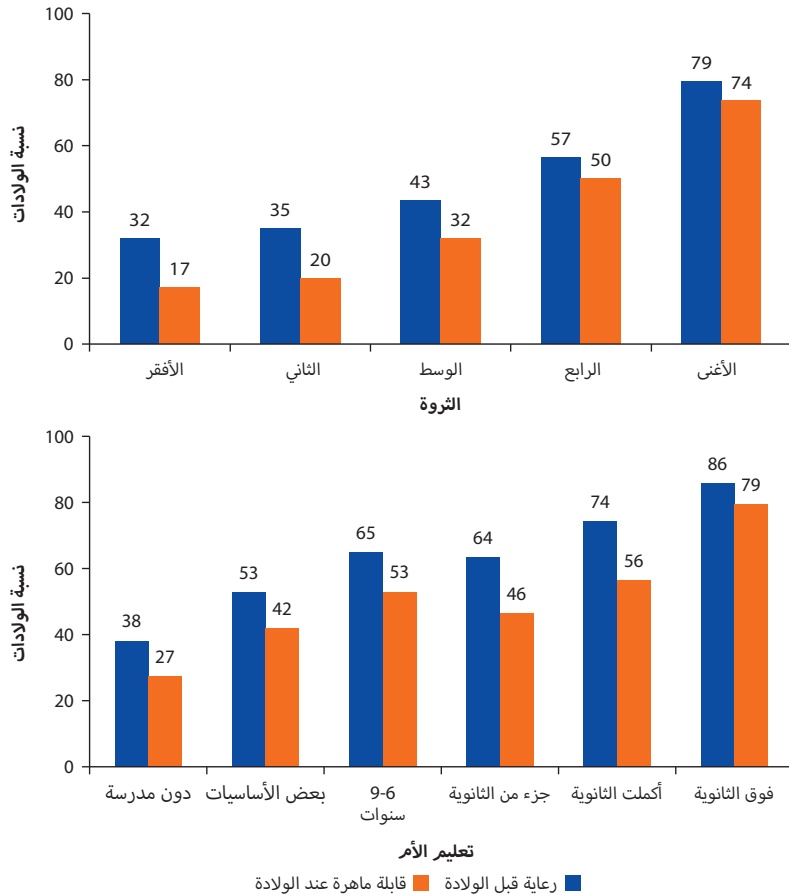
البقاء على قيد الحياة، والصحة، والتغذية

يتفاوت احتمال وفاة الطفل في السنة الأولى من العمر بشكل جوهري حسب الخصائص الأساسية للطفل. وفرصة وفاة الذكور في السنة الأولى من العمر تصل إلى 8 في المائة، و الإناث 7 في المائة-وارتفاع الوفيات بين الأطفال الرضع الذكور هو نمط شائع عالمياً بسبب عوامل جينية (هيل وأبشيرش 1995). وفرصة الوفاة بين الأطفال من أمهات حاصلات على تعليم أساسي أو ثانوي (حوالي 6 في المائة) أقل من الأطفال من أمهات بدون تعليم (حوالي 8 في المائة). والوفيات أكثر شيوعاً في المناطق الريفية (8 في المائة) عنها في المناطق الحضرية (6 في المائة). وبالرغم من أن حجم العينة صغير نوعاً ما لدراسة الوفيات حسب الأقاليم، فإن المنطقة الشمالية بها معدلات أعلى من حيث وفيات الأطفال حديثي الولادة (6 في المائة) والأطفال الرضع (10 في المائة). والأطفال من أفقر خمس من الأسر لديهم فرصة 10 في المائة في أن يتوفوا قبل أن يكملوا سنتهم الأولى، بينما الأطفال من الخمس الأكثر ثراء من الأسر فرصتهم في الوفاة قبل إكمال السنة الأولى هي 4 في المائة. وبعد أخذ خصائص متعددة بعين الاعتبار، فإن الأطفال في عدن والمناطق الجبلية كانوا أقل احتمالاً بكثير¹⁸ في أن يموتوا في السنة الأولى من حياتهم مقارنة بالأطفال في صنعاء، والأطفال من المستويات الأكثر ثراء كانوا أقل احتمالاً في أن يتوفوا عن الأطفال من الخمس الأفقر من الأسر.

إن استخدام رعاية ما قبل الولادة مرتبط ارتباطاً وثيقاً بالثروة، والتعليم (الشكل 15-5). ففي حين أن 32 في المائة من الولادات من الخمس الأفقر من الأسر تلقوا رعاية ما قبل الولادة، فإن 79 في المائة من الولادات من الخمس الأكثر ثراء من الأسر قد تلقوا ذلك. ولدى أخذ خصائص أخرى بعين الاعتبار، فإن كون الطفل من الخمس الأكثر ثراء من الأسر ومن أم وأب حاصلين على مستويات أعلى من التعليم، يجعل لديه فرصة أكبر في الحصول على رعاية ما قبل الولادة. وإن أهمية الثروة وتعليم النساء وأزواجهن في استخدام رعاية ما قبل الولادة تشير إلى أن كلا من القيود المالية ونقص المعلومات قد تمنع النساء من الحصول على رعاية ما قبل الولادة. وهناك أيضاً فروقات جغرافية واسعة في معدلات الحصول على رعاية ما قبل الولادة، والتي من المرجح أنها تمثل فروقات في الوصول إلى البنية التحتية الصحية. وفي حين أن 79 في المائة من الولادات في كل من مناطق مدينة صنعاء وعدن حصلوا على رعاية ما قبل الولادة، فإن أقل من نصف الولادات في المرتفعات الجبلية (45 في المائة)، وفي الشمال (45 في المائة) والغرب (34 في المائة) حصلوا على تلك الرعاية.

وهناك علاقة أقوى بين الثروة واستخدام قابلات ماهرات أثناء الولادة عن استخدام رعاية ما قبل الولادة (الشكل 15-5). وفي حين أن 17 في المائة من الولادات من الخمس الأفقر من الأسر تمت على يد قابلة ماهرة، فإن 74 في المائة من الولادات من الخمس الأكثر ثراء من الأسر حصلت على ذلك. واستخدام قابلة ماهرة أثناء الولادة يزداد بشكل ملحوظ مع زيادة مستوى تعليم المرأة، فعلى سبيل المثال، الطفل المولود من أم غير متعلمة فرصته في الولادة بحضور قابلة ماهرة هي 27 في المائة، بينما الطفل المولود من أم حاصلة على مستوى تعليم أعلى من الثانوي فإن

الشكل 15-5 نسبة الولادات التي تتلقى رعاية قبل الولادة ورعاية على أيدي ماهرة أثناء الولادة حسب مستوى الثروة وتعليم الأم

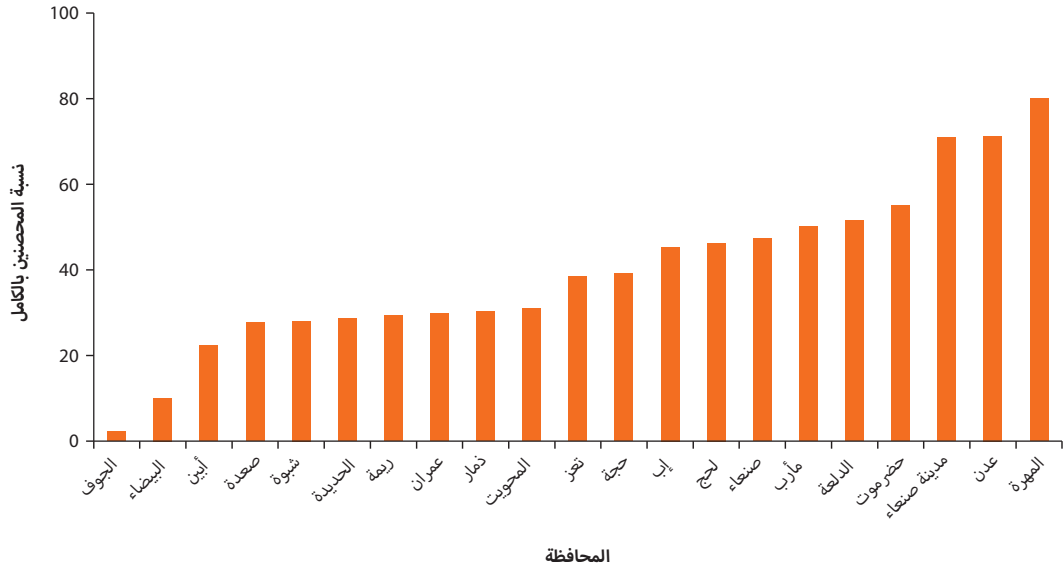


المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح متعدد المؤشرات لليمن، 2006

فرصته تصل إلى 79 في المائة. وبعد أخذ خصائص متعددة بعين الاعتبار، فإن النساء اللواتي لديهن مستوى تعليم ما فوق الثانوي لديهم احتمال أكبر بالولادة بحضور قابلات ماهرات، ولكن لم يكن هناك فروقات أخرى قائمة على التعليم. إلا أن الولادات في الخامس الثالث، والرابع والخمس الأكثر ثراء من الأسر، كانت أكثر احتمالاً بأن تحدث بحضور قابلات ماهرات عن الولادات في الخمس الأفقر من الأسر. والولادات في المنطق الريفية كانت أقل احتمالاً بكثير في أن تحدث بوجود قابلات ماهرات، وكذلك الوضع في المرتفعات الجبلية مقارنة بصنعاء، بينما الولادات في عدن كانت فرص وجود قابلات ماهرات أثناء الولادة أعلى. وتشير الفروقات الكبيرة في الاستعانة بقابلة ماهرة مقارنة برعاية ما قبل الولادة والقائمة على الموقع الجغرافي إلى أنه في الوقت الذي تستطيع فيه المرأة التنقل لتلقي رعاية ما قبل الولادة، فإن القابلات الماهرات لسن جهزات أو متواجبات محلياً عندما تكون المرأة في مرحلة المخاض.

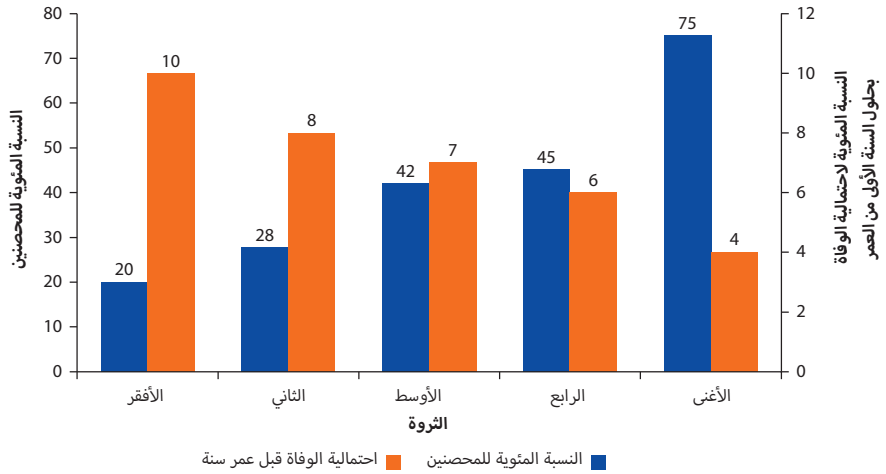
إن الثروة وموقع السكن مترتبان بشكل وثيق بحصول الأطفال على التحصين. ويبين الشكل 15-6، نسب الأطفال، حسب المحافظة، المحصنين بالكامل. وتتراوح المعدلات ما بين 2 في المائة في الجوف إلى 80 في المائة في المهرة. والأطفال لديهم فرص تختلف بشكل كبير حسب مكان إقامتهم في أن يكونوا محميين من الأمراض الشائعة. إن الفروقات في إمكانية الحصول على التحصين والقائمة على مستوى الثروة قد تساهم في اختلافات في الوفيات المبكرة. يبين الشكل 15-7 العلاقة بين الثروة والتحصين (المحور الأيسر - ص) ووفيات الأطفال (المحور الأيمن - س). فقط خمس الأطفال في عمر سنة ومن الخمس الأفقر من الأسر محصنون بالكامل، بينما ثلاثة أرباع الأطفال من الـ 20 في المائة الأكثر ثراء محصنون بالكامل ضد أمراض الطفولة. وهناك تفاوت كبير في معدلات التحصين حتى من رابع 20 في المائة من الأسر (45 في المائة محصنون و6 في المائة وفيات الأطفال الرضع) إلى الأكثر ثراء من الأسر (75 في المائة محصنون و4 في المائة معدل الوفيات). والتحصين يجب أن يكون خدمة عامة متوفرة على نطاق واسع؛ ولكن عوضاً عن ذلك، هناك تباينات واسعة قائمة على الموقع الجغرافي والثروة، حيث الأكثر ثراء يحصل على الخدمات. وبعض الفجوات في معدلات وفيات الأطفال ترتبط بهذا التباين في التحصين. فالتفاوت في معدلات التحصين هو أحد العوامل العديدة التي تتسبب بفرصة نسبتها 10 في المائة في وفاة الأطفال من أفقر خمس خلال السنة الأولى من العمر مقارنة بنسبة 4 في المائة من الأطفال الذين ينتمون إلى الخمس الأكثر ثراء من الأسر. وبعد أخذ

الشكل 15-6 النسبة المئوية للأطفال بعمر 12-23 شهرا والمحصنين بالكامل حسب المحافظة



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح متعدد المؤشرات لليمن، 2006

الشكل 7-15 النسبة المئوية من الأطفال المحصنين بالكامل (12-23 شهرا) ووفيات الرضع حسب مستوى الثروة



المصدر: بيانات البنك الدولي بناء على المسح متعدد المؤشرات لليمن، 2006

خصائص أخرى بعين الاعتبار، فإن كون الطفل من الخمس الثالث، أو الرابع أو الخمس الأكثر ثراء من الأسر يعني فرصة أكبر بكثير في أن يكون محصناً. وبالمثل، فإن وجود أب حاصل على تعليم أساسي على الأقل، يزيد بشكل كبير من فرص تحصين الطفل. وهذا يشير إلى وجود معوقات مالية وتعليمية أمام الحصول على التحصين.

تُظهر معدلات التقرم، ونقص الوزن والهزال في اليمن بعض الاختلافات حسب مستوى الثروة، مما يشير إلى أن كلا من الفقر والمشاكل في الصحة العامة ونوعية التغذية يؤديان إلى التقرم. فالطفل من أفقر خمس لديه فرصة بنسبة 57 في المائة بأن يصاب بالتقرم، بينما طفل من الخمس الأكثر ثراء فرصته 38 في المائة. فبينما كلاهما لديه فرصة في أن يصاب بالتقرم، فإن هناك فرقا واضحا قائما على الثروة. و تم ملاحظة فروقات صغيرة مرتبطة بمستوى تعليم رب الأسرة. وفي حين أن الطفل من الحضر لديه فرصة تقرم تصل إلى 44 في المائة، فإن الطفل من الريف فرصته 57 في المائة. ولا يوجد فروقات كبيرة حسب النوع الاجتماعي من حيث التغذية. وبعد أخذ خصائص أخرى بعين الاعتبار، فإن احتمال الإصابة بالتقرم بين الأطفال الذين ينتمون إلى الخمس الأكثر ثراء من الأسر أقل بكثير مقارنة بالأطفال من الخمس الأفقر من الأسر، ولكن لا يوجد فروقات جوهرية تتعلق بمستويات أخرى من الثروة. والأطفال الذين رب أسرتهم يستطيع القراءة والكتابة فرص إصابتهم بالتقرم أكبر بقليل، كما هو الحال بالنسبة لأطفال الريف.

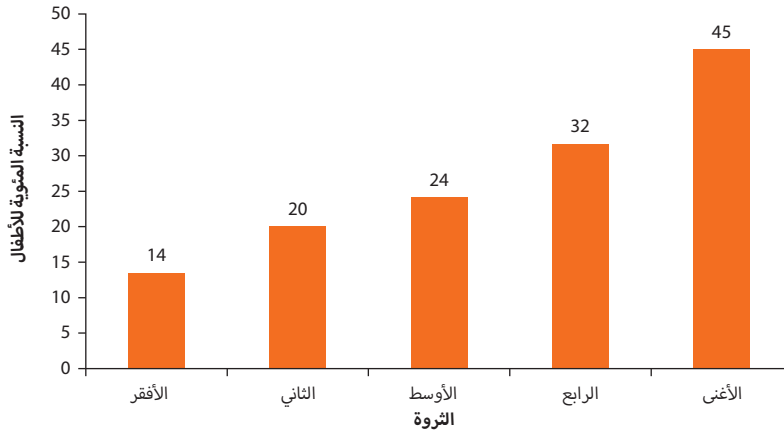
مقارنة بالتقرم، يشير النقص في الوزن إلى ميول أقوى حسب الخصائص الأساسية. وهناك فرق 11 نقطة مئوية في معدلات النقص في الوزن استناداً إلى مكان الإقامة (حضر/ريف). ويظهر الهزال والوزن بالنسبة للطول علاقة مشابهة مع الخصائص الأساسية. وبعد أخذ خصائص أخرى بعين الاعتبار، يكون لدى الأطفال فرصة أقل للإصابة بنقص الوزن في كافة مستويات الثروة الأخرى مقارنة بالخمس الأفقر من الأسر، و يزيد الوزن بالنسبة للعمر بشكل كبير مع كل مستوى من الثروة. ونفس النمط صحيح فيما يتعلق بالوزن بالنسبة للطول والهزال. والأطفال الذين لديهم رب أسرة حاصل على تعليم ثانوي لديهم فرصة أكبر أن يصابوا بنقص الوزن وأن يكون وزنه بالنسبة للعمر أقل. إلا أنه لا توجد فروقات جوهرية في معدلات الوزن بالنسبة للطول حسب تعليم رب الأسرة. والإناث أقل احتمالاً بكثير أن يصب

بالهزال من الذكور، ولكن لا يوجد فروقات كبيرة بين الحضر والريف من حيث الوزن بالنسبة للعمر أو الطول، أو الهزال ونقص الوزن بعد أخذ خصائص أخرى بعين الاعتبار. التقرم، ونقص الوزن والهزال يمكن تفاديها؛ و يمكن اتخاذ خطوات لمنع سوء التغذية، فضلاً عن رصد وتصحيح أي خلل في التغذية.

التطور الاجتماعي، والعاطفي، والمعرفي

إن الأطفال الفقراء في اليمن - من طبقات الثروة الثلاث الدنيا - أقل احتمالاً في ممارسة أربعة أنشطة تنموية (14-24 في المائة) مقارنة بالأطفال الذين ينتمون إلى الخمس الرابع (32 في المائة) أو الخمس الأكثر ثراء من الأسر (45 في المائة) - (الشكل 8-15). والأطفال لديهم فرص أكبر لممارسة أنشطة تنموية إذا كان والداهم أكثر تعليماً. والأطفال في المناطق الحضرية لديهم فرصة أكبر (39 في المائة) لممارسة أربعة أنشطة تنموية عن أطفال الريف (21 في المائة). كما أن هناك فروقات جوهرية تتعلق بمنطقة الإقامة، وتتراوح بين 20 في المائة في الغرب إلى 47 في المائة في صنعاء. والأطفال الأكثر عرضة لخطر ضعف المحصلات - بسبب الفقر، وتدني تعليم الوالدين، وعوامل خطورة أخرى - هم أيضاً أولئك الذين يمارسون أقل عدد من الأنشطة التنموية الداعمة، مما يزيد من تفاقم احتمال وجود ضعف في التطور المعرفي، والاجتماعي والعاطفي. ويعد احتساب عوامل أخرى، فإن احتمالية ممارسة أربعة أنشطة تنموية على الأقل تزداد مع الثروة، مع فروقات كبيرة في الخمس الرابع والخمس الأكثر ثراء من الأسر مقارنة بالخمس الأفقر من الأسر. كما يلعب تعليم الوالدين دوراً هاماً في احتمالية ممارسة الأطفال أربعة أنشطة تنموية على الأقل؛ ووجود أم أو أب مع تعليم أساسي على الأقل أو تعليم ثانوي يزيد بشكل كبير فرصة ممارسة أربعة أنشطة تنموية على الأقل. وتلعب

الشكل 8-15 نسبة الأطفال الذين يشاركون في أربعة أنشطة تنموية أو أكثر، حسب مستوى الثروة



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح متعدد المؤشرات لليمن، 2006

هذه الأنشطة التنموية دوراً هاماً في التنمية الاجتماعية العاطفية، والمعرفية للطفل. والتأديب العنيف هو في الواقع مشكلة أكبر بين الأسر الأكثر ثراء (99 في المائة) من الأسر الأكثر فقراً (85 في المائة)، كما يبدو أنه يزيد مع تعليم الوالدين. كما أن التأديب العنيف أكثر شيوعاً في المناطق الحضرية عنه في المناطق الريفية.

على الرغم من أنه من الصعب تحديد خصائص مجموعة صغيرة من السكان، مثل عدد الأطفال اليمنيين الذين يحصلون على رعاية وتعليم الطفولة المبكرة، فإن الأدلة تشير إلى أن رعاية وتعليم الطفولة المبكرة يرتبطان بالثروة. في العينة، كان عدد الأطفال الذين يحصلون على رعاية وتعليم الطفولة المبكرة من الخمس الأفقر من الأسر يساوي صفراً، بينما كانت نسبة الأطفال الذين يحصلون على رعاية وتعليم الطفولة المبكرة من الخمس الأكثر ثراء من الأسر يساوي 9 في المائة. ومن المرجح أن تكون فائدة الحصول على رعاية وتعليم الطفولة المبكرة أكثر منفعة للأطفال الأكثر فقراً واستضعافاً، إلا أنهم الأقل حصولاً عليها. ويفاقم هذا الوضع من الاختلافات في وصول الأطفال الصغار إلى تجارب معرفية، واجتماعية واقتصادية مبكرة. فمثلاً، في حين أن 70 في المائة من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 3-4 سنوات والملتحقين برعاية وتعليم الطفولة المبكرة لديهم شخص في المنزل شارك في أربعة أنشطة تنموية على الأقل، فإن فقط 32 في المائة من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 3-4 سنوات والذين لم يلتحقوا برعاية وتعليم الطفولة المبكرة، قد مارسوا أربعة أنشطة تنموية على الأقل في الأيام الثلاثة التي سبقت المسح.

كل من الأطفال في المناطق الحضرية والريفية شاركوا على حد سواء في عمالة الأطفال؛ إلا أن المعدلات أقل في المناطق الشرقية والغربية. ولا يوجد علاقة واضحة بين الثروة وعمالة الأطفال، ولكن ما يثير الاهتمام، هو أن الأطفال من الأسر الأكثر تعليماً كانت احتمالات مشاركتهم في عمالة أطفال أكبر. والمعدل المنخفض لعمالة الأطفال في الشرق والمرتفعات الجبلية مقارنة بصنعاء كان كبيراً إحصائياً، حتى بعد احتساب عوامل أخرى. وبعد احتساب عوامل أخرى، فإن الأطفال من الخمس الأكثر ثراء من الأسر أقل احتمالاً في الانخراط في عمالة أطفال من الأطفال من الخمس الأفقر من الأسر. كما أن احتمال انخراط الأطفال الإناث في عمالة الأطفال كان أكبر من الأطفال الذكور. وتزداد فرصة عمالة الأطفال بشكل كبير مع تعليم الأم.

يواجه الأطفال فرصاً غير متكافئة في التنمية الصحية

يواجه الأطفال في اليمن فرصاً غير متكافئة في التنمية الصحية، استناداً إلى عوامل خارجة عن سيطرتهم. ولقياس مدى التفاوت، يقوم التحليل باحتساب (أ) النسبة المئوية للفرص التي كان هناك حاجة إلى توزيعها بشكل مختلف من أجل إحداث تساوي في الفرص لكل مؤشر من مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة، و(ب) فرصة أن تكون هذه الاختلافات قد حدثت نتيجة للتنوع العشوائي (الجدول 15-1). ويواجه الأطفال فرصاً غير متكافئة في التنمية الصحية وهم لا يزالون في رحم أمهاتهم. فهناك فروقات كبيرة تتعلق بحصول أمهاتهم على رعاية ما قبل الولادة أمر لاء، وإذا ما كانت ولادتهم قد تمت على يد قابلات ماهرات أمر لا. ويُظهر التحليل أن 17 في المائة من الفرص كان ينبغي توزيعها بطريقة مختلفة من أجل أن يكون للأطفال فرص متكافئة لرعاية ما قبل الولادة؛ وأن نسبة عدم التكافؤ من حيث الرعاية الماهرة أثناء الولادة كانت أكبر، حيث كان ينبغي إعادة توزيع 26 في المائة من الفرص لتحقيق التكافؤ.

وبينما هناك فرص غير متكافئة في موضوع الوفاة المبكرة، وحيث إن هذا الأمر نادر الحدوث، فإنه من غير المؤكد إذا كانت هذه الفروقات سببها المصادفة أمر لا. إلا أن هناك فرصاً غير متكافئة في حصول الأطفال على التحصين: حيث إن 21 في المائة من فرص التحصين كان ينبغي إعادة توزيعها بشكل مختلف لتحقيق التكافؤ. ويواجه الأطفال فرصاً غير

الجدول 1-1. النسبة المئوية للفرص التي ينبغي إعادة توزيعها

مؤشر الاختلاف	
16.8**	الرعاية ما قبل الولادة
26.1***	قابلية ماهرة عند الولادة
15.5	وفيات الرضع
20.6*	تطعيم كامل
4.9*	مصابون بالتقزم
19.3***	الأنشطة التنموية
25.1	عمالة الأطفال

المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح متعدد المؤشرات لليمن، 2006
ملاحظات: * = فرصة > 5 في المائة، ** = فرصة > 1 في المائة، *** = فرصة > 0.1 في المائة

الجدول 2-15 مساهمات الخصائص الأساسية في عدم المساواة

نسبة مئوية

جنس الطفل	المنطقة	الريف	مستوى تعليم رب الأسرة	مستوى تعليم الأب	مستوى تعليم الأم	الثروة	
لا ينطبق	18.6	15.8	لا ينطبق	13.4	23.5	28.6	الرعاية ما قبل الولادة
لا ينطبق	21.9	20.5	لا ينطبق	3.3	12.1	42.2	قابلية ماهرة عند الولادة
3.4	60.0	3.3	لا ينطبق	لا ينطبق	3.5	29.7	وفيات الرضع
0.2	12.7	19.4	لا ينطبق	6.8	28.6	32.4	تطعيم كامل
0.1	لا ينطبق	36.3	8.1	لا ينطبق	لا ينطبق	55.5	مصابون بالتقزم
0.4	15.6	15.1	لا ينطبق	11.2	28.5	29.1	الأنشطة التنموية
5.7	39.3	1.1	لا ينطبق	20.0	22.6	11.3	عمالة الأطفال

المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح متعدد المؤشرات لليمن، 2006، ومسح للمشروع العربي لصحة الأسرة (PAPFAM)، 2003
ملاحظة: تحليلات شيبلي لمؤشر الاختلاف.

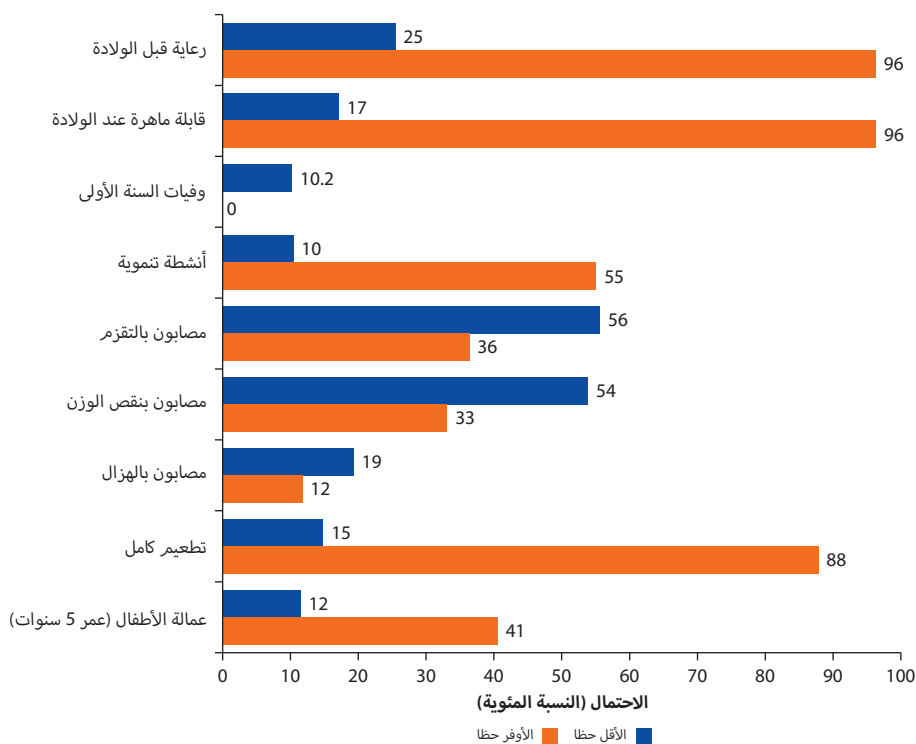
متكافئة للتنمية الجسدية الصحية من حيث التقزم. وهناك عدم تكافؤ كبير من حيث ممارسة الأطفال لأنشطة تنموية: حيث 19 في المائة من فرص ممارسة أربعة أنشطة تنموية أو أكثر كان ينبغي إعادة توزيعها بشكل مختلف لكي يحصل الأطفال على فرص متكافئة.

وتشكل الثروة، وتعليم الأم والموقع الجغرافي أكبر العوامل المساهمة في الفرص غير المتكافئة للأطفال. ويبين الجدول 2-15 المساهمات المختلفة للظروف في عدم المساواة للمحصلات المختلفة كنسب مئوية. إن الثروة تلعب بشكل خاص دوراً كبيراً في رعاية ما قبل الولادة، والولادة على يد قابلات ماهرات، والتحصين والأنشطة التنموية وتساهم بحوالي الثلث في عدم المساواة لكل واحد من هذه القياسات. ويعتبر تعليم الأم هاماً بشكل خاص لرعاية ما قبل الولادة، والتحصين والتقزم، والأنشطة التنموية ويساهم بحوالي الربع في عدم المساواة في هذه المؤشرات. ويلعب تعليم الأب دوراً صغيراً ولكن هاماً في عدم المساواة في هذه المحصلات أيضاً. وتعتبر الفروقات الجغرافية هامة لجميع المحصلات، ولكن بصورة خاصة لعدم المساواة في رعاية ما قبل الولادة والولادة، والتحصين والأنشطة التنموية. ويساهم النوع الاجتماعي للطفل بشكل محدود جداً في عدم التكافؤ.

ويميل الأطفال إلى أن يكونوا محظوظين أو محرومين باستمرار عبر مجموعة متنوعة من أبعاد تنمية الطفولة المبكرة، ويمكن أن يواجهوا فرصاً حياتية مختلفة إلى حد بعيد استناداً إلى بضع خصائص فقط. الطفولة المبكرة هي عندما تنتقل حلقات الفقر وعدم المساواة عبر الأجيال. وإذا رصدنا طفلاً يعيش في منطقة ريفية في الغرب، وضمن أفقر 20 في المائة من الأسر، ومن أبوين غير متعلمين (طفل أقل حظاً) وقارنا بينه وبين طفل أبواه حاصلان على تعليم ثانوي

أو أعلى، ومن أغنى 20 في المائة من الأسر، ويعيش في المنطقة الحضرية من عدن (طفل أكثر حظاً)، نجد أن لديهما فرصاً مختلفة جداً في تنمية صحية للطفولة المبكرة. ويبين الشكل 9-15 فرص (الفرصة التي يمكن التنبؤ بها) المؤشرات المختلفة لتنمية الطفولة المبكرة (قائمة على الانحدارات) لهؤلاء الأفراد «الأقل حظاً» و«الأكثر حظاً». ولكل مؤشر عدا مؤشر عمالة الأطفال، يواجه الطفل الأقل حظاً تنمية طفولة مبكرة أضعف بكثير. وعند مقارنة الأقل حظاً والأكثر حظاً، نجد أن الفجوة في تلقي رعاية ما قبل الولادة تساوي 71 نقطة مئوية، وأن الفجوة في وجود قابلة ماهرة عند الولادة تساوي 79 نقطة مئوية. ومن حيث رعاية ما قبل وأثناء الولادة، فإن فرصة حصول الطفل الأكثر حظاً على الرعاية تزيد بخمس مرات عن الطفل الأقل حظاً. كما أن فرصة حصول الطفل الأقل حظاً على التحصين أقل بـ 73 نقطة مئوية. وهذا يعني أن الطفل الأكثر حظاً ست أكثر احتمالاً بأن يكون محمياً من أمراض الطفولة واحتمال الوفاة المبكرة. وفي حين أن الأطفال، الأكثر والأقل حظاً كليهما، لديهم فرص عالية في الإصابة بالتقزم، ونقص الوزن، والهزال، فإن الأطفال الأقل حظاً معرضون أكثر من غيرهم للتقزم بـ 20 نقطة مئوية، ولنقص الوزن بـ 21 نقطة مئوية، والهزال بـ 7 نقاط مئوية. واحتمال مشاركة الطفل الأقل حظاً في أربعة أنشطة تنموية هي أقل بـ 45 نقطة مئوية. وهذا يعني أن الطفل الأكثر حظاً لديه فرصة تزيد بخمس مرات في المشاركة بأنشطة تساعد على التنمية المعرفية، والاجتماعية، والعاطفية. إلا أن الطفل الأكثر حظاً أكثر احتمالاً بـ 29 نقطة مئوية في أن ينخرط في عمالة الأطفال - وقد يكون مرتبطاً بالفرص الاقتصادية المختلفة التي تواجهها الأسر الأكثر ثراءً.

الشكل 9-15 حالات المحاكاة للأكثر حظاً وللأقل حظاً



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح متعدد المؤشرات لليمن، 2006، ومسح للمشروع العربي لصحة الأسرة (PAPFAM)، 2003.

الخاتمة

الجمهورية اليمنية بها عدد كبير من السكان الشباب مع إمكانيات تنموية هائلة. إلا أن الأطفال لا يصلون إلى إمكانياتهم الكاملة من حيث التنمية الصحية بسبب العجز الكبير في صحتهم، وتغذيتهم، وتطورهم المعرفي، والاجتماعي، والعاطفي. والفجوات في رعاية ما قبل وأثناء الولادة والتحصين تعرض الأمهات والأطفال للخطر، وتساهم في معدلات عالية من الوفاة المبكرة. ويؤثر سوء التغذية على أكثر من نصف الأطفال، ويحد من قدرتهم على التطور وأن يصبحوا بالغين منتجين. ويواجه الأطفال فرصاً متدنية وغير متكافئة للتطور معرفياً، واجتماعياً، وعاطفياً، مع معدلات منخفضة لتنمية الطفولة المبكرة والأنشطة التنموية ومعدلات عالية من التأديب العنيف. كما أن فرص الأطفال في التطور الصحي غير متكافئة للغاية، لا سيما من حيث الصحة المبكرة. وفي حين أن الأطفال في اليمن لديهم إمكانيات كبيرة، فإن هناك حاجة لعمل المزيد لضمان ازدهار الأطفال خلال السنوات الأولى من حياتهم وأن يكون لهم فرص متساوية لتحقيق إمكانياتهم.

الملحق 15: البيانات

مجموعة البيانات

يستخدم التحليل بيانات مستعرضة عن رفاهة النساء والأطفال تم جمعها من خلال المسح العنقودي متعدد المؤشرات (MICS) لعام 2006 في اليمن. والمسح مُمثل على الصعيد الوطني، ويشمل بيانات تسمح بتحليل العلاقة بين تنمية الطفولة المبكرة ومؤشرات الطفل والأسرة. يرجى الرجوع إلى وزارة الصحة العامة والسكان واليونيسف (2008) لمزيد من المعلومات حول التقرير النهائي الخاص بالمسح العنقودي المتعدد المؤشرات. بالإضافة إلى ذلك، يستخدم التحليل بيانات مستعرضة حول الطول والوزن (علم قياسات الجسم البشري) من مسح المشروع العربي لصحة الأسرة (PAPFAM) لعام 2003. والمسح ممثل وطنياً، ويشمل بيانات تسمح بتحليل العلاقة بين الطول والوزن والمؤشرات الأسرية.

العينات

مجموعة بيانات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات لليمن لعام 2006 أخذت عينات من 3586 أسرة، و3742 امرأة سبق لها الزواج بين سن 15-49، و3783 طفلاً دون الخمس سنوات. (من خلال سؤال أمهاتهم أو مانحي الرعاية لهم). وشملت مجموعة بيانات مسح المشروع العربي لصحة الأسرة لعام 2003 عينات من 12885 أسرة، و11292 امرأة سبق لها الزواج بين سن 15-49، وجمعت بيانات عن الطول والوزن لـ 10116 طفلاً دون الخمس سنوات. والتحليل في هذا الموجز موزون من أجل أن يكون ممثلاً على المستوى الوطني. وأحجام العينة (N) في التقرير تستند إلى عدد غير مرجح من الملاحظات في البيانات.

الملحق 15 ب: المؤشرات حسب الخصائص الأساسية

الجدول 15 ب-1 المؤشرات حسب الخصائص الأساسية

نسبة الأطفال العمر (4-0)	عمالة الأطفال (5 سنوات)	الرعاية والتعليم لمرحلة الطفولة المبكرة (3-4)	تأديب عنيف (2-5)	أربعة أنشطة تنموية	تطعيم كامل (العمر سنة)	وفيات السنة الأولى	وفيات الشهر الأول	قابلة ماهرة عند الولادة	رعاية ما قبل الولادة	السنة
2006	2006	2006	2006	2006	2006	2006	2006	2006	2006	2006
النوع الاجتماعي										
50.9	13.9	2.6	92.9	25.1	39.6	7.6	4.3			ذكر
49.1	17.7	2.8	93.6	26.0	41.9	6.6	3.6			أنثى
الثروة										
23.2	17.6	0.0	84.6	13.5	19.8	10.0	4.9	17.1	32.0	الأقفر
21.4	14.2	0.5	95.9	20.0	27.8	7.5	4.9	19.8	35.1	في المرتبة الثانية
20.1	12.2	1.9	95.3	24.2	42.0	6.9	4.0	32.0	43.4	في المرتبة الثالثة
19.5	18.7	4.4	94.3	31.7	45.2	5.6	2.7	50.1	56.6	في المرتبة الرابعة
15.8	15.0	9.1	99.2	44.6	75.1	4.3	3.0	73.6	79.3	الأغنى
تعليم الأم										
65.6	12.4	1.6	91.2	19.3	30.3	7.6	4.0			لا يوجد
24.9	21.0	3.8	97.7	34.5	54.4	6.4	4.2			أساسي
8.4	36.9	8.8	97.1	46.0	64.6	5.5	4.3			+ ثانوي
1.1	23.4	9.5	100.0	37.8	67.2	0.0	0.0			غير قياسي
0.0	0.0	0.0		0.0		47.7	11.8			مفقود / غير معروف
تعليم الأب										
19.5	12.2	2.1	88.6	15.0	21.8					لا يوجد
36.1	12.6	2.4	93.3	24.7	41.4					أساسي

يستكمل في الصفحة التالية

الجدول 15ب-1 المؤشرات حسب الخصائص الأساسية (تابع)

نسبة الأطفال العمر (4-0)	عمالة الأطفال (5 سنوات)	الرعاية والتعليم لمرحلة الطفولة المبكرة (4-3)	تأديب عنيف (5-2)	أربعة أنشطة تنموية	تطعيم كامل (العمر سنة)	وفيات السنة الأولى	وفيات الشهر الأول	قابلة ماهرة عند الولادة	رعاية ما قبل الولادة	السنة
2006	2006	2006	2006	2006	2006	2006	2006	2006	2006	
32,2	20,6	3,9	97,4	34,2	52,5					+ ثانوي
4,3	26,8	1,2	84,3	17,0	34,0					غير قياسي
7,8	13,8	2,4	94,0	24,5	38,8					الأب ليس في الأسرة
0,2	0,0	0,0	100,0	34,8	0,0					مفقود / غير معروف
										تعليم المرأة
								27,4	38,2	لا يوجد
								42,0	52,7	بعض التعليم الأساسي
								53,0	65,0	6 - 9 سنوات
								46,4	63,5	بعض الثانوي
								56,4	74,3	أكملت الثانوي
								79,4	85,8	أعلى من الثانوي
										تعليم الشريك
								24,1	30,4	لا يوجد
								30,1	38,9	بعض التعليم الأساسي
								34,5	48,9	6 - 9 سنوات
								42,1	51,7	بعض الثانوي
								41,6	53,4	أكملت الثانوي
								46,7	66,3	أعلى من الثانوي
								40,7	43,9	مفقود

يستكمل في الصفحة التالية

الجدول 15-ب1 المؤشرات حسب الخصائص الأساسية (تابع)

نسبة الأطفال العمر (4-0)	عمالة الأطفال (5 سنوات)	الرعاية والتعليم لمرحلة الطفولة المبكرة (3-4)	تأديب عنيف (2-5)	أربعة أنشطة تنموية	تطعيم كامل (العمر سنة)	وفيات السنة الأولى	وفيات الشهر الأول	قابلة ماهرة عند الولادة	رعاية ما قبل الولادة	السنة
2006	2006	2006	2006	2006	2006	2006	2006	2006	2006	2006
الإقامة										
27.0	17.8	6.0	96.8	38.5	62.5	5.8	3.2	61.7	68.2	حضر
73.0	14.9	1.6	92.0	20.7	31.6	7.6	4.3	26.3	39.3	ريف
الإقليم										
2.4	25.4	9.9	100.0	37.8	71.3	0.0	0.0	80.5	78.7	عدن
8.0	25.2	7.8	100.0	47.3	70.8	7.3	3.3	69.4	78.9	مدينة صنعاء
34.4	14.8	0.8	90.0	19.6	31.6	8.3	4.0	23.9	33.8	الغرب
10.2	23.3	2.0	97.0	32.9	32.6	7.5	5.6	46.2	54.7	الجنوب
23.1	10.4	1.4	94.9	23.7	42.3	4.6	2.6	26.6	45.3	المناطق الهضبية
7.1	7.3	15.3	95.1	28.6	49.8	3.5	2.4	57.1	58.9	الشرق
14.7	20.7	0.9	90.0	21.5	33.3	10.2	6.4	31.7	44.8	الشمال
المحافظات										
11.4	7.4	2.1	94.3	25.2	45.3	6.5	3.6	26.1	44.5	إب
1.6	15.3	7.1	100.0	40.3	22.2	8.6	6.7	50.1	62.8	أبين
8.0	25.2	7.8	100.0	47.3	70.8	7.3	3.3	69.4	78.9	مدينة صنعاء
3.4	10.6	2.4	98.9	4.9	10.0	11.9	7.8	41.6	33.3	البيضاء
11.8	13.5	0.7	95.4	22.3	38.4	2.6	1.7	27.1	46.1	تعز
2.0	31.6	0.0	73.6	11.3	2.2	24.9	20.1	21.4	54.4	الجوف
6.6	1.7	0.0	80.9	14.2	39.1	8.9	5.1	13.9	40.1	حجة
9.9	25.8	0.0	94.9	24.1	28.6	6.2	2.9	50.1	41.2	الحديدة

يستكمل في الصفحة التالية

الجدول 15ب-1 المؤشرات حسب الخصائص الأساسية (تابع)

السنة	الرعاية والتعليم									
	رعاية ما قبل الولادة	قابلة ماهرة عند الولادة	وفيات الشهر الأول	وفيات السنة الأولى	تطعيم كامل (العمر سنة)	أربعة أنشطة تنموية	تأديب عنيف (5-2)	لمرحلة الطفولة المبكرة (4-3)	عمالة الأطفال (5 سنوات)	نسبة الأطفال العمر (4-0)
2006	2006	2006	2006	2006	2006	2006	2006	2006	2006	2006
حضر موت	61.2	66.4	2.5	3.1	55.0	26.1	94.6	20.9	6.5	5.2
ذمار	30.1	16.4	4.8	9.7	30.2	19.3	98.8	2.5	8.5	11.7
شبو	49.3	24.5	2.4	5.0	28.0	33.2	95.6	3.4	11.1	1.8
صعدة	26.0	31.3	2.8	4.9	27.7	15.7	89.1	1.8	22.6	3.4
صنعا	50.1	33.8	4.5	9.1	47.3	26.8	96.6	0.0	13.4	5.5
عدن	78.7	80.5	0.0	0.0	71.3	37.8	100.0	9.9	25.4	2.4
لحج	67.8	46.2	2.7	2.7	46.3	44.7	100.0	0.0	35.3	3.2
مأرب	49.9	30.7	2.7	13.2	50.0	35.3	84.2	0.0	20.0	0.9
المحويت	19.7	7.5	1.2	6.5	31.0	13.5	90.7	0.0	13.9	3.9
المهرة	69.2	69.2	0.0	0.0	80.0	47.8	100.0	0.0	0.0	0.2
عمران	48.4	37.1	4.3	5.6	29.7	20.9	90.3	1.8	22.3	2.8
الضالع	57.6	50.0	5.8	6.8	51.5	55.1	87.6	0.0	24.9	2.0
ريمة	23.7	8.0	7.2	12.9	29.2	27.5	65.0	0.0	15.4	2.3
المجموع	47.0	35.7	4.0	7.1	40.7	25.5	93.2	2.7	15.8	100.0
N (ملاحظات)	1,585	1,585	3,985	3,985	677	3,783	952	1,472	710	

المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح العنقودي المتعدد المؤشرات في اليمن، 2006
ملاحظة: الخانات الخالية تعني لا ينطبق أو غير متوفر.

الجدول 15 ب2 قياسات الجسم البشري حسب الخصائص الأساسية

العالم	التقزم	الطول بالنسبة للعمر	نقص الوزن	الوزن بالنسبة للعمر	الهزال	الوزن بالنسبة للطول
	2003	2003	2003	2003	2003	2003
النوع الاجتماعي						
ذكر	53.1	-2.02	46.0	-1.75	13.3	-0.70
أنثى	53.1	-2.07	45.1	-1.77	11.4	-0.61
الثروة						
الأفقر	57.1	-2.18	54.9	-1.99	18.3	-0.88
في المرتبة الثانية	55.8	-2.14	49.6	-1.87	13.4	-0.72
في المرتبة الثالثة	56.1	-2.18	45.4	-1.77	10.7	-0.56
في المرتبة الرابعة	55.5	-2.08	44.0	-1.70	9.7	-0.56
الأغنى	38.2	-1.53	31.3	-1.39	9.7	-0.56
تعليم رب الأسرة						
أمي	52.9	-2.02	46.1	-1.76	13.0	-0.69
يقراً و/أو يكتب	54.5	-2.09	45.8	-1.76	12.3	-0.62
ابتدائي	54.4	-2.16	48.0	-1.78	11.5	-0.62
إعدادي	53.2	-2.08	45.1	-1.79	12.1	-0.67
ثانوي	51.2	-1.98	45.8	-1.79	13.1	-0.74
تعليم ثانوي	48.6	-1.84	37.0	-1.53	10.0	-0.53
غير معروف	52.0	-2.01	19.5	-1.52	17.0	-0.41
الإقامة						
حضر	44.2	-1.71	36.7	-1.54	10.0	-0.62
ريف	55.5	-2.13	47.9	-1.81	13.1	-0.67
المجموع						
N (ملاحظات)	10,116	10,116	10,116	10,116	10,116	10,116

المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسح المشروع العربي لصحة الأسرة (PAPFAM)، 2003

الملحق 15 ج العلاقة بين مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة والمعلومات الأساسية، عند أخذ الخصائص المتعددة بعين الاعتبار

الجدول 15 ج-1 العلاقة بين مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة والخصائص الأساسية المتعددة

عائلة الأطفال	مؤشرات التنمية	تطعيم كامل	الولادة	ما قبل		وفيات حديثي		
				الولادة	الولادة	وفيات الرضع	الولادة	
+								أثري
			-					ريف
								الإقليم مقارنة بمدينة صنعاء
			+		-	-	-	عدن
				-				الغرب
								الجنوب
-			-	-	-	-	-	الهضبة
-								الشرق
								الشمال
								الثروة - 20 في المائة من الأسر مقارنة بالاققر
								في المرتبة الثانية
		+	+					في المرتبة الثالثة
	+	+	+					في المرتبة الرابعة
-	+	+	+	+	-			الأعلى
								تعليم الأم - مقارنة بلا تعليم
+	+		لاينطبق	لاينطبق				تعليم أساسي
+	+		لاينطبق	لاينطبق				+ ثانوي
			لاينطبق	لاينطبق	-	-		منهاج غير قياسي
								تعليم الأب مقارنة بلا تعليم
	+	+	لاينطبق	لاينطبق	لاينطبق	لاينطبق	لاينطبق	تعليم أساسي
	+		لاينطبق	لاينطبق	لاينطبق	لاينطبق	لاينطبق	+ ثانوي
			لاينطبق	لاينطبق	لاينطبق	لاينطبق	لاينطبق	منهاج غير قياسي
			لاينطبق	لاينطبق	لاينطبق	لاينطبق	لاينطبق	ليس ضمن الأسرة
								تعليم المرأة مقارنة بلا تعليم
لاينطبق	لاينطبق	لاينطبق			لاينطبق	لاينطبق		بعض التعليم الأساسي
لاينطبق	لاينطبق	لاينطبق		+	لاينطبق	لاينطبق		6 - 9 سنوات
لاينطبق	لاينطبق	لاينطبق			لاينطبق	لاينطبق		بعض التعليم الثانوي
لاينطبق	لاينطبق	لاينطبق		+	لاينطبق	لاينطبق		أكملت الثانوي
لاينطبق	لاينطبق	لاينطبق	+		لاينطبق	لاينطبق		أعلى من الثانوي
								تعليم الشريك مقارنة بلا تعليم
لاينطبق	لاينطبق	لاينطبق			لاينطبق	لاينطبق		بعض التعليم الأساسي
لاينطبق	لاينطبق	لاينطبق		+	لاينطبق	لاينطبق		6 - 9 سنوات
لاينطبق	لاينطبق	لاينطبق			لاينطبق	لاينطبق		بعض التعليم الثانوي
لاينطبق	لاينطبق	لاينطبق			لاينطبق	لاينطبق		أكمل الثانوي
لاينطبق	لاينطبق	لاينطبق		+	لاينطبق	لاينطبق		أعلى من الثانوي
0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.0148	0.4161		قيمة P (نموذج)
708	3,776	676	1,584	1,584	3,842	3,842		N (ملاحظات)
0.085	0.066	0.133	0.163	0.112	0.021	0.021		الجذر التربيعي الرأف

المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسح المشروع العربي لصحة الأسرة في اليمن، 2006
ملاحظة: الخانات الخالية تعني عدم وجود علاقة مهمة إحصائياً. + = فرصة > 0.05 في المائة وإيجابية، - = فرصة > 0.05 في المائة وسلبية

الجدول 15 ج-2 العلاقة بين مؤشرات قياس الجسم البشري وخصائص أساسية متعددة

الوزن بالنسبة للعمر (انحراف معياري)	الوزن بالطول (انحراف معياري)	نقص الوزن	الطول للعمر (انحراف معياري)	مصابون بالتقزم	
				الهزال	بالقصر
				الثروة مقارنة ب 20 في المائة من الأسر	
+	-	+	-		في المرتبة الثانية
+	-	+	-		في المرتبة الثالثة
+	-	+	-		في المرتبة الرابعة
+	-	+	-	+	الأعلى
				تعليق رب الأسرة	
				-	يفراً/يكتب
			+	-	ابتدائي
					إعدادي
			+		ثانوي
					تعليم عالٍ
+	-				أُنشئ
				-	ريف
0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	قيمة P (نموذج)
10,116	10,116	10,116	10,116	10,116	N (ملاحظات)
0.013		0.021		0.019	تربيع R
	0.014		0.018		الجذر التربيعي الرأف

المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسح المشروع العربي لصحة الأسرة في اليمن، 2003. ملاحظة: الخانات الخالية تعني عدم وجود علاقة مهمة إحصائياً. + = فرصة < 05 في المائة وإيجابية، - = فرصة < 05 في المائة وسلبية.

الحواشي

- استناداً إلى العدد السنوي لمواليد 2007 (اليونيسف، 2008) ومعدل وفيات الأطفال الرضع المحتسب من المسح متعدد المؤشرات.
- يحسب كل من معدلات وفيات الرضع وحديثي الولادة على أساس الوفيات في السنوات الخمس السابقة على المسح.
- يطرح المسح أسئلة على النساء بشأن الرعاية قبل الولادة فيما يخص الولادات الحية، في السنتين الماضيتين فقط. وبما أنه من المرجح أن تربط الولادات الحية بالرعاية قبل الولادة، فإن النسبة المئوية للولادات التي لم تتلق رعاية قبل الولادة من المحتمل أن تكون تقلل من تقدير النسب المئوية لحالات الحمل التي لم تتلق رعاية قبل الولادة.
- طبيب أو ممرضة أو قابلة.
- كما كان الحال بالنسبة للرعاية قبل الولادة، تطرح أسئلة ولادة بشأن الولادات الحية في الستينتين الماضيتين فقط. وبما أنه من المرجح أن تربط الولادات الحية بالرعاية على يد مهني صحة، فإن النسبة المئوية للولادات على يد مهني صحة من المحتمل أن تبالغ في تقدير عدد الولادات التي تمت على يد مهني صحة.
- لقاح DPT هو مزيج من اللقاحات التي تغطي الدفتيريا، والسعال الديكي، والتيتانوس. وينبغي أن يحصل الأطفال على ثلاث جرعات ليكونوا محصنين بالكامل. وفي اليمن يتلقى الأطفال عادةً مطعوم البنتافالينبت الذي يحمي أيضاً من الإصابة بالالتهاب الكبدي بي والهيموفيلوس من النوع ب.
- ينبغي أن يحصل الأطفال على ثلاث جرعات ليكونوا محصنين بالكامل ضد شلل الأطفال.
- تتحقق المناعة الجماعية حين يكون حتى الأفراد غير الملقحين من السكان محصنين من المرض لأن المرض لن ينتشر بعد الآن. وهذا يتحقق حين يتم تطعيم 90-95 في المائة من الرضع.

9. يتضمن مطعوم البينتافالين، الذي يغطي الدفتريا، والسعال الديكي، والتيتانوس، والالتهاب الكبدي بي، والهيموفيلوس من النوع ب.
10. مسح المشروع العربي لصحة الأسرة، 2003.
11. الوحدات الخاصة بالطول بالنسبة للعمر، والوزن بالنسبة للعمر، والوزن بالنسبة للطول تبين كيف أن الأطفال في اليمن هم مختلفون في المتوسط عن مرجعية السكان من حيث الانحرافات المعيارية.
12. أكثر من 15 جزءا في المليون من اليود في الملح.
13. الأنشطة الستة هي: (1) قراءة كتب أو مشاهدة كتب تحتوي صوراً مع الطفل (2) رواية قصص للطفل (3) غناء أغاني مع الطفل (4) أخذ الطفل خارج البيت، المجمع أو الساحة أو الحديقة (5) اللعب مع الطفل (6) تضيئة وقت مع الطفل وهو يسمي الأشياء باسمها أو يعد أو يرسم أشياء.
14. البيانات تخص عام 2011.
15. حسب تعريفات المسح المتعدد المؤشرات، يكون التأديب العنيف قائماً على التأديب الذي تلقاه الطفل من قبل أي فرد في الأسرة خلال الشهر الأخير، وهو يشمل: الاعتداء النفسي (الصراخ، والصياح على الطفل؛ وتسميته بالغبى، والكسول، أو أي تسمية كهذه) العقاب الجسدي (هز الطفل؛ صفع على الكفل، ضرب أو صفع الطفل على المؤخرة بيده؛ ضرب الطفل على المؤخرة أو مكان آخر في جسده باستخدام أداة مثل الحزام، أو فرشاة الشعر، أو عصا، أو غرض آخر قاسي؛ ضرب أو صفع الطفل على يده، أو ذراعه أو رجله) والعقاب الجسدي القاسي (ضرب أو صفع الطفل على الوجه، أو الرأس أو الأذنين؛ ضرب الطفل بأداة مرارا وتكرارا وبأقصى ما يمكن).
16. كانت الأسئلة: (1) خلال الأسبوع الماضي، هل قام (الطفل) بأي نوع من العمل من أجل شخص ليس فردا في هذه الأسرة (2) خلال الأسبوع الماضي، هل قام (الطفل) بالمساعدة في الأعمال المنزلية، مثل التسوق، وجمع الحطب، والتنظيف، وجلب الماء، أو رعاية الأطفال؟ (3) خلال الأسبوع الماضي هل قام (الطفل) بأي عمل أسري آخر (في المزرعة أو في الأعمال التجارية أو بيع السلع في الشارع)؟
17. نعرف الثروة من حيث أي فئة 20 في المائة من الأسر يقع الطفل ضمنها، بناء على مؤشر أصول (ثراء) للسلع المعمرة.
18. نستخدم مستوى من الدلالة الإحصائية بواقع 5 في المائة عبر الدراسة.

المراجع

- Hill, Kenneth, and Dawn M. Upchurch. 1995. "Gender Differences in Child Health: Evidence from the Demographic and Health Surveys." *Population and Development Review* 21 (1): 127-51.
- Ministry of Health and Population and UNICEF. 2008. *Yemen Multiple Indicator Cluster Survey 2006*. New York: UNICEF Division of Policy and Planning.
- UNDP (United Nations Development Programme). 2014. "Human Development Index." (accessed April 23, 2014), <https://data.undp.org/dataset/Table-2-Human-Development-Index-trends/efc4-gjvq>.
- UNICEF (United Nations Children's Fund). 2008. "The State of the World's Children 2009 Maternal and Newborn Health." New York: UNICEF.
- . 2010. *Child Disciplinary Practices at Home: Evidence from a Range of Low- and Middle-Income Countries*. New York: UNICEF.
- . 2014. *The State of the World's Children 2014 in Numbers: Every Child Counts: Revealing Disparities, Advancing Children's Rights*. New York: UNICEF.
- World Development Indicators (database). World Bank, Washington, DC. <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>.

الطرق المستخدمة

تحليل الانحدار

تستخدم تحليلات الانحدار لتقدير أثر عامل معين - مثل العيش في منطقة ريفية مقارنة بمنطقة حضرية - مع بقاء الخصائص الأخرى ثابتة (مثل الثروة، أو تعليم الوالدين). واستخدم التقرير للمحصلات التي تم فحصها في هذا التقرير والتي هي محصلات ذات نتائج ثنائية (نعم/لا)، نموذج وحدة الاحتمالية من أجل تقدير أثر الخصائص الأساسية المختلفة على محصلات تنمية الطفولة المبكرة. واستخدمت الانحدارات بطريقة المربعات الصغرى للنماذج الخاصة بالمتغيرات المستمرة (الطول بالنسبة للعمر، والوزن بالنسبة للعمر، والوزن بالنسبة للطول).

حالات المحاكاة للأقل حظا /الأوفر حظا

تستند حالات المحاكاة للأوفر حظا والأقل حظا إلى نماذج الانحدار البروبيتي. وتم التنبؤ لكل من الخصائص الشخصية للأوفر حظا والأقل حظا باحتمالية المؤشر، مثل التحصين الكامل، بناء على مُعَامِلَات من نموذج الانحدار البروبيتي ومواصفات الخصائص الشخصية. وهذا يسمح بمحاكاة متزامنة ودقيقة لأثر الاختلافات في الخصائص المتعددة.

مؤشر الاختلاف

يقيس هذا التقرير عدم تكافؤ الفرص في تنمية الطفولة المبكرة باستخدام مؤشر الاختلاف (D-index). وهذا مقياس شائع في علم الاجتماع والديمقرافيا للتطبيقات ذات المحصلات الثنائية النتائج (دي باروس، وفيغا، وسافدرا 2008؛ دي باروس وآخرون 2009)، ومحصلات تنمية الطفولة المبكرة التي يتفحصها هذا التقرير هي ثنائيات. ويحتسب مؤشر الاختلاف لمحصلة تنمية طفولة مبكرة معينة كالتالي:

$$(A.1) \quad D = \frac{1}{2\bar{p}} \sum_{i=1}^k \alpha_i |p_i - \bar{p}|$$

حيث p هي متوسط السكان لتلك المحصلة، و p_i هي المتوسط لمجموعة الطرف الفريد i ، و a_i هي حصص السكان أو أوزان العينات (دي باروس وآخرون 2009). ويقوم مؤشر الاختلاف أساساً بمقارنة الفرق أو «الاختلاف» بين المجموعات، كما حددها الظروف، ومتوسط السكان. ويمكن أن يتم تفسير مؤشر الاختلاف على أنه النسبة المئوية للفرص المتوفرة التي كان ينبغي أن يتم تخصيصها بشكل مغاير، أي من الأطفال في المجموعات التي هي أفضل حالا إلى الأطفال في المجموعات التي هي أسوأ حالا، من أجل تثبيت تكافؤ الفرص (دي باروس وآخرون 2009). وعند التعبير عنه في شكل نسبة مئوية، يتراوح مؤشر الاختلاف بين صفر إلى 100، حيث يشير الصفر إلى وضع فيه تكافؤ فرص مثالي. ومن الناحية التجريبية، يتم احتساب مؤشر الاختلاف على أساس نموذج انحدار لوجستي لمؤشر تنمية الطفولة المبكرة وعلاقته بالخصائص الأساسية للأطفال.¹

تحليل شيبلي

باستخدام مؤشر الاختلاف، من الممكن تجزئته عدم التكافؤ إلى مساهمة الظروف المختلفة، مثل النوع الاجتماعي أو ثروة الأسرة، باستخدام تحليل شيبلي (دويتش و سيلبر 2008؛ شوروكس 2013). ويتضمن التحليل احتساب المساهمات الحدية لكل ظرف من الظروف حيث يتم إزالتها بالتسلسل. وللتصدي لمسار تبعية المساهمات في عدم التكافؤ بالنظر إلى ترتيب القضاء على الظروف، يمكن احتساب كل تسلسلات القضاء الممكنة وإيجاد متوسط الآثار الحدية خلال التسلسلات المختلفة. والنتيجة هي تحليل مضاف دقيق لمؤشر الاختلاف في مساهمات كل ظرف (شوروكس 2013؛ البنك الدولي 2012).

حاشية

1. ينفذ هذا التقرير مؤشر الاختلاف في برنامج STATA باستخدام نموذج مؤشر الفرص البشرية HOI (إزيفيدو وآخرون 2010).

المراجع

- Azevedo, J. P., S. Franco, E. Rubiano, and A. Hoyos. 2010. "HOI: Stata Module to Compute Human Opportunity Index." *Statistical Software Components S457191*, Boston College Department of Economics. <http://ideas.repec.org/c/boc/bocode/s457191.html>.
- de Barros, Ricardo Paes., Francisco H. G. Ferreira, Jose R. Molinas Vega, and Jamie Saavedra Chanduvi. 2009. *Measuring Inequality of Opportunities in Latin America and the Caribbean*. Washington, DC: World Bank.
- de Barros, Ricardo Paes, Jose R. Molinas Vega, and Jaime Saavedra. 2008. *Measuring Inequality of Opportunities for Children*. Washington, DC: World Bank.
- Deutsch, Joseph, and Jacques Silber. 2008. "On the Shapley Value and the Decomposition of Inequality by Population Subgroups with Special Emphasis on the Gini Index." In *Advances on Income Inequality and Concentration Measures*, edited by Gianni Betti and Achille Lemmi, 161–78. New York: Routledge.

- Shorrocks, Anthony F. 2013. "Decomposition Procedures for Distributional Analysis: A Unified Framework Based on the Shapley Value." *The Journal of Economic Inequality* 11 (1): 99–126.
- World Bank. 2012. *Arab Republic of Egypt—Inequality of Opportunity in Access to Basic Services among Egyptian Children*. Washington, DC: World Bank.

بيان المنفعة البيئية

مجموعة البنك الدولي ملتزمة بالحد من أثرها البيئي. ودعما لهذا الالتزام تقوم دائرة النشر والمعرفة بتقوية خيارات النشر الإلكتروني وتكنولوجيا الطباعة عند الطلب، التي تقع في المراكز الإقليمية في العالم أجمع. وتمكن هذه المبادرات مجتمعة من التقليل من عمليات الطباعة والتقليل من مسافات الشحن، مما ينتج عنه التقليل من استهلاك الورق، واستخدام الكيماويات، وانبعاثات غازات الدفيئة والنفايات.

وتتبع دائرة النشر والمعرفة المعايير الموصى بها لاستخدام الورق التي وضعتها مبادرة الصحافة الخضراء. وحيثما يمكن، يتم طباعة كتب على ورق معاد تدويره بعد المستهلك بنسبة 50 في المائة الى 100 في المائة، وعلى الأقل 50 في المائة من الألياف في ورق كتبنا هي إما مبيضة أو غير مبيضة باستخدام عمليات خالية تماما من الكلور TCF، أو خالية من الكلور المصنع PCF، أو خالية من عنصر الكلور المعزز EECF.

وتجدون المزيد من المعلومات عن فلسفة البنك حول البيئة على <http://crinfo.worldbank.org/wbcrinfo/node/4>



يتطور دماغ الطفل في مرحلة الطفولة المبكرة بصورة سريعة استجابة لبيئته المادية والاجتماعية والعاطفية. فتنمية الطفولة المبكرة هي بالتالي حاسمة في تشكيل الطفل وتوفير أساسا حيويا للنجاح أثناء فترة الطفولة، والمراهقة و فترة حياة البالغين. وتبرز منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا حتى الآن باعتبارها منطقة متخلفة عن الركب مقارنة بالمناطق الأخرى، من حيث النهج الذي اعتمدته في تنمية الطفولة المبكرة. إلا أن الاستثمار في تنمية الطفولة المبكرة أمر حاسم لتعزيز التنمية البشرية والاقتصادية ولضمان أن يكون للأطفال فرص اقتصادية متكافئة للنمو والنجاح في حياتهم حينما يصبحون بالغين.

وبعمل كتاب توسيع نطاق الفرص للجيل القادم: تنمية الطفولة المبكرة في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا على تقييم حالة تنمية الطفولة المبكرة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا ويقترح سياسات وبرامج من شأنها معالجة عدم المساواة وأوجه القصور في التنمية المبكرة في المنطقة بكفاءة. ويستعرض الكتاب أهمية تنمية الطفولة المبكرة بوصفها أساسا حاسما للتنمية لاحقا، ويضع تنمية الطفولة المبكرة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا في سياق عالمي، ثم يدرس حالة تنمية الطفولة المبكرة في اثني عشر بلدا من بلدان وأراضي منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا: الجزائر، وجيبوتي، وجمهورية مصر العربية، والعراق، والأردن، ولبنان، وليبيا، والمغرب، والجمهورية العربية السورية، وتونس، والصفة الغربية وقطاع غزة، واليمن. ويتقديم أدلة تثبت حالة تنمية الطفولة المبكرة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، يشجع الكتاب صناع السياسات على تنفيذ سياسات وبرامج أفضل، بالإضافة إلى توجيه برامج لأولئك الذين لديهم احتياجات أكبر.

ISBN 978-1-4648-0736-7



SKU 210736

مجموعة البنك الدولي 