

كل طفل لثنيها
مستقبليها



تنمية الطفولة المبكرة في المغرب



مجموعة البنك الدولي 

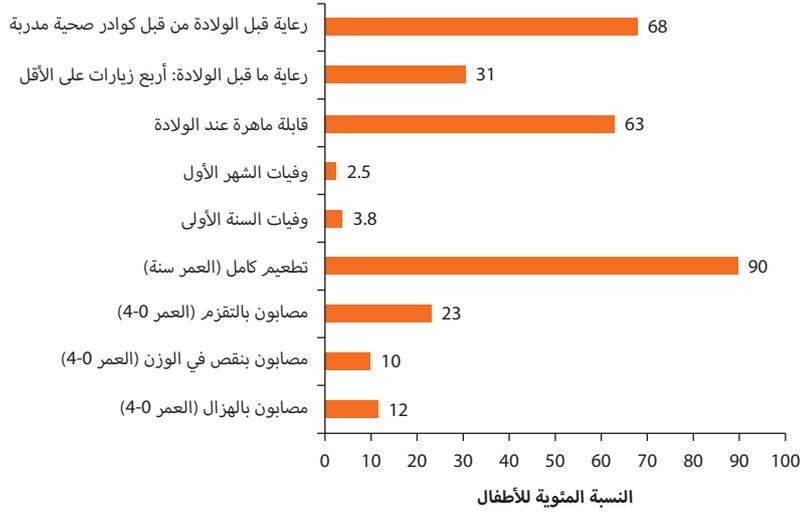
المغرب

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 مديرات. ويتوفى نحو 2.5 في المائة من الأطفال في الشهر الأول، في حين يتوفى 3.8 في المائة في 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 2-11. ملخص مؤشرات التنمية في المغرب

المغرب بلد ذو دخل منخفض متوسط، مع ناتج محلي إجمالي للفرد بلغ في عام 2012 حوالي 2902 دولارا أمريكيا (بالدولار الأمريكي الحالي، الجدول ب 1-2-11). ويُقدَّر عدد سكان المغرب بنحو 33 مليون نسمة، 28 في المائة منهم تقل أعمارهم عن 15 عاما. وبلغ متوسط توقع الحياة عند الولادة 65 عاما، 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 بلدا، مع بيانات قابلة للمقارنة في مؤشر التنمية البشرية لعام 2012 (HDI).

الجدول ب 1-2-11: 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 مؤخرا 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 عاما، 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 والبالغ 83 في المائة (اليونيسف 2014). وعلى الرغم من هذه التحسينات، كان يولد سنويا نحو مائتي ألف طفل دون أن تتلقى أمهاتهم رعاية ما قبل الولادة، الأمر الذي يعرض الأطفال (والأمهات) للخطر.

وتشكل الولادة على يد قابلة ماهرة جزءا هاما 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 توسعا مماثلا في كليهما، كما كان هناك تداخل كبير وممتد في استخدام كلا الخدمتين؛ حيث إن هناك 79 في المائة من أولئك الذين

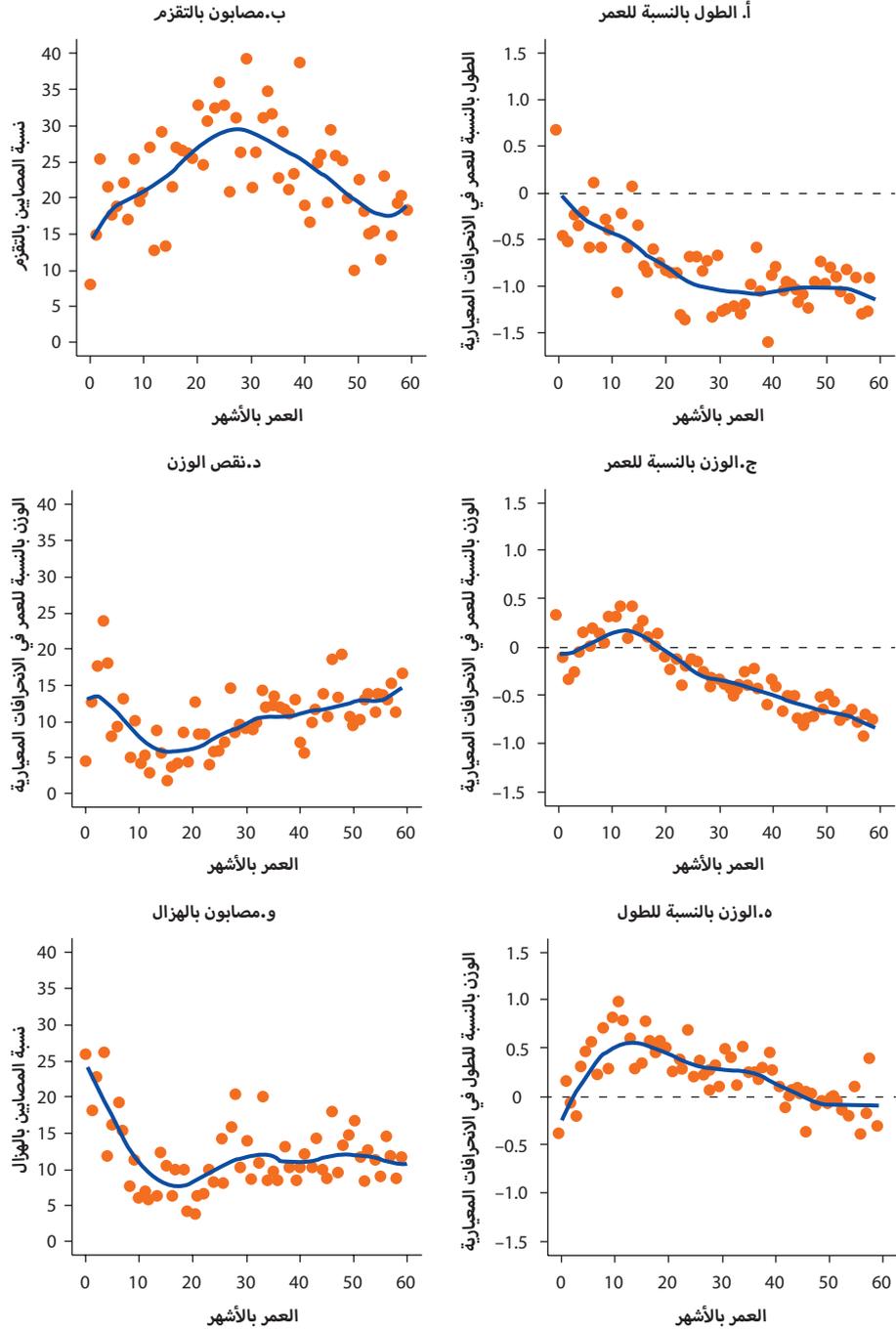
استخدموا الرعاية قبل الولادة قد استخدموا أيضًا رعاية ماهرة أثناء الولادة، في حين أن 37 في المائة فحسب من أولئك الذين لم يتلقوا رعاية ما قبل الولادة استخدموا رعاية ماهرة أثناء الولادة.

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،⁶ وشلل الأطفال،⁷ 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 سنة من عمرهم، يتدهور نموهم إلى حد كبير. وفي 2004، كان 23 في المائة من الأطفال دون 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.⁸ 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، وُجد 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، وتنخفض إلى نحو 5 في المائة عند بلوغ السنة من عمرهم (12 شهرا)، ثم يرتفع ببطء ولكن باضطراب. 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 (اليونسيف 2007). والملح المعالج باليود هو الوسيلة الأساسية لتقديم اليود للأطفال. ويواجه الأطفال والأمهات في

الشكل 11-2: 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).

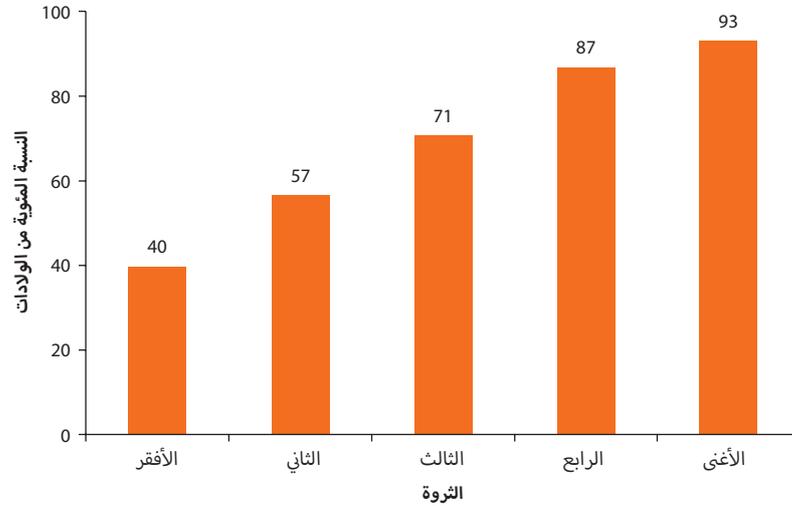
التطور الاجتماعي، والعاطفي، والمعرفي

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 متعلمات قبل بلوغ عامهم الأول هو الضعف مقارنة بالأطفال من أمهات متعلمات 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 وأبشير، 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 «تانسيغت» 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.

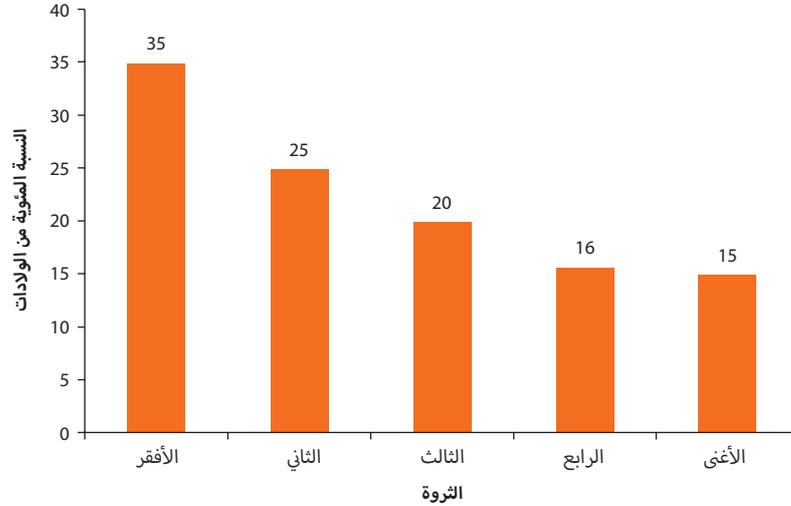
يرتبط استخدام رعاية ما قبل الولادة ارتباطاً وثيقاً بالثروة والتعليم والجغرافيا. هناك فجوات كبيرة في رعاية ما قبل الولادة حسب الثروة على النحو المبين في الشكل (3-11). في حين أن 93 في المائة من الولادات في الخمس الأغنى من الأسر قد تلقت رعاية ما قبل الولادة، فإن نسبة 40 في المائة فحسب من الولادات في الخمس الأفقر من الأسر قد تلقت ذلك. والفجوات على أساس تعليم الأم جوهرياً 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. والولادات في المناطق الريفية هي أقل احتمالاً 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 الأفقر من الأسر. والولادات لآباء 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 احتمالاً 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 الأفقر

من الأسر قد تمت على يد قابلاتماهرات، فقد كانت النسبة 96 في المائة للأغنى 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 بالأسر الأقل 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 بالخمسة الأقل 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 بقليل 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 4-11). في حين تبلغ نسبة التقرم بين أطفال الخمس الأقل من الأسر 35 في المائة، فإنها تصل إلى 25 في المائة لأطفال الخمس الثاني من الأسر، وتصل إلى 15 في المائة بين أطفال الخمس الأقل من الأسر. والفروق المتعلقة بنقص الوزن هي أقوى من ذلك؛ حيث إن أطفال الخمس الأقل من الأسر هم أكثر عرضة بـ4 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 التقرم 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

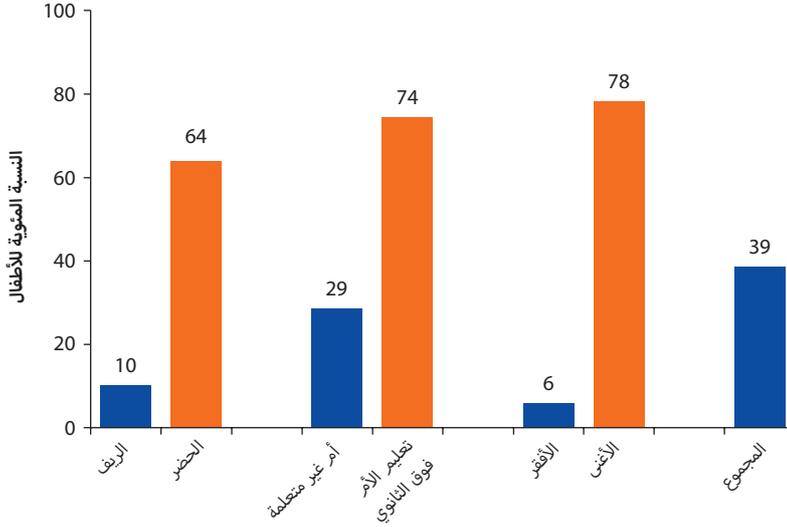


المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح الديمغرافي والصحي للمغرب، 2004.

بكثير للتقزم إذا كانوا في الجنوب، مقارنة بالمنطقة الوسطى. وتتزايد 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 بالخمس الأقر من الأسر. والاختلافات في الوزن بالنسبة للعمر كبيرة أيضا 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 حظا في المغرب هم الذين يلتحقون برعاية وتعليم الطفولة المبكرة (الشكل 11-5)، 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 أيضا 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 الخمس الأقر مرحلة ما قبل الدراسة إلى 6 في المائة، بينما يصل إلى 78 في المائة لأطفال الخمس 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 إرادتهم. 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 في 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 التقرمز 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 التقرمز؛ حيث تساهم بنسبة 38 في المائة في عدم المساواة المؤدية إلى التقرمز. 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	التقرم

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

التروة	مستوى تعليم الأم	مستوى تعليم الأب	المنطقة	الريف	مشكلة المسافة جنس الطفل	نسبة مئوية	
						مستوى تعليم	مستوى تعليم
الرعاية قبل الولادة	18.8	10.3	2.7	35.2	6.8	لا ينطبق	26.3
قابلة ماهرة عند الولادة	16.4	12.4	3.5	32.6	7.1	لا ينطبق	28.1
وفيات حديثي الولادة	14.6	11.2	28.9	18.7	لا ينطبق	5.7	20.9
وفيات الرضع	18.8	5.2	7.5	29.7	لا ينطبق	9.0	29.7
تطعيم كامل	11.0	11.7	25.0	13.0	6.7	3.9	28.8
التقرم	8.3	9.5	16.1	17.3	8.5	2.2	38.1

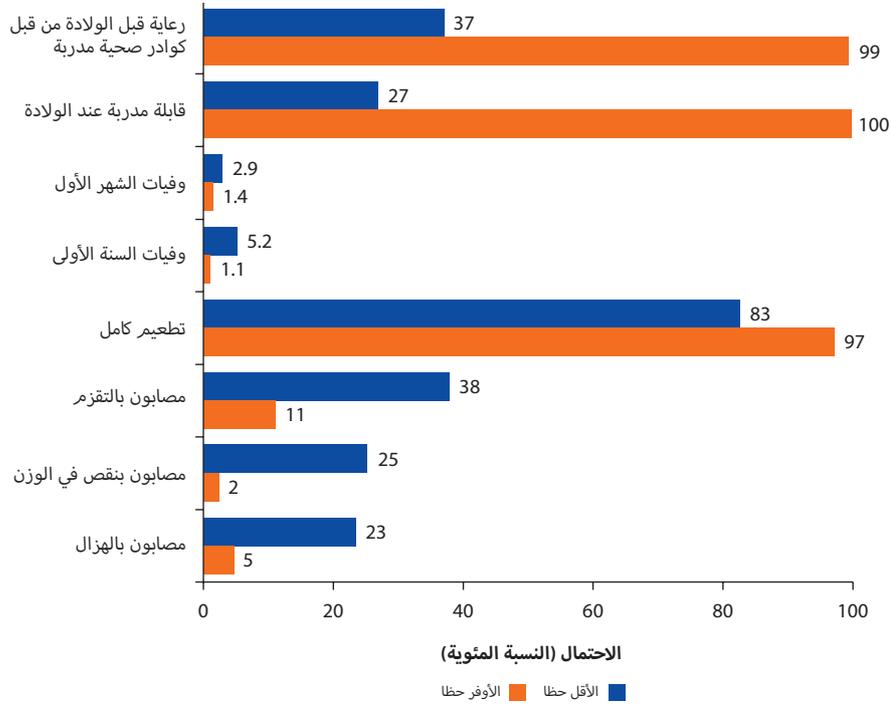
المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح الديموغرافي والصحي للمغرب، 2004.
ملاحظة: تحليلات شيبلي لمؤشر الاختلاف

الإقليمية كبيرة بشكل خاص بالنسبة لوفيات الأطفال حديثي الولادة، والتحصين الكامل، والتقرم. 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 بعد 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 تنتقل 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 لا تكاد 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. ويبيّن الشكل 6-11 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 11-6: 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 11ج- العلاقة بين مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة والمعلومات الأساسية، عند أخذ الخصائص الأساسية المتعددة في الاعتبار

الجدول 11ج-1. العلاقة بين مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة والخصائص الأساسية المتعددة

الريف	الطول بالنسبة للعمر			الوزن بالنسبة للعمر			مصابون بالانحرافات المعيارية			مصابون بنقص في الوزن			مصابون بالوزن الزائد			مصابون بالانحرافات المعيارية			مصابون بالانحرافات المعيارية		
	رعاية ما قبل الولادة	الولادة	وفيات حديثي الولادة	وفيات الرضع	تطعيم كامل	بالتقويم	مصابون بالانحرافات المعيارية	الوزن بالنسبة للعمر	مصابون بالوزن الزائد	مصابون بنقص في الوزن	الوزن بالنسبة للعمر	مصابون بالوزن الزائد	مصابون بالانحرافات المعيارية	الطول بالنسبة للعمر	مصابون بالانحرافات المعيارية						
الرريف	-	-	-	+	+	+	-	-	+	+	-	+	-	-	+	-	-	-	-	-	
المناطقية	-	-	-	+	+	+	-	-	+	+	-	+	-	-	+	-	-	-	-	-	
تأسيقت	-	-	-	+	+	+	-	-	+	+	-	+	-	-	+	-	-	-	-	-	
الشمالية الوسطى	-	-	-	+	+	+	-	-	+	+	-	+	-	-	+	-	-	-	-	-	
الشمالية الغربية	-	-	-	+	+	+	-	-	+	+	-	+	-	-	+	-	-	-	-	-	
الجوية الوسطى	-	-	-	+	+	+	-	-	+	+	-	+	-	-	+	-	-	-	-	-	
الشرقية	-	-	-	+	+	+	-	-	+	+	-	+	-	-	+	-	-	-	-	-	
الجوية	-	-	-	+	+	+	-	-	+	+	-	+	-	-	+	-	-	-	-	-	
الثروة، 20 في المائة من الأسر	-	-	-	+	+	+	-	-	+	+	-	+	-	-	+	-	-	-	-	-	
في المرتبة الثانية	-	-	-	+	+	+	-	-	+	+	-	+	-	-	+	-	-	-	-	-	
في المرتبة الثالثة	-	-	-	+	+	+	-	-	+	+	-	+	-	-	+	-	-	-	-	-	
في المرتبة الرابعة	-	-	-	+	+	+	-	-	+	+	-	+	-	-	+	-	-	-	-	-	
في المرتبة الخامسة	-	-	-	+	+	+	-	-	+	+	-	+	-	-	+	-	-	-	-	-	
الأغنى	-	-	-	+	+	+	-	-	+	+	-	+	-	-	+	-	-	-	-	-	
تعليم الأم	-	-	-	+	+	+	-	-	+	+	-	+	-	-	+	-	-	-	-	-	
تعليم ابتدائي	-	-	-	+	+	+	-	-	+	+	-	+	-	-	+	-	-	-	-	-	
ثانوي	-	-	-	+	+	+	-	-	+	+	-	+	-	-	+	-	-	-	-	-	
تعليم عال	-	-	-	+	+	+	-	-	+	+	-	+	-	-	+	-	-	-	-	-	

يستكمل في الصفحة التالية



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 منطبقاً 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>.

