

كل طفل لثنيها
مستقبليها



تنمية الطفولة المبكرة في سوريا



مجموعة البنك الدولي 

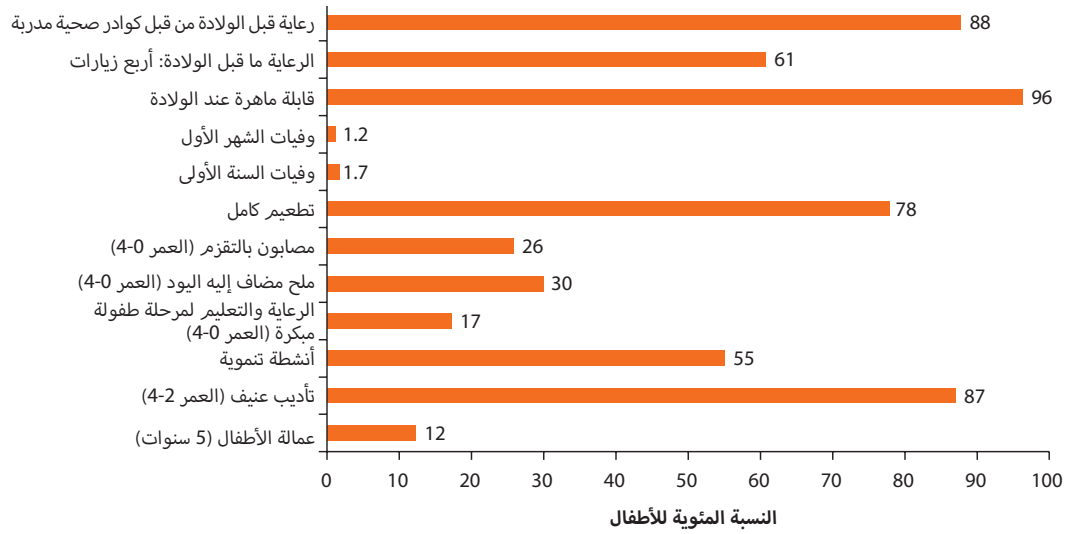
الجمهورية العربية السورية

حالة تنمية الطفولة المبكرة في سوريا

لم يحقق الأطفال في سوريا كامل إمكاناتهم 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
- التقرم/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 الصراع.

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 ب12-2-1). 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 ب12-2-1 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

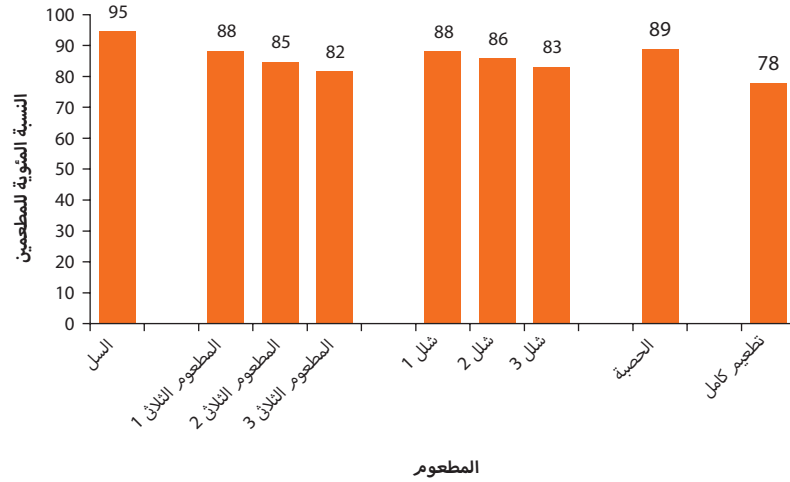
إن الخطوة الأولى في التنمية الصحية للطفولة المبكرة هي ببساطة تجاوز مرحلة الطفولة المبكرة مع البقاء على قيد الحياة. ففي سوريا في عام 2009، كان يموت طفل واحد من كل 59 في العام الأول من الحياة. إن الحد من معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة بمقدار الثلثين هو أحد الأهداف الإنمائية للألفية، وهدف حيوي في جهود 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. وكما 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). و تشكل 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. وكون 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 كاملاً 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؛ ويركز 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 12-2). 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.

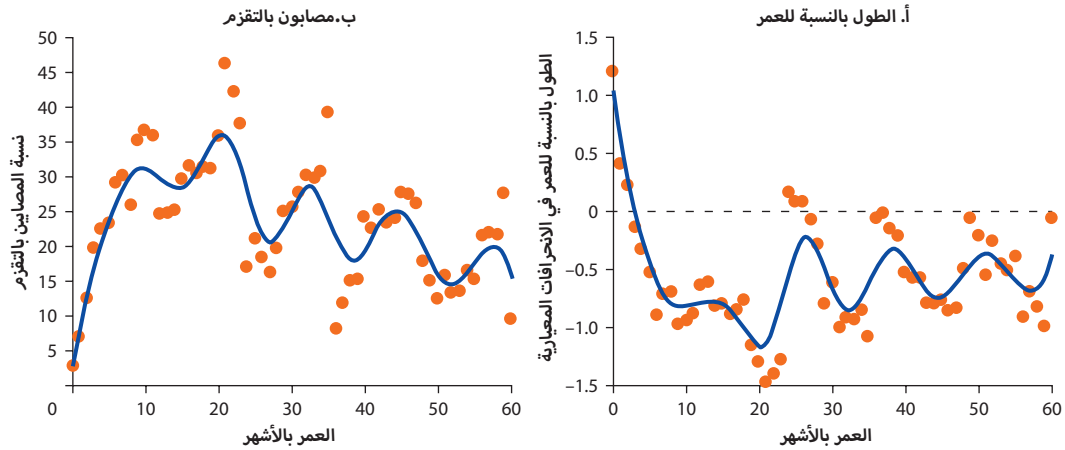
ويبدأ الأطفال في سوريا حياتهم على أساس صحي معقول، من حيث التغذية ويتم قياسها بالطول بالنسبة للعمر؛ إلا أنه في أول عامين من عمرهم يعانون من تدهور كبير في النمو الصحي. وأكثر من ربع (26 في المائة) الأطفال السوريين تحت سن الخامسة كانوا مصابين بالتقرم في عام 2009. ونتيجة إصابتهم بالتقرم، سوف يراكم هؤلاء الأطفال صحة أقل ورأس مال بشرياً 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 لل عمر 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 صحية⁸ 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

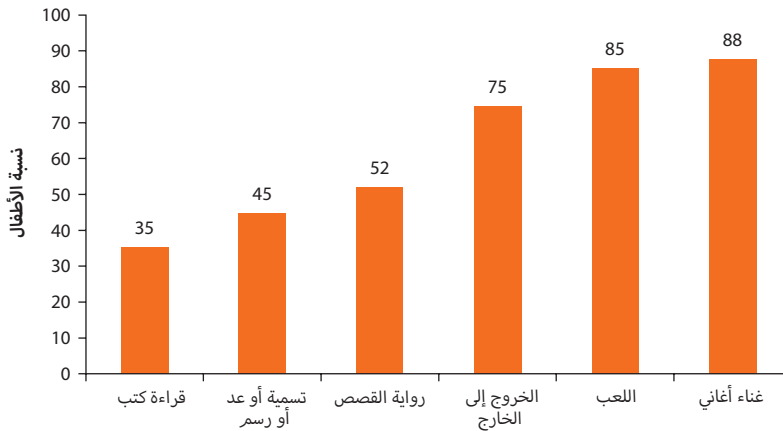
والتقزم في سوريا، كما يبين الشكل 12-3. وعلى مدار سنة من العمر، هناك تغيير بمقدار نحاري واحد كامل تقريباً، وهذا واضح بشكل خاص في الأعمار من 2 إلى 4. ويشير ذلك إلى وجود مكون موسمي مستمر للتقزم وسوء التغذية في سوريا. واستهداف التكميل الغذائي لهذه الفترة «العجاف» سوف يكون مكوناً هاماً وذا أثر كبير في معالجة 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

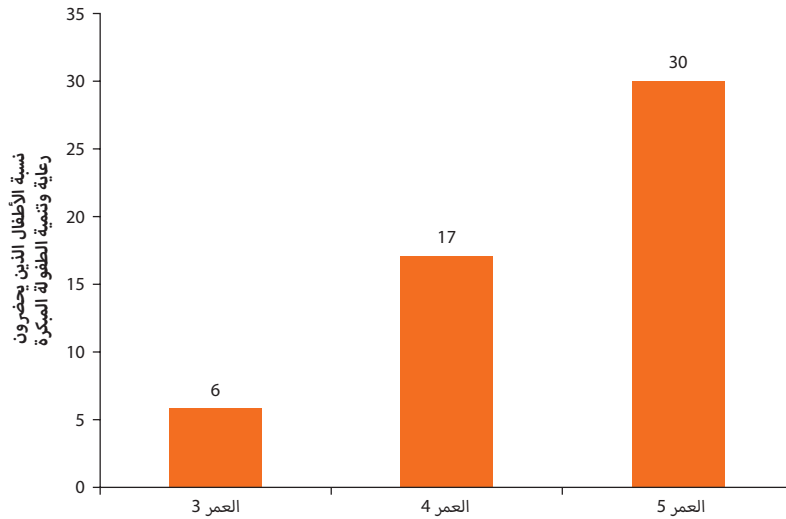
شكل 12-4. نسبة الأطفال من عمر 4-0 الذين مارسوا أنشطة تنموية حسب النشاط



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. ويوصفها 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، و المشاركة 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

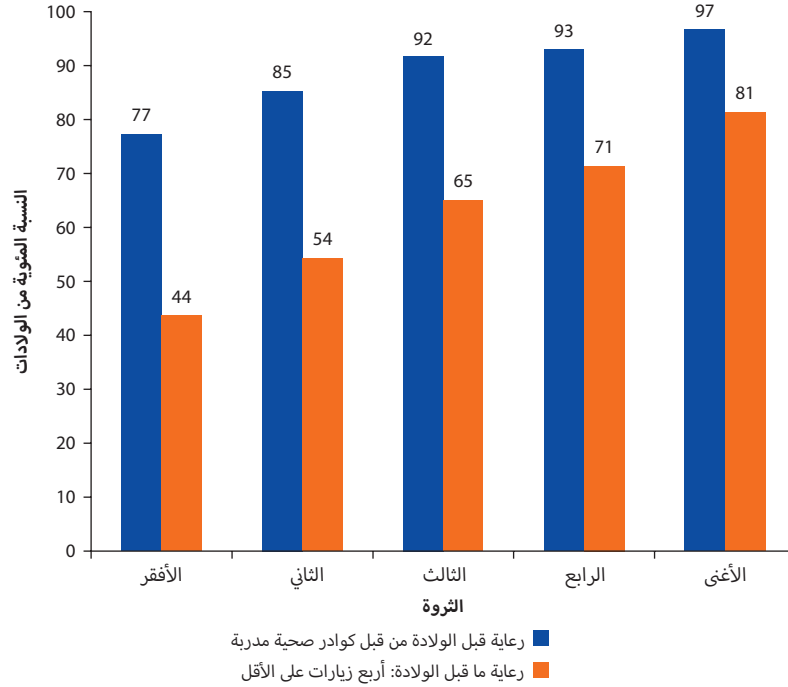
هناك عدد من السمات الأساسية على مستوى الطفل، والعائلة، والمجتمع التي تؤثر على محصلات تنمية الطفولة المبكرة: النوع الاجتماعي، وتعليم الآباء، والوضع الاجتماعي والاقتصادي للأسرة (الثروة)،¹⁴ والموقع الجغرافي (الإقليم أو المحافظة)، ومحل الإقامة (حضر/ريف). يساعد فهم هذه العلاقات في تحديد لماذا لدى بعض الأطفال محصلات ضعيفة في تنمية الطفولة المبكرة، وأي من الأطفال يجب استهدافهم بتدخلات في السياسات أو تدخلات برامجية.

البقاء على قيد الحياة، والصحة، والتغذية

السمات الأساسية تربطها علاقة معقدة بوفيات الأطفال الرضع في سوريا. وكما في 2009، الأطفال في الخمس الأفقر والأكثر ثراءً 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 أمهاتهن 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 ثراءً من الأسر تلقت 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 ثراءً 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.

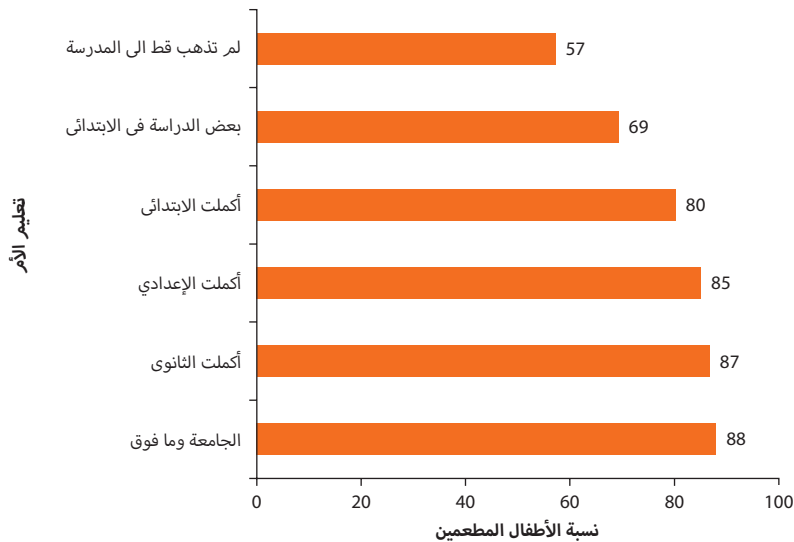
ولدى أخذ خصائص أخرى بعين الاعتبار نجد أن استخدام رعاية ما قبل الولادة والزيارات المنتظمة كانا أعلى بكثير¹⁵ في جميع المستويات الأخرى من الثروة، مقارنة بالخمس الأفقر من الأسر. والأمهات الأكثر تعليماً وبالأخص ذوات التعليم العالي هن الأكثر احتمالاً في الحصول على رعاية ما قبل الولادة والرعاية المنتظمة ما 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 القطيعة¹⁶، 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 التقزم فروقات معتدلة تبعاً للثروة، مما يشير إلى أن كلاً من الفقر والمشاكل في الصحة العامة ونوعية التغذية تتسبب بالتقزم. على سبيل المثال، في حين أن الأطفال من كل من أفقر وأغنى مستويات الثروة لديهم فرصة عالية في الإصابة بالتقزم، كان هناك فرق واضح قائم على الثروة: الطفل من أفقر خمس من الأسر لديه فرصة تصل إلى 31 في المائة في أن يصاب بالتقزم، في حين أن الطفل في الخمس الأكثر ثراء

شكل 7-12. نسبة الأطفال المطعنين حسب تعليم الأم، سن 23-12 شهراً



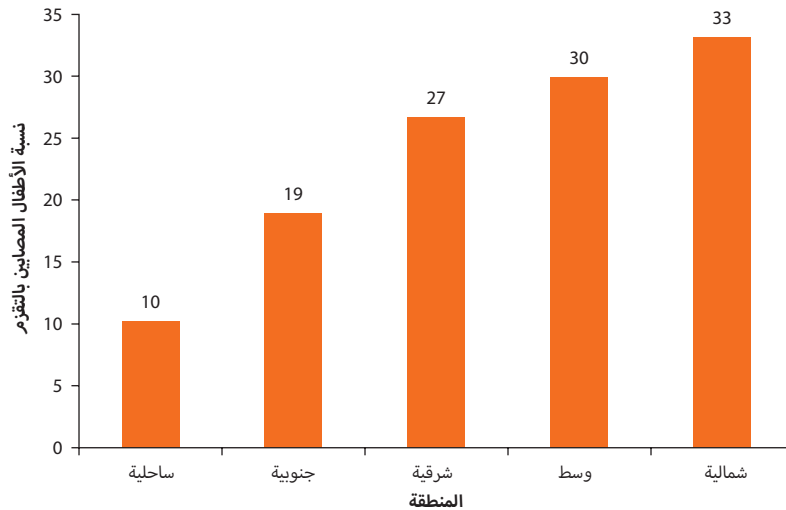
المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسح المشروع العربي لصحة الأسرة في سوريا، 2009.

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.

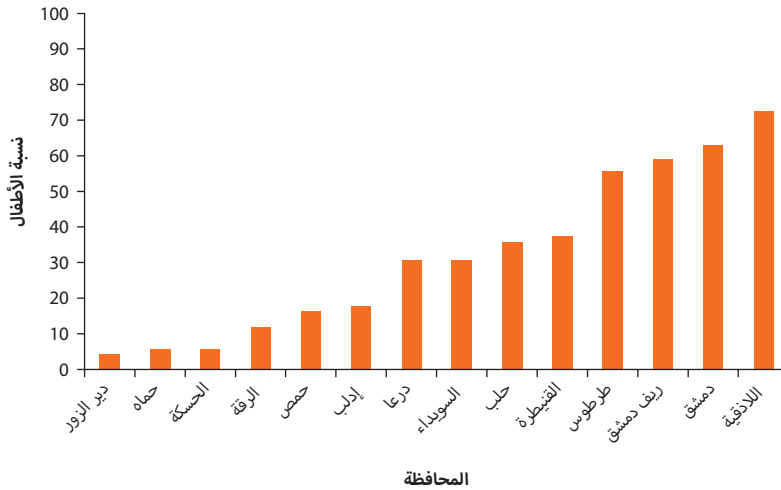
والوصول إلى الملح المعالج باليود وبالتالي فرصة النمو الصحي للعقل تمر ربطها بخصائص أساسية متعددة. والأطفال الأفقر كانوا أقل احتمالاً في الوصول إلى الملح المعالج باليود. وبشكل خاص الأطفال من الخمس الأفقر من الأسر كان لديهم أقل المعدلات في إضافة اليود إلى الملح، 13 في المائة، في حين أن الأطفال في الخمس 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.

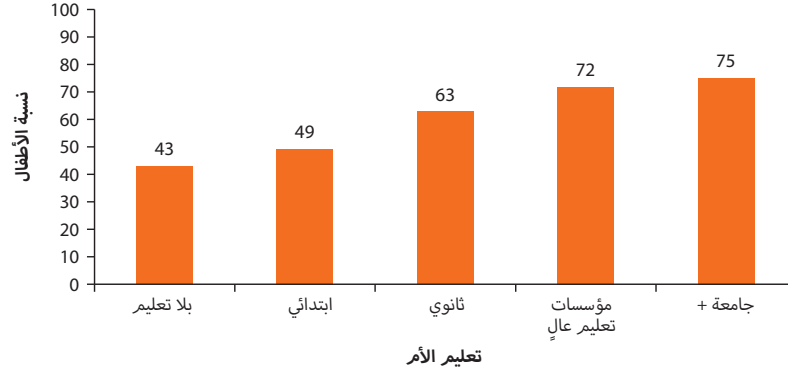
من 10 في المائة، في حين أن النسبة في المناطق الجنوبية والساحلية كانت أكثر من 50 في المائة، وأكبر الفروقات كانت على مستوى المحافظات. (الشكل 9-12). على سبيل المثال، نجد أن نسبة إضافة اليود إلى الملح في اللاذقية هي 72 في المائة، بينما في عدد من المحافظات الأخرى كانت أقل من 10 في المائة.

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 بالخمس 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 الخمس الأفقر من الأسر مارسوا أربعة نشاطات على الأقل، نجد أن 68 في المائة من الأطفال من الخمس 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 الأم



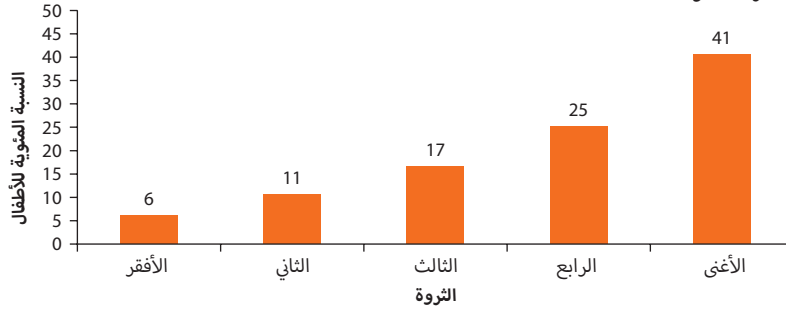
المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح العنقودي متعدد المؤشرات في سوريا، 2006.

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 11-12). وتمت ملاحظة فروقات أكبر عند مقارنة الأبوين 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 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 الأم والأب.

كما كان التأديب العنيف للأطفال منتشرًا 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 وتعليم الطفولة المبكرة حسب مستوى الثروة،
العمر 5-3 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 بالاطفال 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 تنموية 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 11-12 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: لمر 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

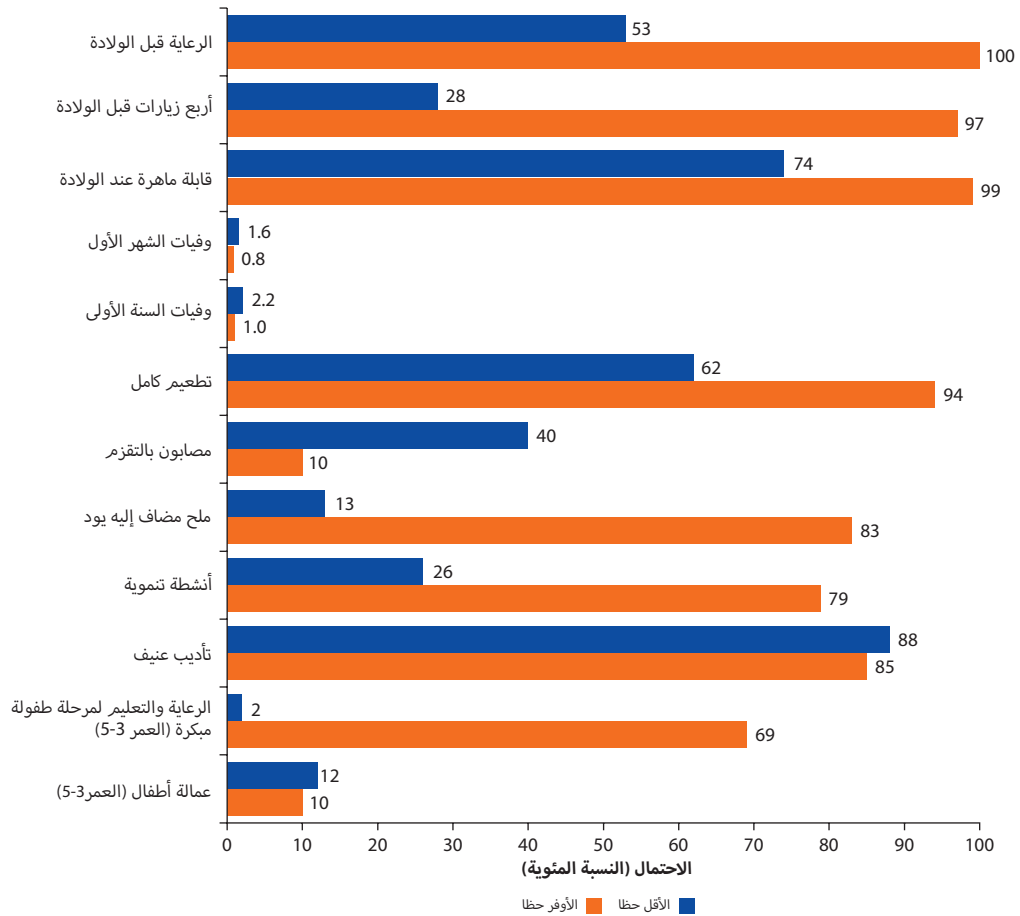
جنس الطفل	مستوى تعليم					رعاية ما قبل الولادة
	الثروة	الأمر	مستوى تعليم الأب	المنطقة	الريف	
لا ينطبق	16.5	23.8	6.5	44.4	8.8	رعاية ما قبل الولادة
لا ينطبق	21.4	25.1	7.2	32.1	14.2	قابلة ماهرة عند الولادة
0.8	10.3	29.1	11.1	46.5	2.2	تطعيم كامل
0.0	15.1	12.9	2.7	57.7	11.6	الملح المعالج باليود
0.9	12.9	18.1	5.4	60.0	2.6	التقزم
0.1	23.4	31.3	14.4	26.1	4.7	الرعاية والتعليم لمرحلة الطفولة المبكرة
15.6	11.2	17.1	9.3	44.8	2.0	عمالة الأطفال
7.5	19.7	8.3	4.8	58.7	0.9	التأديب العنيف
0.0	17.5	23.0	12.5	40.6	6.4	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 تتنقل 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 بالتقزم 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 تنمية 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 تفرم 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 مُثّلة 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. المؤشرات حسب الخصائص الأساسية

النوع الاجتماعي	رعاية قبل الولادة من قبل كواد صحتي مديرية		رعاية ما قبل الولادة - على الأقل أربع زيارات		وفيات السنة الأولى		وفيات الشهر الأول		وفيات ما قبل رعاية ما قبل الولادة		رعاية قبل الولادة من قبل كواد صحتي مديرية			
	2009	2006	2009	2006	2009	2009	2009	2009	2009	2009	2009	2009		
الذكور	51.4	10.9	86.1	55.0	16.9	30.7	-0.75	26.4	77.9	1.9	1.4	89.9	43.6	77.3
الإناث	48.6	13.8	83.6	55.1	17.6	30.1	-0.63	25.2	77.9	1.5	1.0	96.5	54.2	85.3
الإجمالي	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
الأقرب	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 المزرعة 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 المزرعة 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 المزرعة 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
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	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														
تعليم الشريك														
لم يذهب قط إلى المدرسة														
بعض التعليم الابتدائي														

يستكمل في الصفحة التالية



الجدول 12ب-1: المؤشرات حسب الخصائص الأساسية (تابع)

نسبة الأطفال الأقل (5-4)	عمالة الأطفال (سن 5)	تأديب عنيف	أنشطة تنموية	المرحلة الطفولة المبكرة (3-5)		المرحلية الطويلة (3-5)	المعالج باليود	المخارج (معياري)	الطول بالنسبة للعمر		مصابون بالتقویر	تطعيم كامل	وفيات السنّة الأولى	وفيات الشهر الأول	وفيات قبل بلوغه عند الولادة	وفيات ما قبل الولادة - على الأقل أربع زيارات		وفيات قبل بلوغه من قبل كوادر صحیة مدینة
				المخارج (معياري)	مصابون بالتقویر				مصابون بالتقویر	مصابون بالتقویر								
44.1	11.5	84.1	42.9	13.3	29.9	-0.73	26.7	77.6	1.9	1.3	96.2	58.2	87.4	أكمل الابتدائي				
16.0	10.7	84.3	49.2	18.2	33.5	-0.64	24.8	80.4	1.4	1.1	98.1	64.6	89.9	أكمل الإعدادي				
14.2	14.3	86.7	62.9	29.9	36.6	-0.51	22.0	86.0	1.4	1.0	98.7	69.9	93.3	أكمل الثانوي				
7.1	14.7	83.8	71.9	46.5	40.7	-0.46	20.3	85.5	0.8	0.6	98.9	81.3	96.6	جامعة فأقل				
0.4	13.4	80.8	75.1	8.9	22.8	-0.49	23.2	79.4	4.9	4.9	98.0	50.3	88.2	غير معروف				
تعليم الأزهر																		
لا يوجد																		
التعليم الأخرى																		
لا يوجد																		
ابتدائي																		
ثانوي																		
مؤسسات أعلى																		
+جامعي																		
الأوقاف																		
لا يوجد																		
ابتدائي																		
ثانوي																		
مؤسسات أعلى																		
+جامعي																		
الأوقاف																		
حضر																		
ريف																		

يستكمل في الصفحة التالية



الجدول 12-1. المؤشرات حسب الخصائص الأساسية (تابع)

نسبة الإطفال (سن 5) 40	عمالة الإطفال (سن 5) 40	تأديب عييف	أنشطة تنموية	الرعاية والتعليم			الطول بالنسبة			وفيات السنة الأولى	وفيات الشهر الأول	قابلة ماهرة عند الولادة	رعاية ما قبل الولادة - على الأقل أربع زيارات	رعاية ما قبل الولادة من قبل كوادز صحية مدينة
				لمرحلة الطفولة المبكرة (5-3)	الملحج باليود	للغصم (الخضارفي) معيارفي)	مصابون بالانقزوم	مصابون	وفيات الشهر الأول					
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	
المحافظات														
6.8	87.8	78.0	30.9	62.8	0.50-	26.2	90.7	99.1	84.5	97.2	99.1	84.5	97.2	99.1
20.9	80.2	40.9	11.4	35.5	1.35-	37.3	64.0	95.5	46.8	78.1	95.5	46.8	78.1	95.5
12.6	90.5	68.1	21.3	58.9	0.34-	20.3	80.3	99.2	74.2	95.2	99.2	74.2	95.2	99.2
7.4	85.8	40.6	18.0	16.2	1.08-	39.7	81.7	99.4	59.8	93.4	99.4	59.8	93.4	99.4
7.2	89.9	60.3	20.9	5.4	0.40-	20.7	92.6	98.7	58.7	85.8	98.7	58.7	85.8	98.7
4.5	84.5	58.0	42.0	72.4	0.20-	7.7	94.7	99.2	90.9	99.0	99.2	90.9	99.0	99.2
8.5	85.9	48.9	14.0	17.6	0.56-	23.0	75.9	96.9	52.2	78.4	96.9	52.2	78.4	96.9
7.9	93.0	48.2	5.4	5.6	0.40-	22.4	75.1	87.8	49.0	85.8	87.8	49.0	85.8	87.8
7.2	88.9	69.8	4.2	4.0	0.84-	29.6	62.9	87.0	45.7	78.1	87.0	45.7	78.1	87.0
2.8	90.6	69.6	48.0	55.5	0.27	14.0	76.8	100.0	92.4	99.1	100.0	92.4	99.1	100.0
6.0	59.3	45.6	4.2	11.6	1.09-	28.8	78.7	92.6	49.8	85.6	92.6	49.8	85.6	92.6
6.0	82.8	58.2	16.8	30.5	0.07-	10.1	85.3	99.3	52.0	93.3	99.3	52.0	93.3	99.3
1.8	97.9	66.1	34.9	30.5	0.38-	7.4	96.0	99.6	76.6	98.2	99.6	76.6	98.2	99.6
0.5	50.8	73.6	16.5	37.3	0.47-	21.3	82.8	98.3	56.5	94.1	98.3	56.5	94.1	98.3
100.0	12.3	85.0	55.0	30.4	0.69-	25.8	77.9	96.3	60.8	87.7	96.3	60.8	87.7	96.3
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	10,891
N (ملاحظات)														

المصدر: حسابات البنك الدولي بالتعاون مع مسح النفقوي المتعدد المؤشرات لسوريا، 2006، وعلى مسح المشروع العربي لصحة الأسرة في سوريا، 2009
ملاحظة: البيانات على مستوى المحافظات الخاصة بصحة الإطفال، ووفيات حديثي الولادة والرضع ثم 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

أشياء ريف الأقليم الشمالي الشرقي الوسط الساحلي	المرحلة والتعلم				المعلم				العلاقة بين مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة والمعلومات الأساسية المتعددة					
	أنشطة تنموية	التأديب الضعيف	عمالة الأطفال	المرحلة الطفولة المبكرة	الطول والنسبة للعرض (الانحراف معياري)	مصابون بالقصور	المعالج بالمود	وفيات الرضع	وفيات حديثي الولادة	تغطية كامل الولادة	الولادة لا ينطبق	رعاية ما قبل الولادة	رعاية ما قبل الولادة	رعاية ما بعد الولادة
أشياء	+		+	+	+	-	-	-	+	لا ينطبق	-	-	-	+
ريف														
الأقليم														
الشمالي	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	+
الشرقي	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	+
الوسط	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	+
الساحلي	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	+
الثروة، 02 في المائة من الأسر														
في المرتبة الثانية	+		+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+
في المرتبة الثالثة	+		+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+
في المرتبة الرابعة الأعلى	+		+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+
تعليم المرأة														
بعض التعليم الابتدائي	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+
أكمل الابتدائي	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+
أكمل الإعدادي	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+
أكملت الثانوي	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+
تعليم عالي	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+
تعليم الشريك														
بعض التعليم الابتدائي	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+
أكمل الابتدائي	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+
أكمل الإعدادي	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+

يستكمل في الصفحة التالية



الجدول 12-ج 1. العلاقة بين مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة والخصائص الأساسية المتعددة (تابع)

البيانات	الربحية والتعليم												
	أنشطة تنموية	التأديب العنيف	عمالة الأطفال	المركبة المفقودة	الطول بالنسبة للعمر (انحراف معياري)	مصابون بالتهنؤن	ملح معالج	وفيات الرضع	وفيات حديثي الولادة	وفيات طفوليم كامل	الولادة	رعاية ما قبل الولادة	رعاية ما قبل الولادة
أكمل الثانوي	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	+	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	+
تعليم عال	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	+	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	+
غير معروف / مفقود	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 الأبر													
قرأ	+	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق
قرأ وكتب	+	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
أكمل الثانوي	+	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق
أكملات الثانوي	+	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 الأب													
قرأ	+	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق
قرأ وكتب	+	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
أكمل الثانوي	+	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق
المجموع	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
(نموذج) قيمة P	11014	3861	3079	9220	14796	14796	12653	13276	13276	2449	10887	10204	10887
(ملاحظات) N					0.033								
الجزء الزائد	0.059	0.014	0.017	0.192		0.031	0.210	0.020	0.027	0.075	0.228	0.113	0.150

المصدر: حسابات البنك الدولي قائمة على المسح المقدمي المتعدد المؤشرات في سوريا، 2006 ، وعلى مسح المشروع الصحي الأبر في سوريا، 2009
ملاحظة: البيانات الحالية تشير إلى عمر 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 منطقيًا 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 جزءًا في المليون من اليود في الملح.
10. الأنشطة الستة هي: (1) قراءة كتب أو مشاهدة كتب تحتوي صورًا 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 قائمًا 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 الكف، 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).
13. كانت الأسئلة: (1) خلال الأسبوع الماضي، هل قام (الطفل) بأي نوع من العمل من أجل شخص ليس فردًا 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>.