



## 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 تترافق 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 مديرات 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.<sup>1</sup> 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.

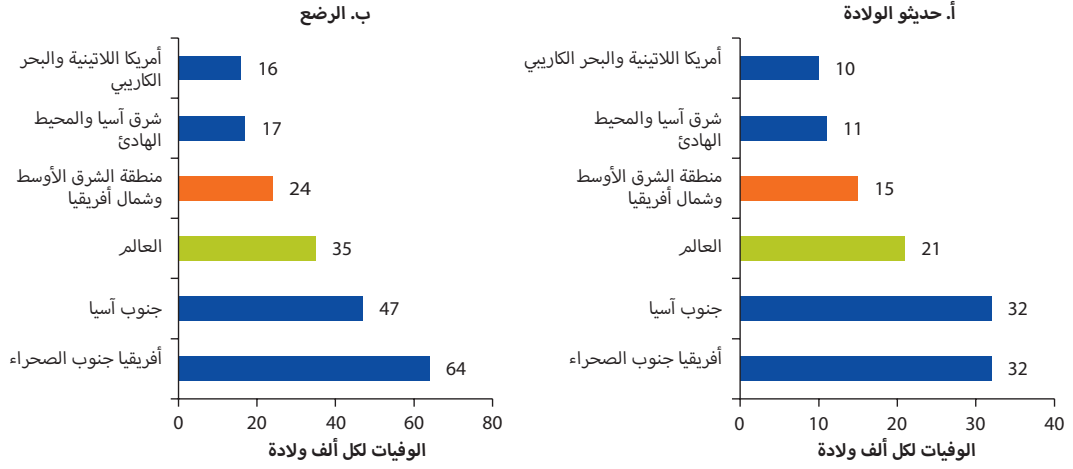
## تنمية الطفولة المبكرة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا-الوضع في العالم

### 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).

وتتمثل 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



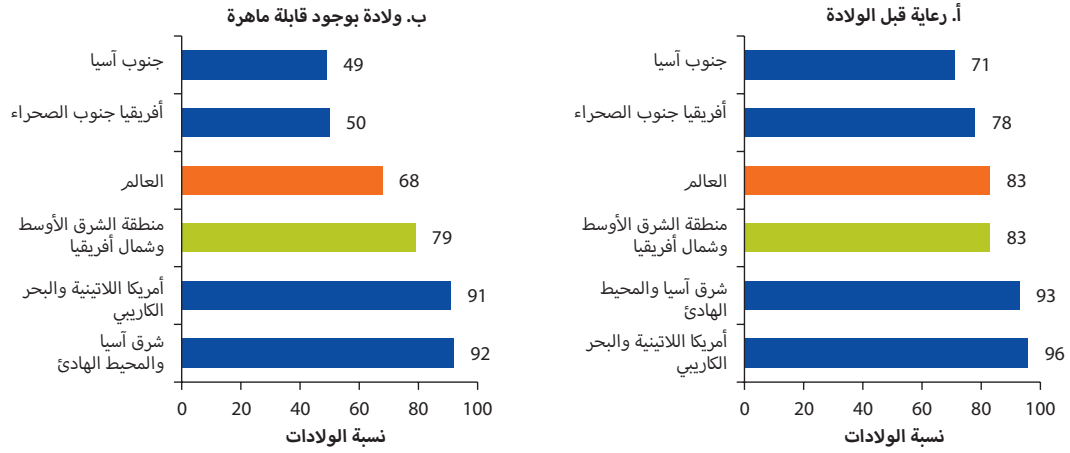
المصدر: اليونسيف 2014.

(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 عنصراً هاماً 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 دوراً هاماً في الحد من الأمراض بين الأطفال - حيث إن أمراضاً مثل الحصبة تعتبر سبباً رئيسياً 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)، (اليونسيف 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).

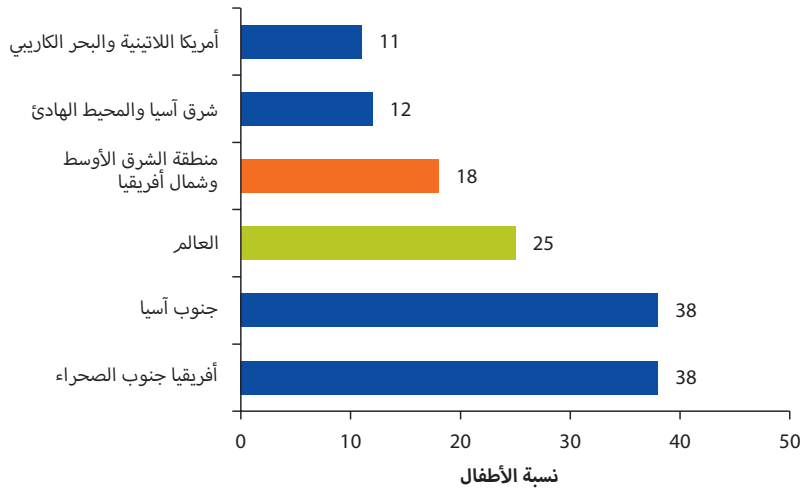
إن سوء التغذية، الذي يعوق نمو خمس الأطفال تقريباً، يشكل تحدياً كبيراً لمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. والتقزم - الذي يزيد عن انحرافين معياريين أقل من طول طفل مرجعي صحي من نفس العمر والجنس - تم ربطه بانخفاض المعرفة، وتدني المستوى الدراسي، وانخفاض الإنتاجية لاحقاً في الحياة. وكذلك تدني الدخل

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



المصدر: اليونيسف 2014

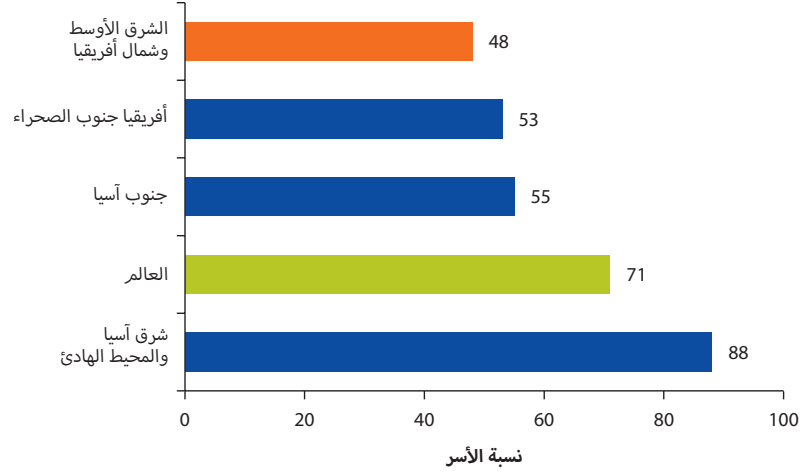
الشكل 2-3 الأطفال المصابون بالتقرم، بعمر 0-59 شهرا، مقارنة إقليمية 2008-2012



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 ملحاً 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.

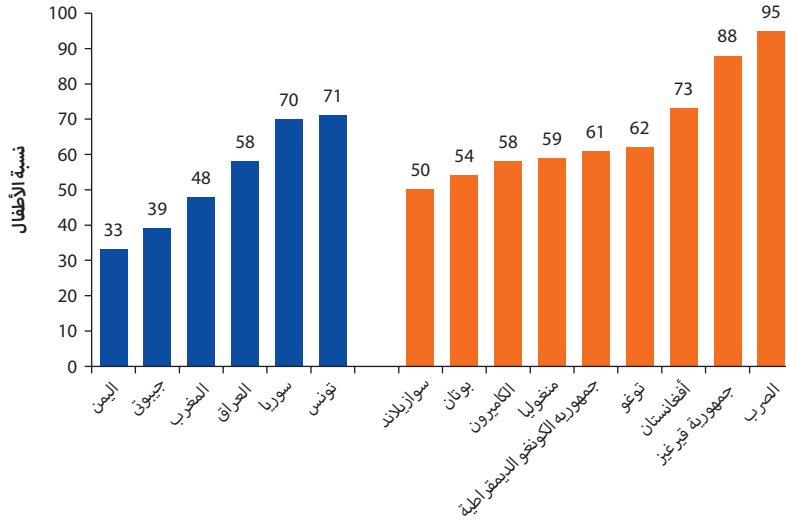
حيث 11 في المائة من الأطفال يعانون من التقزم، ومن شرق آسيا والمحيط الهادئ، حيث 12 في المائة من الأطفال يعانون من التقزم (الشكل 2-3).

إن منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا لديها أقل عدد من الأسر استخداماً للملح المعالج باليود<sup>2</sup> على نحو كاف عن 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 في اليود كان متوسطهم في اختبار الذكاء أقل ب 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 عنصرا هاما 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،<sup>3</sup> 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

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



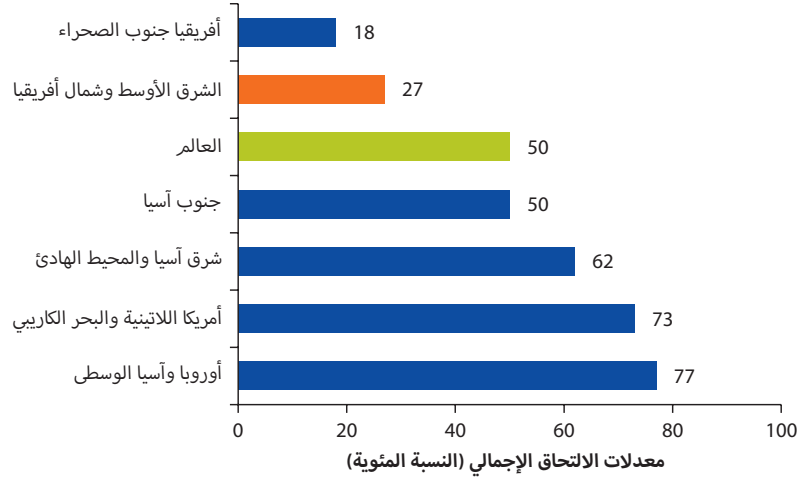
المصدر: اليونيسف 2013، باستثناء جيبوتي (وزارة الصحة، جيبوتي، ومعهد الإحصائيات والدراسات الديمغرافية، وجامعة الدول العربية 2012)، والعراق (جهاز الإحصاء المركزي ومكتب الإحصاء الإقليمي لكردستان، 2012)، وتونس (وزارة التنمية والتعاون الدولي، ومؤسسة الإحصاء الوطنية، واليونيسف 2013).  
ملاحظة: جيبوتي لعمر 24-59 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، وقبرص، 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 للأطفال<sup>4</sup> 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.<sup>5</sup> اليمن والصفة العربية

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



المصدر: مؤشرات التنمية العالمية

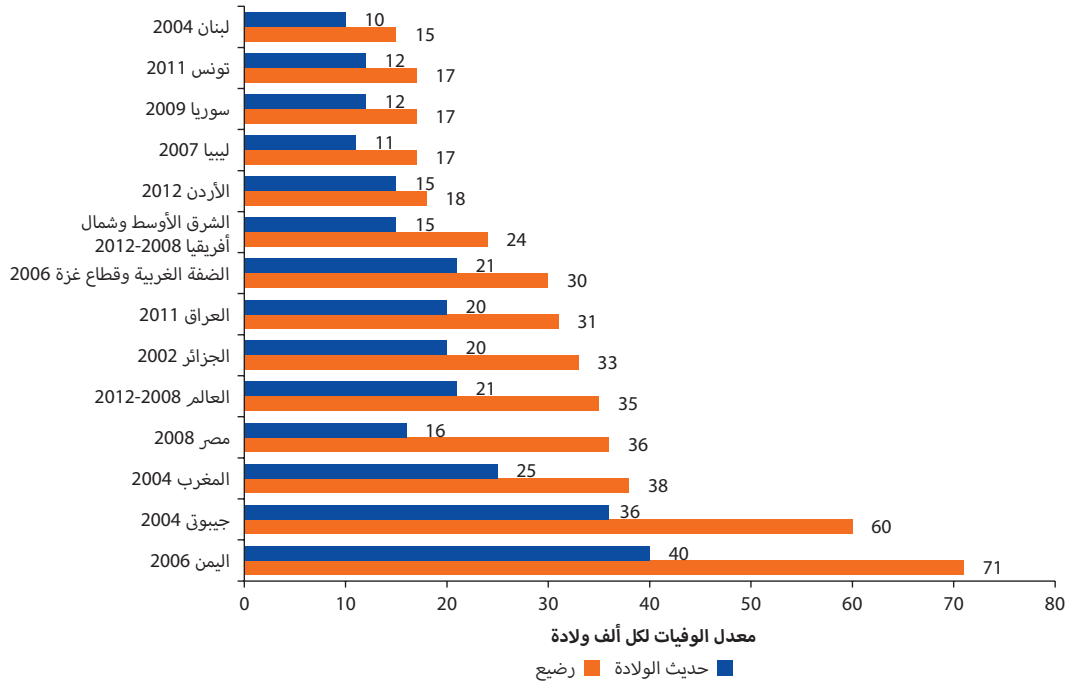
وقطاع غزة لديهما أعلى معدلات من التأديب العنيف (من أصل 50 دولة)، مع تعرض 95 في المائة من الأطفال للتأديب العنيف. تونس، والعراق، والجزائر، وسوريا (ما قبل النزاع)، والمغرب، وجمهورية مصر العربية لديها جميعاً معدلات عالية من التأديب العنيف، وبمعدل يتراوح بين 79 و 93 في المائة. وتحتل تونس المرتبة 5 من بين 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

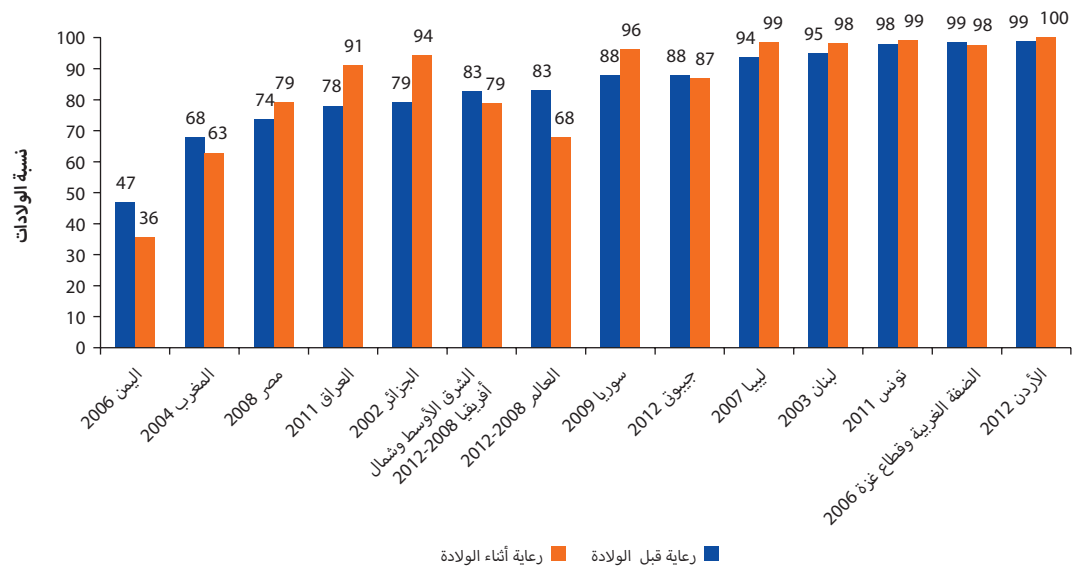
هناك تباين واسع في وضع تنمية الطفولة المبكرة بين الدول في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. فمعدلات وفيات الأطفال الرضع تباين، مع وجود أعلى المعدلات في اليمن وأقلها في لبنان (الشكل 2-7). وجيبوتي واليمن لديهما معدلات وفيات بين الأطفال الرضع أعلى بكثير من المتوسط العالمي وأقرب إلى معدلات أفريقيا جنوب الصحراء. 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 ب2، الجدول ب2). 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



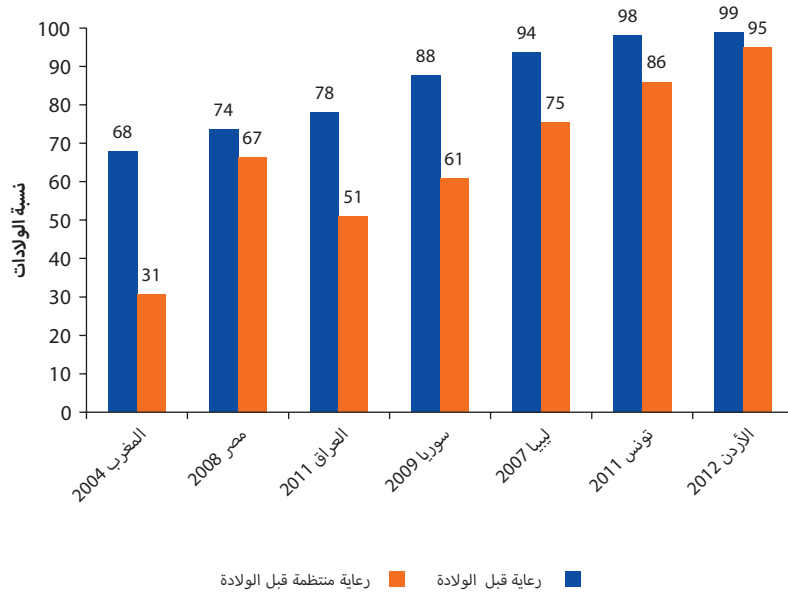
المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسوحات أسرية (راجع الملحق ب2، الجدول ب2). معدلات العالم ومنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا من اليونسيف (2014).



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.

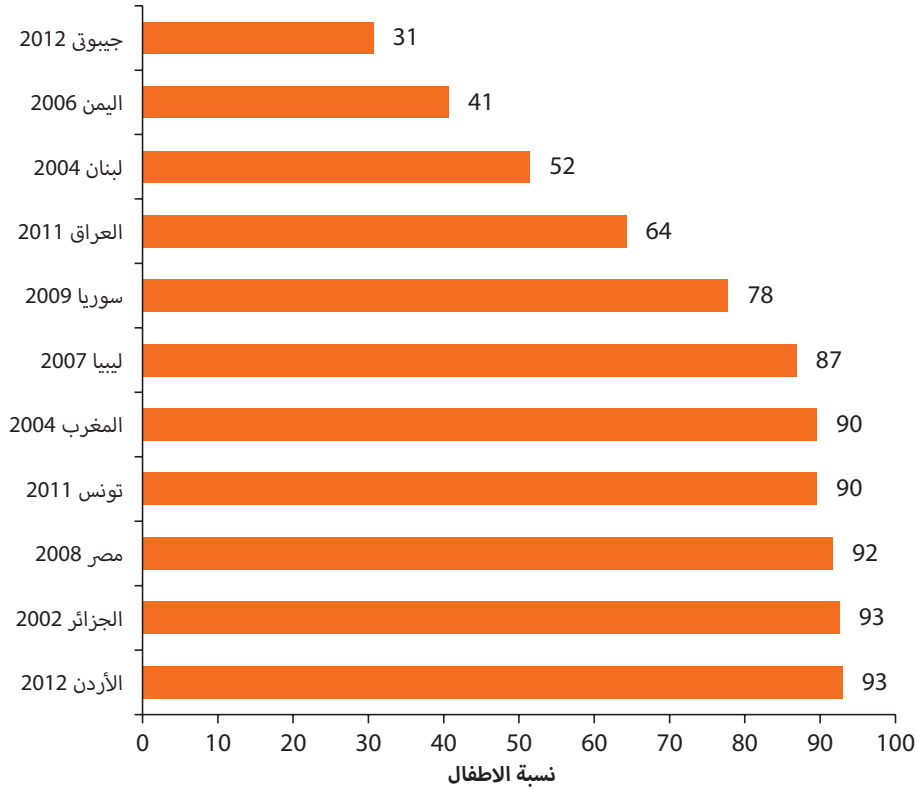
هناك حاجة إلى زيادة الحصول على رعاية منتظمة ما قبل الولادة في معظم بلدان الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. ففي حين كان أداء منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا جيداً من حيث حصول المواليد على زيارة واحدة على الأقل لرعاية ما قبل الولادة، لا يزال هناك فجوات كبيرة في حجم الرعاية المنتظمة ما قبل الولادة (أربع زيارات 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 لديهما 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

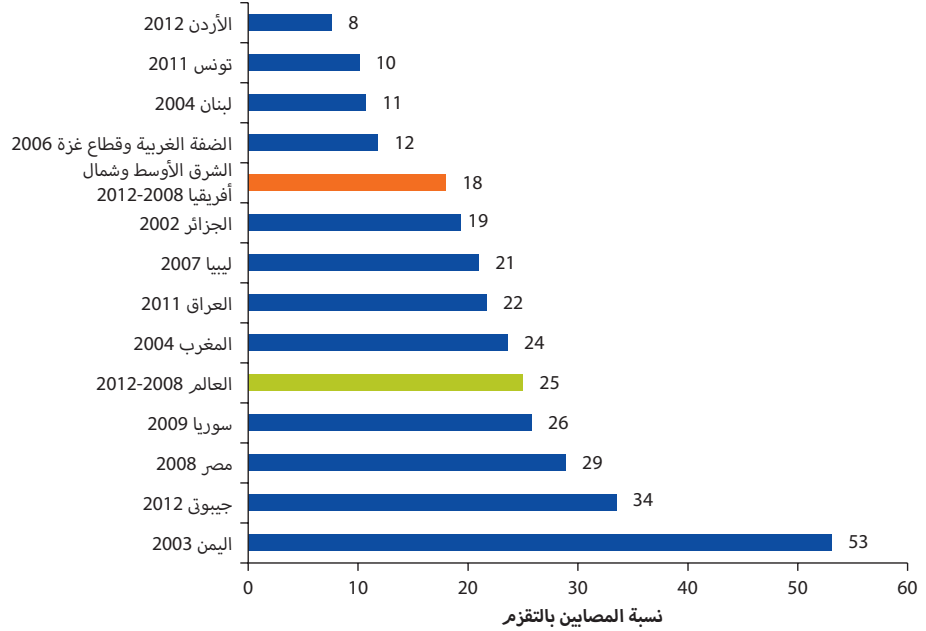


المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسوحات أسرية (راجع الملحق 2ب، الجدول 1ب2)  
ملاحظة: لبنان كان ينقصها معلومات بشأن مطعمي BCG، وبالتالي تم احتساب التطعيم الكامل للمطاعم الأخرى للبنان. وكانت الجزائر ينقصها معلومات على لقاح الحصبة، والجرعات الثانية والثالثة لشلل الأطفال، وبالتالي تم احتساب التطعيم الكامل 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،<sup>6</sup> وشلل الأطفال،<sup>7</sup> والحصبة. وينبغي أن يكونوا محصنين بالكامل قبل 12 شهرا.<sup>8</sup> وحقق عدد من دول المنطقة مستوى تطعيم من شأنه أن يمنح مناعة قطعية،<sup>9</sup> ومنها المغرب، وتونس، ومصر، والأردن، والجزائر. وليبيا، التي فيها 87 في المائة من الأطفال محصنون تماما، 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 أدأوه أفضل بكثير من حيث تغطية شلل

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



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

الأطفال عنه في الدفتيريا، والسعال الديكي والكزاز (DPT). أما جيبوتي فأداؤها أفضل في التطعيم ضد السل من اليمن، ولكن اليمن أداؤه أفضل من جيبوتي في تغطية الحصة. 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 0-59 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 بالتقزم، 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 بالتقزم. اليمن على وجه الخصوص لديه مشكلة خطيرة للغاية مع التغذية والتقزم، مع إصابة أكثر من 53 في المائة من الأطفال بالتقزم؛ 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 تحرز 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)، والضفة الغربية وقطاع غزة، وبقية 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 المائة<sup>10</sup> 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، والضفة 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 تطورهم 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.

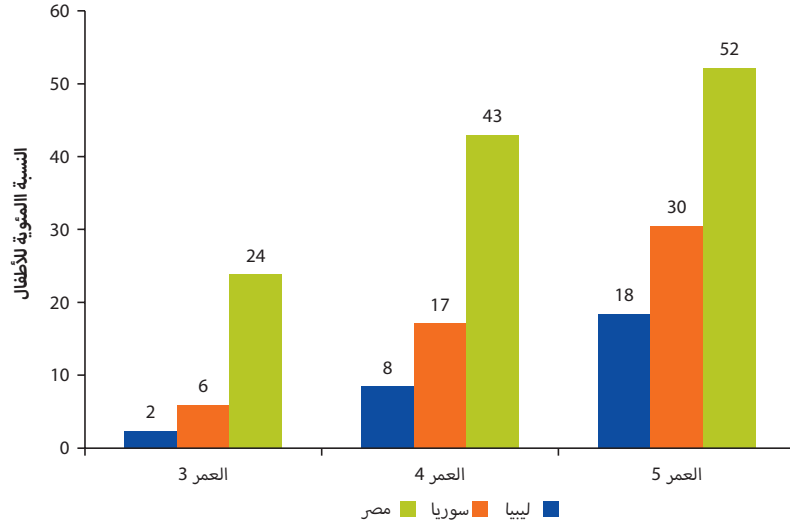
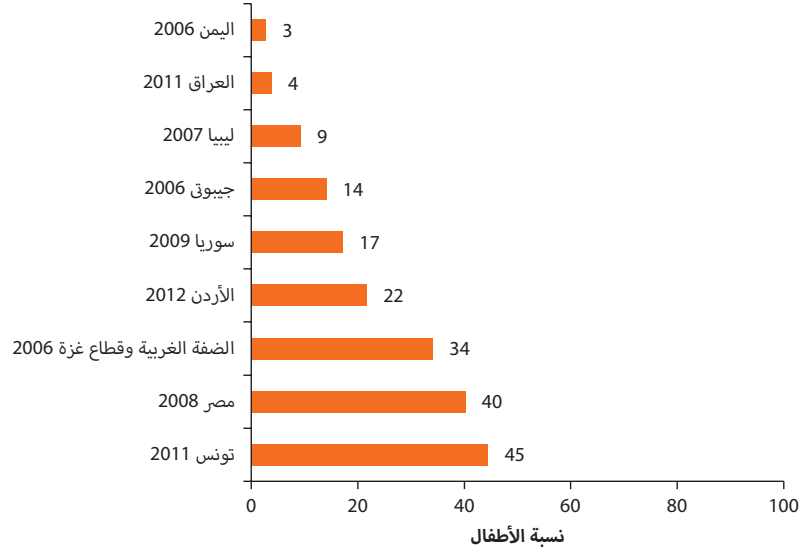
وفي حين أنه غالباً ما تنخرط العائلات اجتماعياً وعاطفياً مع أطفالهم، فإن هناك متسعاً للتحسين في التطور المعرفي للأطفال، لا سيما من حيث القراءة، والتسمية، والعد، والرسم. وفي حين أن المعدلات تختلف من بلد إلى آخر، فإنه في كل البلدان التي شملها الاستطلاع، أقل من نصف الأطفال يلتحقون في رعاية وتعليم الطفولة 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 (9-14 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 2-12 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

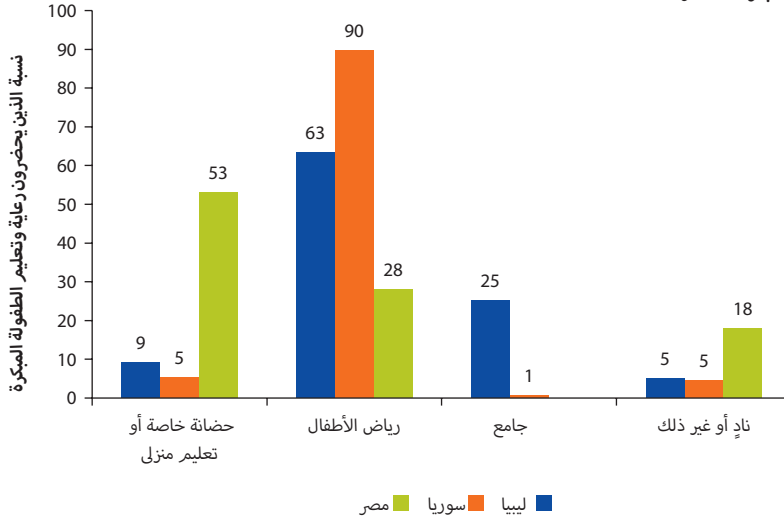
العمر يخص بلدانا مختارة



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)، و 63 في المائة في ليبيا، و 28 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، 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، و 77 في المائة في العراق. واليمن وتونس كانت معدلاتهما 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 يشركون 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 و 19 في المائة في جيبوتي، و 16 في المائة في اليمن، و 12 في المائة في سوريا (قبل الصراع)، و 10 في المائة في العراق، و 7 في المائة في ليبيا.

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

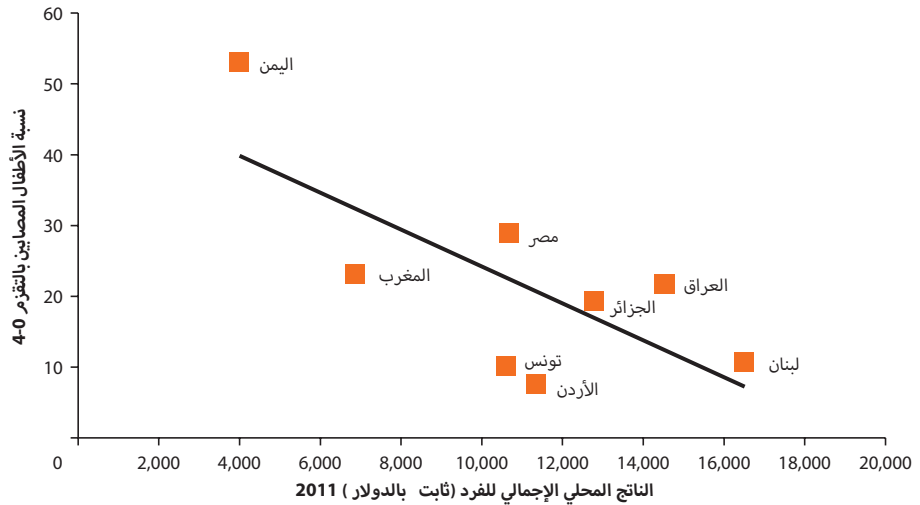
### تطور البلد وتنمية الطفولة المبكرة

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 تبرز 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 والضفة الغربية وقطاع غزة لديها معدلات تقرّم أقل من المتوقع بالنظر إلى مؤشر التنمية البشرية فيها.

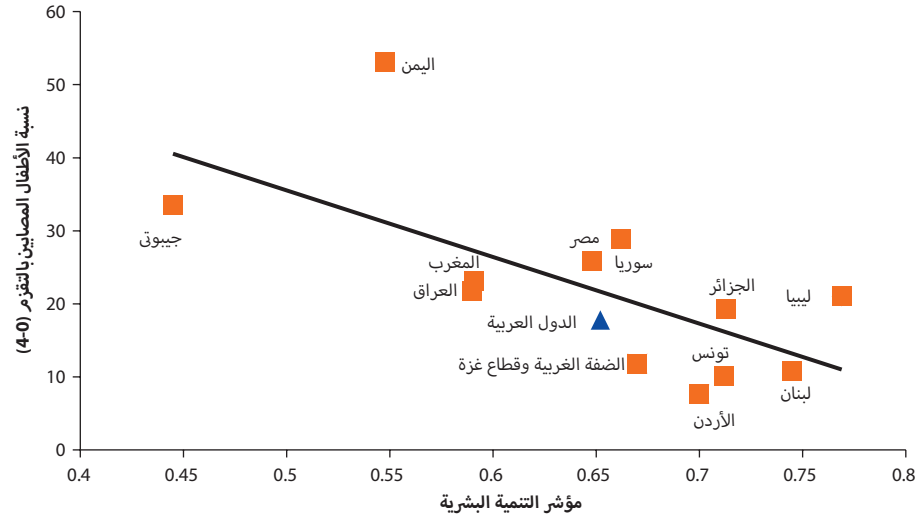
والبلدان التي بها معدلات مماثلة للالتحاق بالمرحلة الابتدائية، في كثير من الأحيان تكون معدلات الالتحاق في مرحلة ما قبل المرحلة الابتدائية فيها مختلفة جداً. ويبين الشكل 2-16 معدلات الالتحاق الإجمالية في مرحلة ما قبل الابتدائي ومعدلات الالتحاق الإجمالية في المرحلة الابتدائية في مختلف بلدان الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. والبلدان ذات معدلات الالتحاق الإجمالية القابلة للمقارنة والمرتفعة 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



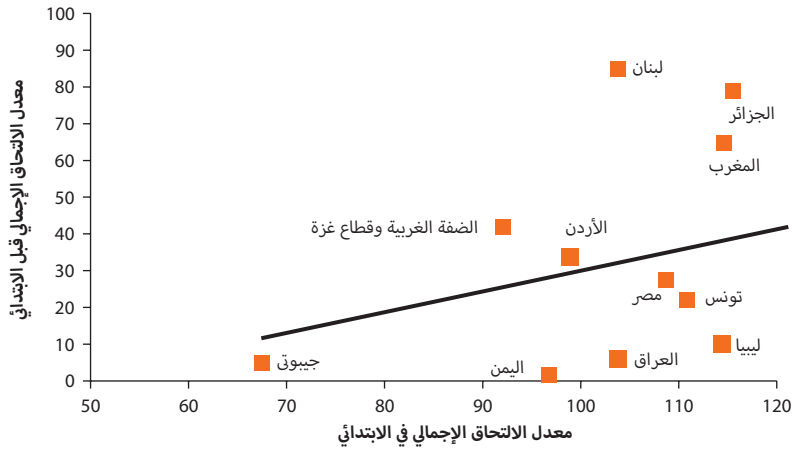
المصدر: حسابات البنك الدولي (التقرّم) والبنك الدولي (2014) (الناتج المحلي الإجمالي)

الشكل 2-15 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 2-16 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، والنتائج 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.



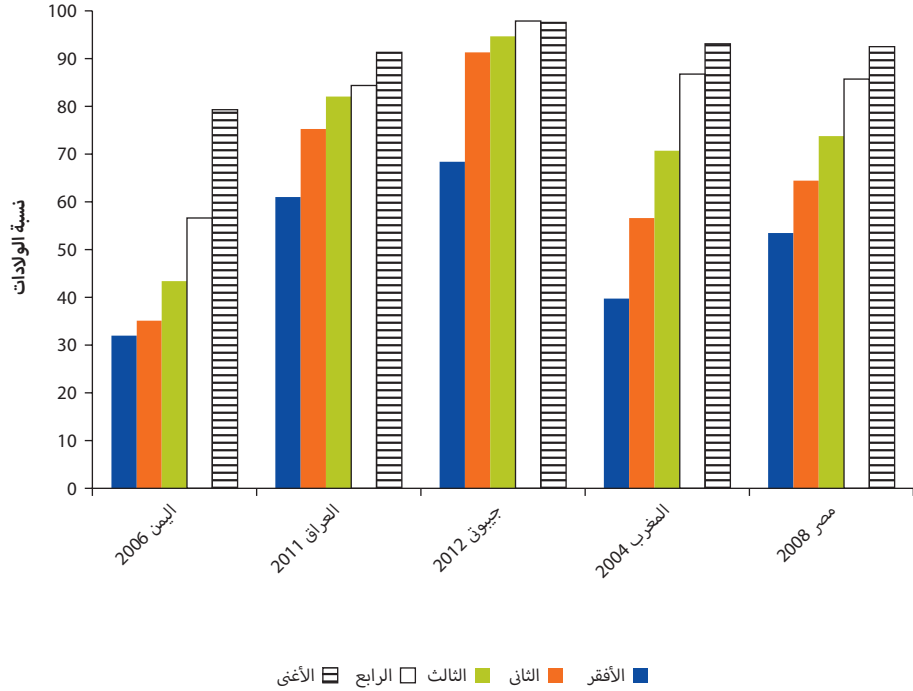
### المعلومات الأساسية للأطفال وتنمية الطفولة المبكرة

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)،<sup>11</sup> 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 17-2 يبين العلاقة بين مستوى

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

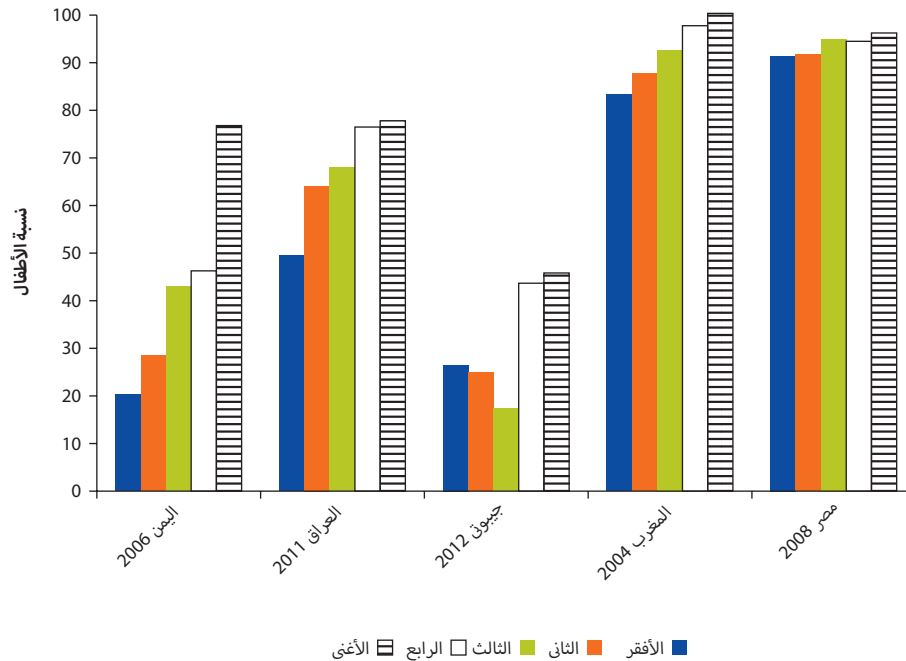


المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسوحات الأسرية (راجع الملحق 2، الجدول 2ب1).

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



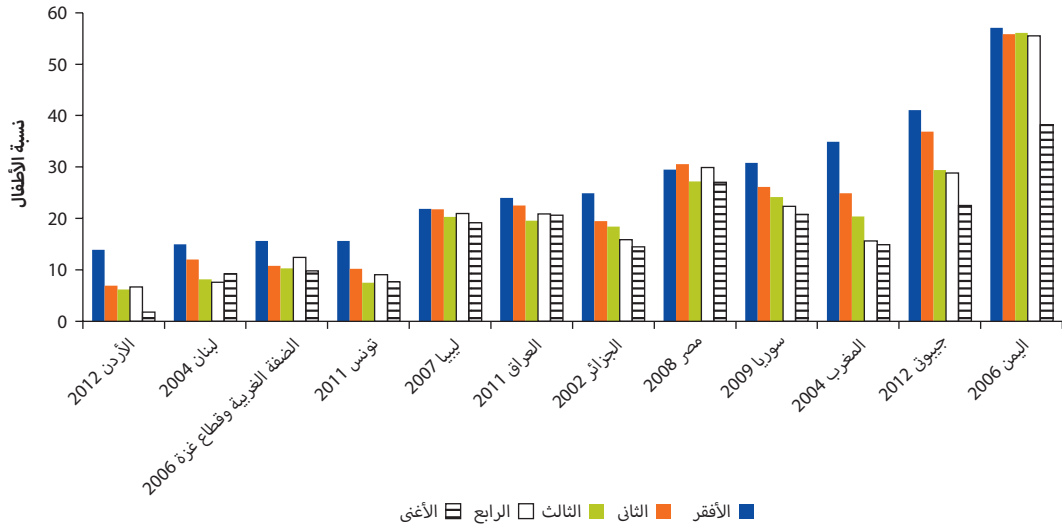
المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسوحات الأسرية (راجع الملحق 2ب، الجدول 2ب1).

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 19-2). وهناك عدد من البلدان، بما في ذلك لبنان، والضفة 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 19-2 التقزم حسب مستوى الثروة والبلد أو الأراضي، الأعمار 4-0

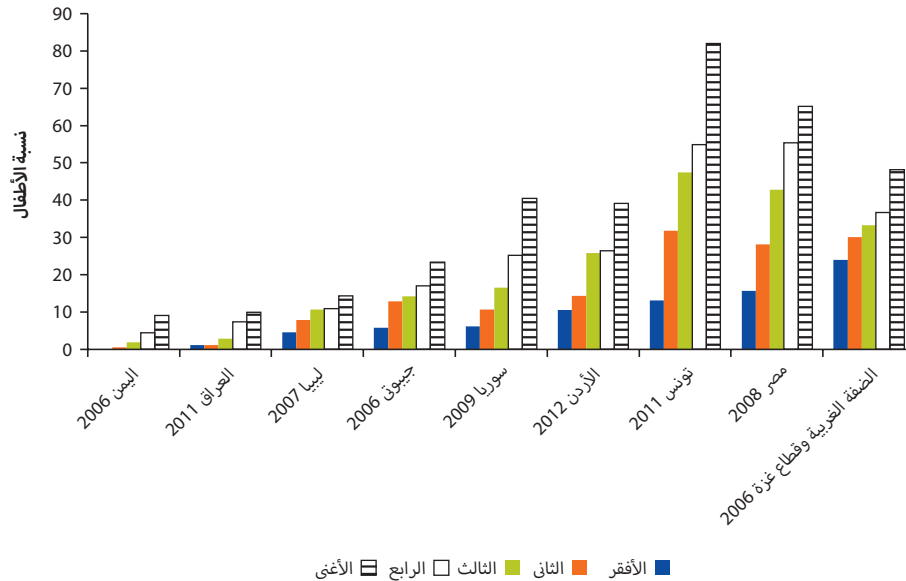


المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسوحات الأسرية (راجع الملحق 2، الجدول 2ب1).

معدلات عالية من التفرغ بشكل خاص. في اليمن، فقط الخمس الأغنى من الأسر لديهم معدلات تفرغ 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 تفرغ 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 2-20 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 الأغنى 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 الأغنى 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 2-20 الأطفال الذين يذهبون إلى رعاية وتعليم الطفولة المبكرة، حسب مستوى الثروة أو البلد أو الأراضي، بلدان وأراضٍ مختارة في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا



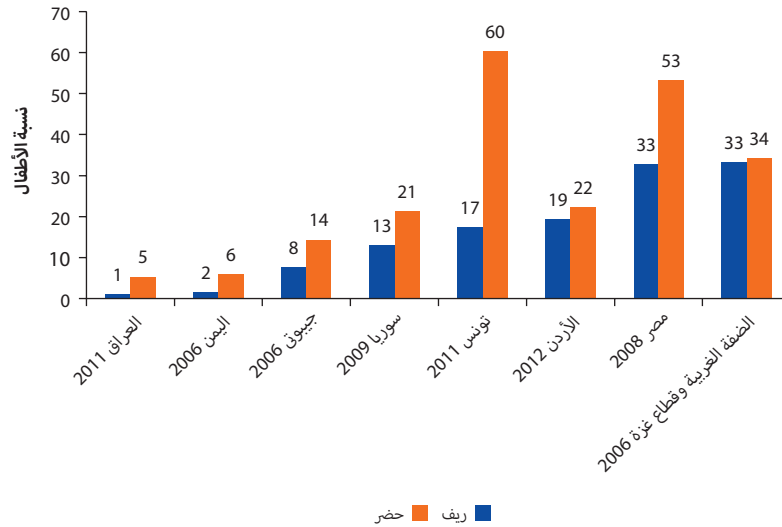
المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسوحات الأسرية (راجع الملحق 2، الجدول 2ب1).  
ملاحظة: الأعمار 4-3 في الأردن، وتونس، الضفة الغربية وقطاع غزة، والعراق، وجيبوتي، واليمن. الأعمار 5-3 في مصر، وسوريا (قبل الصراع)، وليبيا. جميعها حضور حالي لرعاية وتعليم الطفولة المبكرة باستثناء مصر.

(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

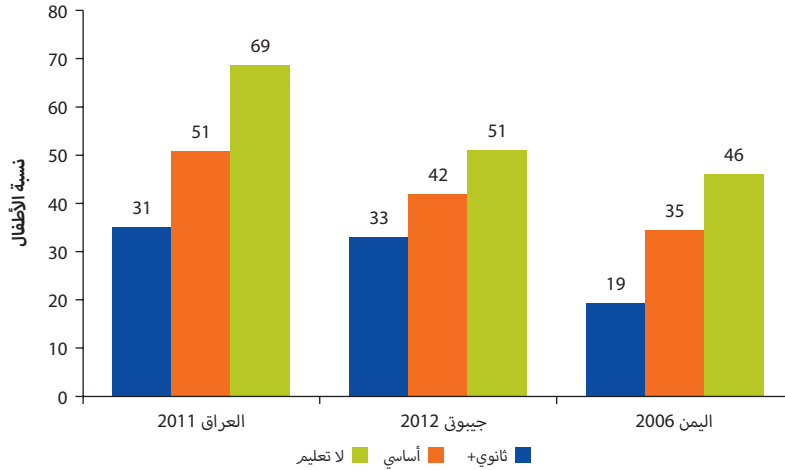
سواء كان الطفل يعيش في منطقة حضرية أو ريفية أمر يرتبط أيضاً بمحصلات تنمية الطفولة المبكرة. على سبيل المثال، هناك فجوات كبيرة بين الحضر/الريف في الالتحاق برعاية وتنمية الطفولة المبكرة. وبين الشكل 2-21 الفرص المختلفة للتحاق الأطفال في رعاية وتعليم الطفولة المبكرة اعتماداً على ما إذا كانوا يعيشون في منطقة 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 فرصتهم في الالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة تزيد تقريباً بأربعة أضعاف إذا كانوا يعيشون في مناطق حضرية عنهم في مناطق 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 2، الجدول ب2). 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 2-22 الأطفال بعمر 0-4 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. وبين الشكل 2-22 كيف تختلف الأنشطة التنموية حسب تعليم الأم في العراق، وجيبوتي، واليمن. وفي العراق، في حين أن 35 في المائة من الأطفال ذوي الأمهات غير المتعلّقات 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 غيرمتعلّقات مقابل 51 في المائة من الأطفال لأمهات لديهن تعليم ثانوي أو أعلى. في اليمن، هناك فجوة كبيرة حتى بين الأمهات غير المتعلّقات (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 تعليمهن 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 1-2).



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

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

المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسوحات الأسرية الراجعة للمناطق 2، الجدول 2ب(1).  
ملاحظة: البيانات من مؤشر الاختلاف.  
\* احتمال < 0.05، \*\* احتمال < 0.01، \*\*\* احتمال < 0.001.  
الارقام غير المصنفة بعلامة تشير إلى أن النموذج الأساسي غير مهم. بعض المحصلات قد لا تكون متطابقة تمامًا 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.<sup>12</sup> 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 نمطا منتظما. 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 التقرم في مصر، والعراق، والأردن، والمغرب، وسوريا (ما قبل النزاع) والضفة 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.

وفرص 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 الحضري/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 تتنقل 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

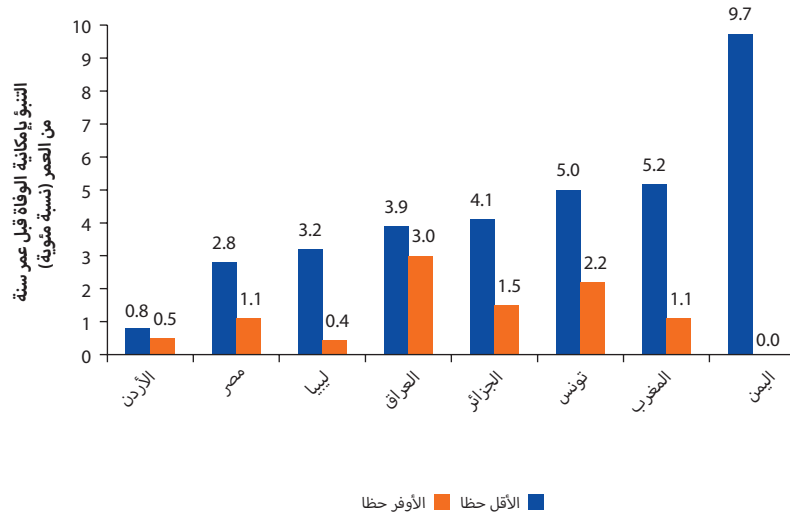


مبكرة صحية مقارنة بطفل والديه لديهما تعليم ثانوي أو أعلى ومن أغنى 20 في المائة من الأسر (طفل أكثر حظاً). الفروقات في الفرص بالنسبة للأطفال الأقل والأكثر حظاً قد تختلف أيضاً بين الأطفال حسب الأقليم والسكن في الحضر/الريف. والتحليل التالي يعرض فرصة (الفرصة المتوقعة) لمحصلات تنمية الطفولة المبكرة المختلفة (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.<sup>13</sup>

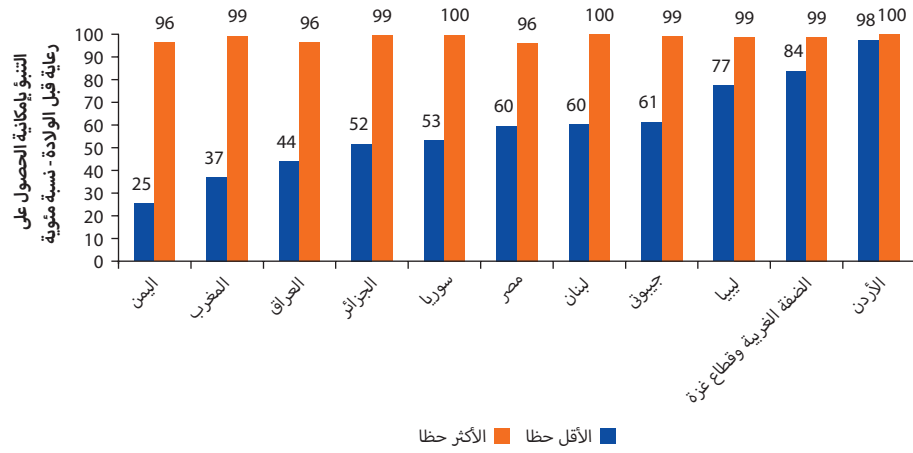
في كل مكان في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، من شبه المؤكد أن يتلقى الطفل الأكثر حظاً رعاية ما قبل الولادة، ولكن الطفل الأقل حظاً لديه فرص أقل بكثير ومتفاوتة (الشكل 2-24). فرص الطفل الأكثر حظاً في تلقي رعاية ما قبل الولادة تتراوح ما بين 96-100 في المائة، في حين أن فرص الطفل الأقل حظاً تتراوح ما بين 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



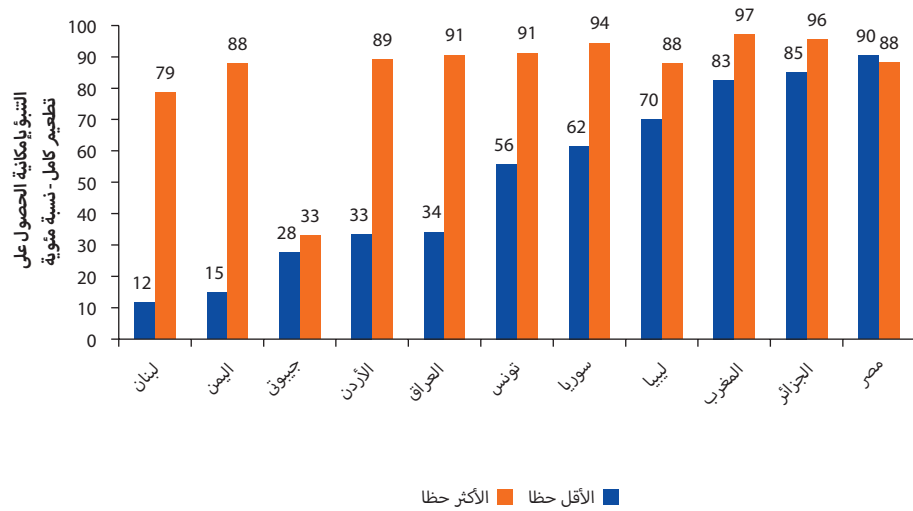
المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسوحات الأسرية (راجع الملحق 2ب، الجدول 2ب1).

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



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

الشكل 2-25 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).

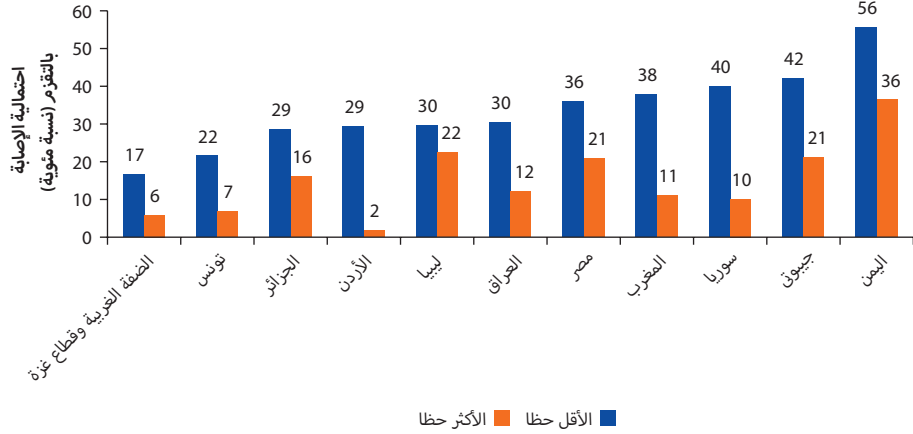
العراق، فإن الأطفال الأقل حظاً قد يكون لديهم فرصة منخفضة في رعاية ما قبل الولادة، وتشير إلى أن الأطفال الذين يعانون الحرمان المتعدد هم عرضة بشكل خاص لمخاطر مرتفعة من سوء الحالة الصحية المبكرة. والنمط بالنسبة للولادة بحضور قابلة ماهرة يميل إلى أن يكون مماثلاً لرعاية ما قبل الولادة.

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 2-25 الفرص 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.

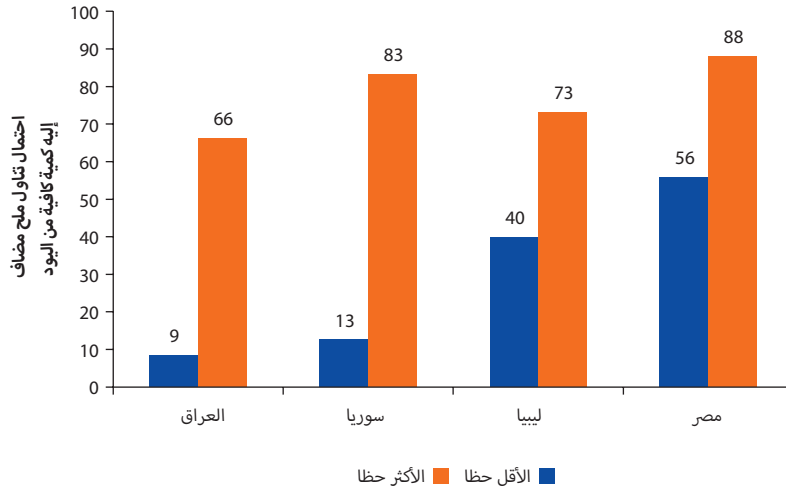
في كل مكان، الطفل الأقل حظاً لديه فرصة أكبر في التقزم أكثر من الطفل الأكثر حظاً، على الرغم من أن حجم الفروقات يختلف إلى حد كبير. الشكل 26-2 يبين كيف تختلف فرص التقزم ما بين الطفل الأقل حظاً والطفل الأكثر حظاً. وفي حين أن فرص الطفل الأكثر حظاً في التقزم تتراوح ما بين 2 في المائة في الأردن إلى 36 في المائة في اليمن، فإن فرص الطفل الأقل حظاً في التقزم 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 التقزم. 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. ويبين الشكل 27-2 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 26-2 التقزم، الأعمار 59-0 شهراً، حالات المحاكاة للأكثر حظاً والأقل حظاً



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسوحات الأسرية (راجع الملحق 2، الجدول 1ب1).

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

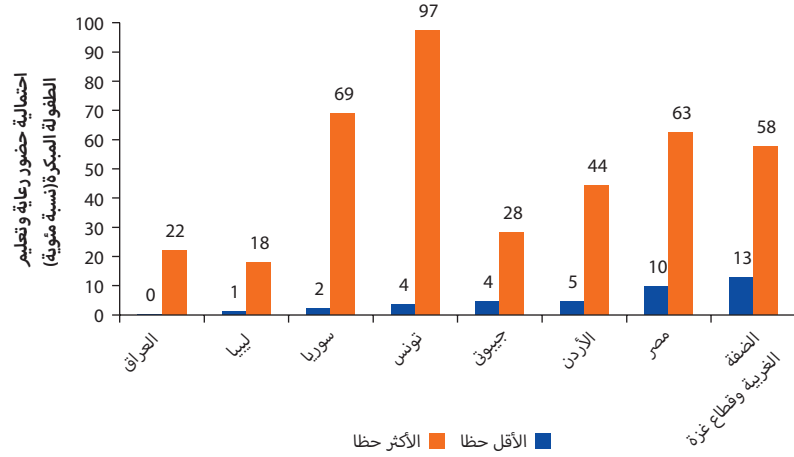


المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسوحات الأسرية (راجع الملحق 2ب، الجدول 2ب1).

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. فالفجوات 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 2-28 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 78-97 في المائة في الالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة، حسب البلد، الطفل الأقل حظاً لديه فرصة ما بين 0-13 في المائة. والفروقات 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 28-2 حضور رعاية وتعليم الطفولة المبكرة - حالات المحاكاة للأوف حفا والأقل حفا



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسوحات الأسرية (راجع الملحق 2، 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 بعيدين 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		المرحلة		الرعاية والتعليم		
	ماهرة عند الولادة	تطعيم كامل	حديثي الولادة	الرضع	مصابون بالتهنئة	معالج باليود	أنشطة تنموية	تأديب عنيف	المرحلة المبكرة
الجزائر	94.4	92.6	2.0	3.3	19.3	0.4	36.6	—	—
جيبوتي	87.4	30.7	3.6	6.0	33.5	—	36.6	36.2	14.1
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
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
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
تونس	98.6	89.6	1.2	1.7	10.1	—	71.1	94.9	44.5
الضفة الغربية وقطاع غزة	98.5	—	2.1	3.0	11.8	87.7	46.8	95.5	34.1
اليمن	47.0	40.7	4.0	7.1	53.1	—	25.5	93.2	2.7

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

## الملحق 2 ب : مجموعات بيانات جزئية

## 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 (الزناطي وواي 2009)
العراق	المسح العنقودي المتعدد المؤشرات (MICS) لعام 2011 (الجهاز المركزي للإحصاء وهيئة إحصاء إقليم كردستان 2012)
الأردن	المسح الديمغرافي و الصحي (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 4/2003 (وزارة الصحة، ORC المغرب وجامعة الدول العربية 2005)
الجمهورية العربية السورية	المسح العنقودي المتعدد المؤشرات (MICS) لعام 2006 (المركز السوري للإحصاء والبحوث وآخرون 2008) و مسح المشروع العربي لصحة الأسرة (PAPFAM) لعام 2009 (جامعة الدول العربية والجمهورية العربية السورية 2011)
تونس	المسح العنقودي المتعدد المؤشرات (MICS) لعام 2012/2011 (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 مؤخرته باليد؛ ضرب الطفل 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) هومزيج 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 تذكّر 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)."
- 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](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](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>.

