

كل طفل لثديي مستحق بيبي



تنمية الطفولة المبكرة في مصر



مجموعة البنك الدولي





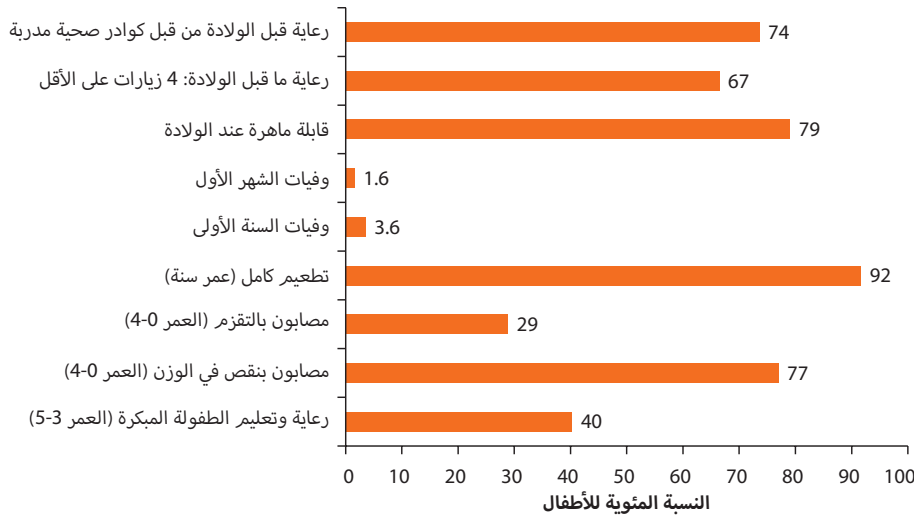
جمهورية مصر العربية

حالة تنمية الطفولة المبكرة في جمهورية مصر العربية

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

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

الشكل 1-6 ملخص مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة



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

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

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

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

البقاء، والرعاية الصحية، والتغذية

الخطوة الأولى في التنمية الصحية للطفولة المبكرة هي ببساطة تجاوز مرحلة الطفولة المبكرة مع البقاء على قيد الحياة. إن تخفيض معدلات وفيات الأطفال دون الخامسة بمقدار الثلثين هو أحد الأهداف الإنمائية للألفية، وهدف حيوي في جهود مصر الرامية إلى تعزيز تنمية الطفولة المبكرة. في مصر، يتوفى واحد من كل 42 طفلاً مولوداً، قبل عيد ميلاده الأول. أي أن 121 طفلاً تحت سن سنة يموتون يومياً.¹ وكان معدل وفيات الأطفال الذي يشير إلى الأطفال الذين يتوفون قبل عيد ميلادهم الأول، هو 24 طفلاً لكل ألف ولادة.² وهو نفس متوسط معدلات منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (اليونيسف 2014). وتتضمن معظم وفيات الرضع وفيات الأطفال حديثي الولادة، والأطفال الذين يتوفون خلال

الإطار 2-6 ملخص لمؤشرات التنمية في جمهورية مصر العربية

مصر بلد ذو دخل منخفض إلى متوسط، مع ناتج محلي إجمالي للفرد بلغ حوالي 3256 دولاراً أمريكياً (الجدول ب-2-6). ويقدر عدد سكان مصر بواقع 81 مليوناً، منهم الثلث تقل أعمارهم عن 15 عاماً. وبلغ معدل توقع الحياة عند الولادة 71 عاماً، وهو يعتبر جيداً بالنسبة للبلدان الأخرى في هذا المستوى من التنمية. وبلغ معدل الالتحاق الإجمالي للمرحلة الابتدائية في مصر هو 113 في المائة في 2012. وحلت مصر في المرتبة 112 من بين 186 بلداً مع بيانات قابلة للمقارنة في مؤشر التنمية البشرية لعام 2012 (HDI).

الجدول 1. المؤشرات الاجتماعية والاقتصادية لمصر

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

المصدر: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي 2014، مؤشرات التنمية العالمية

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

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

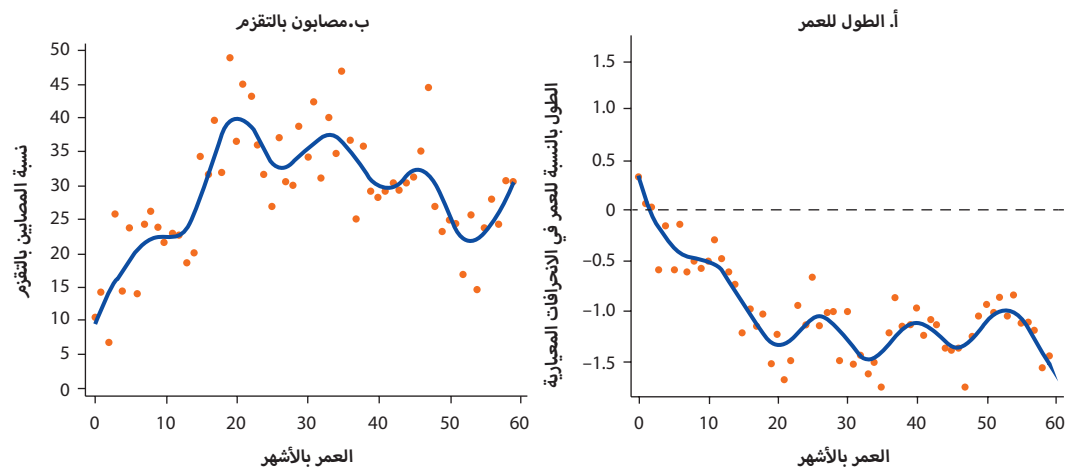
والولادة بوجود قابلة ماهرة تشكل مكوناً هاماً للتقليل من وفيات وأمراض حديثي الولادة. وتساعد القابلات الماهرات في أن تكون الولادة آمنة، وتلعب دوراً هاماً في تحديد القضايا الصحية وتوفير الرعاية بعد الولادة (منظمة الصحة العالمية 2004). وضمان أن يتم عدد أكبر من الولادات على يد موظفي صحة ماهرين هو جزء هام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

1988، كانت 35 في المائة من الولادات تتم على يد قابلات ماهرات، وفي 1998 وصلت النسبة إلى 55 في المائة من الولادات قبل أن ترتفع إلى 79 في المائة في 2008، وهذا معدل زيادة مضطردة وصل إلى 10 نقاط مئوية كل خمس سنوات (مؤشرات التنمية العالمية). ولدى المقارنة بين الرعاية أثناء الولادة والرعاية قبل الولادة، تبين أنه حدثت زيادة أكبر في نطاق الرعاية أثناء الولادة منها للرعاية قبل الولادة. والمعدلات في مصر هي على مستوى المتوسط الإقليمي من حيث الرعاية أثناء الولادة والبالغ 79 في المائة (اليونسف 2014).

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

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

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



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

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

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

التطور المعرفي والاجتماعي والعاطفي

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

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

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

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

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



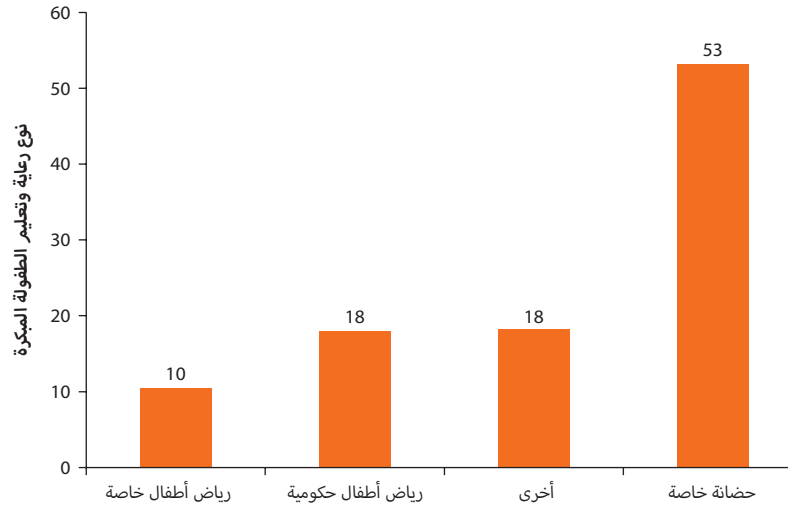
المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح الديمغرافي والصحي لمصر، 2008

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

العوامل الرئيسية التي تؤثر على تنمية الطفولة المبكرة

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

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



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

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

البقاء، والصحة، والتغذية

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

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

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



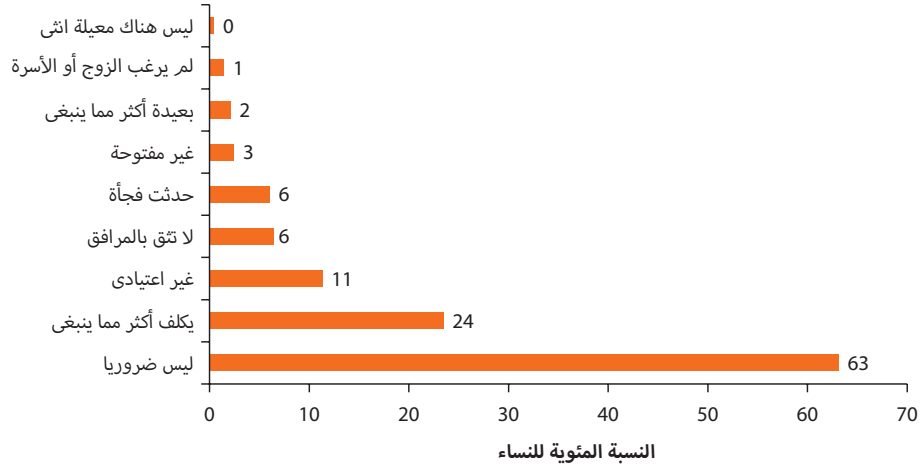
(67 في المائة). ويكون الفرق كبيراً بشكل خاص عند مقارنة المناطق، حيث إن المحافظات الحضرية (89 في المائة) تتضمن معدلات أعلى منها في المحافظات الريفية في الوجه القبلي (60 في المائة). وفي محافظات عديدة—المنوفية، والفيوم، وقنا—المعدلات هي دون 60 في المائة.

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

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

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

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



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

في حين أن حوالي 92 في المائة من الأطفال محصنون، مع بعض الاختلاف في الخصائص الأساسية، إلا أن بعض مجموعات السكان الفرعية هي دون مستوى التحصين الكامل الذي يمنح المناعة الجماعية.¹⁴ على سبيل المثال، فقط 88 في المائة من الأطفال في سن 12-23 شهرا في ريف الوجه القبلي و87 في المائة من الأطفال بعمر 12-23 شهرا في المحافظات الحدودية محصنين بالكامل. والسويس، والمنوفية، والجيزة، والمنيا، وقنا، والبحر الأحمر، وشمال سيناء، وجنوب سيناء جميعها فيها معدلات تحصين كامل بمعدلات دون 90 في المائة لأعمار 12-23 شهرا. وبشكل عام، تقوم مصر بتحصين الأطفال من كل الخلفيات تحصينا كاملا. وعند أخذ خصائص أخرى في الاعتبار، تبدو الجغرافيا العامل المهم الوحيد. والأطفال في ريف الوجه القبلي والمحافظات الحدودية أقل احتمالا بقليل للحصول على التلقيح من الأطفال في المحافظات الحضرية. ولاتوجد فروقات كبرى ذات دلالة إحصائية حسب ثروة أو تعليم الوالدين من حيث معدلات التحصين، مما يشير إلى أنه، بصرف النظر عن الاختلافات الجغرافية، تم تنفيذ عمليات التحصين في شكل حملة صحة عامة ناجحة عبر الفوارق في الثروة والتعليم.

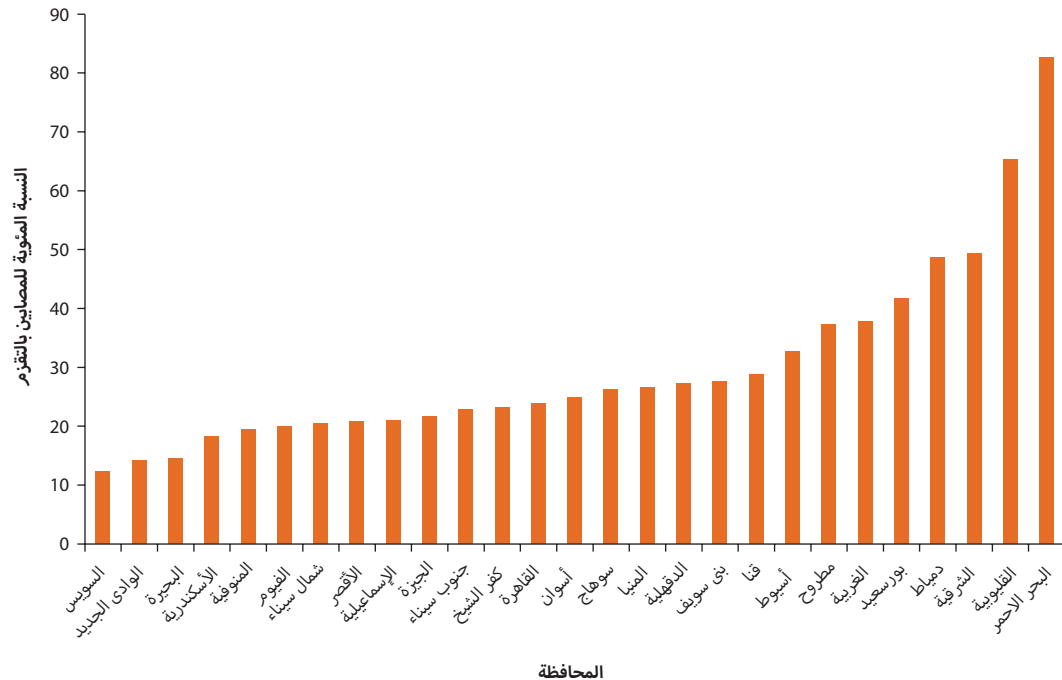
ومن حيث التغذية، كان التقزم والطول في مصر مرتبطين مع الخصائص الأساسية للأطفال بعلاقة معقدة (راجع الإطار 4-6 لمناقشة السلوكيات الصحية الأخرى التي قد تؤثر على التغذية). والأطفال الذكور أكثر عرضة للإصابة بالتقزم (31 في المائة) من الأطفال الإناث (27 في المائة). وفي حين أن هذه نتيجة مثيرة للاهتمام، حيث إن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

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

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

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

الشكل 6-6 النسبة المئوية للأطفال المصابين بالتقزم حسب المحافظة



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

الإطار 4-6 التغذية والسلوكيات الصحية

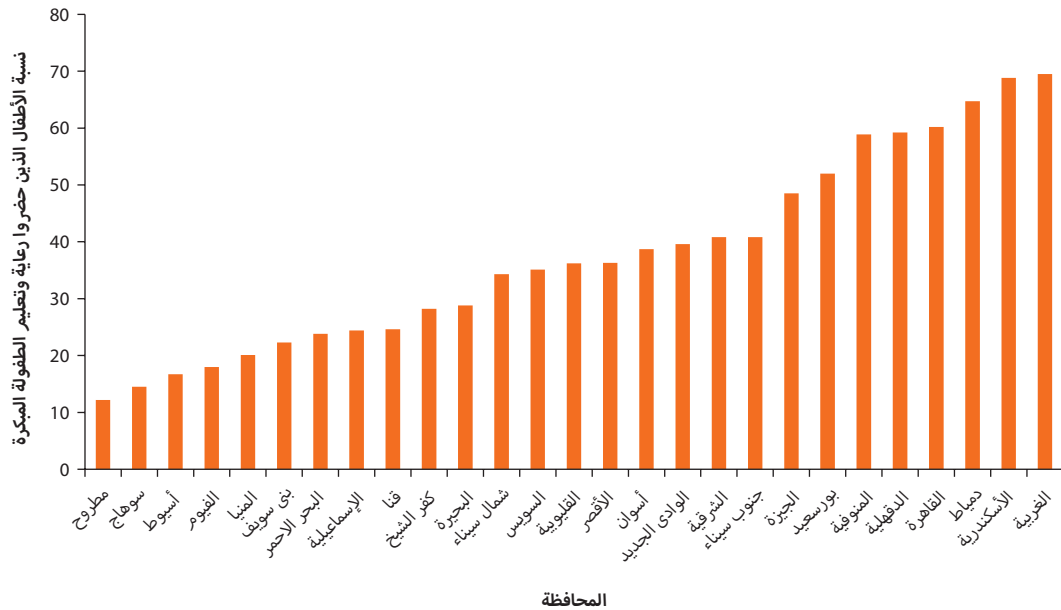
على الرغم من أن مصر كافحت لتخفيض معدلات التقزم، فإن بعض السلوكيات الصحية التي تشكل مكونات مهمة للتغذية المبكرة قد تحسنت مع مرور الوقت. فمثلاً، في 2003، فقط 30 في المائة من الأطفال تحت عمر 6 أشهر كان يتم إرضاعهم رضاعة طبيعية حصرية، واعتباراً من 2008، ارتفعت هذه النسبة لتصل إلى 53 في المائة (مؤشرات التنمية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

التطور المعرفي، والاجتماعي، والعاطفي

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

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

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

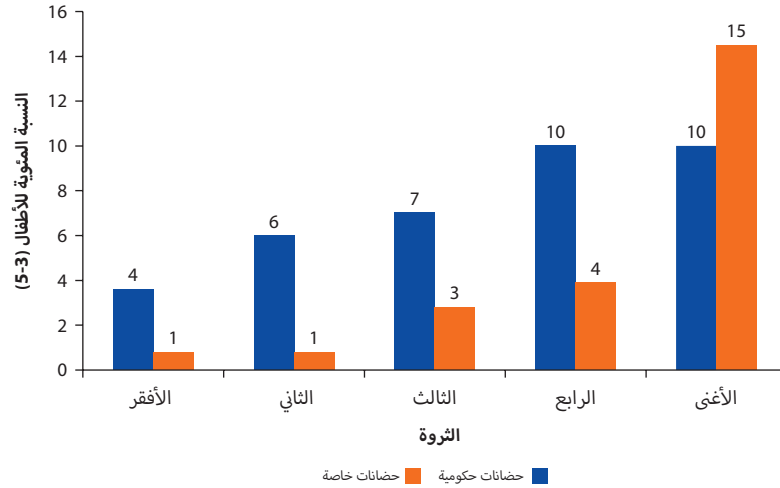


المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح الديمغرافي والصحي لمصر، 2008.

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

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

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



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

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

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

يواجه الأطفال فرصاً غير متكافئة للتطور الصحي

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

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

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

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

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

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

الجدول 6-3 مساهمات الظروف المختلفة في عدم المساواة

نسبة مئوية

الثروة	تعليم الأم	تعليم الأب	المنطقة	جنس الطفل	البعد عن مرافق الرعاية
35.2	28.5	15.2	17.6	لا ينطبق	3.6
36.1	23.6	10.2	28.8	لا ينطبق	1.3
22.5	11.5	8.5	53.0	3.3	1.2
15.8	28.8	3.2	25.0	لا ينطبق	27.2
29.7	18.9	7.2	37.0	لا ينطبق	7.2
4.8	4.5	7.2	72.5	8.6	2.6
43.6	17.4	9.2	19.3	0.1	10.3
36.8	26.0	13.2	23.3	0.8	لا ينطبق

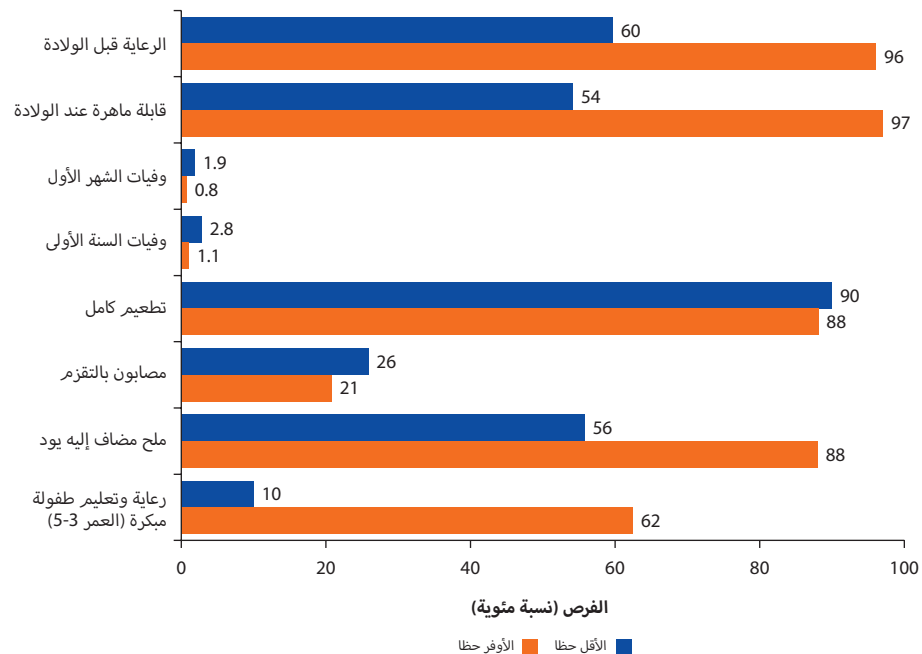
المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح الديمغرافي والصحي لمصر، 2008
ملاحظة: تحليلات شيبلي لمؤشر الاختلاف. لا ينطبق قد تعني أيضا غير متوفر.

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

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

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

الشكل 6-9 حالات المحاكاة للأوفر حظا والأقل حظا



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

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

الخاتمة

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

الملحق 6: البيانات

مجموعة البيانات

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

العينة

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



الملحق 6ب المؤشرات حسب الخصائص الأساسية الجدول 6ب-1 المؤشرات حسب الخصائص الأساسية

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

يستكمل في الصفحة التالية





الجدول 6-1 المؤشرات حسب الخصائص الأساسية (تابع)

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

يستكمل في الصفحة التالية



الجدول رقم 1 المؤشرات حسب الخصائص الأساسية (تابع)

نسبة الأطفال (4-0)	الرعاية والتعليم		الطول بالنسبة للعمر (الحرف)		مصابون باللقاح		تطعيم كامل (سنة 1)		وفيات السنة الأولى		وفيات الشهر الأول		قابلة ماهرة عند الولادة		رعاية ما قبل الولادة	
	نسبة الأطفال (4-0)	المركبة (3-5)	المركبة (3-5)	المركبة (3-5)	المركبة (3-5)	المركبة (3-5)	المركبة (3-5)	المركبة (3-5)	المركبة (3-5)	المركبة (3-5)	المركبة (3-5)	المركبة (3-5)	المركبة (3-5)	المركبة (3-5)	المركبة (3-5)	المركبة (3-5)
3.8	28.2	59.3	-0.26	23.3	95.7	92.3	84.4	92.3	84.4	92.3	84.4	92.3	84.4	92.3	84.4	92.3
5.4	69.5	88.5	-1.56	37.9	93.9	84.9	80.3	84.9	80.3	84.9	80.3	84.9	80.3	84.9	80.3	84.9
5.2	58.9	70.9	-0.83	19.6	82.4	81.9	47.6	81.9	47.6	81.9	47.6	81.9	47.6	81.9	47.6	81.9
6.5	28.8	90.7	0.48	14.5	98.2	85.0	74.1	85.0	74.1	85.0	74.1	85.0	74.1	85.0	74.1	85.0
1.3	24.4	47.7	-0.49	20.9	96.2	92.8	90.0	92.8	90.0	92.8	90.0	92.8	90.0	92.8	90.0	92.8
8.3	48.5	86.7	-0.95	21.7	88.8	83.4	76.5	83.4	76.5	83.4	76.5	83.4	76.5	83.4	76.5	83.4
3.8	22.3	23.8	-1.13	27.7	92.0	67.2	63.4	67.2	63.4	67.2	63.4	67.2	63.4	67.2	63.4	63.4
3.6	18.0	64.7	-0.66	19.9	84.8	52.4	52.1	52.4	52.1	52.4	52.1	52.4	52.1	52.4	52.1	52.1
6.7	20.1	60.2	-1.03	26.5	86.2	58.1	60.9	58.1	60.9	58.1	60.9	58.1	60.9	58.1	60.9	60.9
5.4	16.7	64.3	-1.02	32.7	92.3	56.4	72.0	56.4	72.0	56.4	72.0	56.4	72.0	56.4	72.0	72.0
5.5	14.5	73.2	-0.96	26.2	93.9	56.1	63.0	56.1	63.0	56.1	63.0	56.1	63.0	56.1	63.0	63.0
3.9	24.6	82.4	-1.06	28.9	72.2	74.6	56.5	74.6	56.5	74.6	56.5	74.6	56.5	74.6	56.5	56.5
1.5	38.7	83.1	-0.61	24.8	95.3	89.1	76.9	89.1	76.9	89.1	76.9	89.1	76.9	89.1	76.9	76.9
0.5	36.3	80.8	-0.97	20.8	91.2	93.2	86.1	93.2	86.1	93.2	86.1	93.2	86.1	93.2	86.1	86.1
0.2	23.8	97.1	-3.14	82.6	87.5	88.0	69.3	88.0	69.3	88.0	69.3	88.0	69.3	88.0	69.3	69.3
0.3	39.6	81.5	-0.13	14.3	100.0	87.2	90.7	87.2	90.7	87.2	90.7	87.2	90.7	87.2	90.7	90.7
0.5	12.2	56.6	-1.19	37.2	91.7	75.4	62.3	75.4	62.3	75.4	62.3	75.4	62.3	75.4	62.3	62.3
0.4	34.3	57.1	-0.79	20.4	71.8	69.1	63.5	69.1	63.5	69.1	63.5	69.1	63.5	69.1	63.5	63.5
0.1	40.8	89.1	-0.87	22.8	80.0	91.7	83.3	91.7	83.3	91.7	83.3	91.7	83.3	91.7	83.3	83.3
100.0	40.2	76.7	-1.01	28.9	91.7	2.4	73.6	2.4	73.6	2.4	73.6	2.4	73.6	2.4	73.6	73.6
10.595	6.203	10.119	9.478	9.478	2.188	8.367	10.868	8.367	10.868	8.367	10.868	8.367	10.868	8.367	10.868	10.868

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



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

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

الرعاية	الطول	المال	تطعيم كامل	وفيات السنة الأولى	وفيات الشهر الأول	قابلة	رعاية ما قبل الولادة	ماهرة عند الولادة
والتعليم	بالنسبة	مصابون	المعالج	تطعيم كامل	وفيات السنة الأولى	وفيات الشهر الأول	قابلة	رعاية ما قبل الولادة
المرحلة	للعمر	بالتقزم	باليود	(سنة 1)	الأولى	الأول	الولادة	الولادة
الطفولة	(SD)							
المبكرة								
الإقليم								
-	-	+	+	-	-	-	-	-
-	-	+		-	-	-	-	-
-							-	-
-	-		-	-	-	-	-	-
-		+		-			-	-
الثروة								
+			+				+	+
+		-	+				+	+
+			+	-			+	+
+			+	-	-		+	+
تعليم الأم								
+			-				+	+
			+				+	+
+							+	+
+		-		+			+	+
+							+	+
+	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق
تعليم الأب								
+								+
+								+
+								+
+			+				+	+
+								+
+	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق
مشكلة المسافة								
لا ينطبق		-	-	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	-
	+	-					لا ينطبق	لا ينطبق
0.000	0.000	0.000	0.000	0.003	0.000	0.001	0.000	0.000
6,203	9,452	9,452	10,087	2,185	8,366	8,366	10,812	10,836
	0.018							
0.133		0.016	0.089	0.034	0.029	0.040	0.168	0.116

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

الحواشي

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

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

المراجع

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



UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization). 2006. *Education For All Global Monitoring Report 2007: Strong Foundations: Early Childhood Care and Education*. Paris.

UNESCO International Bureau of Education. 2006. *Egypt: Early Childhood Care and Education (ECCE) Programmes. Country Profile Prepared for the Education for All Global Monitoring Report 2007*. Geneva.

UNICEF (United Nations Children's Fund). 2008. *The State of the World's Children 2009: Maternal and Newborn Health*. New York: UNICEF.

———. 2014. *The State of the World's Children 2014 in Numbers: Every Child Counts: Revealing Disparities, Advancing Children's Rights*. New York: UNICEF.

World Development Indicators (database). World Bank, Washington, DC. <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>.

World Health Organization. 2004. *Making Pregnancy Safer: The Critical Role of the Skilled Attendant. A Joint Statement by WHO, ICM and FIGO*. Geneva: World Health Organization.