

كل طفل لثنيها
مستقبليها



تنمية الطفولة المبكرة في الأردن



مجموعة البنك الدولي 



الأردن

حالة تنمية الطفولة المبكرة في الأردن

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

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

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



الشكل 1.8- ملخص مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة



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

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

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

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

البقاء، والرعاية الصحية، والتغذية

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

الإطار 2-8. ملخص لمؤشرات التنمية في الأردن

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

الجدول ب2-8 . المؤشرات الاجتماعية والاقتصادية للأردن

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

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

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

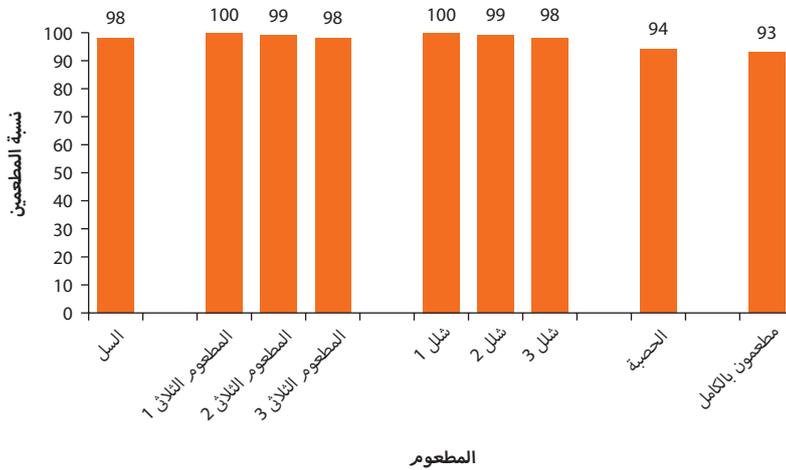
إن معالجة موضوعي الوفاة المبكرة وتنمية الطفولة المبكرة تبدأ أثناء الحمل والولادة. في الأردن تقريباً جميع الولادات (99 في المائة)² تلقوا رعاية ما قبل الولادة وتمت الولادة على يد مهنين صحيين ماهرين.³ ومعظم (95 في المائة) الذين تلقوا رعاية ما قبل الولادة تلقوها «بانتظام»، مع أربع زيارات أو أكثر. الأردن كان لديه تغطية مرتفعة للرعاية ما قبل الولادة خلال العقد الأول من الألفية ومعظم سنوات التسعينيات، وكانت النسبة أيضاً 99 في المائة في 2002، وفي عام 1997 كانت النسبة 96 في المائة، و80 في المائة في عام 1990 (معدلات التنمية العالمية). والمعدل الحالي يفوق المعدل في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا والبالغ 83 في المائة (اليونيسف 2014). وكما هو الحال بالنسبة لرعاية ما قبل الولادة، فإن معدلات الولادات التي تمت بحضور قابلات ماهرات كانت مرتفعة خلال التسعينيات و العقد الأول من الألفية (مؤشرات التنمية العالمية).

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

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

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

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



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

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



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

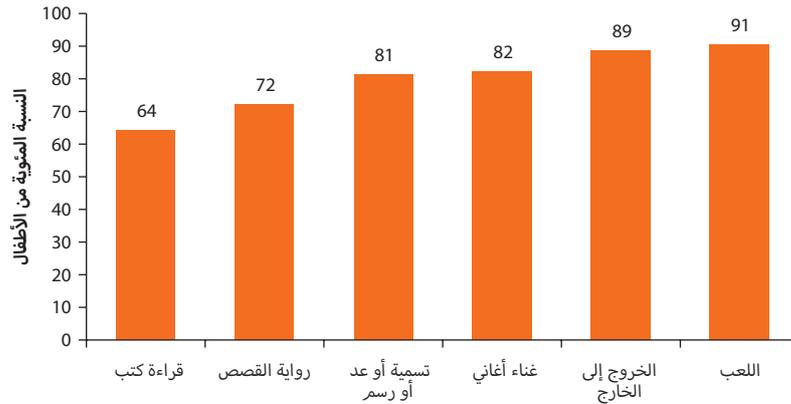
والأطفال الأردنيون خلال السنة الأولى من حياتهم يميلون إلى أن يكون لديهم معدل طول بالنسبة للعمر مشابه لمرجعية سكانية تتمتع بصحة جيدة، إلا أنه، وخلال السنة الثانية من الحياة، يتدنى هذا المعدل عموماً ويتذبذب بحوالي نصف انحراف معياري دون المتوسط حتى سن 5 سنوات.

التطور المعرفي، والاجتماعي، والعاطفي

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

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

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



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

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

العوامل الرئيسية التي تؤثر على تنمية الطفولة المبكرة

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

البقاء والرعاية الصحية والتغذية

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

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

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

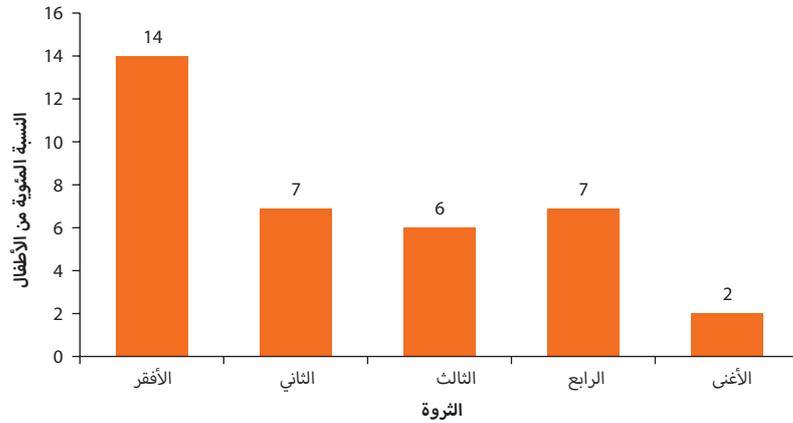
قبل الولادة - بعد أخذ خصائص أخرى في الاعتبار، فإن المعدلات في الخمس الثاني والأوسط هي أعلى بكثير من الخمس الأفقر. وتواجه الولادات لآباء لم يكملوا التعليم الثانوي احتمالات أعلى منها لأولئك غير الحاصلين على أي مستوى تعليمي.

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

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

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

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



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



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

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

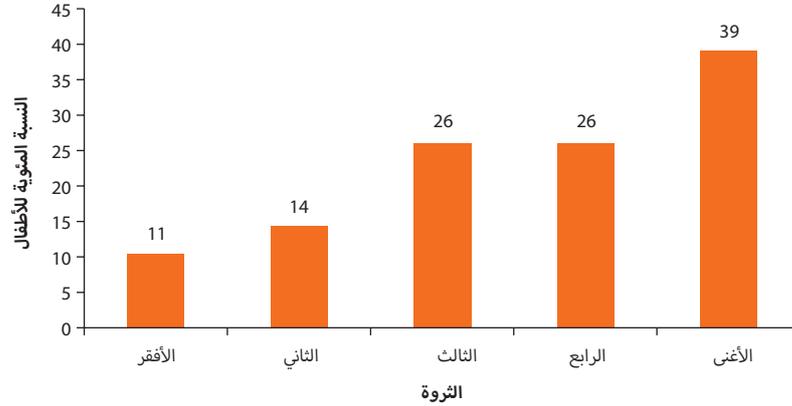
التطور المعرفي، والاجتماعي، والعاطفي

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

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

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

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



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

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

يواجه الأطفال فرصاً غير متكافئة للتنمية الصحية

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

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

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

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

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

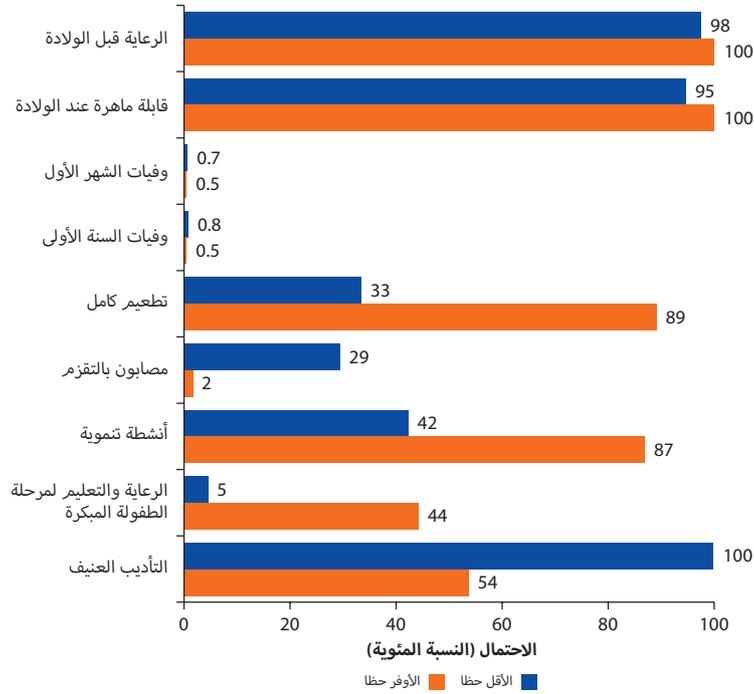
الجدول 8-2. مساهمة الخصائص الأساسية في عدم التكافؤ
النسبة المئوية

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

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

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

الشكل 7-8. حالات المحاكاة للأوفر حظا والأقل حظا



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

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

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

الخاتمة

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

الملحق 8 أ. البيانات

مجموعة البيانات

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

العينة

تضمن المسح الديمغرافي والصحي لعام 2012 حوالي 15190 أسرة، و 11352 امرأة متزوجة أو سبق لها الزواج بعمر 15-49 سنة، و 6368 طفلا دون الخامسة (مقاييس جسم بشري). والتحليل في هذا الموجز موزون من أجل أن يكون ممثلاً على المستوى الوطني. وأحجام العينة (N) في كل من الجداول تستند إلى عدد غير مرجح من الملاحظات في البيانات.

الملحق 8 ب: المؤشرات حسب الخصائص الأساسية
الجدول 8 ب-1 المؤشرات حسب الخصائص الأساسية

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

يتبع في الصفحة التالية





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

	الطول بالنسبة للعصر انحراف معياري يعقد عن الوضع الصحي الطبيعي	الارتفاع بالنسبة للعصر انحراف معياري يعقد عن الوضع الصحي الطبيعي	الطول بالنسبة للعصر انحراف معياري يعقد عن الوضع الصحي الطبيعي	مصابون بالتقويم	تطعيم كامل (العصر ستة)	وفيات السنة الأولى	وفيات الشهر الأول	قابلة ماهرة عند الولادة	رعاية قبل الولادة - أربع زيارات	رعاية قبل الولادة	
النسبة المئوية للأطفال (0-4)	النسبة المئوية للأنشطة التصميمية	النسبة المئوية للأنشطة التصميمية	النسبة المئوية للأنشطة التصميمية	النسبة المئوية للأنشطة التصميمية	النسبة المئوية للأنشطة التصميمية	النسبة المئوية للأنشطة التصميمية	النسبة المئوية للأنشطة التصميمية	النسبة المئوية للأنشطة التصميمية	النسبة المئوية للأنشطة التصميمية	النسبة المئوية للأنشطة التصميمية	النسبة المئوية للأنشطة التصميمية
14.1	93.7	20.9	83.9	7.0	97.6	2.3	1.5	99.3	94.7	99.6	أكل التابوي
25.0	84.7	34.2	86.6	4.7	90.7	1.2	1.1	99.6	97.0	100.0	تعليم عال
81.5	91.0	22.3	82.4	7.4	93.0	1.8	1.5	99.6	94.7	99.1	مكان الإقامة
18.5	93.8	19.3	78.0	9.0	92.8	2.0	1.5	99.7	93.5	99.2	الحضر
61.2	89.1	19.5	81.5	7.5	93.0	1.7	1.3	99.6	94.3	99.1	الريف
29.2	96.0	25.9	80.3	6.6	94.5	2.1	1.7	99.7	95.3	99.2	الاقليم
9.6	93.0	24.1	86.2	12.2	88.6	2.2	1.6	99.5	93.5	99.1	الوسط
											الشمال
											الجنوب
											المحافظة
36.8	86.4	20.5	83.6	7.2	91.5	1.7	1.3	99.4	93.6	98.8	عمان
7.2	93.1	19.1	72.1	5.5	94.8	1.8	1.3	99.8	95.9	99.6	البلقاء
14.4	93.0	17.3	80.1	9.7	96.3	1.4	1.2	100.0	94.9	99.5	الرقاء
2.8	97.8	19.0	85.9	4.3	91.6	3.0	2.6	99.5	96.2	99.2	مدبا
17.6	96.2	29.1	80.0	5.0	95.6	1.9	1.7	99.8	96.4	99.1	اربد
5.8	94.7	17.3	78.7	10.4	90.0	2.8	2.2	99.3	91.7	99.3	المفرق
3.4	96.7	26.5	81.5	9.0	96.3	1.9	1.8	99.9	95.3	99.2	جرش
2.4	96.1	22.6	85.5	4.7	94.6	1.3	0.8	100.0	95.4	99.6	عجلون
4.1	94.5	26.1	86.3	11.2	90.4	2.4	2.0	99.5	93.9	99.3	الكرك
1.6	94.3	22.4	85.3	9.9	88.0	1.6	1.0	99.3	94.8	99.3	الطفيلة
1.7	93.6	26.0	84.0	18.6	78.8	2.3	1.2	98.9	87.9	97.5	معان
2.2	89.3	19.6	88.5	10.4	93.7	1.9	1.5	100.0	95.9	99.9	العقبة
100.0	91.3	21.7	81.6	7.6	93.0	1.8	1.5	99.6	94.5	99.1	المجموع
10,128	1,654	3,826	3,904	6,267	2,030	8,462	8,462	10,360	6,810	6,811	(Nمستأهدات)

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

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

الجدول 8-1: الصلابة بين مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة والمعلومات الأساسية المتعددة

البيان	وقفات حديثي الولادة		أثناء الولادة		قبل الولادة	
	وقفات حديثي الولادة	وقفات الرضع	تطعيم كامل	مصابون باللقزم	الطول العصر	مؤشرات تنموية
الرعاية والتعليم لمرحلة الطفولة المبكرة	+	+	+	+	+	+
رديف						
الإقليم مقارنة بالمركز						
الشمال	+	+	+	+	+	+
الجنوب	+	+	+	+	+	+
الغوة - 20 في المائة من الأسر - مقارنة بالواقع						
الثاني	+	-	+	-	+	+
الوسط	+	-	+	-	+	+
الرابع	+	-	+	-	+	+
الأغنى	-	+	+	-	+	+
تعليم الأم - مقارنة بلا تعليم						
لم تكمل الابتدائي						
أكملت الابتدائي						
لم تكمل الثانوي						
أكملت الثانوي						
تعليم عال						
تعليم الأب - مقارنة بلا تعليم						
لم يكمل الابتدائي						
أكمل الابتدائي						
لم يكمل الثانوي						
أكمل الثانوي						
تعليم عال						

تتبع في الصفحة التالية



الحواشي

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

المراجع

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

