

كل طفل لثنيها
مستقبليها



تنمية الطفولة المبكرة في ليبيا



مجموعة البنك الدولي 

ليبيا

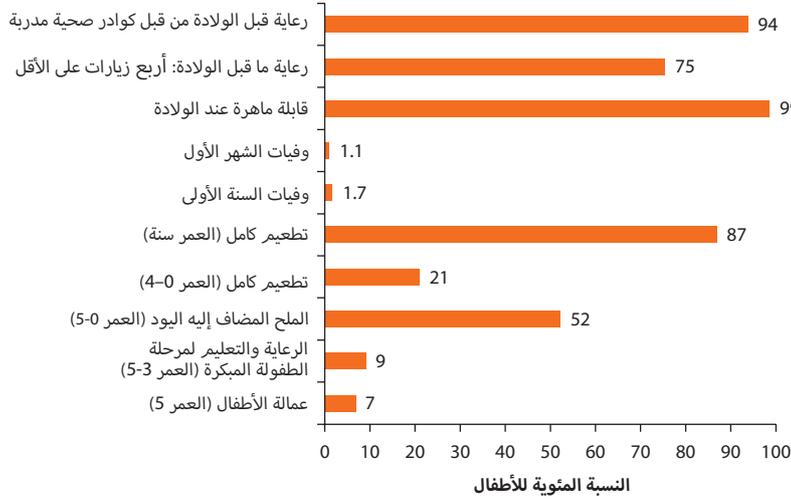
حالة تنمية الطفولة المبكرة في ليبيا

تواجه تنمية الطفولة المبكرة في ليبيا عددا من الثغرات التي ينبغي معالجتها كي يتمكن الأطفال من تحقيق إمكاناتهم الكاملة للتنمية المبكرة. والشكل 10-1 يقدم ملخصا للمؤشرات لتنمية الطفولة المبكرة في ليبيا. بالنسبة للرعاية قبل الولادة وأثناء الولادة حوالي 99 في المائة من الولادات تمت على يد قابلات ماهرات و94 في المائة من الولادات تلقت رعاية قبل الولادة، و فقط 75 في المائة تلقت رعاية منتظمة قبل الولادة (على الأقل 4 زيارات). و1.1 في المائة من الأطفال يتوفون في الشهر الأول، و1.7 في المائة من الأطفال يتوفون في السنة الأولى من عمرهم. وهناك في ليبيا مجال لتحسين معدلات التحصين، حيث إن 87 في المائة فقط من الأطفال في عمر سنة محصنون بالكامل. ويمثل سوء التغذية مشكلة في ليبيا، حيث إن 21 في المائة من الأطفال مصابون بالتقزم. و فقط نصف الأطفال (51 في المائة) يحصلون على ملح مضاف إليه كميات كافية من اليود. و فقط 9 في المائة يلتحقون في رعاية وتعليم الطفولة المبكرة في عمر 3-5 سنوات. وحوالي 7 في المائة من الأطفال ينخرطون في عمالة الطفل في عمر 5 سنوات.

ويقدم هذا الفصل تحليلا تفصيليا لوضع تنمية الطفولة المبكرة في ليبيا. ويتم فحص الوضع الصحي للأطفال من خلال مؤشرات (راجع الإطار 10-1) للوفيات المبكرة، والرعاية قبل الولادة، ووجود قابلة ماهرة عند الولادة. ويتم قياس الوضع الغذائي للأطفال من خلال التقزم (الطول بالنسبة للعمر)، بالإضافة إلى توفر المغذيات الدقيقة، على الأخص اليود. من أجل تقييم التعلم والعمل المبكر، ينظر التحليل في حضور رعاية وتعليم الطفولة المبكرة وعمل الأطفال. 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 10 أ، و10 ب، و10 ج، للحصول على معلومات إضافية بشأن البيانات وهذه العلاقات). ومن أجل السياق الكلي للبلدان، راجع الإطار 10-2. وأخيراً، فإن التحليل يقيس الثغرات ومدى التفاوت في محصلات تنمية الطفولة المبكرة.

ويستند التحليل إلى أحدث البيانات المتاحة: مسح المشروع العربي لصحة الأسرة (PAPFA M)، من عام 2007. وتغطي البيانات البعد الصحي أساسا للطفولة المبكرة من قبل ولادة الطفل وحتى سن الدخول إلى المدرسة (ست سنوات في ليبيا). ولو توفرت بيانات أكثر وتم فحصها، لأمكن تقديم صورة أفضل لتنمية الطفولة المبكرة في ليبيا. وفي حين أنه في ظل الأوضاع

الشكل 1-10 ملخص مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسح المشروع العربي لصحة الأسرة، ليبيا، 2007

الإطار 1-10 مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة في ليبيا

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

الطبيعية، تتغير مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة بصورة بطيئة نسبياً، وعلى أرض الواقع اليوم، وفي ضوء الصراع الجاري في ليبيا، فإنه من المرجح أنه حدثت تغيرات أسرع وأكبر، مما أثار تحديات وفرصاً جديدة لتحسين تنمية الطفولة المبكرة في ليبيا.

البقاء، والرعاية الصحية، والتغذية

الخطوة الأولى في التنمية الصحية للطفولة المبكرة هي ببساطة تجاوز مرحلة الطفولة المبكرة مع البقاء على قيد الحياة.¹ وفي ليبيا يموت يومياً 7 أطفال تحت عمر السنة، ووفيات الأطفال الرضع التي تشير إلى وفاة الأطفال قبل وصولهم لعيد ميلادهم الأول، تبلغ 17 حالة وفاة لكل ألف ولادة.² وهذا أقل بكثير من متوسط المعدل في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا

الإطار 10-2 ملخص مؤشرات التنمية في ليبيا

ليبيا بلد ذو دخل مرتفع إلى متوسط. وبلغ الناتج المحلي الإجمالي للفرد حوالي 10456 دولارا أمريكيا في عام 2012 (الجدول ب10-1). ويقدر عدد سكان ليبيا بحوالي 6.2 مليون نسمة، 29 في المائة منهم دون سن 15. ويبلغ متوسط العمر المتوقع عند الولادة 75 سنة كما في عام 2012، وهو تحسن كبير عن عام 1990، عندما كان 69 سنة.

الجدول ب10-1-2 المؤشرات الاجتماعية والاقتصادية لليبيا

2012	1990	
6.2	4.3	إجمالي عدد السكان (مليون)
29	42	النسبة المئوية للسكان دون 15 سنة
\$10,456	\$6,785	الناتج المحلي الإجمالي للفرد (بالدولار الأمريكي)
75	69	العمر المتوقع عند الولادة (سنوات)

المصدر: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي (UNDP)؛ مؤشرات التنمية العالمية. ملاحظة: الناتج المحلي الإجمالي (GDP) للفرد في هو لعام 2009

24 لكل ألف) (اليونيسف 2014). وتتكون معظم وفيات الأطفال الرضع من وفيات الأطفال حديثي الولادة - الأطفال الذين يموتون في الشهر الأول من الحياة. وفي ليبيا، يموت 11 طفلا من كل ألف طفل خلال الشهر الأول من الحياة، وذلك دون المتوسط الإقليمي البالغ 15 لكل ألف (اليونيسف 2014). وكانت وفيات الأطفال الرضع في تناقص مع مرور الزمن في ليبيا - حيث انخفضت من حوالي 33 طفلا لكل ألف ولادة في 1990 - وبخلاف العديد من البلدان الأخرى في المنطقة، فقد حققت ليبيا تقدماً كبيراً في الحد من وفيات الأطفال حديثي الولادة، التي انخفضت إلى النصف من 22 في 1990 (مؤشرات التنمية العالمية).

ويواجه الأطفال خطر ضعف التنمية حتي في مرحلة ما قبل الولادة. كل سنة يولد في ليبيا حوالي عشرة آلاف طفل بدون الحصول على رعاية ما قبل الولادة، مما يعرض الأطفال (والأمهات) للخطر. ففي حين أن 94 في المائة من الولادات الحية³ تلقت رعاية قبل الولادة من مهنيي صحة، فإن فقط 75 في المائة تلقوا رعاية ما قبل الولادة بصورة منتظمة من قبل مهني، وبمعدل أربع زيارات أو أكثر. وهناك فجوتان في تغطية رعاية قبل الولادة. 6 في المائة من الأطفال لايتلقون بالمرة رعاية قبل الولادة، و18 في المائة من الولادات تتلقى بعض الرعاية ما قبل الولادة، ولكنها ليس رعاية منتظمة. إلا أن استخدام رعاية ما قبل الولادة قد توسع ببطء؛ ففي عام 1995، 81 في المائة من الولادات تلقت رعاية قبل الولادة، وكان هناك زيادة بلغت فقط 12 نقطة مئوية في الاثني عشرة سنة حتى 2007. (مؤشرات التنمية العالمية). إلا أن المعدل الحالي أعلى من متوسط منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا والبالغ 83 في المائة (اليونيسف 2014).

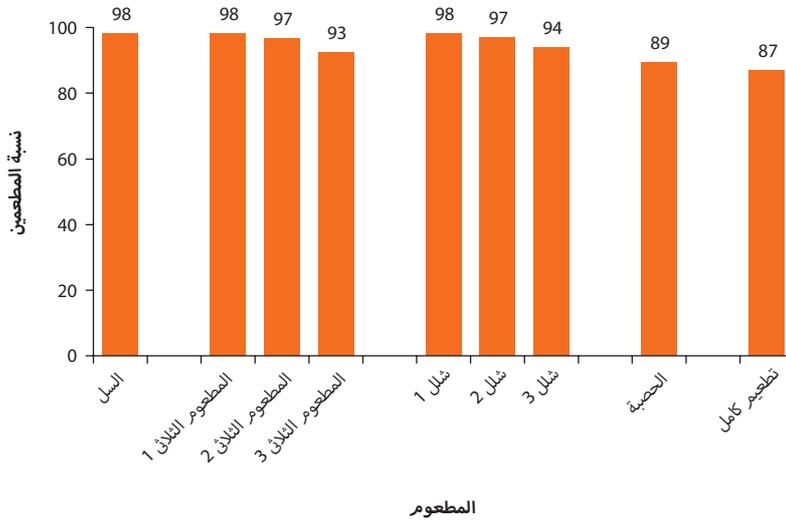
إن الولادة بحضور قابلة ماهرة مكون مهم آخر في الحد من وفيات وأمراض الأطفال حديثي الولادة. تقريبا كافة الولادات⁴ (99 في المائة) تمت على يد مهنيي صحة. وكان أداء ليبيا جيدا من حيث توفير الرعاية أثناء الولادة لعقود؛ في عام 1995 كان المعدل 94 في المائة (مؤشرات التنمية العالمية). وقد تجاوزت ليبيا بكثير المتوسط الإقليمي من حيث رعاية أثناء الولادة والبالغ 79 في المائة (اليونيسف 2014): إلا أنه لدى مقارنة الرعاية أثناء الولادة والرعاية ما قبل الولادة، هناك بوضوح وصول أكبر لرعاية ماهرة أثناء الولادة عن رعاية ما قبل الولادة، وبشكل خاص رعاية منتظمة ما قبل الولادة. وكون المرأة ذاتها تتلقى رعاية أثناء الولادة، ولكن ليس رعاية ما قبل الولادة، يشير إلى وجود موظفين أو مرافق لتوفير الرعاية، وأنه من الممكن الوصول إليها، غير أنها ليست مستغلة بالشكل الكافي لرعاية ما قبل الولادة.

يلعب التحصين الكامل للأطفال دوراً هاماً في الحد من أمراض الطفولة التي يمكن أن تعوق النمو أو تسبب الوفاة (مولينا 2012). في ليبيا، 87 في المائة من الأطفال في سن سنة واحدة قد تم تحصينهم بشكل كامل،⁵ مما يعرض 13 في المائة من الأطفال الذين لم يتم تحصينهم تحصيماً كاملاً لخطر المرض والوفاة. ويعتبر الأطفال محصنين تحصيماً كاملاً إذا تلقوا اللقاحات الخاصة بالستة أمراض الرئيسية للأطفال التي يمكن الوقاية منها: السل، والدفتيريا، والسعال الديكي، والتيتانوس،⁶ وشلل الأطفال،⁷ والحصبة. وينبغي أن يكون الأطفال محصنين بالكامل بحلول الشهر الثاني عشر من عمرهم؛ ويركز هذا التحليل على الأطفال من سن 12 إلى 23 شهراً للسماح بأكبر قدر من التذكر من جانب الوالدين. وفي حين أن تغطية لقاح السل (BCG) مرتفعة جداً (98 في المائة)، فإن الجرعة الثالثة من لقاح شلل الأطفال والجرعة الثالثة من لقاح DPT (الدفتيريا، والسعال الديكي، والكزاز) نسبة تغطيتها 93 - 94 في المائة، وتغطية لقاح الحصبة هي فقط 89 في المائة (الشكل 2-10).

وواحد من كل خمسة أطفال في ليبيا مصاب بالتقزم (21 في المائة). وهذا يشكل خمس القوى العاملة المستقبلية التي ستكون أقل إنتاجية في سنوات عملها، نتيجة لسوء التغذية التي تقريباً يمكن الوقاية منه بالكامل. يبدأ الأطفال في ليبيا حياتهم في وضع قريب من الصحي، من حيث التغذية المقيسة على أساس الطول بالنسبة للعمر. إلا أنهم يشهدون تردداً كبيراً في وضع نموهم الصحي. ويبين الشكل 3-10 مستوى الأطفال الليبيين مقارنة بسكان صحيان مرجعيين.⁸ فخلال أول سنتين من عمرهم، يواجه الأطفال تردداً كبيراً في وضع نموهم الصحي. وعند الولادة، يكون الأطفال، في المتوسط، حوالي 0.2 انحراف معياري دون السكان المرجعيين. وخلال السنة الأولى، يتردى نموهم أكثر، ليصل إلى حوالي 0.5 دون السكان المرجعيين في عمر سنة. وفي عمر 4-2، يتذبذب الأطفال بين 0.8 و1.0 انحراف معياري دون السكان المرجعيين.

وتلعب المغذيات الدقيقة، مثل الحديد، وفيتامين (أ)، والزنك، واليود دوراً هاماً في كل من التنمية البدنية والمعرفية على حد سواء. ويلعب اليود دوراً حيوياً في النمو المعرفي، ونقص اليود هو السبب الأكثر شيوعاً في العالم للتخلف

الشكل 2-10. النسبة المئوية من الأطفال بعمر 12-23 سنة مطعمين، حسب المطعم



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسح المشروع العربي لصحة الأسرة، ليبيا، 2007.

الشكل 10-3. متوسط الطول للعلم مقارنة بالمرجعية الصحية من السكان، بالانحرافات المعيارية حسب العمر بالأشهر



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسح المشروع العربي لصحة الأسرة، ليبيا، 2007.

العقلي وتلف الدماغ الذي يمكن الوقاية منهما (الزنتاتي وواي 2009)، والملح المعالج باليود هو الوسيلة الرئيسية لتقديم اليود للأطفال. وبما أن فقط 52 في المائة من الأطفال دون سن الخامسة يعيشون في أسرة تتناول ملحاً مضافاً إليه كميات كافية من اليود، فإن نصف الأطفال في ليبيا معرضون بشكل كبير لخطر ضعف التطور المعرفي.⁹

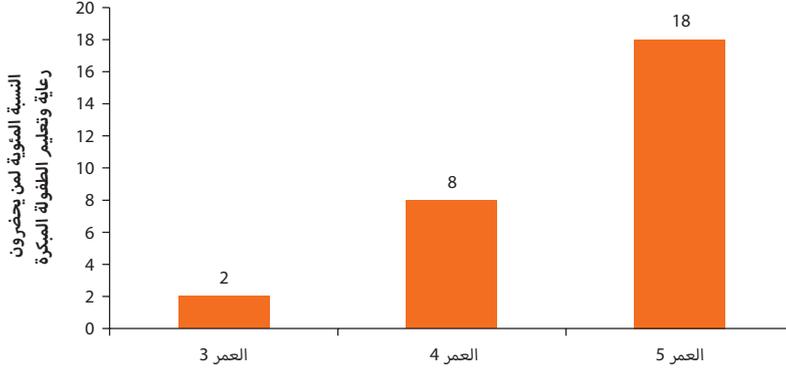
التعلم المبكر والعمل المبكر

تشير الأدلة إلى أن رعاية وتعليم الطفولة المبكرة (ECCE) تحسن التطور المعرفي والاجتماعي والعاطفي، مع فوائد يمكن أن تدوم مدى الحياة. وفي ليبيا، فقط 9 في المائة من الأطفال في سن 3 - 5 ملتحقون ببرامج رعاية وتعليم الطفولة المبكرة، وأغلبية الأطفال (91 في المائة) تفوتهم فرصة هامة للتطور والاستعداد للمدرسة الابتدائية. ويمثل الشكل 10-4 نسبة الأطفال الذين التحقوا برعاية وتعليم الطفولة المبكرة حسب العمر. وكما يبين الشكل، فإن فقط 2 في المائة من الأطفال في عمر 3 سنوات، و 8 في المائة ممن هم في عمر 4 سنوات، و 18 في المائة ممن هم في عمر 5 سنوات يلتحقون بنوع من أنواع رعاية وتعليم الطفولة المبكرة، ويعني هذا النمط أن 82 في المائة من الأطفال في ليبيا سيصلون إلى سن المدرسة الابتدائية (ست سنوات) بدون الالتحاق بتعليم ورعاية الطفولة المبكرة.

وتتكون رعاية وتعليم الطفولة المبكرة في ليبيا بصورة رئيسية من دور الحضانة؛ وبعض الجوامع وبرامج التعليم البيئية توفر كذلك رعاية وتعليم طفولة مبكرة. ومن المرجح أن تقدم الحضانات برامج رسمية مع مناهج تعليمية مصممة لإعداد الأطفال للمدرسة. وكما يبين الشكل 10-5، فإن معظم الأطفال في ليبيا الملتحقين برعاية وتعليم الطفولة المبكرة، هم ملتحقون بحضانة (63 في المائة)، مما يشير إلى أنه على الرغم من تدني معدلات الالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة، فإن الأطفال يلتحقون بصورة أساسية ببرامج ذات مكونات تعليمية أقوى.

في حين أن القيام بأعمال منزلية، والعمل في عمل خاص بالأسرة، والعمل للآخرين¹⁰ قد يؤدي إلى بناء الشخصية والمهارات بالنسبة للأطفال الذين هم في سن الخامسة، فإن الأنشطة ستكون خطيرة وتحد من قدرتهم على دخول المدرسة والنجاح فيها. في ليبيا سبعة في المائة من الأطفال بعمر خمس سنوات منخرطون في عمالة الأطفال، مما يعرضهم لمخاطر من حيث صحتهم، وسلامتهم وقدرتهم على الانتقال بنجاح إلى المدرسة. تقريباً كل الأطفال في عمر خمس سنوات المنخرطين في عمالة الأطفال يقومون بأداء أعمال منزلية (96 في المائة). وحوالي 1 في المائة فقط من هؤلاء المنخرطين في عمالة الأطفال كانوا يعملون في وظيفة، و 9 في المائة كانوا يعملون في أعمال خاصة بالأسرة.¹¹

الشكل 4-10 نسبة الأطفال بعمر 3-5 المنتظمين حالياً في رعاية وتعليم الطفولة المبكرة



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسح المشروع العربي لصحة الأسرة، ليبيا، 2007

الشكل 5-10 نوع رعاية وتعليم الطفولة المبكرة التي يذهب إليها الطفل، والأطفال الذين ينتظمون حالياً فيها، الأعمار 3-5



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسح المشروع العربي لصحة الأسرة، ليبيا، 2007

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)¹²، والموقع الجغرافي (الإقليم أو المحافظة). ويساعد 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، والصحة، والتغذية

تؤثر السمات الأساسية على فرص أن يموت الطفل في السنة الأولى من عمره في ليبيا. فالذكور لديهم فرصة أكبر من الفتيات في أن يتوفوا خلال السنة الأولى من الحياة، وهذا نمط شائع عالمياً لأسباب وراثية (هيل وأبشيرش 1995). وثروة أسرة الطفل، ومستوى تعليم أمه والمنطقة التي يعيشون فيها، جميعها مرتبطة ارتباطاً وثيقاً باحتمالات البقاء للطفل. والأطفال من الأسر التي في أدنى ثلاثة أحماس يواجهون احتمالاً أكبر بالوفاة قبل عيد ميلادهم الأول، مقارنة بالأطفال في الأسر التي تقع في رابع عشرين في المائة أو الأكثر ثراء. وكذلك الأطفال الذين لم تكمل أمهاتهم مرحلة الإعدادي يواجهون احتمالاً بالوفاة قبل عيد ميلادهم الأول أكثر من الأطفال الذين أتمت أمهاتهم تعليمهن الإعدادي أو أعلى. ومن حيث المنطقة، فإن الأطفال في فزان من المرجح أن يموتوا قبل عيد ميلادهم الأول أكثر من الأطفال في مناطق أخرى.

وعند أخذ تأثير الخصائص الأخرى في الاعتبار، فإن النوع الاجتماعي للطفل، وثروة الأسرة، وتعليم الأب، والمنطقة الإقامة تؤثر بشكل كبير¹³ على احتمالية بقاء الطفل على قيد الحياة. ويعد الأخذ بعين الاعتبار خصائص أخرى، فإن الأطفال الإناث يواجهون احتمالاً أقل بالوفاة في الشهر الأول والسنة الأولى من عمرهن. والأطفال من الأسر التي تقع في رابع عشرين في المائة يواجهون أيضاً احتمالاً أقل بالوفاة في الشهر الأول من عمرهم، مقارنة بأفقر عشرين في المائة من الأسر. وعلاوة على ذلك، فإن الطفل من أب أكمل تعليمياً عالياً له فرصة أقل بكثير في الوفاة في السنة الأولى عن طفل من أب لم يكمل تعليمه. وأخيراً فإن الأطفال في فزان يواجهون احتمالاً أكبر بكثير في الوفاة في شهورهم الأولى أو السنة الأولى من عمرهم عن الأطفال في طرابلس.

إن استخدام رعاية ما قبل الولادة، لا سيما الرعاية المنتظمة ما قبل الولادة، متربط بشكل وثيق بالثروة، والتعليم والجغرافيا. ففي حين أن 97 في المائة من الولادات في الخمس الأكثر ثراء من الأسر تلقت رعاية ما قبل الولادة، فإن فقط 90 في المائة من الولادات في الخمس الفقير من الأسر تلقت هذه الخدمة. والفجوة أكبر فيما يخص الرعاية المنتظمة - 78 في المائة مقابل 67 في المائة. والفروقات فيما بين أم بدون تعليم وأمر تلقت تعليماً عالياً أكبر من الفروقات بين الخمس الأفقر والأكثر ثراء من الأسر. والولادات في فزان هي الأقل احتمالاً في تلقي رعاية ما قبل الولادة (92 في المائة)، في حين أن الولادات في طرابلس هي الأقل احتمالاً في تلقي رعاية منتظمة ما قبل الولادة (74 في المائة). وفي أفضية عديدة - الجبل الأخضر، والمرج، والمرقب، والزاوية، ووادي الحياة - تقل معدلات رعاية ما قبل الولادة عن 90 في المائة.

وبعد أخذ خصائص أخرى بعين الاعتبار، نجد أن استخدام رعاية ما قبل الولادة هو أعلى بكثير ويزيد من ثالث خمس إلى الخمس الأكثر ثراء من الأسر، مقارنة بأفقر خمس من الأسر. والأمهات الحاصلات على مستويات تعليم أعلى، لا سيما تعليم عالٍ، من المحتمل جداً أن تحصلن على رعاية ما قبل الولادة ورعاية منتظمة ما قبل الولادة. ووجود شريك أكمل تعليمه الثانوي يزيد من فرصة رعاية ما قبل الولادة، في حين أن وجود شريك حاصل على تعليم عالٍ يزيد من فرصة تلقي كل من رعاية ما قبل الولادة ورعاية منتظمة ما قبل الولادة.

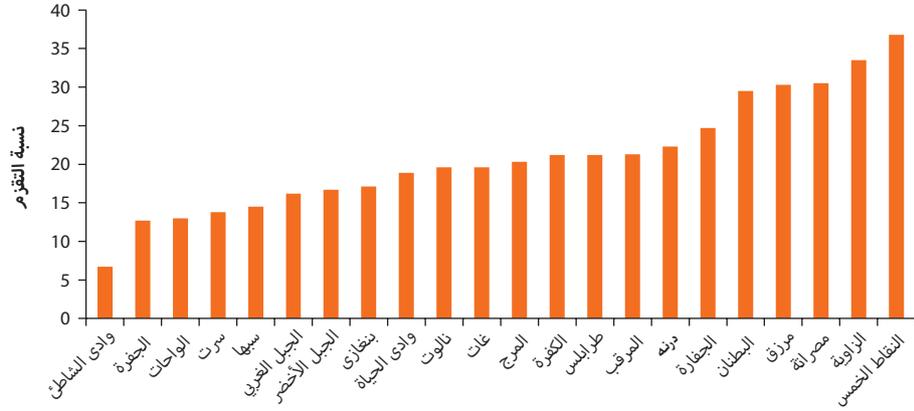
والفروقات القائمة على الثروة والتعليم ضئيلة نسبياً من حيث الولادات التي تحضرها قابلة ماهرة، حيث إن التغطية شاملة تقريباً (99 في المائة). والاختلافات القائمة على الجغرافيا هي فعلياً أكبر فيما يتعلق بالرعاية أثناء الولادة عنها لرعاية ما قبل الولادة. وفي حين أن طرابلس بها تغطية تصل إلى 100 في المائة فيما يتعلق برعاية ماهرة أثناء الولادة، وبرقة 98 في المائة، وفزان 92 في المائة. وبعد أخذ خصائص أخرى بعين الاعتبار، نجد أن فزان وبرقة لديهما معدلات أقل بكثير من طرابلس في الولادة بحضور قابلة ماهرة. والأمهات الأكثر تعليماً يرفعن بشكل كبير فرص استخدام رعاية ماهرة أثناء الولادة، إلا أن آثار تعليم الأب أكثر ضآلة وأقل أهمية. ولا توجد فروقات كبيرة حسب الثروة.

وعلى الرغم من أنه ليس هناك اختلافات منهجية في معدلات التحصين استناداً إلى الثروة أو تعليم الأبوين، فإن هناك اختلافات كبيرة حسب القضاء الذي يقطنون فيه. ويتم التأكد من استهداف الأقضية ذات المعدلات التي تقل عن 90 في المائة بحملات التحصين؛ فقط المرج، وبنغازي، والواحات، والجفرة، وطرابلس تجاوزت علامة التسعين في المائة؛ أما كافة الأقضية الأخرى فمعدلات التحصين الكامل فيها تقل عن 90 في المائة فيما يتعلق بالأطفال ما بين 12-23 شهراً. والفروقات في معدلات التحصين حسب الثروة قليلة، مع تحقيق العشرين في المائة من الأسر الوسطى أعلى معدلات التحصين. وتعمل ليبيا بجد كي تصل حملات التحصين فيها إلى الأمهات غير المتعلمات؛ وبلغ معدل التحصين بين الأطفال ذوي الأمهات غير المتعلمات 69 في المائة. وبعد أخذ خصائص أخرى بعين الاعتبار، فإن الأطفال في الخمس الأوسط من الأسر من حيث الثروة أكثر احتمالاً بأن يكونوا محصنين عن الأطفال الأكثر فقراً. وتزداد فرص تطعيم الأطفال مع ارتفاع مستوى تعليم الأمهات. إلا أن التعليم ليس له أثر كبير على فرص التحصين. ولا توجد فروقات كبيرة إحصائياً من حيث النوع الاجتماعي.

ولتظهر معدلات التقرم فروقات كبيرة حسب الثروة، مما يشير إلى أن مشاكل الصحة العامة ونوعية التغذية في ليبيا هي التي تسبب بالتقرم، وليس الفقر والقدرة على تحمل تكلفة الغذاء. وكما هو الحال بالنسبة للثروة، فإن العلاقة بين التقرم ومستوى تعليم الأبوين غير واضحة، مع تشابه المعدلات عبر مستويات التعليم المختلفة للأم والأب. ويزداد احتمال التقرم لدى الأطفال الذكور بقليل (22 في المائة) عنه للأطفال الإناث (20 في المائة). وهناك بعض الاختلافات الجغرافية؛ فمعدل التقرم بين الأطفال في طرابلس هو (22 في المائة) في حين أن معدلات التقرم بين الأطفال في فزان وبرقة هي 18 في المائة و19 في المائة على التوالي. ومن المثير للاهتمام بصورة خاصة أن يتم مقارنة متوسط الطول بالنسبة للعمر في الانحرافات المعيارية. ففي حين أن معدلات التقرم في فزان وبرقة متشابهة للغاية، فإن متوسط الطول بالنسبة للعمر هو فعلياً أفضل في فزان - مما يشير إلى أن فئة فرعية معينة من السكان تواجه مشاكل حادة في التغذية في تلك المنطقة - ومع أن برقة بها متوسط أقل فيما يتعلق بالطول بالنسبة للسنة فإن معدلات التقرم حادة كذلك. وهناك تباينات واسعة في التقرم حسب المحافظة (الشكل 6-10)، حيث مصراتة، والزاوية، والنقاط الخمس، ومرزق فيها مستويات تقرم تزيد عن 30 في المائة.

ومع أخذ الخصائص الأخرى بعين الاعتبار، تظل الجغرافيا هي الطرف الرئيسي المرتبط بالتقرم. وتقل احتمالية إصابة الأطفال بالتقرم إذا كانوا في فزان أو برقة، مقارنة بطرابلس. و فقط فزان وضعها أفضل فيما يتعلق بالطول بالنسبة للعمر. ومستوى الثروة الوحيد الذي ليس به اختلافات في التقرم أو الطول بالنسبة للعمر هو الخمس الثاني من الأسر،

الشكل 6-10 النسبة المئوية من الأطفال بعمر 4-0 المصابين بالتقزم حسب القضاء



القضاء

المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسح المشروع العربي لصحة الأسرة، ليبيا، 2007

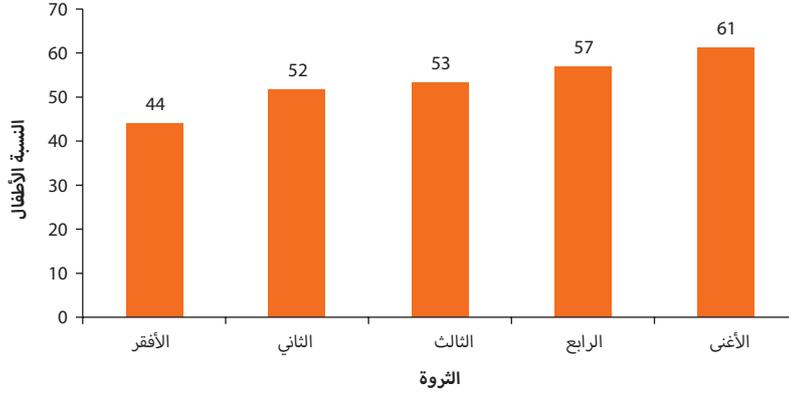
الذي به معدلات أعلى بكثير فيما يتعلق بالطول بالنسبة للعمر. والأطفال الإناث تقل احتمالية إصابتهم بالتقزم، كما لديهم متوسط أعلى فيما يتعلق بالطول بالنسبة للعمر. ولا توجد فروقات في التقزم أو الطول بالنسبة للعمر حسب مستوى تعليم الأم، ولكن الأطفال من أب أكمل تعليمه الثانوي أو تعليم أعلى يقلل من التقزم ويزيد من الطول بالنسبة للعمر. والأطفال من أب لديه تعليم أساسي حتى لديهم الطول بالنسبة للعمر أعلى.

الثروة، وتعليم الأبوين، والموقع الجغرافي مرتبطة بقوة بفرص التطور الصحي لعقل الأطفال في ليبيا. ويلعب اليود دوراً هاماً في تطور العقل، والأطفال الأفقر تقل احتمالية حصولهم على الملح المعالج باليود. والأطفال في الخمس الأفقر من الأسر لديهم أدنى معدلات من الحصول على الملح المعالج باليود، 44 في المائة، في حين أن الأطفال في الخمس الأكثر ثراءً من الأسر لديهم فرصة تصل إلى 61 في المائة بأن يكون لديهم ملح مضاف إليه كميات كافية من اليود (الشكل 7-10). ويمكن رؤية ميل مشابه بالنسبة لتعليم الآباء. والفروقات المستندة إلى الجغرافيا فيما يتعلق بالحصول على الملح المعالج باليود كبيرة جداً. وفي حين أن طرابلس وفزان تصل نسبة إضافة اليود إلى الملح فيهما ما بين 63 - 69 في المائة، فإن النسبة في برقة هي فقط 19 في المائة. وأكبر الفروقات هي على مستوى الأفضية. فمثلاً، في الزاوية بلغت فيها نسبة إضافة اليود إلى الملح 91 في المائة، بينما في عدد من الأفضية الأخرى كانت هذه النسبة أقل من 10 في المائة. وبعد أخذ خصائص أخرى بعين الاعتبار، نجد أن احتمالية حصول الأطفال في فزان على ملح معالج باليود هي أكبر بكثير، في حين أن الأطفال في برقة احتماليتهم قليلة، مقارنة بطرابلس. وانتشار الملح المعالج باليود أعلى بكثير كلما زادت الثروة. كما يزيد استخدام الملح المعالج باليود بشكل كبير مع ارتفاع مستوى تعليم الأم، ولكن ليس مع تعليم الأب.

التعلم المبكر والعمل المبكر

في ليبيا، الأطفال الذين هم من الخلفيات الأوفر حظاً هم الذين يلتحقون برعاية وتعليم الطفولة المبكرة، على الرغم من أن لرعاية وتعليم الطفولة المبكرة منافع جمة على الأطفال المحرومين والمستضعفين. وفي حين أن الطفل الذي

الشكل 7-10. النسبة المئوية للأطفال في عمر 5-0 الذين يتناولون ملحا مضافا إليه كميات كافية من اليود حسب الثروة

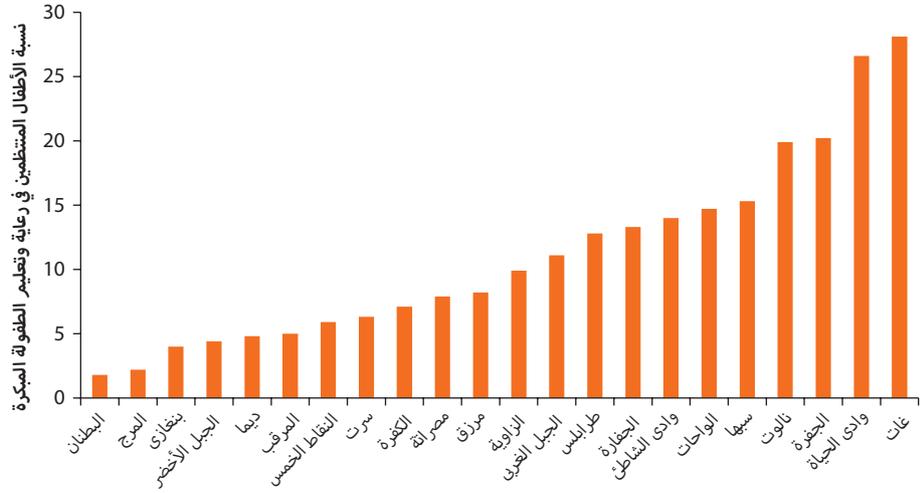


المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسح المشروع العربي لصحة الأسرة، ليبيا، 2007

في عمر 3-5 سنوات ومن الخمس الأفقر من الأسر لديه فرصة 5 في المائة في الالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة، فإن الطفل من الخمس الأكثر ثراء من الأسر لديه احتمال يزيد بثلاثة أضعاف في الالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة - احتمال القيام بذلك يصل إلى 14 في المائة. وتمت ملاحظة فروقات مشابهة عند مقارنة الآباء غير المتعلمين مع أولئك الحاصلين على تعليم عالٍ. وهناك فروقات كبيرة في الالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة استناداً إلى الجغرافيا، مع نسبة التحاق في رعاية وتعليم الطفولة المبكرة وصلت إلى 17 في المائة في فزان، و10 في المائة في طرابلس، و فقط 5 في المائة في برقة. وكما يبين الشكل 8-10، هناك معدلات التحاق مختلفة للغاية حسب الأخصية، تتراوح من 2 في المائة في البطان والمرج إلى 28 في المائة في غات. وحتى بعد أخذ خصائص متعددة بعين الاعتبار، هناك فروقات كبيرة في الالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة عبر الخصائص الأساسية المختلفة. فتزداد احتمالية التحاق الأطفال في فزان في رعاية وتعليم الطفولة المبكرة، بينما تقل في برقة، مقارنة بطرابلس. ويزداد الالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة بشكل كبير مع الثروة، ومع تعليم كل من الأم والأب. ومن المثير للاهتمام أن احتمال انضمام الإناث إلى رعاية وتعليم الطفولة المبكرة أكبر بكثير من الذكور.

والانخراط في عمالة أطفال ليس له علاقة قوية بالخصائص الأساسية للطفل. قد تعرض عمالة الأطفال التطور البدني، والمعرفي، والاجتماعي، والعاطفي للأطفال الصغار للخطر، وتكون بمثابة عائق أمام الدخول إلى المدرسة. وفي ليبيا، 7 في المائة من الأطفال في عمر 5 سنوات انخرطوا في نوع من أنواع العمل في الأسبوع الذي سبق المسح، ومعظمها أعمال منزلية. ولا يوجد اختلافات واضحة في معدلات عمالة الأطفال حسب الثروة، ولكن الأطفال من أبوين غير متعلمين أكثر احتمالاً في أن ينخرطوا في عمالة أطفال. وكذلك فإن الأطفال في فزان أكثر احتمالاً في أن ينخرطوا في عمالة الأطفال. وبعد أخذ خصائص أخرى بعين الاعتبار، الأطفال في فزان أكثر احتمالاً في أن ينخرطوا في عمالة الأطفال عن الأطفال في طرابلس. والأطفال من أمهات لديهن تعليم أساسي أقل احتمالاً أيضاً في الانخراط في عمالة الأطفال عن الأطفال من أمهات غير متلمات، ولم يكن لأي مستويات تعليمية أخرى أهمية إحصائية.

الشكل 8-10. النسبة المئوية من الأطفال 3-5 الذين هم ملتحقون حالياً في رعاية وتعليم الطفولة المبكرة حسب القضاء



القضاء

المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسح المشروع العربي لصحة الأسرة، ليبيا، 2007.

يواجه الأطفال فرصاً غير متكافئة للتطور الصحي

يواجه الأطفال في ليبيا فرصاً غير متكافئة للتطور الصحي بناء على عوامل خارجة عن سيطرتهم. ومن أجل قياس مدى عدم التكافؤ، يقوم التحليل باحتساب (أ) نسبة الفرص التي كان هناك حاجة إلى توزيعها بشكل مختلف لكي يحدث تساوي الفرص لكل مؤشر من مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة، و(ب) فرصة أن تكون هذه الاختلافات قد حدثت نتيجة للتغيير العشوائي (الجدول 10-1). بالنسبة لرعاية ما قبل الولادة والرعاية الماهرة أثناء الولادة، 2.0 و 0.7 في المائة من الفرص كان من المفترض توزيعها بشكل مختلف لكي يكون هناك تكافؤ في الفرص. وفي حين أن هذه الأرقام متدنية، نتيجة لارتفاع معدلات التغطية، فإن أهميتها الإحصائية تبين أن الفجوات في التغطية موزعة بشكل غير متكافئ. هناك تقريباً فرص متساوية للأطفال لكي يكونوا محصنين بغض النظر عن ظروفهم. وفي حين أن هناك فرصاً غير متساوية للوفاة المبكرة، وبما أن هذا نادر الحدوث، لا يمكننا أن نحدد بشكل أكيد ما إذا كانت هذه الاختلافات هي من محض المصادفة. ويواجه الأطفال فرصاً غير متساوية للتطور العقلي الصحي، من حيث الوصول إلى ملح معالج باليود. وهناك قدر كبير من عدم المساواة من حيث رعاية وتعليم الطفولة المبكرة؛ ف 23.7 في المائة من الفرص للالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة كان من المفترض توزيعها بشكل مختلف لكي يكون للأطفال تكافؤ في الفرص.

وتشكل الثروة وتعليم الأم والجغرافيا أكبر المساهمات في الفرص غير المتكافئة للأطفال. وبين الجدول 10-2 المساهمات المختلفة للظروف في عدم التكافؤ لمختلف المحصلات والنسب المئوية. وتلعب الثروة بشكل خاص دوراً كبيراً في عدم التكافؤ في رعاية ما قبل الولادة، والملح المعالج باليود، ورعاية وتعليم الطفولة المبكرة، حيث تساهم من حوالي الخمس إلى الربع من عدم المساواة في كل واحد من هذه المقاييس. وتعليم الأم مهم بشكل خاص لرعاية ما

الجدول 1-10. النسبة المئوية من الفرص التي ينبغي إعادة توزيعها

(مؤشر التباين)	
*2.0	الرعاية قبل الولادة
*0.7	قابلة ماهرة عند الولادة
30.7	وفيات حديثي الولادة
25.8	وفيات الرضع
2.7	تطعيم كامل
***16.9	الملح المعالج باليود
6.3	مصابون بالتقزم
***23.7	الرعاية والتعليم لمرحلة الطفولة المبكرة
25.7	عمالة الأطفال

المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسح المشروع العربي لصحة الأسرة، ليبيا، 2007.
 Note: Significance level: * = chance < 5%, ** = chance < 1%, *** = chance < 0.1%. ECCE = early childhood care and education.

الجدول 2-10. مساهمات الخصائص الأساسية المختلفة في عدم المساواة

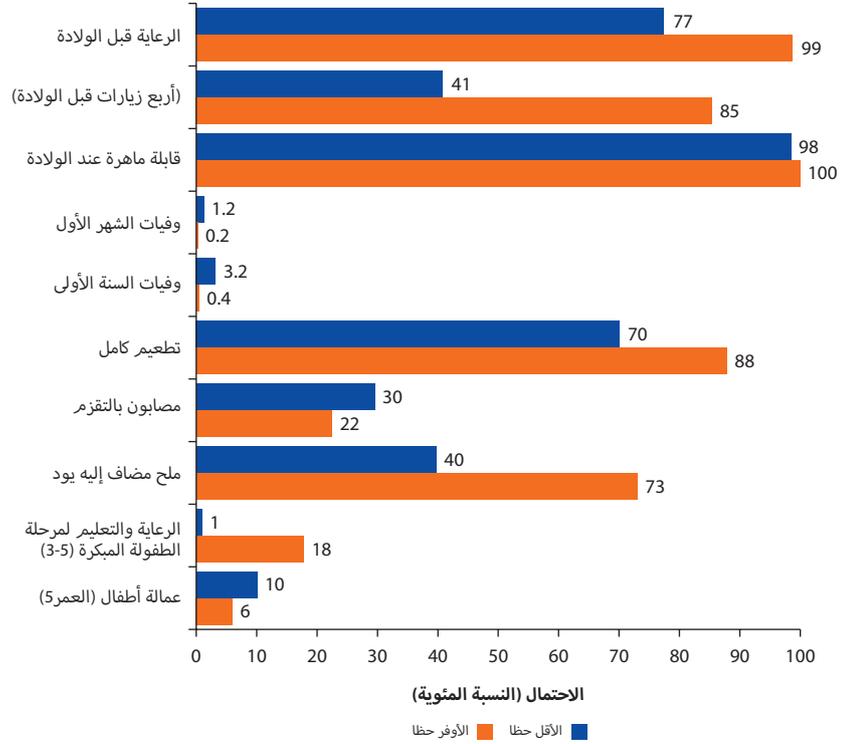
نسبة مئوية	الثروة	تعليم الأم	تعليم الأب	المنطقة	جنس الطفل
21.8	48.5	27.5	2.2	لا ينطبق	الرعاية قبل الولادة
2.3	17.7	12.6	67.3	لا ينطبق	قابلة ماهرة عند الولادة
15.6	11.7	17.6	31.9	23.2	وفيات حديثي الولادة
15.2	14.9	21.2	33.4	15.2	وفيات الرضع
26.4	20.7	21.7	1.3	1.9	تطعيم كامل
6.7	5.1	4.7	83.4	0.1	الملح المعالج باليود
20.9	35.0	16.9	12.6	14.6	مصابون بالتقزم
23.1	20.2	15.6	37.2	4.0	الرعاية والتعليم لمرحلة الطفولة المبكرة
7.8	12.7	11.5	67.9	0.1	عمالة الأطفال

المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسح المشروع العربي لصحة الأسرة، ليبيا، 2007.
 ملاحظة: تحليلات شيبلي لمؤشر التباين

قبل الولادة، والتقزم، ورعاية وتعليم الطفولة المبكرة. كما يلعب تعليم الأب دوراً صغيراً ولكن مهماً في عدم المساواة في هذه المحصلات. والإقامة في الأقاليم المختلفة مهم لكل المحصلات باستثناء رعاية ما قبل الولادة والتحصين، ولا سيما في عدم المساواة في الوصول إلى ملح معالج باليود، ورعاية وتعليم الطفولة المبكرة. ويساهم النوع الاجتماعي للطفل بشكل ضئيل جداً في عدم المساواة.

ويواجه الأطفال في ليبيا فرصاً مختلفة جداً فيما يتعلق بالتطور الصحي استناداً إلى بضع خصائص فقط. والطفولة المبكرة هي عندما تنتقل حلقات الفقر وعدم المساواة عبر الأجيال. وإذا راقبنا طفلاً ضمن أفقر 20 في المائة من الأسر، ومن أبوين غير متعلمين (طفل أقل حظاً) وقرنا هذا الطفل مع طفل من أبوين حاصلين على تعليم أعلى، ومن أغنى 20 في المئة من الأسر (طفل أكثر حظاً)، نجد أن لديهما فرصاً مختلفة جداً في تنمية صحية خلال مرحلة الطفولة المبكرة. ويبين الشكل 9-10 فرص مؤشرات مختلفة لتنمية الطفولة المبكرة لهؤلاء الأفراد «الأقل حظاً» و «الأكثر حظاً».

الشكل 9-10. حالات المحاكاة للأوفر حظا والأقل حظا



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسح المشروع العربي لصحة الأسرة، ليبيا، 2007، ملاحظة: تحليلات شيبلي لمؤشر التباين

وفي كل مؤشر، يواجه الطفل الأقل حظاً فرصة أضعف في التطور الصحي. وعند مقارنة الأقل مع الأكثر حظاً، نجد أن الفجوة في رعاية ما قبل الولادة هي 22 نقطة مئوية، والفجوة في رعاية منتظمة ما قبل الولادة هي 43 نقطة مئوية. واحتمال أن يتوفي الطفل الأقل حظاً في الشهر الأول تزيد بخمسة أضعاف وأن يتوفي في السنة الأولى من العمر تزيد بسبعة أضعاف. واحتمال أن يكون الطفل الأقل حظاً محصناً أقل بـ 18 نقطة مئوية، و احتمالية أن يكون مصاباً بالتقزم أكثر بـ 8 نقاط مئوية. وهناك فجوة قدرها 33 نقطة مئوية في إضافة اليود إلى الملح. وأكبر الاختلافات هي في الالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة حيث احتمال التحاق الطفل الأكثر حظاً برعاية وتعليم الطفولة المبكرة يزيد بـ 17 ضعفاً عن الطفل الأقل حظاً. كما أن احتمالية انخراط الطفل الأقل حظاً في عمالة أطفال تزيد بضعفين تقريباً.

الخاتمة

الأطفال في ليبيا لا يصلون إلى إمكاناتهم الكاملة في التنمية الصحية. وعلى الرغم من ارتفاع معدلات الرعاية الماهرة أثناء الولادة وتدني معدلات الوفيات، فإن رعاية ما قبل الولادة والتطعيمات تظهران فجوات مهمة. فمعدلات التقزم مرتفعة في ليبيا، مما يؤدي إلى عجز كبير في التنمية البشرية للأطفال والتي سوف يكون لها تأثيرات مدى الحياة. فقط نصف الأطفال يحصلون على الملح المعالج باليود بشكل كاف، مما يعرض النصف المتبقي من الأطفال لخطر ضعف التطور المعرفي. ومعدلات الالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة متدنية جداً. وبالإضافة إلى مواجهة تحديات في

تمتئهم، فإن الأطفال يواجهون فرصاً غير متكافئة للتنمية الصحية استناداً إلى ظروف خارجة عن إرادتهم. فالثروة، والاختلافات الجغرافية، وتعليم الوالدين تساهم جميعها في عدم المساواة، التي تعد كبيرة في جميع المحصلات، ولكنها حادة بشكل خاص فيما يتعلق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة.

الملحق 10 أ: البيانات

مجموعة البيانات

يستخدم التحليل بيانات مستعرضة عن رفاهة النساء والأطفال تم جمعها من خلال مسح المشروع العربي لصحة الأسرة (PAPFAM) لعام 2007 في ليبيا. تضمن مسح صحة الأسرة استبياناً للأسرة ضم خصائص أساسية هامة عن الأفراد والأسر. كما تضمن استبياناً للمرأة التي سبق لها الزواج بين سن 15-49، يجمع معلومات عن عناصر هامة في تنمية الطفولة المبكرة، مثل رعاية ما قبل الولادة، والمساعدة الماهرة أثناء ولادة الأطفال، وتحصين الأطفال. ويتم جمع البيانات الخاصة بالوزن والطول للأطفال دون سن الخامسة، والمسح مُمثل على الصعيد الوطني، ويشمل بيانات تسمح بتحليل العلاقة بين تنمية الطفولة المبكرة ومؤشرات الطفل والأسرة في داخل ليبيا. يرجى الرجوع إلى جامعة الدول العربية (2009) لمزيد من المعلومات حول التقرير النهائي للمسح.

العينة

مجموعة بيانات مسح المشروع العربي لصحة الأسرة لعام 2007 لليبيا أخذت عينات من 18629 أسرة، و 12234 امرأة متزوجة أو سبق لها الزواج بين سن 15-49، و 12550 طفلاً دون الخمس سنوات (قياسات الجسم). والتحليل في هذا الموجز يتم وزنه ليكون ممثلاً على المستوى الوطني. وأحجام العينة (N) في كل جدول من الجداول قائمة على العدد غير المرجح من الملاحظات في البيانات.

الملاحق 10 ب. المؤشرات حسب الخصائص الأساسية الجدول 10 ب.1 المؤشرات حسب الخصائص الأساسية

النوع الاجتماعي	الطول		النسبة		مصابون		تطعيم		وفيات السنة		وفيات الشهر الأول		وفيات الشهر الأول		قابلة ماهرة		رعاية ما قبل		رعاية ما قبل	
	بالنسبة	للمصر	(البحراني)	معياري)	مصابون	بالتفزم	كامل	وفيات السنة	وفيات الشهر الأول	وفيات الشهر الأول	عند الولادة	عند الولادة	عند الولادة	عند الولادة	عند الولادة	عند الولادة	عند الولادة	عند الولادة	عند الولادة	عند الولادة
ذكور	51.6	6.8	8.0	52.7	-0.81	22.1	86.8	2.2	1.4	98.2	66.9	89.7	93.3	74.8	95.4	82.9	51.5	85.0	60.5	85.0
أنثى	48.4	7.3	10.6	52.3	-0.70	19.8	87.1	1.2	0.6	98.7	74.8	93.3	93.3	74.8	82.9	51.5	85.0	60.5	85.0	85.0
الأقرب	23.7	7.9	4.6	44.1	-0.85	21.9	83.5	1.9	1.1	98.2	66.9	89.7	93.3	74.8	82.9	51.5	85.0	60.5	85.0	85.0
في المرتبة الثانية	21.7	5.2	7.9	51.7	-0.67	21.8	88.4	1.9	1.3	98.7	74.8	93.3	93.3	74.8	82.9	51.5	85.0	60.5	85.0	85.0
في المرتبة الثالثة	22.2	6.7	10.6	53.3	-0.76	20.3	91.4	2.4	1.5	98.8	79.2	95.4	95.4	79.2	80.5	95.5	80.5	95.5	95.5	95.5
في المرتبة الرابعة	18.5	6.8	10.9	57.0	-0.78	21.0	83.9	1.0	0.4	98.8	80.5	95.5	95.5	80.5	95.5	95.5	80.5	95.5	95.5	95.5
الأغني	13.9	8.5	14.3	61.2	-0.71	19.2	86.8	1.2	0.8	98.8	78.0	96.5	96.5	78.0	80.5	95.5	80.5	95.5	95.5	95.5
تعليم المرأة																				
لم تذهب إلى المدرسة قط							68.8	2.4	1.3	95.4	51.5	82.9	82.9	51.5	82.9	51.5	82.9	51.5	82.9	82.9
بعض التعليم الابتدائي							90.8	2.0	1.3	98.0	64.6	86.6	86.6	64.6	86.6	86.6	64.6	86.6	86.6	86.6
أكملت الابتدائي							87.0	2.3	1.5	98.4	72.6	92.0	92.0	72.6	92.0	92.0	72.6	92.0	92.0	92.0
أكملت الإعدادي							90.6	1.5	0.7	98.8	77.1	95.1	95.1	77.1	95.1	95.1	77.1	95.1	95.1	95.1
أكملت الثانوي							86.9	1.6	1.1	99.2	79.1	96.2	96.2	79.1	96.2	96.2	79.1	96.2	96.2	96.2
جامعي فما فوق							88.0	1.4	0.8	99.3	84.0	97.4	97.4	84.0	97.4	97.4	84.0	97.4	97.4	97.4
تعليم الشريك																				
لم يذهب إلى المدرسة قط							84.7	2.8	1.4	93.1	60.5	85.0	85.0	60.5	85.0	85.0	60.5	85.0	85.0	85.0
بعض التعليم الابتدائي							85.1	1.8	0.9	97.8	62.4	84.9	84.9	62.4	84.9	84.9	62.4	84.9	84.9	84.9
أكمل الابتدائي							90.4	1.4	0.8	98.5	72.1	92.8	92.8	72.1	92.8	92.8	72.1	92.8	92.8	92.8
أكمل الإعدادي							88.8	1.7	1.2	98.7	74.8	92.8	92.8	74.8	92.8	92.8	74.8	92.8	92.8	92.8

يستكمل في الصفحة التالية



الجدول 10 ب 1: المؤشرات حسب الخصائص الأساسية (تابع)

الطول بالنسبة للعمر (الترافق معياري)	المرجع المعالج باليود	الرعاية والتعليم لمرحلة الطفولة المبكرة (3-5)	عمالة الأطفال (5 سنوات)	نسبة الأطفال 4-0	رعاية قبل الولادة من قبل كوادر صحية مدربة		رعاية ما قبل الولادة: 4 زيارات على الأقل		قابلة ماهرة عند الولادة	وفيات الشهر الأول	وفيات الأولى	تغطية كامل	مصابون بالتهنور	النسبة للعمر (الترافق معياري)	المرجع المعالج باليود	الرعاية والتعليم لمرحلة الطفولة المبكرة (3-5)	عمالة الأطفال (5 سنوات)	نسبة الأطفال 4-0
					رعاية ما قبل الولادة من قبل كوادر صحية مدربة	رعاية ما قبل الولادة: 4 زيارات على الأقل												
84.5	77.0	99.1	77.0	95.5	2.2	1.4	99.1	77.0	99.1	2.2	1.4	84.5	22.2	38.6	3.2	11.2	7.7	
88.9	83.1	99.2	83.1	96.8	0.5	0.3	99.2	83.1	99.2	0.5	0.3	88.9	16.7	52.6	7.9	6.5	1.9	
74.2	62.9	93.9	62.9	85.1	2.3	1.2	93.9	62.9	93.9	2.3	1.2	74.2	22.9	57.8	14.0	6.6	18.5	
												22.6	22.9	51.4	0.0	18.4	0.5	
												24.6	22.2	41.5	3.6	17.4	3.2	
												19.0	19.0	35.7	9.5	4.7	1.4	
												21.2	22.2	49.3	5.1	8.6	12.6	
												21.9	22.2	48.5	6.6	5.1	23.7	
												20.8	19.0	54.4	10.5	6.5	37.8	
												19.6	22.9	59.0	13.5	7.2	19.3	
												21.9	22.2	48.2	14.2	7.9	2.0	
												86.0	22.3	63.2	9.9	5.3	66.1	
												85.7	18.4	68.6	17.2	26.9	7.8	
												89.6	18.6	19.0	5.3	5.1	26.1	
												67.9	29.5	23.3	1.8	1.2	2.6	
												85.5	22.3	22.6	4.8	9.9	2.5	

يستكمل في الصفحة التالية

الجدول 10 ب 1. المؤشرات حسب الخصائص الأساسية (تابع)

نسبة الأطفال 4 - 0	عمالة الأطفال (5 سنوات)	الرعاية والتعليم لمرحلة الطفولة (3-5)	المعالج باليود	الطول		مصابون بالتنور	تطعيم كامل	رعاية قبل		رعاية ما قبل الولادة: 4 زيارات على الأقل	رعاية قبل الولادة من قبل كوادر صحية مدنية
				بالسنة للعمر (الحزاف) معياري)	مصابون بالتنور			وفيات السنة الأولى	وفيات الشهر الأول		
3.4	5.6	4.4	4.7	-0.53	16.7	88.6	91.2	66.1	85.4	الجيل الأخضر	
3.1	10.8	2.2	3.1	-0.74	20.3	95.2	99.1	64.3	88.7	المرج	
9.9	4.4	4.0	28.2	-0.81	17.1	92.9	99.7	92.7	98.1	بنغازي	
3.6	1.6	14.7	11.9	-0.54	13.0	92.4	98.6	83.7	96.5	الواحات	
0.9	8.0	7.1	8.1	-0.54	21.2	84.4	97.6	73.6	93.8	الكفرة	
2.7	17.9	6.3	63.0	-0.47	13.8	66.7	97.8	90.1	97.6	سرت	
0.8	0.0	20.2	73.7	-0.98	24.7	92.0	96.9	82.3	95.7	الجفرة	
10.9	2.6	7.9	59.3	-0.88	30.5	82.5	99.8	74.5	93.5	مصراة	
8.9	3.7	5.0	64.2	-0.73	21.3	78.4	99.8	64.8	81.2	الموجب	
17.0	4.1	12.8	69.4	-0.79	21.2	97.1	100.0	87.2	98.8	طرابلس	
9.8	14.0	13.3	61.5	-0.40	12.7	83.9	99.6	80.1	99.1	الجغارة	
5.6	0.0	9.9	90.5	-1.24	33.5	81.0	100.0	64.4	89.1	الزاوية	
5.0	0.0	5.9	23.6	-1.28	36.8	85.9	100.0	44.6	93.5	النقاط الخمس	
5.0	0.9	11.1	62.5	-0.81	16.2	87.7	99.2	57.0	93.0	الجيل الغربي	
1.3	24.2	19.9	59.8	-0.69	19.6	89.8	98.8	63.3	93.7	تالوت	
2.2	43.9	15.3	89.6	-0.55	14.5	83.4	96.9	82.3	96.3	سيها	
1.5	7.7	14.0	71.0	0.49	6.7	86.1	91.2	72.9	92.3	وادي الشاطئ	
1.5	11.4	26.6	42.5	-0.79	18.9	79.9	87.8	59.6	79.2	وادي الحياة	
1.4	56.2	8.2	61.6	-1.20	30.3	88.5	87.2	79.2	95.3	مرزق	
0.4	28.6	28.1	62.1	-0.86	19.6	87.4	79.0	64.3	90.3	غات	
100.0	7.0	9.3	52.5	-0.76	21.0	86.9	98.7	75.5	93.8	المجموع	
9809	2,136	6,897	13,308	10,281	10,281	1,888	7,769	7,238	7,771	(ملاحظات)	

المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسح المشروع العربي لصحة الأسرة، ليبيا، 2007
ملاحظة: بيانات على مستوى المحافظة عن وفاة حديثي الولادة والرجح تم حذفها بسبب صغر حجم العينة

حواشي

1. بناء على العدد السنوي للمواليد (اليونيسف 2008) ومعدل وفيات الرضع المحتسب في مسح المشروع العربي لصحة الأسرة.
2. يحتسب كل من معدل وفيات الرضع وحديثي الولادة على أساس الوفيات في ال 59-12 شهرا السابقة على المسح.
3. يسأل مسح المشروع العربي لصحة الأسرة لليبيا عن الرعاية قبل الولادة للولادات الحية الأحدث في السنوات الخمس الأخيرة فقط. فبما أن الولادات الحية أكثر احتمالا للارتباط برعاية ما قبل الولادة، فإن النسبة المئوية للولادات التي لا تتلقى رعاية ما قبل الولادة يحتمل أن تكون أقل من النسبة المقدرة لحالات الحمل التي لا تتلقى رعاية قبل الولادة.
4. كما هو الحال بالنسبة للرعاية قبل الولادة، طرحت أسئلة عن الولادات الحية فقط. وحيث إنه 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 تبالغ في تقدير عدد الولادات التي تتم على يد مهني صحة.
5. كما هو الحال بالنسبة للرعاية قبل الولادة وأثناء الولادة، طرحت هذه الأسئلة عن أحدث ولادة حية في السنوات الخمس الأخيرة.
6. لقاح DPT هو مزيج من اللقاحات التي تغطي الدفتيريا، والسعال الديكي، والتيتانوس. وينبغي أن يحصل الأطفال على ثلاث جرعات ليكونوا محصنين بالكامل.
7. ينبغي أن يحصل الأطفال على ثلاث جرعات ليكونوا محصنين ضد شلل الأطفال.
8. تبين الوحدات كيف أن الأطفال الليبيين، في المتوسط، هم مختلفون عن المرجعية السكانية من حيث الانحرافات المعيارية.
9. أكثر من 15 جزءا في المليون من اليود في الملح.
10. سأل المسح عن عمل الطفل لصالح الأسرة أو في وظيفة خلال العام الماضي، أو قام بأي عمل أسري خلال الأسبوع الماضي، فجميعها تعتبر عمالة أطفال.
11. لاحظ أن النسبة تتعدى 100 في المائة لأن الأطفال قد ينخرطون في أنواع متعددة من العمالة.
12. تعرف الثروة من حيث أي فئة 20 في المائة من الأسر يقع الطفل ضمنها، بناء على مؤشر أصول (ثراء) للسلع المعمرة.
13. نستخدم في كل التقرير مستوى دلالة 5 في المائة.

المراجع

- 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.
- League of Arab States. 2009. *Libya Family Health Survey 2007, Final Report (Arabic)*.
- 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>.



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

———. 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>.

