

كل طفل لثنيها
مستقبليها



تنمية الطفولة المبكرة

في تونس



مجموعة البنك الدولي



تونس

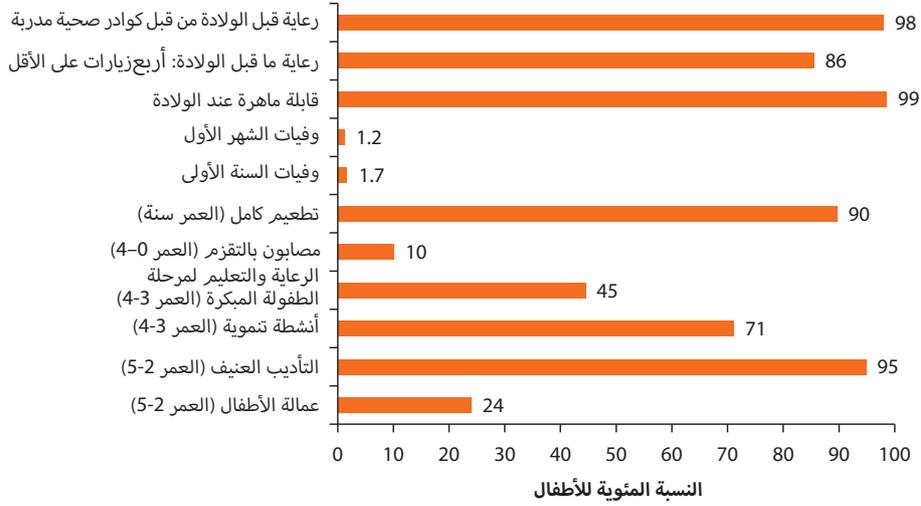
حالة تنمية الطفولة المبكرة في تونس

تونس هي أحد بلدان الشرق الأوسط وشمال أفريقيا التي حققت نجاحات ملحوظة في تنمية الطفولة المبكرة، لاسيما في مجال الصحة المبكرة، إلا أنه من الضروري بذل المزيد من الجهود من أجل ضمان أن يحقق الأطفال في تونس كامل إمكانياتهم للتنمية المبكرة. ويبين الشكل 1-13 ملخصاً لمؤشرات تنمية الطفولة المبكرة في تونس في 2012. ومن حيث الرعاية الصحية المبكرة، تونس أداؤها جيد. تلقت حوالي 98 في المائة من الولادات رعاية ما قبل الولادة، ولكن فقط 86 في المائة منها تلقت رعاية بصورة منتظمة. وحوالي 99 في المائة من الولادات تمت على يد قابلات ماهرات. ونسبة الوفيات المبكرة متدنية نسبياً، حيث إن 1.2 في المائة من الأطفال يتوفون في الشهر الأول من الحياة، و1.7 في المائة من الأطفال يتوفون في السنة الأولى من عمرهم. لا يزال سوء التغذية يمثل تحدياً في تونس، حيث إن 10 في المائة من الأطفال كانوا مصابين بالتقزم، و2 في المائة يعانون من نقص في الوزن، و3 في المائة مصابين بالهزال. ومن حيث التطور المعرفي والاجتماعي والعاطفي، فإن أقل من نصف (44 في المائة) الأطفال بعمر 3-4 سنوات ملتحقون في رعاية وتعليم الطفولة المبكرة و93 في المائة من الأطفال بعمر 2-5 سنوات تعرضوا لنوع من أنواع التأديب العنيف، في حين أن 71 في المائة مارسوا أنشطة تنموية. وحتى في عمر مبكر، مثل خمس سنوات، يقوم الأطفال بعمل أو مهام؛ و24 في المائة من الذين هم في عمر الخمس سنوات منخرطون في عمالة الأطفال.

ويقدم هذا الفصل وضع تنمية الطفولة المبكرة في تونس. ويتم فحص الوضع الصحي للأطفال من خلال مؤشرات (راجع الإطار 1-13) للوفيات المبكرة، والرعاية قبل الولادة، ووجود قابلة ماهرة عند الولادة، وعمليات التحصين. ويتم قياس الوضع الغذائي للأطفال من خلال التقزم (الطول بالنسبة للعمر)، ونقص الوزن (الوزن بالنسبة للعمر) والهزال (الوزن بالنسبة للطول). 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 أيضاً العوامل الأساسية التي قد تترافق مع محصلات تنمية الطفولة المبكرة على مستوى الفرد، والأسرة والمجتمع، والعلاقة

الشكل 1-13 ملخص مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح العنقودي المتعدد المؤشرات لتونس (MICS)، 2012/2011

الإطار 1-13 مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة التي تم فحصها في تونس

- رعاية ما قبل الولادة
- قابلة ماهرة عند الولادة
- وفيات حديثي الولادة (وفيات الشهر الأول)
- وفيات الرضع (وفيات السنة الأولى)
- تطعيم كامل
- التقزم/الطول بالنسبة للسن
- النقص في الوزن/الوزن بالنسبة للسن
- الهزال/الوزن بالنسبة للطول
- الرعاية والتعليم لمرحلة الطفولة المبكرة
- الأنشطة التنموية للوالدين
- التأديب العنيف للطفل
- عمالة الأطفال

بينهم. (راجع الملاحق 13 أ، و13 ب، و13 ج، للحصول على معلومات إضافية بشأن البيانات وهذه العلاقات). ومن أجل الحصول على السياق الكلي للبلاد، (راجع الإطار 2-13). وأخيراً، فإن التحليل يقيس الثغرات ومدى التفاوت في محصلات تنمية الطفولة المبكرة. ويستند التحليل إلى أحدث البيانات المتاحة: المسح العنقودي متعدد المؤشرات (MICS) 2012/2011. وتغطي البيانات الأبعاد المختلفة للطفولة المبكرة من قبل ولادة الطفل وحتى سن الدخول إلى المدرسة (ست سنوات في حالة تونس). ولو توفرت بيانات أكثر وتم فحصها، لأمكن تقديم صورة أفضل لتنمية الطفولة المبكرة في تونس.

الإطار 2-13 ملخص للمؤشرات التنموية في تونس

تونس بلد ذو دخل متوسط إلى عالٍ، مع ناتج محلي إجمالي للفرد بلغ حوالي 4237 دولاراً أمريكياً في 2012 (بالدولار الأمريكي الحالي، الجدول ب1-2-13). ويقدر عدد سكان تونس بـ 11 مليون نسمة، ربعمهم نقل أعمارهم عن 15 عاماً. وبلغ معدل توقع الحياة عند الولادة 75 عاماً. وبلغ إجمالي معدل الالتحاق في مرحلة التعليم الابتدائي في تونس 109 في المائة في عام 2012. وبصورة عامة، حلت تونس في المرتبة 94 من أصل 186 بلداً، مع بيانات قابلة للمقارنة في مؤشر التنمية البشرية (HDI) 2012.

الجدول ب1-2-13 المؤشرات الاجتماعية الاقتصادية لتونس

2012	1990	
10.8	8.1	إجمالي عدد السكان (بالمليون)
23	38	النسبة المئوية للسكان دون سن 15 سنة
\$4,237	\$1,507	الناتج المحلي الإجمالي للفرد (بالدولار الأمريكي الحالي)
75	70	معدل توقع الحياة عند الولادة
109	111	الالتحاق بالمدارس، المرحلة الابتدائية (نسبة مئوية، إجمالي)

المصدر: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، مؤشرات التنمية العالمية 2014

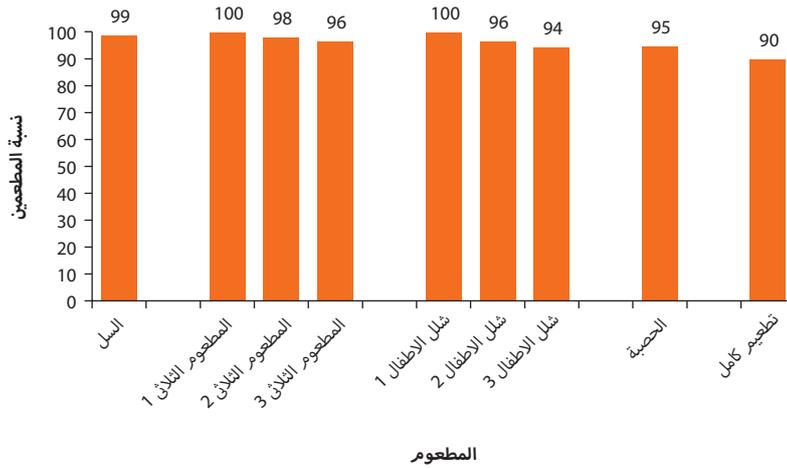
البقاء، والرعاية الصحية، والتغذية

إن الخطوة الأولى في التنمية الصحية للطفولة المبكرة هي ببساطة تجاوز مرحلة الطفولة المبكرة مع البقاء على قيد الحياة. وفي تونس بلغ معدل وفيات الأطفال الرضع 17 لكل ألف ولادة¹. وهذا المعدل أقل من المتوسط الإقليمي لعام 2012 والبالغ 24 وفاة لكل ألف ولادة (اليونيسف 2014). تتألف معظم وفيات الرضع من وفيات الأطفال حديثي الولادة- أي الأطفال الذين يتوفون خلال الشهر الأول من الحياة. وفي تونس بلغت وفيات الأطفال حديثي الولادة 12 وفاة لكل ألف ولادة. ولقد كان هناك تقدم ملحوظ في الحد من وفيات الأطفال الرضع في تونس. وبلغ معدل وفيات الأطفال الرضع، في عام 1990، 39 وفاة لكل ألف ولادة (مؤشرات التنمية العالمية). كما انخفضت وفيات الأطفال حديثي الولادة بشكل كبير بين الأعوام 1990 و2012، من معدل 23 وفاة لكل ألف ولادة (مؤشرات التنمية العالمية) إلى 12 وفاة لكل ألف يتوفون خلال الشهر الأول من حياتهم؛ وهذا أقل من المتوسط الإقليمي لعام 2012 والبالغ 15 وفاة لكل ألف ولادة (اليونيسف 2014).

يبدأ التعامل مع كل من الوفيات المبكرة للأطفال وتنمية الطفولة المبكرة أثناء الحمل والولادة، وقد يعود انخفاض معدل الوفيات في تونس جزئياً إلى التغطية الجيدة للرعاية الصحية المبكرة. في تونس، تقريباً (98 في المائة) من الولادات الحية تلقت رعاية ما قبل الولادة وتقريباً (99 في المائة) كانت ولادات تمت بوجود مهني صحي². بالإضافة إلى ذلك، فإن 86 في المائة من النساء تلقين أربع زيارات أو أكثر فيما قبل الولادة.

ويلعب التحصين الكامل للأطفال دوراً مهماً في الحد من أمراض الطفولة التي تعوق النمو أو تسبب بالوفاة. في تونس، تكاد تغطية التحصين أن تكون شاملة. أكثر من 90 في المائة من الأطفال بين 18 - 29 شهراً تم تحصينهم بالكامل ضد أمراض الطفولة التي يمكن الوقاية منها، والتي تقي من خسارة الحياة وضعف النمو. من المهم أن يتلقى الأطفال لقاحات ضد عدد من أمراض الطفولة التي يمكن الوقاية منها، بما في ذلك السل، والدفتيريا، والسعال الديكي، والتيتانوس³ وشلل الأطفال⁴ والحصبة. وكما يبين الشكل 2-13، فإن لقاح الحصبة يشتمل على أقل معدل من التغطية

الشكل 2-13: النسبة المئوية للأطفال المحصنين من خلال التطعيم، في عمر 18-29 شهرا



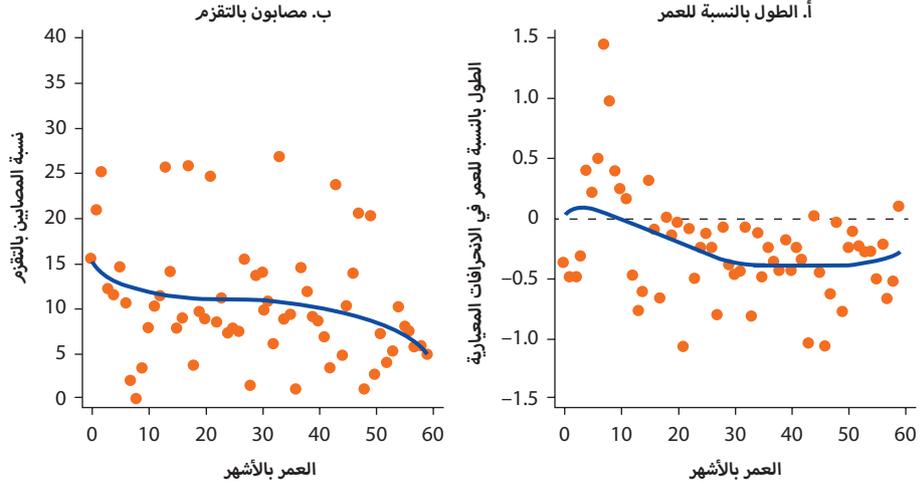
المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح المتعدد المؤشرات لتونس، 2012/2011

94 في المائة) كما أن هناك بعض الفجوات في الجرعة الثالثة للقاح الدفتيريا، والسعال الديكي، والكزاز (DPT) وشلل الأطفال (96 في المائة).

أما من حيث تغذية الطفل في تونس، فإن 10 في المائة من الأطفال بين سن 0 - 4 مصابون بالتقزم، و2 في المائة يعانون من نقص في الوزن، و3 في المائة مصابون بالهزال. ومعدل التقزم هذا، على الرغم من أنه أقل من المتوسط الإقليمي، فإنه يمثل خسارة كبيرة في الإمكانات البشرية لكل 1 من كل 10 أطفال وبالتالي في حين أن الوزن (نقص في الوزن، هزال) ليس مشكلة كبيرة في تونس، فإن تراكم الطول (التقزم) يعد مشكلة. ويبدأ الأطفال في تونس حياتهم بنمو صحي نسبياً؛ إلا أنه بعد أول سنتين من الحياة، يواجهون تدهوراً كبيراً في النمو الصحي. ويبين الشكل 3-13 أداء الأطفال التونسيين من حيث النمو مقارنة بمرجعية سكانية صحية.⁵ وخلال السنة الأولى من الحياة، يكون طولهم بالنسبة لعمرهم مشابهاً للمرجعية السكانية الصحية، على الرغم من أنه يبدأ بالانخفاض بعد السنة الأولى. ومن ثم في عمر سنتين، يكون الأطفال تقريباً $\frac{1}{2}$ انحراف معياري (SD) أقل من طول المرجعية السكانية الصحية، ويبقون كذلك حتى سن الرابعة، حينما يكون هناك تحسن طفيف في الطول بالنسبة للعمر. وفي نفس الوقت يكون التقزم في أعلى مستوياته عند الولادة ومن ثم ينخفض مع مرور الوقت. و أنماط الطول بالنسبة للعمر والتقزم تشير إلى وجود مشكلة عامة ولكن معتدلة في التغذية منتشرة بين عمر سنتين إلى أربع سنوات، بينما المشاكل الحادة (التقزم) تحدث في مرحلة مبكرة من الحياة.

وتلعب المغذيات الدقيقة، مثل الحديد، وفيتامين(أ)، والزنك، واليود أيضاً دوراً هاماً في كل من التنمية البدنية والمعرفية على حد سواء. وفي تونس، واعتباراً من عام 2000، أصبحت 97 في المائة من الأسر تتناول ملحاً مضافاً عليه كميات كافية من اليود (مؤشرات التنمية العالمية)⁶. ويلعب اليود دوراً حيوياً في النمو المعرفي، ونقص اليود هو السبب الأكثر شيوعاً في العالم للتخلف العقلي وتلف الدماغ الذي يمكن الوقاية منهما (الزناتي وواي 2009). والملح المعالج باليود هو الوسيلة الأساسية لتقديم اليود للأطفال.

الشكل 3-13 متوسط الطول بالنسبة للعمر مقارنة بمرجعية صحية من السكان، في الانحرافات المعيارية، والنسبة المئوية للتقزم حسب العمر بالأشهر، الأعمار 0-59 شهرا



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح المتعدد المؤشرات لتونس، 2012/2011

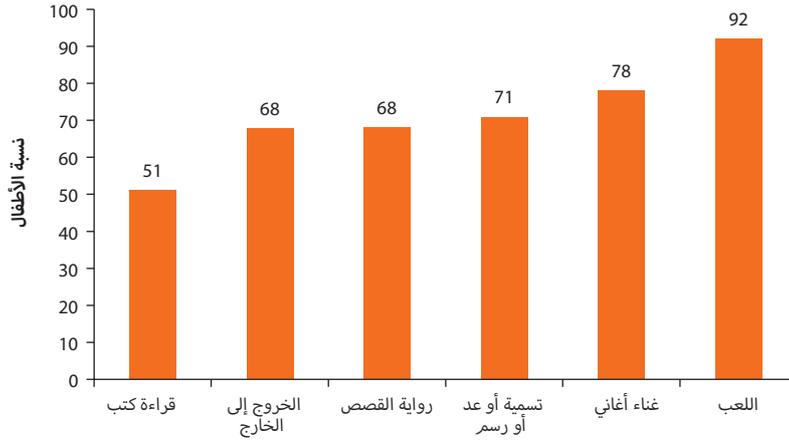
التطور الاجتماعي، والعاطفي، والمعرفي

على الرغم من أنه تم إثبات أن اللعب والتفاعل هما مكونان مهمان لتنمية الطفولة المبكرة، يفتقد الأطفال في تونس فرصا مهمة للنمو النفسي والاجتماعي. وفي المسح، تم سؤال الأشخاص القائمين على رعاية أطفال من عمر 3 - 4 سنوات عما إذا كان البالغون في الأسرة يشاركون في أي نشاط من ستة أنشطة تنموية تدعم تطور الطفل.⁷ وفي تونس، فقط 71 في المائة من الأطفال مارسوا أربعة أنشطة تنموية أو أكثر. وتقريباً، جميع الأطفال (92 في المائة) شاركوا في اللعب. وفي حين أن جميع الأنشطة تعتبر هامة للتطور الاجتماعي والعاطفي، فإن القراءة للطفل تتضمن مكونات تعليمية ومعرفية هامة. إلا أن القراءة للأطفال كانت النشاط الأقل شيوعاً الذي تمت ملاحظته (الشكل 4-13)، مع 51 في المائة من الأطفال مروا بتجربة أن يتم قراءة كتاب لهم (أو كتاب مصور).

أثبتت الأدلة أن رعاية وتعليم الطفولة المبكرة (ECE) تحسن التطور المعرفي والاجتماعي والعاطفي، مع فوائد يمكن أن تدوم مدى الحياة. وكما في 2012، 44 في المائة من الأطفال بين سن ثلاث وأربع سنوات كانوا ملتحقين برعاية وتعليم الطفولة المبكرة. والالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة قبل الدخول إلى المدرسة كانت أكثر شيوعاً من التحاق الأطفال بين سن ثلاثة إلى أربع سنوات في رعاية وتعليم الطفولة المبكرة. و بين الأطفال الذين أعمارهم بين خمس و ست سنوات، 89 في المائة ملتحقون حالياً أو التحقوا في السابق في مرحلة ما قبل المدرسة. وهذا يشير إلى أن العديد من الأطفال الذين لا يلتحقون برعاية وتعليم الطفولة المبكرة بين سن ثلاث إلى أربع سنوات، قد يلتحقون بمرحلة ما قبل الابتدائي في سن أكبر. وحوالي 80 في المائة من الأطفال الذين هم في السنة الأولى الابتدائية كانوا سابقاً في مدرسة ما قبل الابتدائي.

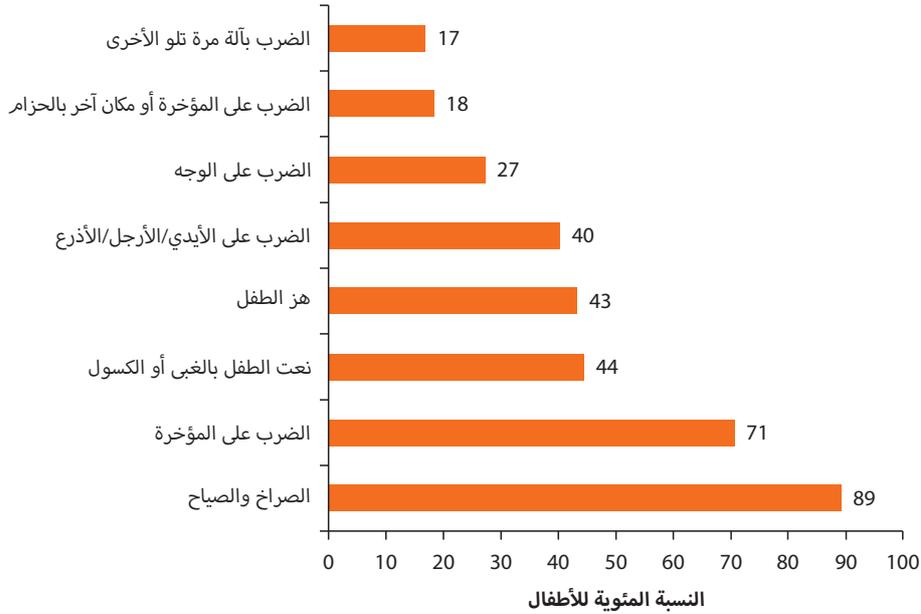
وتحد آخر يعوق التنمية الصحية للأطفال هي التأديب العنيف.⁸ في تونس، 95 في المائة من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من 2-5 سنوات تعرضوا للتأديب العنيف. وتأديب الأطفال هو جزء مهم من تربيته. إلا أن الأبحاث توصلت

الشكل 4-13 النسبة المئوية للأطفال الذين يمارسون أنشطة تنموية، حسب النشاط، الأعمار 4-3 سنوات



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح المتعدد المؤشرات لتونس، 2012/2011

الشكل 5-13 النسبة المئوية للأطفال بعمر 5-2 الذين يتعرضون لتأديب عنيف، حسب نوع التأديب



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح المتعدد المؤشرات لتونس، 2012/2011

إلى أن التأديب العنيف يؤثر سلباً على النمو البدني، والنفسي والاجتماعي للأطفال (يونيسف 2010) ويبين الشكل 5-13 نسبة الأطفال الذين اختبروا أنواعاً مختلفة من التأديب العنيف. والطريقة الأكثر شيوعاً للتأديب العنيف كانت الصراخ أو الصياح (89 في المائة)، يليها الضرب على الأرداف (71 في المائة). ودعوة الطفل بالغبى أو الكسول (44 في المائة) كانت أيضاً شائعة. وانتشار هز الأطفال (43 في المائة)، والضرب على الأطراف (40 في المائة)، والصفع

على الوجه (27 في المائة) يشكل تهديداً كبيراً لنمو الأطفال. وعلى الرغم من أن أقل الأشكال الشائعة من التأديب العنيف كانت الأشد (الضرب بأداة، 17 في المائة، و الضرب بالحزام، 18 في المائة)، فإنها تمثل تهديداً رئيسياً لنمو الأطفال. في تونس، 24 في المائة من الأطفال في سن خمس سنوات شاركوا في نوع من أنواع عمل الأطفال - والعمل لدى شخص ليس عضواً في الأسرة، والقيام بالأعمال المنزلية، أو القيام بأعمال عائلية أخرى.⁹ وعمالة الأطفال والانخراط في العمل أو الأعمال المنزلية، يمكن أن تكون خطرة بشكل خاص على الأطفال الصغار. كما يمكن أن تعوق قدرتهم على الانتقال بنجاح إلى المدرسة. ويشارك غالبية الأطفال في الأعمال المنزلية (23 في المائة ممن هم في سن الخامسة)، ولكن بعضهم ينخرط في العمل لدى الآخرين (1 في المائة من الأطفال في سن الخامسة)، ومعظم العمل لدى آخرين كان بدون أجر.

العوامل الرئيسية التي تؤثر على تنمية الطفولة المبكرة

هناك عدد من السمات الأساسية، على مستوى الطفل، والعائلة، والمجتمع، التي تؤثر على محصلات تنمية الطفولة المبكرة: النوع الاجتماعي، وتعليم الآباء، والوضع الاجتماعي والاقتصادي للأسرة (الثروة)،¹⁰ 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 برامجية.

البقاء على قيد الحياة، والرعاية الصحية، والتغذية

بعض السمات الأساسية مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بالوفيات في مرحلة الطفولة المبكرة. والأطفال من الأسر الأكثر فقراً أكثر احتمالاً في أن يموتوا في الشهر الأول أو السنة الأولى من العمر. وفي حين أن وفيات الأطفال حديثي الولادة هي 22 وفاة لكل ألف ولادة في الخمس الأفقر من الأسر، فإنها 9 وفيات لكل ألف ولادة في الخمس الأكثر ثراء من الأسر، مع نمط مماثل فيما يتعلق بوفيات الأطفال الرضع. فالأطفال الذين يولدون من والدين أقل تعليماً تكون فرصتهم أكبر في الوفاة المبكرة. والمناطق الريفية لديها معدلات أعلى من وفيات الأطفال الرضع عن المناطق الحضرية. وعلى المستوى الوطني، معدل وفيات الأطفال الرضع هو 17 لكل ألف، في حين أن معدل وفيات الرضع هو 12 لكل ألف في المناطق الحضرية، و 25 في الألف في المناطق الريفية. ولدى أخذ خصائص متعددة بعين الاعتبار، فإن وجود أب لديه تعليم ابتدائي أو ثانوي، مقارنة بأب غير متعلم، يخفض بشكل كبير¹¹ وفيات الأطفال حديثي الولادة، ووجود أب لديه تعليم ابتدائي يخفض بشكل كبير وفيات الأطفال الرضع. ومستوى الثروة الرابع به معدل أقل بكثير من وفيات الأطفال الرضع عن أفقر مستويات الثروة.

إن استخدام رعاية ما قبل الولادة، لا سيما الرعاية المنتظمة ما قبل الولادة، مرتبط ارتباطاً وثيقاً بالثروة، والتعليم، والجغرافيا. ولأن رعاية ما قبل الولادة تكاد أن تكون شاملة، هناك فروقات بسيطة فقط حسب الخلفية، ولكن تظهر الرعاية المنتظمة ما قبل الولادة فروقات أكبر. ففي حين تلقت 73 في المائة من الولادات من الخمس الأفقر من الأسر رعاية منتظمة ما قبل الولادة، فإن 97 في المائة من الولادات في الخمس الأكثر ثراء من الأسر تلقوها. والاختلافات القائمة على وجود أم أو أب لديه تعليم ثانوي أو أعلى كانت مشابهة للفجوات في الثروة. والولادات في المناطق الريفية كانت أقل احتمالاً في أن تتلقى رعاية منتظمة ما قبل الولادة (81 في المائة) عن الولادات في المناطق الحضرية (88 في المائة). سيدي بوزيد (65 في المائة)، والقصرين (75 في المائة) والمنطقة الجنوبية الشرقية (77 في المائة) كانت بشكل خاص مناطق ذات معدلات منخفضة في الرعاية المنتظمة ما قبل الولادة.

والعلاقات ما بين استخدام قابلات مهارات والثروة، والتعليم، والجغرافيا كانت مماثلة لتلك الخاصة برعاية ما قبل الولادة. ففي حين أن 94 في المائة من الولادات في الخمس الأفقر من الأسر تمت على أيدي قابلات مهارات، فإن كل المستويات الأخرى للثروة كان المعدل 100 في المائة تقريباً. وتمت ملاحظة أنماط مماثلة في تعليم الآباء مثلما هو الحال بالنسبة للثروة. ومعدلات الولادة بوجود قابلة ماهرة كانت أعلى في المناطق الحضرية (تقريباً 100 في المائة) عن المناطق الريفية (97 في المائة). و سيدي بوزيد بشكل خاص كان بها معدلات متدنية من الولادات بوجود قابلة ماهرة، 89 في المائة.

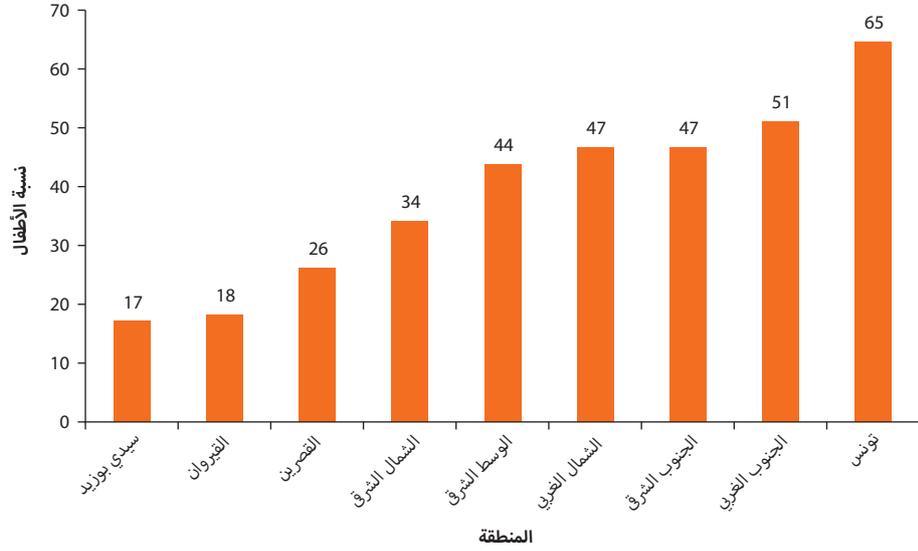
التطور الاجتماعي، والعاطفي، والمعرفي

التطور الاجتماعي، والعاطفي، والمعرفي مرتبط بمستوى ثروة أسرة الطفل، وتعليم الوالدين، وموقع الأسرة. والأطفال الأفقر، من المستويات الأربعة الدنيا للثروة، أقل احتمالاً في ممارسة على الأقل أربعة أنشطة تنموية من الأطفال من الخمس الأكثر ثراء من الأسر (الشكل 13-7). ففي حين أن الطفل من الخمس الأفقر من الأسر لديه فرصة 44 في المائة في ممارسة أنشطة تنموية، فإن طفلاً من الخمس الأكثر ثراء من الأسر لديه فرصة تصل إلى 91 في المائة. كما أن الأطفال في المناطق الريفية أقل احتمالاً في ممارسة أنشطة تنموية (52 في المائة) من الأطفال في المناطق الحضرية (82 في المائة). والمعدلات منخفضة بشكل خاص في سيدي بوزيد (27 في المائة). والأطفال من أمهات غير متعلّقات لديهم فرصة تصل فقط إلى 45 في المائة في ممارسة أنشطة تنموية، مقارنة بفرصة تصل إلى 95 في المائة بالنسبة للأطفال من أمهات لديهم تعليم عالٍ؛ وتم ملاحظة أنماط مماثلة للآباء. ومع أخذ خصائص متعددة بعين الاعتبار، فإن الأطفال الذين يعيشون في مناطق ريفية أقل احتمالاً بكثير في ممارسة أنشطة تنموية عن الأطفال في المناطق الحضرية، والأطفال في سيدي بوزيد هم أقل احتمالاً بكثير في ممارسة أنشطة تنموية عن الأطفال في تونس. إذا كان للطفل أمر لديها تعليم ثانوي أو تعليم عالٍ، مقارنة بأم غير متعلمة، يكون أكثر احتمالاً في ممارسة أنشطة تنموية، وكل المستويات الأخرى للثروة الأخرى لديها فرص أكبر في ممارسة أنشطة تنموية مقارنة بالمستويات الأكثر فقراً.

وكما هو الحال مع الأنشطة التنموية، هناك فروقات كبيرة في الوصول إلى رعاية وتعليم الطفولة المبكرة استناداً إلى الخلفية. والمعدل الوطني للاتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ثلاثة إلى أربع سنوات هو 44 في المائة؛ إلا أن الأطفال في المناطق الحضرية لديهم فرصة 60 في المائة في الالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة، بينما الأطفال في المناطق الريفية لديهم فقط فرصة تصل إلى 17 في المائة. والاختلافات حسب المنطقة كبيرة أيضاً (الشكل 13-6). وبينما 17-18 في المائة من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 3-4 سنوات في سيدي بوزيد والقبروان يلتحقون برعاية وتعليم الطفولة المبكرة، فإن 65 في المائة من الأطفال في تونس يقومون بذلك. وهناك اختلافات هائلة في الالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة حسب الثروة، (الشكل 13-7)؛ فبينما 13 في المائة فقط من الأطفال من الخمس الأفقر من الأسر يلتحقون برعاية وتعليم الطفولة المبكرة، فإن 82 في المائة من الأطفال من الخمس الأكثر ثراء من الأسر يقومون بذلك. و مع الأخذ بعين الاعتبار خصائص متعددة، فإن الأطفال في المناطق الريفية (مقارنة بالأطفال في المناطق الحضرية) والأطفال في المنطقة الشمالية الشرقية، والقبروان، وسيدي بوزيد (مقارنة بتونس) هم أقل احتمالاً بكثير في الالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة. ويتزايد الالتحاق بشكل كبير مع كل المستويات الأخرى للثروة مقارنة بالخمس الأفقر للأسر.

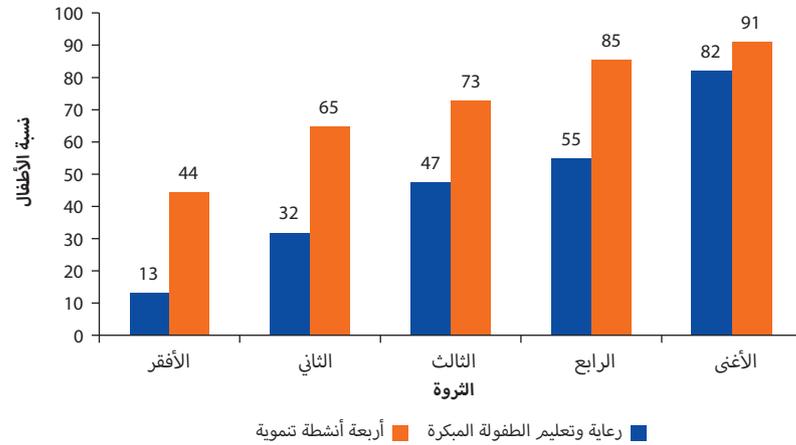
والاختلافات في التطور المعرفي، والاجتماعي، والعاطفي المبكر من المرجح أن تفاقم من بعضها البعض. ويبين الشكل 13-7 كل من نسبة الأطفال الذين يمارسون أنشطة تنموية ونسبة الالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة، حسب

الشكل 6-13 النسبة المئوية من الأطفال الذين يحضرون رعاية وتنمية الطفولة المبكرة حسب المنطقة، الأعمار 4-3



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح المتعدد المؤشرات لتونس 2012/2011

الشكل 7-13: النسبة المئوية من الأطفال الذين يمارسون أنشطة تنموية أو يحضرون رعاية وتنمية الطفولة المبكرة حسب المنطقة، الأعمار 4-3



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح المتعدد المؤشرات لتونس 2012/2011

الثروة. والأطفال الأقر لديهم فرص أقل في الالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة وممارسة أنشطة تنموية على حد سواء، مما سوف يضعهم في وضع غير مواتٍ مضاعف عندما يحين موعد دخولهم المدرسة. على سبيل المثال، في حين أن الطفل من الخمس الأقر من الأسر لديه فرصة 13 في المائة في الالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة وفرصة

44 في المائة في ممارسة أنشطة تنموية، فإن الطفل من الخمس الأكثر ثراء من الأسر لديه فرصة 82 في المائة في الالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة وفرصة 91 في المائة في ممارسة أنشطة تنموية. ولا يوجد أنماط واضحة أو منهجية من حيث التأديب العنيف للطفل، ولكن ترتبط عمالة الأطفال بخصائص أساسية للطفل. وفي حين أن 20 في المائة من الذكور ينخرطون في العمل في وقت مبكر في سن الخامسة، فإن 28 في المائة من الإناث يعلنون ذلك. وتزيد عمالة الأطفال ومن ثم تتناقص مع الثروة، ومع وجود أعلى معدلات عمالة الأطفال (32 في المائة) في المستويات الوسطى للثروة. وعمالة الأطفال أكثر شيوعاً في المناطق الحضرية (26 في المائة) عن المناطق الريفية (21 في المائة). مع أخذ خصائص متعددة بعين الاعتبار، فإن الأطفال الإناث يكن أكثر احتمالاً بكثير في الانخراط في عمالة الأطفال من الأطفال الذكور. والأطفال في القصرين، والقبروان أقل احتمالاً بكثير في أن ينخرطوا في عمالة أطفال عن الأطفال في تونس. والأطفال في المستوى الثالث من الثروة أكثر احتمالاً بكثير في الانخراط في عمالة أطفال من الأطفال الأكثر فقراً.

يواجه الأطفال فرصاً غير متكافئة للتنمية الصحية

يواجه الأطفال في تونس فرصاً غير متكافئة للتنمية الصحية استناداً إلى عوامل خارجة عن سيطرتهم. ولقياس 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 نتيجةً للتوزيع العشوائي (الجدول 1-13).

والأطفال لديهم فرص متساوية نسبياً لتلقي التطعيم في وقت مبكر. والتفاوت في الوفاة المبكرة مرتفع، ولكن حيث إنه أمر نادر الحدوث، لا يمكن أن نقول بشكل قاطع إذا ما كانت هذه الاختلافات وليدة المصادفة. وبالمثل، فإن التفاوت كبير في التقرز وعماله الأطفال، ولكن قد يرجع ذلك إلى المصادفة. إن عدم المساواة في رعاية وتعليم الطفولة المبكرة مرتفع بشكل خاص وذو أهمية إحصائية؛ 26 في المائة من فرص الالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة يجب أن يتم توزيعها بشكل مختلف من أجل تحقيق تكافؤ في الفرص. وعدم التكافؤ في الأنشطة التنموية كبير أيضاً وهام، مع الحاجة إلى إعادة توزيع 12 في المائة من الفرص.

الثروة، وتعليم الوالدين، ومنطقة الإقامة تشكل أكبر المساهمات في عدم تكافؤ الفرص لدى الأطفال. ويبين الجدول 2-13 المساهمات المختلفة للظروف في عدم المساواة للمحصلات المختلفة، كنسب مئوية. وساهمت الثروة

الجدول 1-13 النسبة المئوية للفرص التي سيتم إعادة توزيعها

مؤشر التباين	
4.4	تطعيم كامل
40.0	وفيات حديثي الولادة
33.4	وفيات الرضع
19.8	مصابون بالتقرز
25.5***	الرعاية والتعليم لمرحلة الطفولة المبكرة
11.8**	أنشطة تنموية
21.7	عمالة أطفال

المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح المتعدد المؤشرات لتونس، 2012/2011
ملاحظات: * = فرصة > 5 في المائة، ** = فرصة > 1 في المائة، *** = فرصة > 0.1 في المائة

الجدول 2-13 مساهمات الخصائص الأساسية في عدم المساواة

نسبة مئوية

التربية	تعليم الأم	تعليم الأب	الريف	المنطقة	جنس الطفل	
13.6	20.1	8.2	10.4	47.7	0.1	تعليم كامل
8.5	6.6	40.0	10.3	30.3	4.4	وفيات حديثي الولادة
19.5	7.0	43.7	10.2	19.3	0.2	وفيات الرضع
25.8	10.3	23.0	11.3	25.0	4.6	مصابون بالتقرزم
29.0	8.7	7.3	42.5	12.2	0.2	الرعاية والتعليم لمرحلة الطفولة المبكرة
27.8	19.3	9.8	25.6	16.6	0.9	أنشطة تنموية
16.3	12.7	6.2	8.7	49.5	6.6	عمالة أطفال

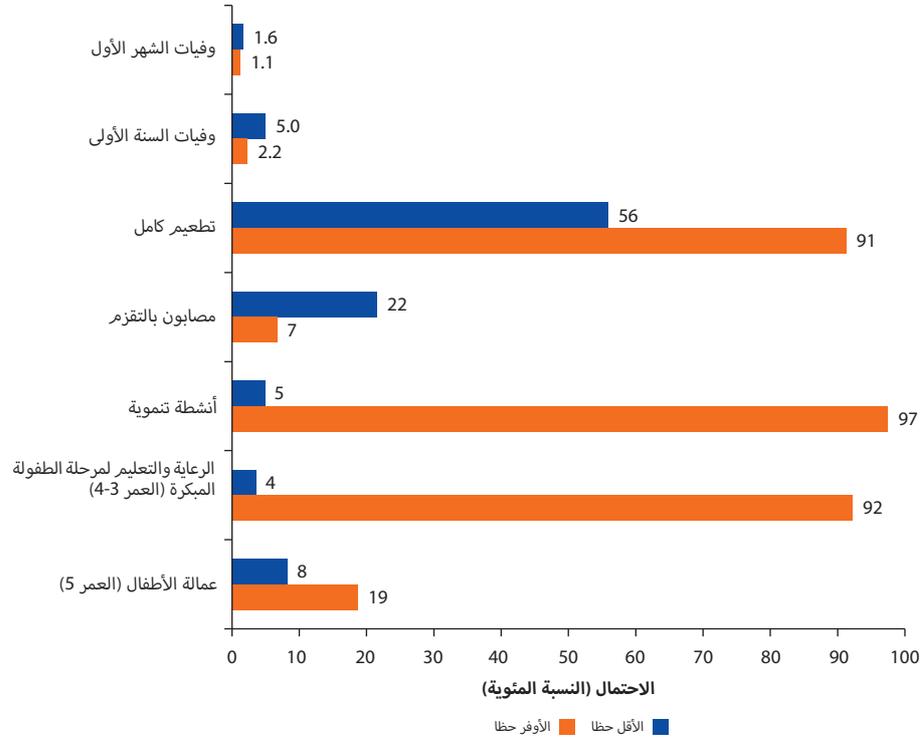
المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح المتعدد المؤشرات لتونس 2012/2011
ملاحظة: تحليلات شبلي لمؤشر الاختلاف. لم يتم تضمين معدلات الرعاية قبل الولادة والرعاية أثناء الولادة لأنها شاملة تقريباً. وكذلك لم يتم تضمين النموذج الكلي للتأديب العنيف للطفل لعدم أهميته.

بفرق حوالي الربع في عدم المساواة في التقزم، ورعاية وتعليم الطفولة المبكرة، والأنشطة التنموية. في حين أن تعليم الأب ساهم أكثر شيء في الوفيات والتقرزم. والإقامة في منطقة حضرية أو ريفية مهم لجميع المحصلات ولكن بشكل خاص فيما يتعلق بعدم التكافؤ في رعاية وتعليم الطفولة المبكرة والأنشطة التنموية. ومكان إقامة الطفل مهم بشكل خاص في عدم التكافؤ في التحصين، والوفيات، والتقرزم وعمالة الأطفال. ويساهم جنس الطفل مساهمة بسيطة في عدم المساواة.

ويميل الأطفال إلى أن يكونوا محظوظين أو محرومين باستمرار عبر مجموعة متنوعة من الأبعاد المختلفة لتنمية الطفولة المبكرة، ويمكن أن يواجهوا فرصاً حياتية مختلفة إلى حد بعيد بناء على بعض الخصائص فقط. الطفولة المبكرة هي عندما تنتقل حلقات الفقر وعدم المساواة عبر الأجيال. إذا رصدنا طفلاً يعيش في منطقة ريفية، في سيدي بوزيد، 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 تونس (طفل أكثر حظاً)، نجد أن لديهما فرصاً مختلفة جداً في تنمية صحية للطفولة المبكرة. ويبين الشكل (8-13) الفرص (الفرصة التي يمكن التنبؤ بها) للمؤشرات المختلفة لتنمية الطفولة المبكرة (قائمة على الانحدارات) لهؤلاء الأفراد "الأقل حظاً" و"الأكثر حظاً".

وفي كل مؤشر تقريباً، يواجه الطفل الأقل حظاً احتمالات أضعف للتنمية المبكرة. ويواجه الأطفال إمكانيات مختلفة للبقاء على قيد الحياة في السنة الأولى من الحياة، استناداً إلى الخصائص الأساسية لحياتهم. ففي حين أن الطفل الأكثر حظاً يواجه احتمال 1.1 في المائة أن يتوفى في الشهر الأول، و2.2 في المائة فرصة أن يتوفى في السنة الأولى، فإن الطفل الأقل حظاً يواجه احتمال 1.6 في المائة في أن يتوفى في الشهر الأول، وفرصة 5.0 في المائة في أن يتوفى في السنة الأولى. هذا يعني أن الطفل أكثر احتمالاً بضعفين في أن يتوفى في السنة الأولى استناداً إلى خلفيته. والطفل الأقل حظاً لديه فرصة 56 في المائة في أن يكون محصناً تحصيناً كاملاً، مقابل 91 في المائة للطفل الأكثر حظاً.

الشكل 13-8. حالات المحاكاة للأكثر حظاً وللاقل حظاً



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح المتعدد المؤشرات لتونس، 2011/2012
ملاحظة: لم يتم تضمين معدلات الرعاية قبل الولادة والرعاية أثناء الولادة لأنها شاملة تقريباً. وكذلك لم يتم تضمين النموذج الكلي للتأديب العنيف للطفل لعدم أهميته.

وفي حين أن الطفل الأقل حظاً لديه فرصة 22 في المائة في أن يصاب بالتقزم، فإن الطفل الأكثر حظاً لديه فرصة 7 في المائة. و أكبر الفروقات هي في مجال الأنشطة التنموية ورعاية وتعليم الطفولة المبكرة. ففي حين أن الطفل الأقل حظاً لديه فرصة 5 في المائة في الالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة، فإن الطفل الأكثر حظاً لديه فرصة تصل إلى 92 في المائة، أي أكبر بعشرين مرة. والمحصلة الوحيدة حيث الطفل الأقل حظاً من المحتمل أن يكون أداءه أفضل هي فرصة أقل (8 في المائة) في الانخراط في عمالة الأطفال من الطفل الأكثر حظاً (19 في المائة).

الخاتمة

في حين حققت تونس نجاحات في مجال تنمية الطفولة المبكرة، لا يزال الأطفال يواجهون عدداً من العقبات أمام تحقيق كامل إمكاناتهم للتنمية المبكرة. وتغطية الرعاية الصحية المبكرة مرتفعة ومعدل الوفيات متدنٍ نسبياً. إلا أن التقزم يعتبر مشكلة مع إصابة طفل من كل 10 بالتقزم. والأطفال أكثر احتمالاً في أن يتعرضوا للتأديب العنيف من أن يمارسوا أنشطة تنموية، و أقل من نصف الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ثلاث وأربع سنوات يلتحقون برعاية وتعليم

الطفولة المبكرة. وعمالة الأطفال شائعة أيضاً. وفضلاً عن العقبات الكبيرة في تنميتهم المبكرة، يواجه الأطفال فرصاً غير متكافئة في تحقيق إمكاناتهم الكاملة استناداً إلى الظروف التي يولدوا فيها. وكان عدم المساواة حاداً بشكل خاص فيما يتعلق بممارسة الأنشطة التنموية والالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة، مع مجموعة متنوعة من الخصائص التي تسهم في عدم التكافؤ. ويجب عمل المزيد لضمان أن يكون للأطفال فرص متساوية لتطوير كامل قدراتهم.

الملحق 13 أ: البيانات

مجموعة البيانات

يستخدم التحليل بيانات مستعرضة عن رفاهة المرأة والطفل تم جمعها من خلال المسح العنقودي المتعدد المؤشرات (MICS) للأعوام 2012/2011 في تونس. وتضمن المسح استبياناً للأسرة ضم خصائص أساسية هامة عن الأفراد والأسر. كما تضمن استبياناً للمرأة التي سبق لها الزواج بين سن 15-49، ويجمع معلومات عن عناصر هامة في تنمية الطفولة المبكرة، مثل رعاية ما قبل الولادة، والمساعدة الماهرة أثناء ولادة الأطفال، وتحصين الأطفال. وتم 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 تونس.

العينة

إن مجموعة بيانات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات أخذت عينة من 9171 أسرة، و 10215 امرأة بين سن 15-49، و 2899 طفلاً دون سن الخامسة. والتحليل في هذا الموجز يتم وزنه ليكون ممثلاً على المستوى الوطني. وأحجام العينة (N) في كل جدول من الجداول قائمة على العدد غير المرجح للملاحظات في البيانات.



الملاحق 13 ب: المؤشرات حسب الخصائص الأساسية

الجدول 13-ب-1: المؤشرات حسب الخصائص الأساسية

النوع الاجتماعي	عماله		الربحية والتعليم		الطول بالنسبة للعمر		مصابون بالتهنور		تطعيم كامل (29-18 شهرا)		وفيات السنة الأولى		وفيات الشهر الأول		وفيات ما قبل الولادة		وفيات من قبل الولادة من قبل كوادر صحية مدربة	
	أطفال نسبه الأطفال (40/4)	تأديب عنيف (5 سنوات)	المرحلة الطفولية (4-3)	المكثرة (3-4)	الحراف (معياري)	مصابون بالتهنور	تطعيم كامل (29-18 شهرا)	وفيات السنة الأولى	وفيات الشهر الأول	وفيات ما قبل الولادة	وفيات من قبل الولادة	وفيات من قبل كوادر صحية مدربة						
جنس الذروة	52.7	19.9	95.0	68.2	42.5	-0.33	11.3	88.7	1.8	1.1	93.8	73.4	95.6	99.0	86.2	95.9	99.6	
	47.3	28.0	94.7	74.3	46.8	-0.11	8.8	90.7	1.5	1.3	99.8	82.6	99.6	99.8	89.3	100.0	100.0	
	19.2	16.1	95.2	44.2	13.1	-0.65	15.6	89.2	3.0	2.2	93.1	73.5	96.6	99.6	85.6	97.3	100.0	
	21.7	25.6	97.0	64.9	31.8	-0.23	10.2	90.9	1.7	1.5	98.2	81.8	97.9	98.2	87.3	98.8	99.5	
	18.6	32.4	94.2	72.9	47.4	-0.13	7.5	84.2	2.2	1.3	100.0	82.6	99.6	99.8	89.3	99.6	100.0	
تعليم الأخر	22.9	26.2	91.6	85.4	54.9	-0.12	9.1	90.2	0.2	0.2	99.8	89.3	99.6	99.8	89.3	99.6	100.0	
	17.6	21.2	96.8	91.0	82.0	0.02	7.7	93.2	1.5	0.9	99.6	96.5	100.0	99.6	85.6	97.3	100.0	
	12.6	15.7	95.8	44.6	18.4	-0.59	16.4	90.9	3.6	2.6	93.1	73.5	96.6	99.6	85.6	97.3	100.0	
	32.8	30.0	93.7	63.5	35.8	-0.34	9.9	90.2	1.9	1.4	98.2	81.8	97.9	98.2	87.3	98.8	99.5	
	36.8	20.7	96.0	81.3	53.4	-0.19	9.9	94.7	1.0	0.5	99.8	85.6	97.3	99.8	89.3	99.6	100.0	
تعليم الأب	17.8	26.4	94.2	95.3	75.7	0.16	6.6	80.7	1.3	1.3	100.0	95.6	100.0	99.6	85.6	97.3	100.0	
	4.4	17.7	94.3	42.0	20.9	-0.77	16.8	78.0	5.5	5.5	89.9	77.0	93.0	98.2	80.1	96.8	99.5	
	39.5	25.9	96.3	64.1	33.8	-0.36	11.0	91.9	1.3	0.9	98.2	80.1	96.8	98.2	87.3	98.8	99.5	
	37.8	24.1	92.2	76.9	51.7	-0.11	8.5	89.1	1.2	0.8	99.2	87.3	98.8	99.2	89.3	99.6	100.0	
	13.6	18.3	97.4	92.2	75.2	0.18	6.1	91.2	1.4	0.9	100.0	95.8	100.0	99.6	85.6	97.3	100.0	
4.6	27.5	95.9	68.7	34.1	-0.68	21.1	74.2	5.7	3.9	99.5	85.9	99.5	99.5	85.9	99.5	100.0		

ملاحظة: في الصفحة التالية



مكان الإقامة	رعاية قبل الولادة من قبل كوادز صحية مديرية		رعاية ما قبل الولادة أربع زيارات على الأقل		قبيلات ماهرات عند الولادة		وفيات الشهر الأول		وفيات السنة الأولى		تطعيم كامل (29-18 شهرا)		مصابون بالتهنرم		الطول بالنسبة للجنس (انحراف معضاري)		الرعاية والتغذية		الطول بالنسبة للجنس (انحراف معضاري)		أنشطة تدموية (الإعصار 43)		أطفال نسيبة الأطفال عمالة		
	مديرية	كوادر صحية	أربع زيارات	على الأقل	قبيلات	ماهرات عند	الولادة	الشهر	الأقل	وفيات السنة	الأولى	تطعيم كامل	مصابون	بالتهنرم	الطول بالنسبة	للجنس	الرعاية	والتغذية	الطول بالنسبة	للجنس	الطول بالنسبة	للجنس	أنشطة تدموية	أطفال	نسيبة الأطفال
مكن الإقائمة																									
حمر	98.7	88.4	80.7	96.9	0.8	1.2	2.5	88.6	90.2	8.1	-0.11	17.4	60.3	82.1	94.7	25.8	63.7	94.7	25.8	63.7	94.7	25.8	63.7	94.7	25.8
ريف	96.9	80.7	96.9	80.7	1.9	2.5	88.6	90.2	8.1	-0.43	13.6	17.4	60.3	52.1	95.1	20.7	36.3	95.1	20.7	36.3	95.1	20.7	36.3	95.1	20.7
المطبعة																									
تونس	97.7	90.9	100.0	100.0	0.9	1.7	91.0	91.0	8.5	-0.07	12.6	64.7	81.9	81.9	95.4	29.0	23.0	95.4	29.0	23.0	95.4	29.0	23.0	95.4	29.0
شمال شرق	97.4	88.9	100.0	100.0	1.1	1.4	97.2	97.2	12.6	-0.31	14.5	34.2	75.7	75.7	93.6	16.4	16.4	93.6	16.4	16.4	93.6	16.4	16.4	93.6	16.4
شمال غرب	98.1	80.6	95.6	95.6	2.7	3.4	90.2	90.2	14.5	-0.36	6.1	46.6	70.3	70.3	95.0	9.8	9.8	95.0	9.8	9.8	95.0	9.8	9.8	95.0	9.8
وسط شرق	98.8	90.3	100.0	100.0	0.4	0.7	81.4	81.4	6.1	-0.08	13.8	43.8	68.7	68.7	93.8	22.0	22.0	93.8	22.0	22.0	93.8	22.0	22.0	93.8	22.0
القصردين	97.0	75.5	100.0	100.0	1.5	2.4	86.9	86.9	13.8	-0.51	15.0	26.2	58.8	58.8	96.3	5.2	5.2	96.3	5.2	5.2	96.3	5.2	5.2	96.3	5.2
القرولان	97.8	83.3	94.0	94.0	1.3	1.7	96.9	96.9	15.0	-0.67	13.7	18.2	65.7	65.7	96.6	5.3	5.3	96.6	5.3	5.3	96.6	5.3	5.3	96.6	5.3
سيدي بوزيد	90.3	64.9	88.1	88.1	0.4	1.7	75.4	75.4	13.7	-0.34	6.9	17.1	26.9	26.9	95.1	3.0	3.0	95.1	3.0	3.0	95.1	3.0	3.0	95.1	3.0
جنوب شرق	100.0	76.7	99.4	99.4	1.8	2.1	96.3	96.3	6.9	-0.21	14.3	47.1	66.9	66.9	95.9	11.1	11.1	95.9	11.1	11.1	95.9	11.1	11.1	95.9	11.1
جنوب غرب	100.0	83.8	95.5	95.5	2.0	2.0	91.6	91.6	14.3	-0.19	10.1	51.1	77.3	77.3	95.9	4.3	4.3	95.9	4.3	4.3	95.9	4.3	4.3	95.9	4.3
المجموع	98.1	85.5	98.6	98.6	1.2	1.7	89.6	89.6	10.1	-0.23	2.640	44.5	71.1	71.1	94.9	24.0	100.00	94.9	24.0	100.00	94.9	24.0	100.00	94.9	24.0
(مشاركات) N	1,135	1,128	1,135	1,135	2,977	2,977	581	581	2,640	2,640	2,640	1,161	1,164	1,164	1,260	639		1,260	639		1,260	639		1,260	639

المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح المتعدد المؤشرات لتونس، 2011/2012



الملحق 13 ج: العلاقة بين مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة والمعلومات الأساسية عند أخذ الخصائص المتعددة في الحسبان

الجدول 13 ج1 العلاقة بين مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة والخصائص الأساسية المتعددة

		الرعاية والتعليم		الطول	مصابون	وفيات	وفيات حديثي الولادة	تطعيم كامل	
		المرحلة الطفولة المبكرة	النسبة للعمر	بالنسبة للعمر	بالتقزم	الرضع	الولادة		
عمالة الأطفال	تأديب عنيف	أنشطة تمويية							
+				+					أثنى ريف
		-							
									المنطقة (بدون تونس)
									شمال شرق
									شمال غرب
									وسط شرق
									القصرين
-									القبروان
									سيدي بوزيد
									جنوب شرق
									جنوب غرب
									تعليم الأبر (لم يتم حذف أي تعليم)
									ابتدائي
									ثانوي
		+							تعليم عالٍ
		+							
									تعليم الأبر (لم يتم حذف أي تعليم)
									ابتدائي
									ثانوي
									تعليمي عالٍ
									ناقص/لا أعرف
									مستوى الثروة (تم حذف الأقر)
									الثاني
									الثالث
									الرابع
									الأعلى
									نموذج قيمة P
0.000	0.148	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	مشاهدات (N)
639	1,260	1,164	1,161	2,640	2,640	2,977	2,977	581	R جذر تربيع
				0.044					
0.081	0.051	0.179	0.225	0.042	0.085	0.106	0.158		الجذر التربيعي الزائف

المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح المتعدد المؤشرات لتونس، 2011/2012
ملاحظة: الخانات الخالية تشير إلى عدم وجود علاقة مهمة إحصائياً. لم يتم تضمين الرعاية قبل الولادة والرعاية أثناء الولادة لقرينهما من التغطية الشاملة.

الحواشي

1. بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات تستند إلى 1 من 5 سنوات السابقة على المسح في 2012/ وتحتسب معدلات الوفيات من 2011.
2. طبيب أو ممرضة أو قابلة
3. لقاح DPT هو مزيج من اللقاحات التي تغطي الدفتيريا، والسعال الديكي، والتيتانوس. وينبغي أن يحصل الأطفال على ثلاث جرعات ليكونوا محصنين بالكامل.
4. ينبغي أن يحصل الأطفال على ثلاث جرعات ليكونوا محصنين بالكامل ضد شلل الأطفال.
5. الوحدات الخاصة بالطول بالنسبة للعمر، والوزن بالنسبة للعمر، والوزن بالنسبة للطول تبين إلى حد الأطفال التونسيين مختلفين في المتوسط عن مرجعية السكان من حيث الانحرافات المعيارية.
6. أكثر من 15 جزءا في المليون من اليود في الملح
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 بالخبي، والكسول، أو أي تسمية كهذه) العقاب الجسدي (هز الطفل؛ صفع على الكفل، ضرب أو صفع الطفل على المؤخرة بيده؛ ضرب الطفل على مؤخرة 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 رجله) والعقاب الجسدي القاسي (ضرب أو صفع الطفل على الوجه، أو الرأس أو الأذنين؛ ضرب الطفل بأداة (مرارا وتكرارا وبأقصى ما يمكن).
9. كانت الأسئلة: (1) خلال الأسبوع الماضي، هل قام (الطفل) بأي نوع من العمل من أجل شخص ليس فردا في هذه الأسرة (2) خلال الأسبوع الماضي، هل قام (الطفل) بالمساعدة في الأعمال المنزلية، مثل التسوق، وجمع الحطب، والتنظيف، وجلب الماء، أو رعاية الأطفال؟ (3) خلال الأسبوع الماضي هل قام (الطفل) بأي عمل أسري آخر (في المزرعة أو في الأعمال التجارية أو بيع السلع في الشارع)؟
10. تعرف الثروة من حيث أي فئة 20 في المائة من الأسر يقع الطفل ضمنها، بناء على مؤشر أصول (ثراء) للسلع المعمرة.
11. يستخدم مستوى دلالة إحصائية بواقع 5 في المائة عبر الدراسة.

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.
- 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 International Children's Emergency 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>.

