

كل طفل لثنيها
مستقبليها



تنمية الطفولة المبكرة في اليمن



مجموعة البنك الدولي 

جمهورية اليمن

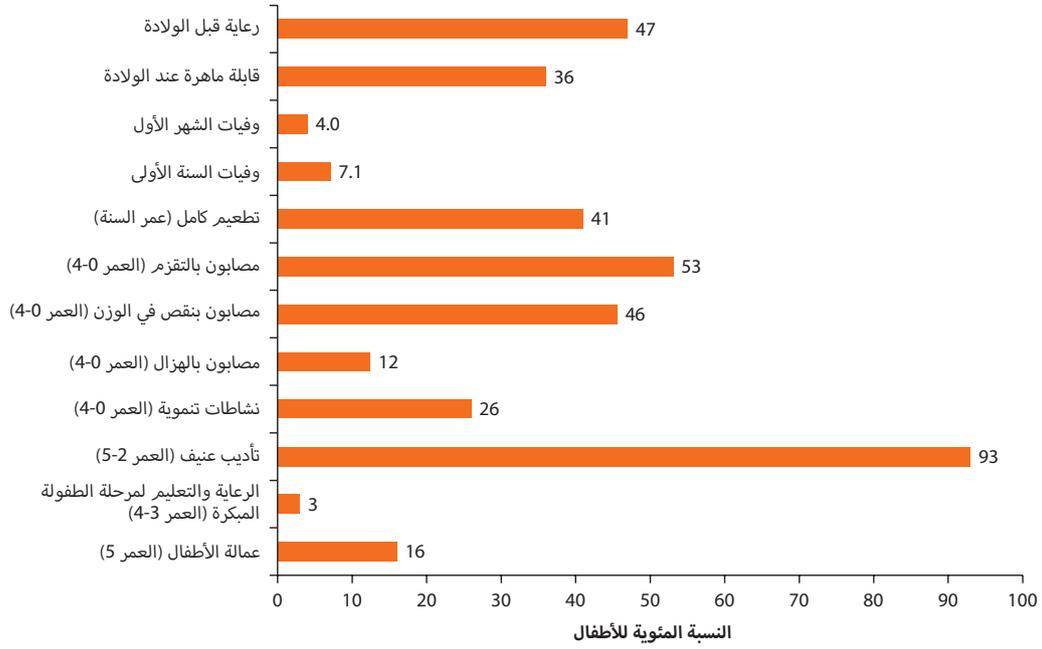
حالة تنمية الطفولة المبكرة في جمهورية اليمن

يواجه الأطفال في اليمن سلسلة من التحديات والمخاطر التي تهدد بشكل خطير تنميتهم المبكرة. ويبين الشكل 1-15 ملخص مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة في اليمن. ومن حيث رعاية ما قبل الولادة وأثناءها، فإن فقط نصف الولادات تحصل على رعاية قبل الولادة، و فقط ثلث حالات الولادة تتم على يد قابلات ماهرات. وتعتبر حالات الوفاة المبكرة مرتفعة حيث إن 4 في المائة من الأطفال يموتون في الشهر الأول من عمرهم، و 7 في المائة في السنة الأولى من عمرهم. والأطفال الذين ينجون في هذه المرحلة معرضون بشكل كبير للمرض، وسوء التغذية، والوفاة. كما أن أكثر من نصف الأطفال غير محصنين بالكامل في عمر السنة. يعتبر سوء التغذية مشكلة جسيمة في اليمن، حيث إن 53 في المائة من الأطفال يعانون من التقزم، و 46 في المائة يعانون من نقص الوزن، و 12 في المائة من الهزال. أما بالنسبة لنمو الأطفال الاجتماعي والعاطفي، فإن ربع الأطفال فقط يشاركون في أنشطة تنموية ونسبة 3 في المائة منهم فقط يلتحقون برعاية وتعليم الطفولة المبكرة. كما أن أكثر من 90 في المائة من الأطفال بين أعمار سنتين إلى 5 سنوات يتم تأديهم بشكل عنيف، و 16 في المائة من الأطفال في عمر الخامسة ينخرطون في عمالة الأطفال.

ويقدم هذا التقرير وضع تنمية الطفولة المبكرة في اليمن. ويتم فحص الوضع الصحي للأطفال من خلال مؤشرات (راجع الإطار 1-15) للوفيات المبكرة، والرعاية قبل الولادة، ووجود قابلة ماهرة عند الولادة. ويتم فحص الوضع الغذائي للأطفال من خلال التقزم (الطول بالنسبة للعمر)، ونقص الوزن (الوزن بالنسبة للعمر) والهزال (الوزن بالنسبة للطول). من أجل تقييم التطور المعرفي والاجتماعي أو العاطفي، ينظر التحليل في نطاق مشاركة الأطفال في ممارسة أنشطة تنموية، وحضور رعاية وتعليم الطفولة المبكرة وما إذا كان الأطفال يتعرضون للتأديب العنيف. ويتم كذلك النظر في عمالة الأطفال في عمر 5 سنوات. ومن أجل فهم أفضل للسياق والظروف التي تؤثر على محصلات تنمية الطفولة المبكرة، يدرس التحليل أيضا العوامل الأساسية التي قد تترافق مع محصلات تنمية الطفولة المبكرة على مستوى الفرد، والأسرة، والمجتمع، والعلاقة بينهم. (راجع الملاحق 15 أ، و 15 ب، و 15 ج، للحصول على معلومات إضافية بشأن البيانات وهذه العلاقات). ولمعرفة السياق العام للبلد، راجع الإطار 2-15. وأخيراً، يقدم هذا الفصل تحليلاً لنطاق التفاوت في محصلات تنمية الطفولة المبكرة.

ويستند التحليل إلى أحدث البيانات المتوفرة: المسح العنقودي المتعدد المؤشرات (MICS) من 2006. تغطي البيانات الأبعاد المتنوعة من الطفولة المبكرة من قبل ولادة الطفل وحتى سن الدخول إلى المدرسة (في عمر

الشكل 1-15 ملخص مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح متعدد المؤشرات لليمن، 2006، عدا بيانات التقزم ونقص الوزن والهزال حسب مسح المشروع العربي لصحة الأسرة، 2003.

الإطار 1-15 - مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة التي تم فحصها في اليمن

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

السادسة في اليمن)، إلا أنها لاتشمل بيانات عن الطول أو الوزن، التي تم احتسابها باستخدام أحدث مشروع للمسح العربي لصحة الأسرة (PAPFAM) في 2003. ولو توفرت بيانات أكثر وتم فحصها، لأمكن تقديم فكرة أفضل عن تنمية الطفولة المبكرة في اليمن. وفي حين أنه في ظل الظروف الاعتيادية، تتغير مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة بشكل بطيء.

الإطار 2-15 ملخص مؤشرات التنمية في اليمن

يعتبر اليمن بلداً ذا دخل متدنٍ إلى متوسط، مع ناتج محلي إجمالي للفرد بلغ حوالي 1494 دولاراً أمريكياً في 2012 (بالدولار الأمريكي الحالي)، الجدول ب(1-2-15). وقد ازداد عدد سكان اليمن خلال العشرين سنة الماضية ليصل 23.9 مليون نسمة، و41 في المائة منهم بعمر أقل من 15 سنة. وقد تحسن معدل توقع الحياة من 58 سنة في 1990 إلى 63 سنة في 2012، ووصل معدل الالتحاق الإجمالي في المرحلة الابتدائية إلى 97 في المائة. وبصورة عامة، حلت اليمن في المرتبة 160 من أصل 186 بلداً، مع بيانات قابلة للمقارنة في مؤشر التنمية البشرية لعام 2012 (HDI).

الجدول ب(1-2-15) المؤشرات الاجتماعية والاقتصادية لليمن

2012	1990	
23.9	11.8	إجمالي السكان
41	52	النسبة المئوية من السكان دون سن 15 سنة
\$1,494	\$479	الناتج المحلي الإجمالي للفرد (بالدولار الأمريكي)
63	58	معدل توقع الحياة لدى الولادة
97	—	الالتحاق بالمدرسة الابتدائية (في المائة إجمالي)

المصدر: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، مؤشرات التنمية العالمية 2014
ملاحظة: - = غير متوفر

نسبياً على أرض الواقع اليوم، وفي ضوء الربيع العربي في اليمن، قد تكون حدثت تغيرات سريعة وكبيرة، مما قدم تحديات وفرصاً جديدة لتحسين تنمية الطفولة المبكرة في اليمن.

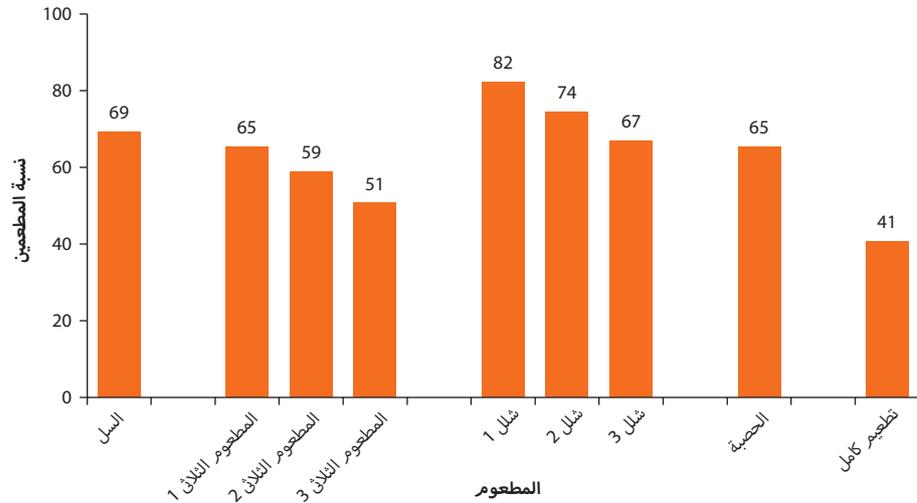
البقاء، والرعاية الصحية، والتغذية

إن الخطوة الأولى في تنمية طفولة مبكرة صحية هي ببساطة تجاوز مرحلة الطفولة المبكرة مع البقاء على قيد الحياة. وفي اليمن، طفل واحد من كل 14 طفلاً مولوداً يموت خلال السنة الأولى من عمره.¹ وهذا يعني أن 168 طفلاً تحت سن سنة واحدة يموتون كل يوم. إن وفيات الأطفال الرضع، والتي تشير إلى الأطفال الذين يتوفون قبل عيد ميلادهم الأول، كانت 71 وفاة لكل ألف في الجمهورية اليمنية،² أي تقريباً ثلاثة أضعاف المعدل في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا (24 لكل 1000 طفل) (اليونيسف 2014). وتتألف معظم وفيات الأطفال الرضع من وفيات الأطفال حديثي الولادة - أي الأطفال الذين يتوفون خلال الشهر الأول من الحياة. وفي اليمن، 40 طفلاً من كل 1000 طفل مولود يموتون خلال الشهر الأول من الحياة، وهذا أعلى بكثير من المتوسط الإقليمي لعام 2012 والبالغ 15 وفاة لكل ألف ولادة وأعلى بكثير من متوسط عام 2012 للدول الأقل نمواً والبالغ 20 وفاة لكل ألف ولادة (اليونيسف 2014). وعلى الرغم من أن معدل وفيات الأطفال الرضع كان في انخفاض في الجمهورية اليمنية - من حوالي 100 وفاة لكل ألف في عام 1986 - فإن وفيات الأطفال حديثي الولادة لا تزال تمثل مشكلة مستمرة بمعدل انخفاض أصغر وأبطأ (مؤشرات التنمية العالمية). في الجمهورية اليمنية، أقل من نصف الولادات³ (47 في المائة) يتلقون رعاية ما قبل الولادة و فقط الثلث (36 في المائة) تتم بوجود مهني صحي مدرب،⁴ مما يعرض الأطفال والأمهات للخطر. وهذا المعدل لرعاية ما قبل الولادة في اليمن أقل من المتوسط الإقليمي لعام 2012 لمنطقة الشارقة الأوسط وشمال أفريقيا (83 في المائة) ومتوسط الدول الأقل نمواً (74 في المائة) (اليونيسف 2014). وحقيقة أن فقط ثلث (36 في المائة) الولادات الحية⁵ تمت بحضور مهني صحي هو أقل بكثير عن المتوسط الإقليمي لمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (79 في المائة) وأقل من

متوسط الدول الأقل نمواً (46 في المائة) (اليونيسف 2014). إلا أن الحصول على رعاية ما قبل الولادة في اليمن كان في ازدياد مع مرور الوقت؛ في عام 2003، حصل في المائة من الولادات على رعاية ما قبل الولادة. و نسبة الولادات التي تمت على يد قابلات ماهرات ازدادت بشكل ملحوظ من 27 في المائة في عام 2003 إلى 36 في المائة في عام 2006 (مؤشرات التنمية العالمية). وهناك تداخل كبير بين الولادات التي لا تحصل على رعاية ما قبل الولادة والولادات التي لا تتم على يد قابلات مدربات، حيث إن أربعة أخماس الولادات (81 في المائة) التي لم تحصل على رعاية ما قبل الولادة، لم تتم على يد قابلات مدربات.

ويلعب التحصين الكامل للأطفال دوراً هاماً في الحد من أمراض الطفولة التي يمكن أن تعوق النمو أو تسبب الوفاة. ويعد الأطفال محصنين بالكامل لدى حصولهم على تطعيم ضد كل أمراض الطفولة الرئيسية الستة التي يمكن الوقاية منها: السل، والدفتيريا، والسعال الديكي، والكزاز²، وشلل الأطفال²، والحصبة. ويجب أن يتلقوا التحصين الكامل قبل بلوغهم 12 شهراً. إلا أن اليمن لا يحقق مستوى التحصين الكافي الذي يتيح وجود مناعة قاطنة³؛ حيث في المائة فقط من الأطفال بين 12 - 23 شهراً محصنون بالكامل. وفي الوقت الذي حقق فيه اليمن تقدماً حقيقياً في زيادة معدلات التحصين بشكل عام أواخر التسعينيات (مؤشرات التنمية العالمية)، إلا أن المعدلات بقيت في حالة ركود خلال عقد الألفية الأول. فمطاعيم مختلفة غير مستخدمة بالشكل الكافي في اليمن (الشكل 15-2)، حيث إن نسبة التغطية لمطاعيم السل والحصبة هي أقل من 70 في المائة. والتغطية الخاصة بمطعوم الدفتيريا، والسعال الديكي، والكزاز (DPT)² هي أقل من 70 في المائة، وفي كثير من الأحيان لا يحصل الأطفال على جميع الجرعات الخاصة

الشكل 15-2: النسبة المئوية من الأطفال بعمر 12-23 شهراً المطعمين حسب المطعوم



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح متعدد المؤشرات لليمن، 2006

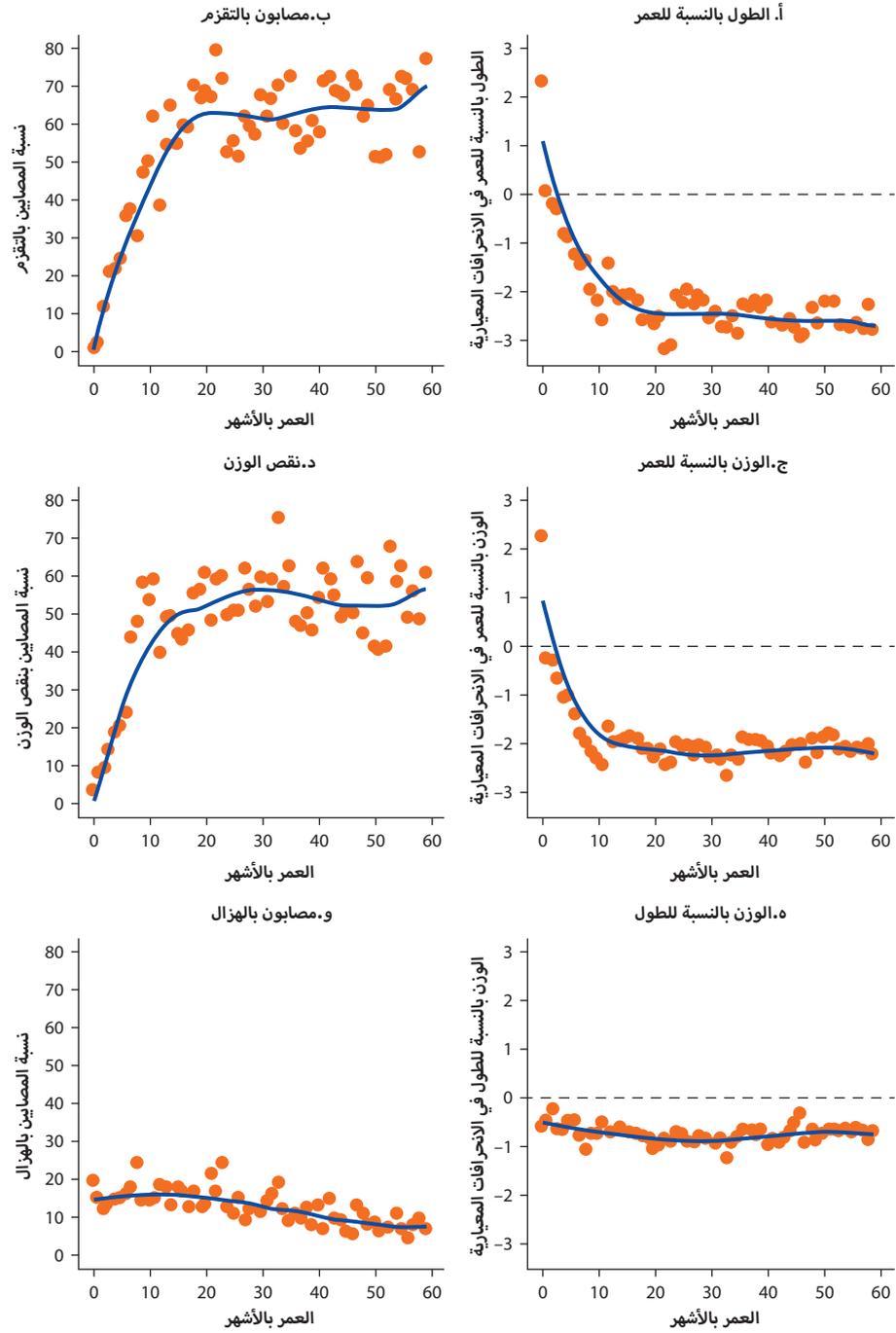
بالمطعموم الثلاثي DPT أو شلل الأطفال. إلا أن معظم الأطفال يحصلون على بعض المطاعيم، مما يشكل تواصلًا مع نظام الرعاية الصحية وفرصة تحقيق تغطية كاملة عن طريق متابعة التحصينات المتعددة. وفقاً لآخر البيانات المتاحة،¹⁰ 53 في المائة من الأطفال في اليمن مصابون بالتقرم، و 46 في المائة يعانون من نقص في الوزن، و 12 في المائة مصابون بالهزال. والأطفال في اليمن يتدهور وضعهم بعد الولادة بقليل، مع الطول بالنسبة للعمر أقل من المتوسط الصحي (الشكل 3-15).¹¹ وخلال السنة الأولى من الحياة، يتعرض الأطفال لتدهور كبير في النمو الصحي. مثلاً متوسط الطول بالنسبة للعمر يصل تقريباً إلى انحرافين معياريين (2SD) كاملين تحت المتوسط المرجعي للسكان، من عمر سنة واحدة فأعلى. وحوالي 60 في المائة من الأطفال من عمر سنة واحدة وما فوق مصابون بالتقرم. وخلال الأشهر الأولى من العمر، يتعثر الوزن بالنسبة للعمر عند الأطفال؛ ويبقى معدل الوزن بالنسبة للعمر منخفضاً بحوالي انحرافين معياريين أقل من المتوسط المرجعي بعد عمر السنة. وفي المقابل، يعاني أكثر من 50 في المائة من الأطفال من نقص الوزن بعد عمر سنة. ويظهر الوزن بالنسبة للطول-المقيس وفقاً للعمر-أن الأطفال متأخرون في المتوسط بين نصف و انحراف معياري واحد أقل من المرجعية السكانية الصحية من نفس الطول. أما بالنسبة للهزال-وهو أقل بكثير من المعدل الصحي للوزن بالنسبة للطول-، فهو حاد في السنة الأولى من عمر الطفل ثم يتناقص بنسبة قليلة جداً بعد ذلك.

تلعب المغذيات الدقيقة، مثل الحديد، وفيتامين (أ)، والزنك، واليود دوراً هاماً في كل من التنمية البدنية والمعرفية على حد سواء. والملح المعالج باليود هو الوسيلة الأساسية لتقديم اليود للأطفال. وفي اليمن منذ عام 2006، فقط 30 في المائة من الأطفال يحصلون على الملح المعالج باليود بالشكل الكافي. وبالتالي، ثلثا الأطفال في اليمن (70 في المائة) عرضة لخطر ضعف النمو المعرفي بسبب عدم استخدام أسرهم للملح المعالج باليود بالشكل الكافي (مؤشرات التنمية العالمية).¹² ويواجه الأطفال والأمهات اليمنيون نقصاً في مغذيات دقيقة هامة أخرى. ففيتامين (أ) ضروري جداً للنظر، والنمو والتطور، كما يساعد في الحماية من بعض الأمراض. وفي عام 2007 في اليمن، فقط 47 في المائة من الأطفال بين 6-59 شهراً حصلوا على كبسولة فيتامين (أ) في الأشهر الستة التي سبقت المسح (مؤشرات التنمية العالمية).

التطور المعرفي، والاجتماعي، والعاطفي

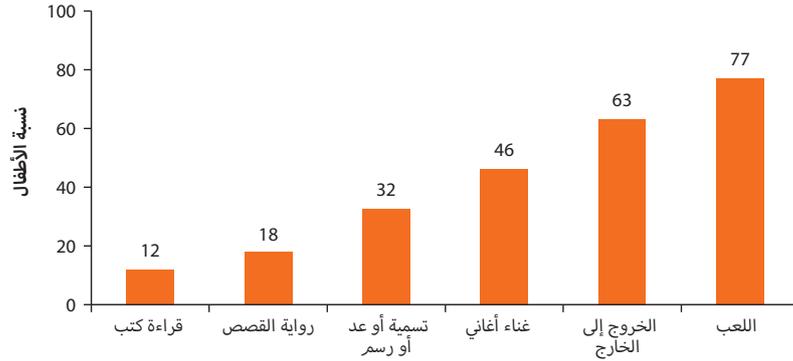
على الرغم من أنه تم إثبات أهمية اللعب والتفاعل في تنمية الطفولة المبكرة، فإن الأطفال في اليمن يعانون من النقص في فرص النمو النفسي والاجتماعي. وفي المسح العنقودي المتعدد المؤشرات، سئل الأشخاص القائمون على رعاية أطفال من عمر صفر- 4 سنوات عما إذا كان البالغون في الأسرة يشاركون في أي نشاط من ستة أنشطة نموية تدعم تطور الطفل.¹³ وأظهرت النتائج أن أكثر من 15 في المائة من الأطفال لم يمارسوا أيًا من الأنشطة التنموية الستة، وأن الربع فقط (26 في المائة) مارسوا أربعة أنشطة تنموية أو أكثر. وفي حين أن جميع الأنشطة مهمة للتطور الاجتماعي والعاطفي، فإن القراءة، وتسمية الأشياء، والعد، والرسم تتضمن مكوناً معرفياً وتربوياً هاماً. إلا أنه وفقاً للمسح، كان اللعب (77 في المائة) هو النشاط التنموي الأكثر شيوعاً الذي يشارك فيه البالغون مع أطفالهم (الشكل 4-15). ومعظم الأطفال (63 في المائة) تم اصطحابهم إلى الخارج. وأقل من نصف الأطفال مارسوا أنشطة تنموية مع مكون قوي لتحفيز المعرفة؛ فقط 46 في المائة من الأطفال تم غناء أغاني لهم، و 32 في المائة شارك معهم شخص بالغ في تسمية

الشكل 3-15: متوسط الطول بالنسبة للعمر، والوزن بالنسبة للعمر، والوزن بالنسبة للطول مقارنة بمرجعية سكانية تتمتع بصحة جيدة في الانحرافات المعيارية ونسب التقزم، ونقص الوزن، والهزال وفق العمر بالأشهر لأعمار من صفر إلى 4 سنوات



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسح المشروع العربي لصحة الأسرة (PAPFAM)، 2003

الشكل 4-15 نسبة الأطفال في اليمن الذين يشاركون في أنشطة تنمية، حسب النشاط،



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح متعدد المؤشرات لليمن، 2006

الأشياء، أو العد، أو رسم الأشياء، و 18 في المائة تم رواية قصص لهم، و فقط 12 في المائة تم قراءة كتب لهم (أو كتب مصورة).

أثبتت الأدلة أن رعاية وتعليم الطفولة المبكرة (ECCE) تحسن التطور المعرفي والاجتماعي والعاطفي، مع فوائد يمكن أن تدوم مدى الحياة. و 3 في المائة فقط من أطفال اليمن يحصلون على رعاية وتعليم الطفولة المبكرة. وأحد أهداف برنامج التعليم للجميع هو توسيع نطاق رعاية وتعليم الطفولة المبكرة، ولا سيما بين الأطفال الأكثر حرماناً واستضعافاً. وفي اليمن، و 97 في المائة من الأطفال في الثالثة والرابعة من العمر لا يلتحقون ببرنامج لرعاية وتعليم الطفولة المبكرة. وعلى الرغم من أن منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا لديها معدلات التحاق منخفضة في الطفولة المبكرة، حيث بلغ معدل الالتحاق الإجمالي في تعليم ما قبل الابتدائي 27 في المائة (مؤشرات التنمية للبنك الدولي)،¹⁴ فإن المعدل في اليمن أقل بكثير عن المتوسط. وقد يكون هناك أطفال ملتحقون بتعليم الطفولة المبكرة في عمر الخامسة أو ما فوق. وبشكل عام في اليمن، يلتحق الأطفال بالمدسة في عمر متأخر؛ وفي حين أن 68 في المائة من الأطفال في عمر المدرسة (6-14 سنة) يلتحقون بالمدسة، فإن فقط 40 في المائة من الأطفال في سن الدخول إلى المدرسة (6 سنوات) يلتحقون بالصف الأول (وزارة الصحة والسكان واليونيسف 2008).

وتحديات أخرى تعوق التنمية الصحية للأطفال في اليمن هي التأديب العنيف¹⁵ وعمالة الأطفال. والتأديب العنيف منتشر في اليمن مع 93 في المائة من الأطفال ما بين 2-5 سنوات تم تأديبهم بعنف. إن تأديب الأطفال جزء مهم من تربيته. إلا أن الأبحاث توصلت إلى أن التأديب العنيف يؤثر سلباً على النمو البدني، والنفسي والاجتماعي للأطفال (اليونيسف 2010). بالإضافة إلى ذلك، فإن 16 في المائة من الأطفال في سن الخامسة في اليمن انخرطوا في نوع من أنواع عمالة الأطفال - العمل لدى شخص لا ينتمي إلى الأسرة، أو القيام بالأعمال المنزلية أو القيام بعمل آخر للعائلة¹⁶. وعمالة الأطفال، والانخراط في عمل أو أعمال منزلية، يمكن أن تكون خطرة على الأطفال الصغار بشكل خاص. وقد تعوق من قدرتهم على الانتقال بنجاح إلى المدرسة. وفي الغالب كان الأطفال يشاركون في الأعمال المنزلية (14 في المائة من الأطفال في سن الخامسة)، ولكن بعضهم شارك في أعمال تخص الأسرة (3 في المائة من الأطفال في سن الخامسة) أو عملوا لدى آخرين (1 في المائة من الأطفال في سن الخامسة).

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 الوالدين، والوضع الاجتماعي والاقتصادي للأسرة (الثروة)،¹⁷ والموقع الجغرافي (الإقليم أو المحافظة)، ومحل الإقامة (حضر/ريف). ويساعد فهم هذه العلاقات في تحديد سبب ضعف محصلات تنمية الطفولة المبكرة لدى بعض الأطفال، وأي الأطفال يجب استهدافهم بتدخلات في السياسات أو تدخلات برامجية. وعلى الرغم من أنه وجد أن الاختلافات في الثروة، والتعليم، والموقع الجغرافي تؤثر على تنمية الطفولة المبكرة في اليمن، فإنه نادراً ما توجد اختلافات موضوعية أو منهجية في تنمية الطفولة المبكرة استناداً إلى النوع الاجتماعي.

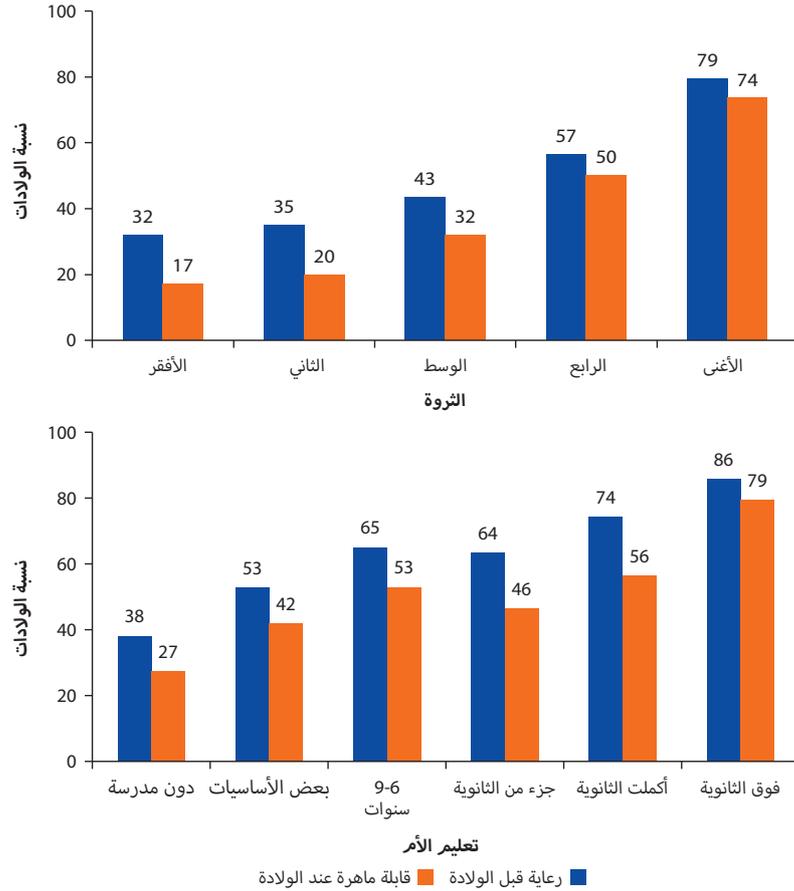
البقاء على قيد الحياة، والصحة، والتغذية

يتفاوت احتمال وفاة الطفل في السنة الأولى من العمر بشكل جوهري حسب الخصائص الأساسية للطفل. وفرصة وفاة الذكور في السنة الأولى من العمر تصل إلى 8 في المائة، و الإناث 7 في المائة-وارتفاع الوفيات بين الأطفال الرضع الذكور هو نمط شائع عالمياً بسبب عوامل جينية (هيل وأبشيرش 1995). وفرصة الوفاة بين الأطفال من أمهات حاصلات على تعليم أساسي أو ثانوي (حوالي 6 في المائة) أقل من الأطفال من أمهات بدون تعليم (حوالي 8 في المائة). والوفيات أكثر شيوعاً في المناطق الريفية (8 في المائة) عنها في المناطق الحضرية (6 في المائة). وبالرغم من أن حجم العينة صغير نوعاً ما لدراسة الوفيات حسب الأقاليم، فإن المنطقة الشمالية بها معدلات أعلى من حيث وفيات الأطفال حديثي الولادة (6 في المائة) والأطفال الرضع (10 في المائة). والأطفال من أفقر خمس من الأسر لديهم فرصة 10 في المائة في أن يتوفوا قبل أن يكملوا سنتهم الأولى، بينما الأطفال من الخمس الأكثر ثراء من الأسر فرصتهم في الوفاة قبل إكمال السنة الأولى هي 4 في المائة. وبعد أخذ خصائص متعددة بعين الاعتبار، فإن الأطفال في عدن والمناطق الجبلية كانوا أقل احتمالاً بكثير¹⁸ في أن يموتوا في السنة الأولى من حياتهم مقارنة بالأطفال في صنعاء، والأطفال من المستويات الأكثر ثراء كانوا أقل احتمالاً في أن يتوفوا عن الأطفال من الخمس الأفقر من الأسر.

إن استخدام رعاية ما قبل الولادة مرتبط ارتباطاً وثيقاً بالثروة، والتعليم (الشكل 15-5). ففي حين أن 32 في المائة من الولادات من الخمس الأفقر من الأسر تلقوا رعاية ما قبل الولادة، فإن 79 في المائة من الولادات من الخمس الأكثر ثراء من الأسر قد تلقوا ذلك. ولدى أخذ خصائص أخرى بعين الاعتبار، فإن كون الطفل من الخمس الأكثر ثراء من الأسر ومن أم وأب حاصلين على مستويات أعلى من التعليم، يجعل لديه فرصة أكبر في الحصول على رعاية ما قبل الولادة. وإن أهمية الثروة وتعليم النساء وأزواجهن في استخدام رعاية ما قبل الولادة تشير إلى أن كلا من القيود المالية ونقص المعلومات قد تمنع النساء من الحصول على رعاية ما قبل الولادة. وهناك أيضاً فروقات جغرافية واسعة في معدلات الحصول على رعاية ما قبل الولادة، والتي من المرجح أنها تمثل فروقات في الوصول إلى البنية التحتية الصحية. وفي حين أن 79 في المائة من الولادات في كل من مناطق مدينة صنعاء وعدن حصلوا على رعاية ما قبل الولادة، فإن أقل من نصف الولادات في المرتفعات الجبلية (45 في المائة)، وفي الشمال (45 في المائة) والغرب (34 في المائة) حصلوا على تلك الرعاية.

وهناك علاقة أقوى بين الثروة واستخدام قابلات ماهرات أثناء الولادة عن استخدام رعاية ما قبل الولادة (الشكل 15-5). وفي حين أن 17 في المائة من الولادات من الخمس الأفقر من الأسر تمت على يد قابلة ماهرة، فإن 74 في المائة من الولادات من الخمس الأكثر ثراء من الأسر حصلت على ذلك. واستخدام قابلة ماهرة أثناء الولادة يزداد بشكل ملحوظ مع زيادة مستوى تعليم المرأة. فعلى سبيل المثال، الطفل المولود من أم غير متعلمة فرصته في الولادة بحضور قابلة ماهرة هي 27 في المائة، بينما الطفل المولود من أم حاصلة على مستوى تعليم أعلى من الثانوي فإن

الشكل 5-15 نسبة الولادات التي تتلقى رعاية قبل الولادة ورعاية على أيدي ماهرة أثناء الولادة حسب مستوى الثروة وتعليم الأم

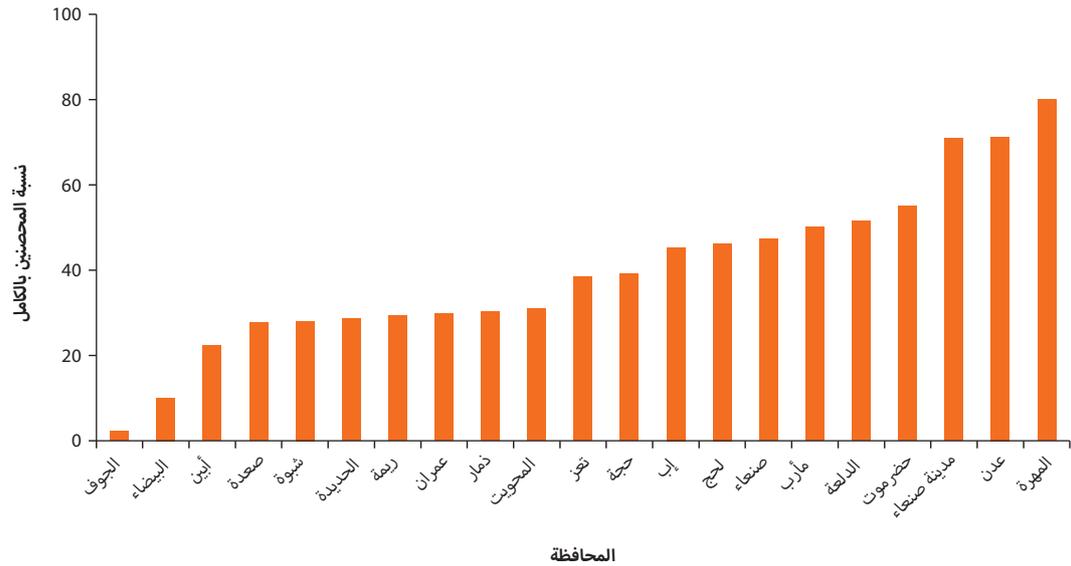


المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح متعدد المؤشرات لليمن، 2006

فرصته تصل إلى 79 في المائة. وبعد أخذ خصائص متعددة بعين الاعتبار، فإن النساء اللواتي لديهن مستوى تعليم ما فوق الثانوي لديهم احتمال أكبر بالولادة بحضور قابلات ماهرات، ولكن لم يكن هناك فروقات أخرى قائمة على التعليم. إلا أن الولادات في الخامس الثالث، والرابع والخمس الأكثر ثراء من الأسر، كانت أكثر احتمالاً بأن تحدث بحضور قابلات ماهرات عن الولادات في الخامس الأفقر من الأسر. والولادات في المنطق الريفية كانت أقل احتمالاً بكثير في أن تحدث بوجود قابلات ماهرات، وكذلك الوضع في المرتفعات الجبلية مقارنة بصنعاء، بينما الولادات في عدن كانت فرص وجود قابلات ماهرات أثناء الولادة أعلى. وتشير الفروقات الكبيرة في الاستعانة بقابلة ماهرة مقارنة برعاية ما قبل الولادة والقائمة على الموقع الجغرافي إلى أنه في الوقت الذي تستطيع فيه المرأة التنقل لتلقي رعاية ما قبل الولادة، فإن القابلات الماهرات لسن جاهزات أو متواجبات محلياً عندما تكون المرأة في مرحلة المخاض.

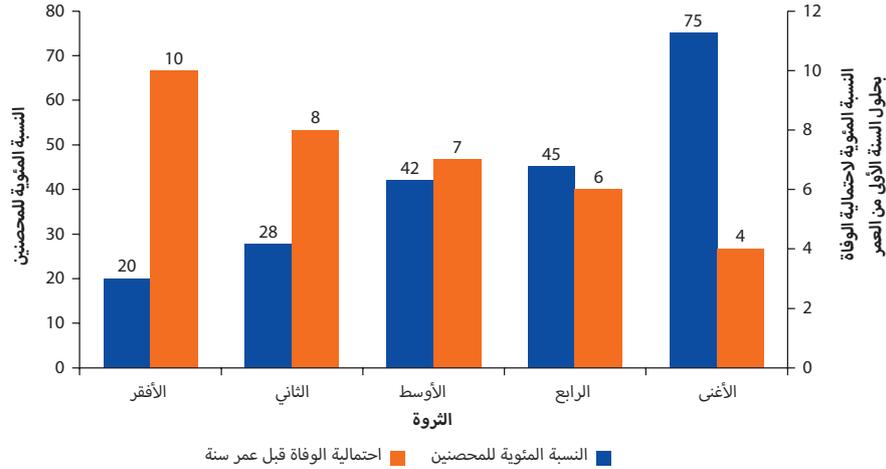
إن الثروة وموقع السكن مترتبان بشكل وثيق بحصول الأطفال على التحصين. ويبين الشكل 6-15، نسب الأطفال، حسب المحافظة، المحصنين بالكامل. وتتراوح المعدلات ما بين 2 في المائة في الجوف إلى 80 في المائة في المهرة. والأطفال لديهم فرص تختلف بشكل كبير حسب مكان إقامتهم في أن يكونوا محميين من الأمراض الشائعة. إن الفروقات في إمكانية الحصول على التحصين والقائمة على مستوى الثروة قد تساهم في اختلافات في الوفيات المبكرة. يبين الشكل 7-15 العلاقة بين الثروة والتحصين (المحور الأيسر - ص) ووفيات الأطفال (المحور الأيمن - س). فقط خمس الأطفال في عمر سنة ومن الخمس الأفقر من الأسر محصنون بالكامل، بينما ثلاثة أرباع الأطفال من الـ 20 في المائة الأكثر ثراء محصنون بالكامل ضد أمراض الطفولة. وهناك تفاوت كبير في معدلات التحصين حتى من رابع 20 في المائة من الأسر (45 في المائة محصنون و6 في المائة وفيات الأطفال الرضع) إلى الأكثر ثراء من الأسر (75 في المائة محصنون و4 في المائة معدل الوفيات). والتحصين يجب أن يكون خدمة صحت عامة متوفرة على نطاق واسع؛ ولكن عوضاً عن ذلك، هناك تباينات واسعة قائمة على الموقع الجغرافي والثروة، حيث الأكثر ثراء يحصل على الخدمات. وبعض الفجوات في معدلات وفيات الأطفال ترتبط بهذا التباين في التحصين. فالتفاوت في معدلات التحصين هو أحد العوامل العديدة التي تتسبب بفرصة نسبتها 10 في المائة في وفاة الأطفال من أفقر خمس خلال السنة الأولى من العمر مقارنة بنسبة 4 في المائة من الأطفال الذين ينتمون إلى الخمس الأكثر ثراء من الأسر. وبعد أخذ

الشكل 6-15 النسبة المئوية للأطفال بعمر 12-23 شهرا والمحصنين بالكامل حسب المحافظة



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح متعدد المؤشرات لليمن، 2006

الشكل 7-15 النسبة المئوية من الأطفال المحصنين بالكامل (12-23 شهرا) ووفيات الرضع حسب مستوى الثروة



المصدر: بيانات البنك الدولي بناء على المسح متعدد المؤشرات لليمن، 2006

خصائص أخرى بعين الاعتبار، فإن كون الطفل من الخمس الثالث، أو الرابع أو الخمس الأكثر ثراء من الأسر يعني فرصة أكبر بكثير في أن يكون محصناً. وبالمثل، فإن وجود أب حاصل على تعليم أساسي على الأقل، يزيد بشكل كبير من فرص تحصين الطفل. وهذا يشير إلى وجود معوقات مالية وتعليمية أمام الحصول على التحصين.

تُظهر معدلات التقزم، ونقص الوزن والهزال في اليمن بعض الاختلافات حسب مستوى الثروة، مما يشير إلى أن كلا من الفقر والمشاكل في الصحة العامة ونوعية التغذية يؤديان إلى التقزم. فالطفل من أفقر خمس لديه فرصة بنسبة 57 في المائة بأن يصاب بالتقزم، بينما طفل من الخمس الأكثر ثراء فرصته 38 في المائة. فبينما كلاهما لديه فرصة في أن يصاب بالتقزم، فإن هناك فرقا واضحا قائما على الثروة. و تم ملاحظة فروقات صغيرة مرتبطة بمستوى تعليم رب الأسرة. وفي حين أن الطفل من الحضر لديه فرصة تقزم تصل إلى 44 في المائة، فإن الطفل من الريف فرصته 57 في المائة. ولا يوجد فروقات كبيرة حسب النوع الاجتماعي من حيث التغذية. وبعد أخذ خصائص أخرى بعين الاعتبار، فإن احتمال الإصابة بالتقزم بين الأطفال الذين ينتمون إلى الخمس الأكثر ثراء من الأسر أقل بكثير مقارنة بالأطفال من الخمس الأفقر من الأسر، ولكن لا يوجد فروقات جوهرية تتعلق بمستويات أخرى من الثروة. والأطفال الذين رب أسرته يستطيع القراءة والكتابة فرص إصابتهم بالتقزم أكبر بقليل، كما هو الحال بالنسبة لأطفال الريف.

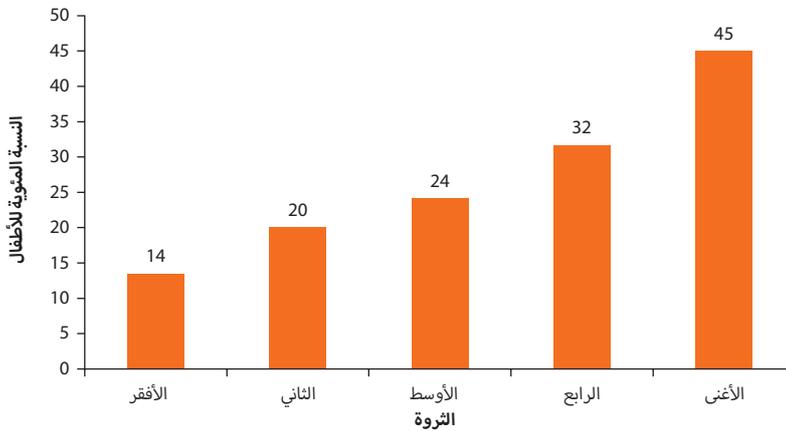
مقارنة بالتقزم، يشير النقص في الوزن إلى ميول أقوى حسب الخصائص الأساسية. وهناك فرق 11 نقطة مئوية في معدلات النقص في الوزن استناداً إلى مكان الإقامة (حضر/ريف). ويظهر الهزال والوزن بالنسبة للطول علاقة مشابهة مع الخصائص الأساسية. وبعد أخذ خصائص أخرى بعين الاعتبار، يكون لدى الأطفال فرصة أقل للإصابة بنقص الوزن في كافة مستويات الثروة الأخرى مقارنة بالخمس الأفقر من الأسر، و يزيد الوزن بالنسبة للعمر بشكل كبير مع كل مستوى من الثروة. ونفس النمط صحيح فيما يتعلق بالوزن بالنسبة للطول والهزال. والأطفال الذين لديهم رب أسرة حاصل على تعليم ثانوي لديهم فرصة أكبر أن يصابوا بنقص الوزن وأن يكون وزنهم بالنسبة للعمر أقل. إلا أنه لا توجد فروقات جوهرية في معدلات الوزن بالنسبة للطول حسب تعليم رب الأسرة. والإناث أقل احتمالاً بكثير أن يصب

بالهزال من الذكور، ولكن لا يوجد فروقات كبيرة بين الحضر والريف من حيث الوزن بالنسبة للعمر أو الطول، أو الهزال ونقص الوزن بعد أخذ خصائص أخرى بعين الاعتبار. التقرم، ونقص الوزن والهزال يمكن تفاديها؛ و يمكن اتخاذ خطوات لمنع سوء التغذية، فضلاً عن رصد وتصحيح أي خلل في التغذية.

التطور الاجتماعي، والعاطفي، والمعرفي

إن الأطفال الفقراء في اليمن - من طبقات الثروة الثلاث الدنيا - أقل احتمالاً في ممارسة أربعة أنشطة تنموية (14-24 في المائة) مقارنة بالأطفال الذين ينتمون إلى الخمس الرابع (32 في المائة) أو الخمس الأكثر ثراء من الأسر (45 في المائة) - (الشكل 8-15). والأطفال لديهم فرص أكبر لممارسة أنشطة تنموية إذا كان والداهم أكثر تعليماً. والأطفال في المناطق الحضرية لديهم فرصة أكبر (39 في المائة) لممارسة أربعة أنشطة تنموية عن أطفال الريف (21 في المائة). كما أن هناك فروقات جوهرية تتعلق بمنطقة الإقامة، وتتراوح بين 20 في المائة في الغرب إلى 47 في المائة في صنعاء. والأطفال الأكثر عرضة لخطر ضعف المحصلات - بسبب الفقر، وتدني تعليم الوالدين، وعوامل خطورة أخرى - هم أيضاً أولئك الذين يمارسون أقل عدد من الأنشطة التنموية الداعمة، مما يزيد من تفاقم احتمال وجود ضعف في التطور المعرفي، والاجتماعي والعاطفي. ويعد احتساب عوامل أخرى، فإن احتمالية ممارسة أربعة أنشطة تنموية على الأقل تزداد مع الثروة، مع فروقات كبيرة في الخمس الرابع والخمس الأكثر ثراء من الأسر مقارنة بالخمس الأفقر من الأسر. كما يلعب تعليم الوالدين دوراً هاماً في احتمالية ممارسة الأطفال أربعة أنشطة تنموية على الأقل؛ ووجود أم أو أب مع تعليم أساسي على الأقل أو تعليم ثانوي يزيد بشكل كبير فرصة ممارسة أربعة أنشطة تنموية على الأقل. وتلعب

الشكل 8-15 نسبة الأطفال الذين يشاركون في أربعة أنشطة تنموية أو أكثر، حسب مستوى الثروة



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح متعدد المؤشرات لليمن، 2006

هذه الأنشطة التنموية دوراً هاماً في التنمية الاجتماعية العاطفية، والمعرفية للطفل. والتأديب العنيف هو في الواقع مشكلة أكبر بين الأسر الأكثر ثراء (99 في المائة) من الأسر الأكثر فقراً (85 في المائة)، كما يبدو أنه يزيد مع تعليم الوالدين. كما أن التأديب العنيف أكثر شيوعاً في المناطق الحضرية عنه في المناطق الريفية.

على الرغم من أنه من الصعب تحديد خصائص مجموعة صغيرة من السكان، مثل عدد الأطفال اليمنيين الذين يحصلون على رعاية وتعليم الطفولة المبكرة، فإن الأدلة تشير إلى أن رعاية وتعليم الطفولة المبكرة يرتبطان بالثروة. في العينة، كان عدد الأطفال الذين يحصلون على رعاية وتعليم الطفولة المبكرة من الخمس الأقفر من الأسر يساوي صفاً، بينما كانت نسبة الأطفال الذين يحصلون على رعاية وتعليم الطفولة المبكرة من الخمس الأكثر ثراء من الأسر يساوي 9 في المائة. ومن المرجح أن تكون فائدة الحصول على رعاية وتعليم الطفولة المبكرة أكثر منفعة للأطفال الأكثر فقراً واستضعافاً، إلا أنهم الأقل حصولاً عليها. ويفاقم هذا الوضع من الاختلافات في وصول الأطفال الصغار إلى تجارب معرفية، واجتماعية واقتصادية مبكرة. فمثلاً، في حين أن 70 في المائة من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 4-3 سنوات والملتحقين برعاية وتعليم الطفولة المبكرة لديهم شخص في المنزل شارك في أربعة أنشطة تنموية على الأقل، فإن فقط 32 في المائة من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 4-3 سنوات والذين لم يلتحقوا برعاية وتعليم الطفولة المبكرة، قد مارسوا أربعة أنشطة تنموية على الأقل في الأيام الثلاثة التي سبقت المسح.

كل من الأطفال في المناطق الحضرية والريفية شاركوا على حد سواء في عمالة الأطفال؛ إلا أن المعدلات أقل في المناطق الشرقية والغربية. ولا يوجد علاقة واضحة بين الثروة وعمالة الأطفال، ولكن ما يثير الاهتمام، هو أن الأطفال من الأسر الأكثر تعليماً كانت احتمالات مشاركتهم في عمالة أطفال أكبر. والمعدل المنخفض لعمالة الأطفال في الشرق والمرتفعات الجبلية مقارنة بصنعاء كان كبيراً إحصائياً، حتى بعد احتساب عوامل أخرى. وبعد احتساب عوامل أخرى، فإن الأطفال من الخمس الأكثر ثراء من الأسر أقل احتمالاً في الانخراط في عمالة أطفال من الأطفال من الخمس الأقفر من الأسر. كما أن احتمال انخراط الأطفال الإناث في عمالة الأطفال كان أكبر من الأطفال الذكور. وتزداد فرصة عمالة الأطفال بشكل كبير مع تعليم الأم.

يواجه الأطفال فرصاً غير متكافئة في التنمية الصحية

يواجه الأطفال في اليمن فرصاً غير متكافئة في التنمية الصحية، استناداً إلى عوامل خارجة عن سيطرتهم. ولقياس مدى التفاوت، يقوم التحليل باحتساب (أ) النسبة المئوية للفرص التي كان هناك حاجة إلى توزيعها بشكل مختلف من أجل إحداث تساوي في الفرص لكل مؤشر من مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة، و(ب) فرصة أن تكون هذه الاختلافات قد حدثت نتيجة للتنوع العشوائي (الجدول 15-1). ويواجه الأطفال فرصاً غير متكافئة في التنمية الصحية وهم لا يزالون في رحم أمهاتهم. فهناك فروقات كبيرة تتعلق بحصول أمهاتهم على رعاية ما قبل الولادة أمر لاء، وإذا ما كانت ولادتهم قد تمت على يد قابلات ماهرات أم لا. ويظهر التحليل أن 17 في المائة من الفرص كان ينبغي توزيعها بطريقة مختلفة من أجل أن يكون للأطفال فرص متكافئة لرعاية ما قبل الولادة؛ وأن نسبة عدم التكافؤ من حيث الرعاية الماهرة أثناء الولادة كانت أكبر، حيث كان ينبغي إعادة توزيع 26 في المائة من الفرص لتحقيق التكافؤ.

وبينما هناك فرص غير متكافئة في موضوع الوفاة المبكرة، وحيث إن هذا الأمر نادر الحدوث، فإنه من غير المؤكد إذا كانت هذه الفروقات سببها المصادفة أم لا. إلا أن هناك فرصاً غير متكافئة في حصول الأطفال على التحصين: حيث إن 21 في المائة من فرص التحصين كان ينبغي إعادة توزيعها بشكل مختلف لتحقيق التكافؤ. ويواجه الأطفال فرصاً غير

الجدول 15-1. النسبة المئوية للفرص التي ينبغي إعادة توزيعها

مؤشر الاختلاف	
16.8**	الرعاية ما قبل الولادة
26.1***	قابلية ماهرة عند الولادة
15.5	وفيات الرضع
20.6*	تطعيم كامل
4.9*	مصابون بالتقزم
19.3***	الأنشطة التنموية
25.1	عمالة الأطفال

المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح متعدد المؤشرات لليمن، 2006
ملاحظات: * = فرصة >5 في المائة، ** = فرصة >1 في المائة، *** = فرصة >0.1 في المائة

الجدول 15-2 مساهمات الخصائص الأساسية في عدم المساواة

نسبة مئوية

النسبة المئوية	الثروة	مستوى تعليم الأم	مستوى تعليم الأب	مستوى تعليم رب الأسرة	الريف	المنطقة	جنس الطفل
28.6	23.5	13.4	لا ينطبق	15.8	18.6	لا ينطبق	الرعاية ما قبل الولادة
42.2	12.1	3.3	لا ينطبق	20.5	21.9	لا ينطبق	قابلية ماهرة عند الولادة
29.7	3.5	لا ينطبق	لا ينطبق	3.3	60.0	3.4	وفيات الرضع
32.4	28.6	6.8	لا ينطبق	19.4	12.7	0.2	تطعيم كامل
55.5	لا ينطبق	لا ينطبق	8.1	36.3	لا ينطبق	0.1	مصابون بالتقزم
29.1	28.5	11.2	لا ينطبق	15.1	15.6	0.4	الأنشطة التنموية
11.3	22.6	20.0	لا ينطبق	1.1	39.3	5.7	عمالة الأطفال

المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح متعدد المؤشرات لليمن، 2006، ومسح للمشروع العربي لصحة الأسرة (PAPFAM)، 2003، ملاحظة: تحليلات شيبلي لمؤشر الاختلاف.

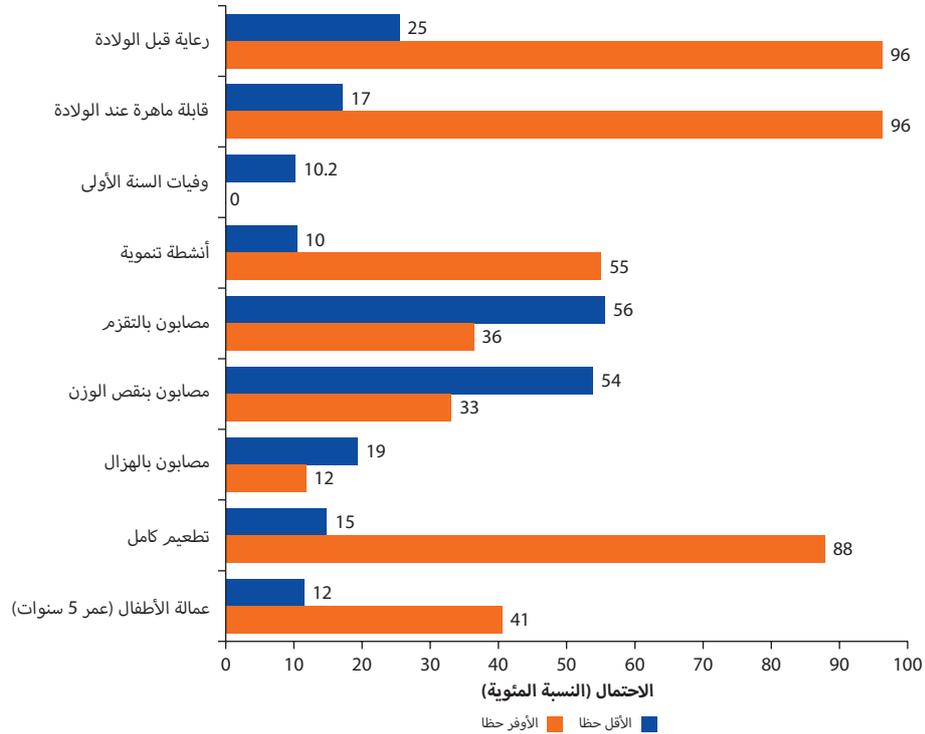
متكافئة للتنمية الجسدية الصحية من حيث التقزم. وهناك عدم تكافؤ كبير من حيث ممارسة الأطفال لأنشطة تنموية: حيث 19 في المائة من فرص ممارسة أربعة أنشطة تنموية أو أكثر كان ينبغي إعادة توزيعها بشكل مختلف لكي يحصل الأطفال على فرص متكافئة.

وتشكل الثروة، وتعليم الأم والموقع الجغرافي أكبر العوامل المساهمة في الفرص غير المتكافئة للأطفال. ويبين الجدول 15-2 المساهمات المختلفة للظروف في عدم المساواة للمحصلات المختلفة كنسب مئوية. إن الثروة تلعب بشكل خاص دوراً كبيراً في رعاية ما قبل الولادة، والولادة على يد قابلات ماهرات، والتحصين والأنشطة التنموية وتساهم بحوالي الثلث في عدم المساواة لكل واحد من هذه القياسات. ويعتبر تعليم الأم هاماً بشكل خاص لرعاية ما قبل الولادة، والتحصين والتقزم، والأنشطة التنموية ويساهم بحوالي الربع في عدم المساواة في هذه المؤشرات. ويلعب تعليم الأب دوراً صغيراً ولكن هاماً في عدم المساواة في هذه المحصلات أيضاً. وتعتبر الفروقات الجغرافية هامة لجميع المحصلات، ولكن بصورة خاصة لعدم المساواة في رعاية ما قبل الولادة والولادة، والتحصين والأنشطة التنموية. ويساهم النوع الاجتماعي للطفل بشكل محدود جداً في عدم التكافؤ.

ويميل الأطفال إلى أن يكونوا محظوظين أو محرومين باستمرار عبر مجموعة متنوعة من أبعاد تنمية الطفولة المبكرة، ويمكن أن يواجهوا فرصاً حياتية مختلفة إلى حد بعيد استناداً إلى بضع خصائص فقط. الطفولة المبكرة هي عندما تنتقل حلقات الفقر وعدم المساواة عبر الأجيال. وإذا رصدنا طفلاً يعيش في منطقة ريفية في الغرب، وضمن أفقر 20 في المائة من الأسر، ومن 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 المنطقة الحضرية من عدن (طفل أكثر حظاً)، نجد أن لديهما فرصاً مختلفة جداً في تنمية صحية للطفولة المبكرة. ويبين الشكل 9-15 فرص (الفرصة التي يمكن التنبؤ بها) المؤشرات المختلفة لتنمية الطفولة المبكرة (قائمة على الانحدارات) لهؤلاء الأفراد «الأقل حظاً» و«الأكثر حظاً». ولكل مؤشر عدا مؤشر عمالة الأطفال، يواجه الطفل الأقل حظاً تنمية طفولة مبكرة أضعف بكثير. وعند مقارنة الأقل حظاً والأكثر حظاً، نجد أن الفجوة في تلقي رعاية ما قبل الولادة تساوي 71 نقطة مئوية، وأن الفجوة في وجود قابلة ماهرة عند الولادة تساوي 79 نقطة مئوية. ومن حيث رعاية ما قبل وأثناء الولادة، فإن فرصة حصول الطفل الأكثر حظاً على الرعاية تزيد بخمس مرات عن الطفل الأقل حظاً. كما أن فرصة حصول الطفل الأقل حظاً على التحصين أقل بـ 73 نقطة مئوية. وهذا يعني أن الطفل الأكثر حظاً ست أكثر احتمالاً بأن يكون محمياً من أمراض الطفولة واحتمال الوفاة المبكرة. وفي حين أن الأطفال، الأكثر والأقل حظاً كليهما، لديهم فرص عالية في الإصابة بالتقزم، ونقص الوزن، والهزال، فإن الأطفال الأقل حظاً معرضون أكثر من غيرهم للتقزم بـ 20 نقطة مئوية، ولنقص الوزن بـ 21 نقطة مئوية، والهزال بـ 7 نقاط مئوية. واحتمال مشاركة الطفل الأقل حظاً في أربعة أنشطة تنموية هي أقل بـ 45 نقطة مئوية. وهذا يعني أن الطفل الأكثر حظاً لديه فرصة تزيد بخمس مرات في المشاركة بأنشطة تساعد على التنمية المعرفية، والاجتماعية، والعاطفية. إلا أن الطفل الأكثر حظاً أكثر احتمالاً بـ 29 نقطة مئوية في أن ينخرط في عمالة الأطفال - وقد يكون مرتبطاً بالفرص الاقتصادية المختلفة التي تواجهها الأسر الأكثر ثراءً.

الشكل 9-15 حالات المحاكاة للأكثر حظاً وللأقل حظاً



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح متعدد المؤشرات لليمن، 2006، ومسح للمشروع العربي لصحة الأسرة (PAPFAM)، 2003.

الخاتمة

الجمهورية اليمنية بها عدد كبير من السكان الشباب مع إمكانيات تنموية هائلة. إلا أن الأطفال لا يصلون إلى إمكانياتهم الكاملة من حيث التنمية الصحية بسبب العجز الكبير في صحتهم، وتغذيتهم، وتطورهم المعرفي، والاجتماعي، والعاطفي. والفجوات في رعاية ما قبل وأثناء الولادة والتحصين تعرض الأمهات والأطفال للخطر، وتساهم في معدلات عالية من الوفاة المبكرة. ويؤثر سوء التغذية على أكثر من نصف الأطفال، ويحد من قدرتهم على التطور وأن يصبحوا بالغين منتجين. ويواجه الأطفال فرصاً متدنية وغير متكافئة للتطور معرفياً، واجتماعياً، وعاطفياً، مع معدلات منخفضة لتنمية الطفولة المبكرة والأنشطة التنموية ومعدلات عالية من التأديب العنيف. كما أن فرص الأطفال في التطور الصحي غير متكافئة للغاية، لا سيما من حيث الصحة المبكرة. وفي حين أن الأطفال في اليمن لديهم إمكانيات كبيرة، فإن هناك حاجة لعمل المزيد لضمان ازدهار الأطفال خلال السنوات الأولى من حياتهم وأن يكون لهم فرص متساوية لتحقيق إمكانياتهم.

الملحق 15: البيانات

مجموعة البيانات

يستخدم التحليل بيانات مستعرضة عن رفاهة النساء والأطفال تم جمعها من خلال المسح العنقودي متعدد المؤشرات (MICS) لعام 2006 في اليمن. والمسح مُمثل على الصعيد الوطني، ويشمل بيانات تسمح بتحليل العلاقة بين تنمية الطفولة المبكرة ومؤشرات الطفل والأسرة. يرجى الرجوع إلى وزارة الصحة العامة والسكان واليونيسف (2008) لمزيد من المعلومات حول التقرير النهائي الخاص بالمسح العنقودي المتعدد المؤشرات. بالإضافة إلى ذلك، يستخدم التحليل بيانات مستعرضة حول الطول والوزن (علم قياسات الجسم البشري) من مسح المشروع العربي لصحة الأسرة (PAPFAM) لعام 2003. والمسح ممثل وطنياً، ويشمل بيانات تسمح بتحليل العلاقة بين الطول والوزن والمؤشرات الأسرية.

العينات

مجموعة بيانات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات لليمن لعام 2006 أخذت عينات من 3586 أسرة، و3742 امرأة سبق لها الزواج بين سن 15-49، و3783 طفلاً دون الخمس سنوات. (من خلال سؤال أمهاتهم أو مانحي الرعاية لهم). و شملت مجموعة بيانات مسح المشروع العربي لصحة الأسرة لعام 2003 عينات من 12885 أسرة، و 11292 امرأة سبق لها الزواج بين سن 15-49، وجمعت بيانات عن الطول والوزن ل 10116 طفلاً دون الخمس سنوات. والتحليل في هذا الموجز موزون من أجل أن يكون ممثلاً على المستوى الوطني. وأحجام العينة (N) في التقرير تستند إلى عدد غير مرجح من الملاحظات في البيانات.

الجدول 15-ب1 المؤشرات حسب الخصائص الأساسية (تابع)

	نسبة الأطفال (4-0) العمر		عمالة الأطفال (5 سنوات)		المكثرة (3-4) المرحلة الطفولة		تأديب عنيف (5-2)		أربعة أنشطة تنموية		تطعيم كامل (العمر سنة)		وفيات السنة الأولى		وفيات الشهر الأول		قابلة ماهرة عند الولادة		رعاية ما قبل الولادة	
	2006	2006	2006	2006	2006	2006	2006	2006	2006	2006	2006	2006	2006	2006	2006	2006	2006	2006	2006	2006
+ ثانوي	32.2	20.6	3.9	97.4	34.2	52.5														
غير قياسي	4.3	26.8	1.2	84.3	17.0	34.0														
الأب ليس في الأسرة	7.8	13.8	2.4	94.0	24.5	38.8														
مفقود / غير معروف	0.2	0.0	0.0	100.0	34.8	0.0														
تعليم المرأة																				
لا يوجد																				
بعض التعليم الأساسي																				
6 - 9 سنوات																				
بعض الثانوي																				
أكملت الثانوي																				
أعلى من الثانوي																				
تعليم الشريك																				
لا يوجد																				
بعض التعليم الأساسي																				
6 - 9 سنوات																				
بعض الثانوي																				
أكملت الثانوي																				
أعلى من الثانوي																				
مفقود																				

يستكمل في الصفحة التالية

الجدول 15-ب-1 المؤشرات حسب الخصائص الأساسية (تابع)

	الرعاية والتعليم						رعاية ما قبل الولادة					
	نسبة الأطفال (العمر 4-0)	عمالة الأطفال (5 سنوات)	لمرحلة الطفولة المبكرة (4-3)	تأديب عنيف (5-2)	أربعة أنشطة تنموية	تطعيم كامل (العمر سنة)	وفيات السنة الأولى	وفيات الشهر الأول	قابلة ماهرة عند الولادة	رعاية ما قبل الولادة		
السنة	2006	2006	2006	2006	2006	2006	2006	2006	2006	2006		
الأقاليم												
حضر	27.0	17.8	6.0	96.8	38.5	62.5	5.8	3.2	61.7	68.2		
ريف	73.0	14.9	1.6	92.0	20.7	31.6	7.6	4.3	26.3	39.3		
الأقاليم												
عدن	2.4	25.4	9.9	100.0	37.8	71.3	0.0	0.0	80.5	78.7		
مدينة صنعاء	8.0	25.2	7.8	100.0	47.3	70.8	7.3	3.3	69.4	78.9		
الغرب	34.4	14.8	0.8	90.0	19.6	31.6	8.3	4.0	23.9	33.8		
الجنوب	10.2	23.3	2.0	97.0	32.9	32.6	7.5	5.6	46.2	54.7		
المناطق الوسطية	23.1	10.4	1.4	94.9	23.7	42.3	4.6	2.6	26.6	45.3		
الشرق	7.1	7.3	15.3	95.1	28.6	49.8	3.5	2.4	57.1	58.9		
الشمال	14.7	20.7	0.9	90.0	21.5	33.3	10.2	6.4	31.7	44.8		
المحافظات												
إب	11.4	7.4	2.1	94.3	25.2	45.3	6.5	3.6	26.1	44.5		
أبين	1.6	15.3	7.1	100.0	40.3	22.2	8.6	6.7	50.1	62.8		
مدينة صنعاء	8.0	25.2	7.8	100.0	47.3	70.8	7.3	3.3	69.4	78.9		
البيضاء	3.4	10.6	2.4	98.9	4.9	10.0	11.9	7.8	41.6	33.3		
تعز	11.8	13.5	0.7	95.4	22.3	38.4	2.6	1.7	27.1	46.1		
الجوف	2.0	31.6	0.0	73.6	11.3	2.2	24.9	20.1	21.4	54.4		
حجة	6.6	1.7	0.0	80.9	14.2	39.1	8.9	5.1	13.9	40.1		
الحديدة	9.9	25.8	0.0	94.9	24.1	28.6	6.2	2.9	50.1	41.2		

يستكمل في الصفحة التالية



الجدول 15 ب2 قياسات الجسم البشري حسب الخصائص الأساسية

العام	التقزم	الطول بالنسبة للعمر	نقص الوزن	الوزن بالنسبة للعمر	الهزال	الوزن بالنسبة للطول
	2003	2003	2003	2003	2003	2003
النوع الاجتماعي						
ذكر	53.1	-2.02	46.0	-1.75	13.3	-0.70
أنثى	53.1	-2.07	45.1	-1.77	11.4	-0.61
الثروة						
الأفقر	57.1	-2.18	54.9	-1.99	18.3	-0.88
في المرتبة الثانية	55.8	-2.14	49.6	-1.87	13.4	-0.72
في المرتبة الثالثة	56.1	-2.18	45.4	-1.77	10.7	-0.56
في المرتبة الرابعة	55.5	-2.08	44.0	-1.70	9.7	-0.56
الأغنى	38.2	-1.53	31.3	-1.39	9.7	-0.56
تعليم رب الأسرة						
أمي	52.9	-2.02	46.1	-1.76	13.0	-0.69
يقراً و/أو يكتب	54.5	-2.09	45.8	-1.76	12.3	-0.62
ابتدائي	54.4	-2.16	48.0	-1.78	11.5	-0.62
إعدادي	53.2	-2.08	45.1	-1.79	12.1	-0.67
ثانوي	51.2	-1.98	45.8	-1.79	13.1	-0.74
تعليم ثانوي	48.6	-1.84	37.0	-1.53	10.0	-0.53
غير معروف	52.0	-2.01	19.5	-1.52	17.0	-0.41
الإقامة						
حضر	44.2	-1.71	36.7	-1.54	10.0	-0.62
ريف	55.5	-2.13	47.9	-1.81	13.1	-0.67
المجموع						
N (ملاحظات)	10,116	10,116	10,116	10,116	10,116	10,116

المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسح المشروع العربي لصحة الأسرة (PAPFAM)، 2003

الملحق 15 العلاقة بين مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة والمعلومات الأساسية، عند أخذ الخصائص المتعددة بعين الاعتبار

الجدول 1-ج15 العلاقة بين مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة والخصائص الأساسية المتعددة

	وفيات حديثي الولادة	وفيات الرضع	ما قبل الولادة	الولادة	تطعيم كامل	مؤشرات التنمية	عمالة الأطفال
أثري							
ريف							
الإقليم مقارنة بمدينة صنعاء							
عدن	-	-		+			
الغرب				-			
الجنوب							
الهضبة				-			
الشرق				-			
الشمال							
الثروة - 20 في المائة من الأسر مقارنة بالأقرب							
في المرتبة الثانية				+	+		
في المرتبة الثالثة				+	+		
في المرتبة الرابعة				+	+		
الأعلى				+	+		
تعليم الأم - مقارنة بلا تعليم							
تعليم أساسي				لا ينطبق	لا ينطبق		
+ ثانوي				لا ينطبق	لا ينطبق		
منهاج غير قياسي				لا ينطبق	لا ينطبق		
تعليم الأب مقارنة بلا تعليم							
تعليم أساسي	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق		
+ ثانوي	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق		
منهاج غير قياسي	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق		
ليس ضمن الأسرة	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق		
تعليم المرأة مقارنة بلا تعليم							
بعض التعليم الأساسي	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق		
6 - 9 سنوات	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق		
بعض التعليم الثانوي	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق		
أكملت الثانوي	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق		
أعلى من الثانوي	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق		
تعليم الشريك مقارنة بلا تعليم							
بعض التعليم الأساسي	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق		
6 - 9 سنوات	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق		
بعض التعليم الثانوي	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق		
أكمل الثانوي	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق		
أعلى من الثانوي	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق		
قيمة P (نموذج)	0.4161	0.0148	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
N (ملاحظات)	3,842	3,842	1,584	1,584	676	3,776	708
الجزر التربيعي الرأف	0.021	0.021	0.112	0.163	0.133	0.066	0.085

المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسح المشروع العربي لصحة الأسرة في اليمن، 2006
ملاحظة: الخانات الخالية تعني عدم وجود علاقة مهمة إحصائياً. + = فرصة > 0.5 في المائة وإيجابية، - = فرصة > 0.5 في المائة وسلبية

الجدول 15 ج-2 العلاقة بين مؤشرات قياس الجسم البشري وخصائص أساسية متعددة

الوزن للطول (انحراف معياري)	الوزن بالنسبة للعمر (انحراف معياري)	نقص الوزن	الطول للعمر (انحراف معياري)	مصايون بالتقزم	الثروة مقارنة ب 20 في المائة من الأسر
+	-	+	-		في المرتبة الثانية
+	-	+	-		في المرتبة الثالثة
+	-	+	-		في المرتبة الرابعة
+	-	+	-	+	الأعلى
					تعليم رب الأسرة
				-	يقرأ/يكتب
			+	-	ابتدائي
			+		إعدادي
					ثانوي
					تعليم عال
+	-				أثري
				-	ريف
0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	قيمة P (نموذج)
10,116	10,116	10,116	10,116	10,116	N (ملاحظات)
0.013		0.021		0.019	تربيع R
	0.014		0.018		الجذر التربيعي الرأف

المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسح المشروع العربي لصحة الأسرة في اليمن، 2003. ملاحظة: الخانات الخالية تعني عدم وجود علاقة مهمة إحصائياً. + = فرصة < 05 في المائة وإيجابية، - = فرصة < 05 في المائة وسلبية.

الحواشي

1. استناداً إلى العدد السنوي لمواليد 2007 (اليونسف، 2008) ومعدل وفيات الأطفال الرضع المحتسب من المسح متعدد المؤشرات.
2. يحسب كل من معدلات وفيات الرضع وحديثي الولادة على أساس الوفيات في السنوات الخمس السابقة على المسح.
3. يطرح المسح أسئلة على النساء بشأن الرعاية قبل الولادة فيما يخص الولادات الحية، في السنتين الماضيتين فقط، وبما أنه من المرجح أن تربط الولادات الحية بالرعاية قبل الولادة، فإن النسبة المئوية للولادات التي لم تتلق رعاية قبل الولادة من المحتمل أن تكون تقلل من تقدير النسب المئوية لحالات الحمل التي لم تتلق رعاية قبل الولادة.
4. طبيب أو ممرضة أو قابلة.
5. كما كان الحال بالنسبة للرعاية قبل الولادة، تطرح أسئلة ولادة بشأن الولادات الحية في الستينين الماضيتين فقط، وبما أنه من المرجح أن تربط الولادات الحية بالرعاية على يد مهني صحة، فإن النسبة المئوية للولادات على يد مهني صحة من المحتمل أن تبلغ في تقدير عدد الولادات التي تمت على يد مهني صحة.
6. لقاح DPT هو مزيج من اللقاحات التي تغطي الدفتيريا، والسعال الديكي، والتيتانوس. وينبغي أن يحصل الأطفال على ثلاث جرعات ليكونوا محصنين بالكامل. وفي اليمن يتلقى الأطفال عادةً مطعوم البينثافالينيت الذي يحمي أيضاً من الإصابة بالالتهاب الكبدى بي والهييموفيلوس من النوع ب.
7. ينبغي أن يحصل الأطفال على ثلاث جرعات ليكونوا محصنين بالكامل ضد شلل الأطفال.
8. تتحقق المناعة الجماعية حين يكون حتى الأفراد غير الملقحين من السكان محصنين من المرض لأن المرض لن ينتشر بعد الآن. وهذا يتحقق حين يتم تطعيم 90-95 في المائة من الرضع.

9. يتضمن مطعوم البينتافالين، الذي يغطي الدفتريا، والسعال الديكي، والتيتانوس، والالتهاب الكبدي بي، والهيموفيلوس من النوع ب.
10. مسح المشروع العربي لصحة الأسرة، 2003.
11. الوحدات الخاصة بالطول بالنسبة للعمر، والوزن بالنسبة للعمر، والوزن بالنسبة للطول تبين كيف أن الأطفال في اليمن هم مختلفون في المتوسط عن مرجعية السكان من حيث الانحرافات المعيارية.
12. أكثر من 15 جزءا في المليون من اليود في الملح.
13. الأنشطة الستة هي: (1) قراءة كتب أو مشاهدة كتب تحتوي صورا 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) تضيئة وقت مع الطفل وهو يسمي الأشياء باسمها أو يعدد أو يرسم أشياء.
14. البيانات تخص عام 2011.
15. حسب تعريفات المسح المتعدد المؤشرات، يكون التأديب العنيف قائما على التأديب الذي تلقاه الطفل من قبل أي فرد في الأسرة خلال الشهر الأخير، وهو يشمل: الاعتداء النفسي (الصراخ، والصياح على الطفل؛ وتسميته بالغبى، 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 قاسي؛ 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).
16. 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)؟
17. تعرف الثروة من حيث أي فئة 20 في المائة من الأسر يقع الطفل ضمنها، بناء على مؤشر أصول (ثراء) للسلع المعمرة.
18. نستخدم مستوى من الدلالة الإحصائية بواقع 5 في المائة عبر الدراسة.

المراجع

- 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.
- Ministry of Health and Population and UNICEF. 2008. *Yemen Multiple Indicator Cluster Survey 2006*. New York: UNICEF Division of Policy and Planning.
- 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." New York: UNICEF.
- . 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>.