تنمية الطفولة المبكرة
في
الضفة الغربية وقطاع غزة

مجموعة البنك الدولي

الضفة الغربية وقطاع غزة

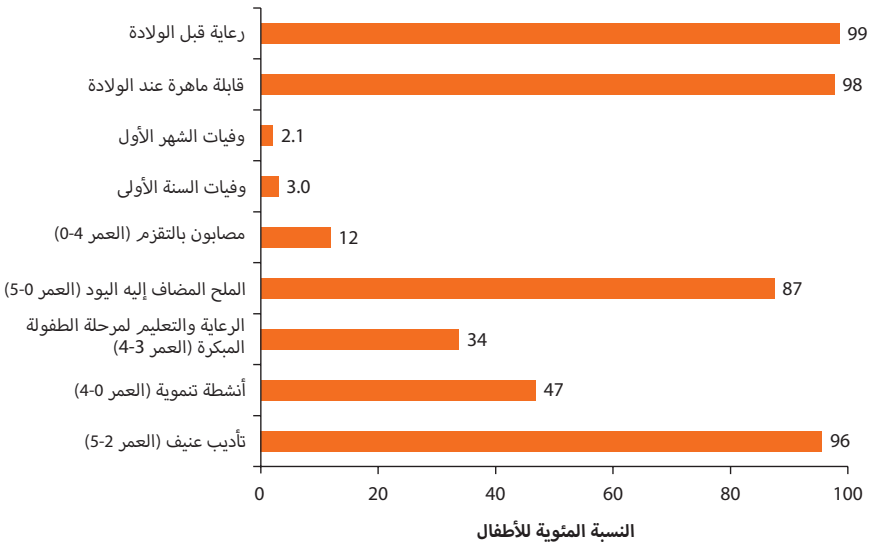
حالة تنمية الطفولة المبكرة في الضفة الغربية وقطاع غزة

سجلت حالة تنمية الطفولة المبكرة في الضفة الغربية وقطاع غزة نجاحات كبرى في بعض المجالات وأوجه قصور خطيرة في مجالات أخرى. والشكل 14-1 يظهر ملخصا لمؤشرات تنمية الطفولة المبكرة في الضفة الغربية وقطاع غزة. ومن حيث الرعاية قبل الولادة وأثناء الولادة ، فقد تلقت 99 في المائة من الولادات رعاية ما قبل الولادة، وتمت 98 في المائة من الولادات على يد قابلات ماهرات. و2.1 في المائة من الأطفال يتوفون في الشهر الأول، و3.0 في المائة من الأطفال يتوفون في السنة الأولى من عمرهم. ومعظم الأطفال (87 في المائة) لديهم إمكانية تناول ملح مضاف إليه كميات كافية من اليود، الذي هو مهم لتطورهم المعرفي. ولايزال سوء التغذية يمثل تحديا في الضفة الغربية وقطاع غزة، حيث إن 12في المائة من الأطفال مصابون بالتقزم. ومن حيث التطور المعرفي والاجتماعي والعاطفي، يواجه الأطفال أوجه قصور خطيرة، حيث إن فقط 47في المائة من الأطفال يمارسون أنشطة تنموية و96 في المائة من الأطفال يتعرضون لنوع من التأديب العنيف. وللأطفال إمكانية محدودة للحصول على التعلم المبكر والتطور المعرفي. وفقط ثلث الأطفال (34 في المائة) في سن 3-4 التحقوا برعاية وتعليم الطفولة المبكرة.

ويقدم هذا الفصل تحليلا تفصيليا لوضع تنمية الطفولة المبكرة في الضفة الغربية وقطاع غزة. ويتم فحص الوضع الصحي للأطفال من خلال مؤشرات (راجع الإطار 14-1) للوفيات المبكرة، والرعاية قبل الولادة، ووجود قابلة ماهرة عند الولادة، وعمليات التحصين. ويتم قياس الوضع الغذائي للأطفال من خلال التقزم (الطول بالنسبة للعمر)، بالإضافة الى توفر المغذيات الدقيقة، على الأخص اليود. من أجل تقييم التطور المعرفي أو الاجتماعي أو العاطفي ينظر التحليل في نطاق مشاركة الأطفال في ممارسة أنشطة تنموية، وحضور رعاية وتعليم الطفولة المبكرة وما إذا كان الأطفال يتعرضون للتأديب العنيف. 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 14 أ، و14 ب، و14 ج، للحصول على معلومات إضافية بشان البيانات وهذه العلاقات). ومن أجل الاطلاع على السياق الإجمالي، يرجى الرجوع إلى الإطار 14-2. وأخيراً، فإن التحليل يقيس الثغرات ومدى التفاوت في محصلات تنمية الطفولة المبكرة.

ويستند التحليل إلى آخر البيانات المتوفرة: المسح الفلسطيني لصحة الأسرة، 2007/2006. وأجري المسح بالتعاون مع مسح المشروع العربي لصحة الأسرة (PAPFAM)، واليونيسف، وصندوق الأمم المتحدة للسكان UNFPA، ويشمل المؤشرات الرئيسية للمسح العنقودي متعدد المؤشرات (MICS). وتغطي البيانات الأبعاد المختلفة للطفولة المبكرة من

الشكل 14-1 ملخص مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح الفلسطيني لصحة الأسرة، 2006.

الإطار 14-1 مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة التي تمت دراستها في الضفة الغربية وقطاع غزة

رعاية ما قبل الولادة
قابلة ماهرة عند الولادة
معدل وفيات حديثي الولادة (وفيات الشهر الأول)
معدل وفيات الأطفال (وفيات السنة الأولى)
التقزم/الطول بالنسبة للعمر
الملح المعالج باليود
الرعاية والتعليم لمرحلة الطفولة المبكرة
أنشطة تنموية للوالدين
التأديب العنيف

قبل ولادة الطفل وحتى سن الدخول إلى المدرسة (وهو ست سنوات في الضفة الغربية وقطاع غزة). ولو توفرت بيانات أكثر وتم فحصها، لأمكن تقديم صورة أفضل لتنمية الطفولة المبكرة في الضفة الغربية وقطاع غزة. كما يشير هذا الفصل إلى موجز نتائج المسح الفلسطيني لصحة الأسرة 2010 (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2013). وعلى الرغم من أن التقرير النهائي للمسح قد أطلق في 2013، لم تكن البيانات الجزئية متوفرة آنذاك، ولم يكن من الممكن بالتالي استخدامها لغايات هذا الفصل.

الإطار 14-2 ملخص مؤشرات التنمية للضفة الغربية وقطاع غزة

تعتبر الضفة الغربية وقطاع غزة من المناطق ذات الدخل المتدني والمتوسط. يُقدَر عدد السكان بنحو 4 ملايين نسمة،41 في المائة منهم تقل أعمارهم عن 15 عاما. بلغ متوسط العمر المتوقع عند الولادة 73 عاما. بلغ صافي معدل الالتحاق بالتعليم الابتدائي في الضفة الغربية وقطاع غزة 94 في المائة في عام 2012. حلت الضفة الغربية وقطاع غزة في المرتبة 110 من أصل 186 بلدا، مع بيانات قابلة للمقارنة في مؤشر التنمية البشرية لعام 2102 (HDI).

الجدول ب14-2-1 المؤشرات الاجتماعية والاقتصادية في الضفة الغربية وقطاع غزة

	1990	*2012*
إجمالي عدد السكان (بالمليون)	2.0	4.0
النسبة المئوية للسكان دون سن 15 سنة	48	41
متوسط العمر المتوقع عند الولادة	68	73
الالتحاق بالمدارس، المرحلة الابتدائية (نسبة مئوية، إجمالي)	—	94

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

البقاء، والرعاية الصحية، والتغذية

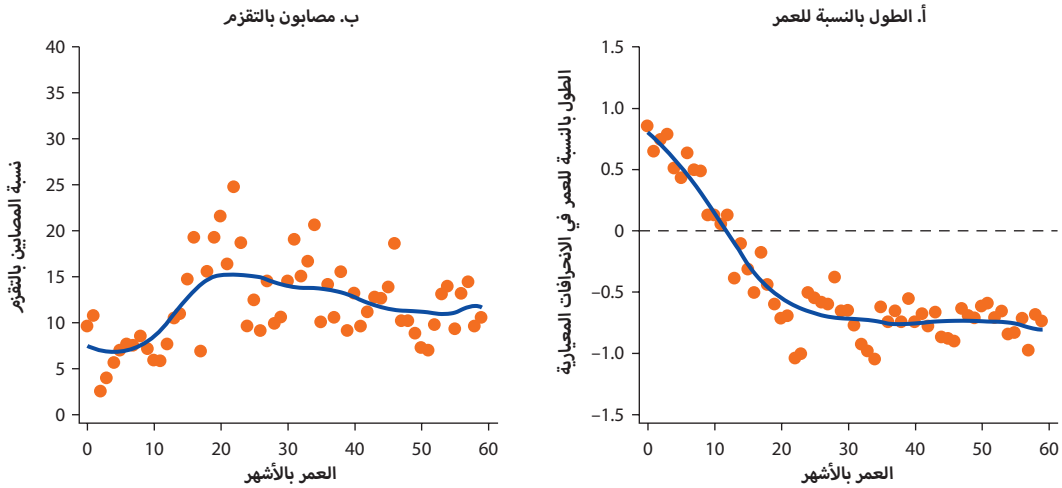
إن الخطوة الأولى في التنمية الصحية للطفولة المبكرة هي ببساطة تجاوز مرحلة الطفولة المبكرة مع البقاء على قيد الحياة. وفي عام 2006، في الضفة الغربية وقطاع غزة، كانت وفيات الأطفال، التي تشير إلى الأطفال الذين يموتون قبل عيد ميلادهم الأول، 30 حالة وفاة لكل ألف ولادة.[1] وتتألف معظم وفيات الأطفال الرضع من وفيات الأطفال حديثي الولادة - الأطفال الذين يتوفون خلال الشهر الأول من الحياة. وفي الضفة الغربية وقطاع غزة كان يموت 21 طفلا من كل 1000 خلال الشهر الأول من الحياة. وكان هناك تحسن كبير في معدل الوفيات منذ عام 2006. وفي عام 2010، انخفض معدل وفيات الأطفال الرضع إلى 19 حالة وفاة لكل 1000 ولادة، كما انخفضت وفيات الأطفال حديثي الولادة إلى 12 وفاة لكل ألف (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2013). معدلات الوفيات لعام 2010 هي أقل من المعدلات الإقليمية لمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (MENA) (اليونيسف 2014).

ومعالجة موضوعي الوفاة المبكرة وتنمية الطفولة المبكرة تبدأ أثناء الحمل والولادة. وفي الضفة الغربية وقطاع غزة، تلقت 99 في المائة من الولادات[2] رعاية ما قبل الولادة، و98 في المائة من الولادات تمت على يد مهنيي صحة، اعتبارا من عام2006.[3] وبقيت تغطية رعاية ما قبل الولادة مرتفعة 98 في المائة اعتبارا من عام 2010، و99 في المائة من الولادات تمت بوجود قابلة ماهرة (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني 2013).

ويبدأ الأطفال في الضفة الغربية وقطاع غزة حياتهم على أسس صحية إلى حد ما، من حيث التغذية وتقاس بالطول بالنسبة للعمر؛ إلا أنه بعد أول سنتين من الحياة، يواجهون تدهوراً كبيراً في تطورهم الصحي. وفي عام 2006، 12 في المائة من الأطفال كانوا مصابين بالتقزم، و 2 بالمائة كانوا يعانون من نقص في الوزن، وكان 2 في المائة يعانون من الهزال (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2013).

ويبين الشكل 14-2 كيف أن الأطفال في عام 2006، في الضفة الغربية وقطاع غزة، كان مستواهم جيدا مقارنة بمرجعية سكانية تتمتع بصحة جيدة.[5] وفي حين أن النمو الصحي من حيث الوزن ليس مشكلة في الضفة الغربية وقطاع غزة، فإن الأطفال يتعثرون في نموهم من حيث الطول. ويبدأون حياتهم مع طول بالنسبة للعمر أعلى من المتوسط، و لدى بلوغهم سنة واحدة من العمر، يكونون بنفس طول المرجعية السكانية التي تتمتع بصحة جيدة. ويستمرون في

الشكل 2-14 متوسط الطول بالنسبة للعمر والنسبة المئوية للمصابين بالتقزم حسب العمر بالأشهر، الأعمار من 0-59 شهرا



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح الفلسطيني لصحة الأسرة، 2006

التخلف عن الطول الصحي بالنسبة للعمر حتى عمر سنتين؛ ومن ثم لعدة سنوات تالية من العمر يستقر نموهم مع أطفال تقريباً 0.75 انحراف معياري أقل من متوسط المرجعية الصحية. ومعدل التقزم منخفض جداً للأطفال الصغار، ولكنه يرتفع بحدة بين عمر سنة وسنتين، ويبلغ ذروته عند بلوغ الطفل حوالي 20 شهرا قبل أن ينخفض بشكل طفيف حتى سن 5 سنوات.

والمغذيات الدقيقة، مثل الحديد، و فيتامين أ، والزنك، واليود تلعب دوراً هاماً في كل من التنمية البدنية والمعرفية على حد سواء. وفي حين أن 87 في المائة من من الأطفال دون سن الخامسة كانوا يعيشون في أسر لديها ملح[6] معالج باليود بشكل كافٍ في عام 2006، فإن ال 13 في المائة المتبقين كانوا معرضين لخطر ضعف النمو المعرفي. ومن المثير للقلق كذلك أن معدلات إضافة اليود للملح انخفضت من 2006 (87 في المائة) إلى 2010 (77 في المائة) (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني 2013). مما يشكل تهديداً على التطور المعرفي لنسبة متزايدة من الأطفال.

وعلى الجانب الإيجابي، كان هناك تحسينات في التغطية فيما يتعلق بمغذيات دقيقة أخرى. فيتامين (أ) أساسي للنظر، والنمو، والتطور، ويساعد في الوقاية من بعض الأمراض. في عام 2006، في الضفة الغربية وقطاع غزة، فقط 11 في المائة من الأطفال بين 6 – 59 شهراً حصلوا على فيتامين أ خلال الأشهر الستة التي سبقت المسح (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2007). وفي عام 2010، زاد هذا المعدل بشكل كبير ليصل إلى 89 في المائة (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2013).

التطور المعرفي، والاجتماعي، والعاطفي

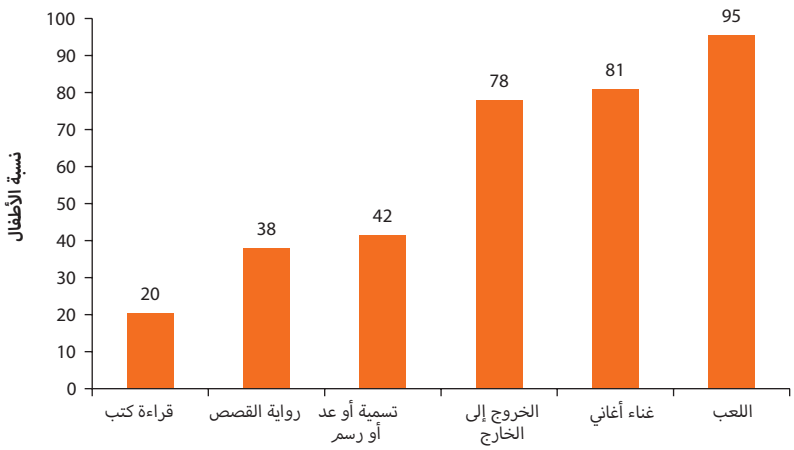
على الرغم من أنه تم إثبات أن اللعب والتفاعل هما مكونان مهمان لتنمية الطفولة المبكرة، لايزال الأطفال في الضفة الغربية وقطاع غزة تفوتهم هذه الفرص للنمو النفسي والاجتماعي. في المسح، تم سؤال القائمين على رعاية الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 0-4 سنوات إذا ما قام البالغون في الأسرة بالمشاركة في أي نشاط من ستة أنشطة مختلفة تدعم تطور الطفل.[7] وأظهرت النتائج أنه في عام 2006، فقط نصف (47 في المائة) من الأطفال شاركوا في أربعة

أنشطة تنموية أو أكثر، و2 في المائة من الأطفال لم يشاركوا في أي من الأنشطة. ولمقارنة ذلك مع عام 2010، نقوم بالتركيز على الأعمار من 3 إلى 4 لأنه في عام 2010، هذه البيانات متاحة فقط للأطفال بين سن 3 و 4 سنوات. و في عام 2006، حوالي ثلثي (68 في المائة) من الأطفال بين سن 3 و 4 سنوات اختبروا 4 أنشطة تنموية أو أكثر، وفي عام 2010 انخفض هذا المعدل إلى 58 في المائة، ويعد هذا تدهوراً كبيراً في التنمية الاجتماعية، والعاطفية، والمعرفية المبكرة للطفل (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2013).

وفي حين أن كافة الأنشطة مهمة للتطور الاجتماعي والعاطفي، فإن القراءة، وتسمية الأشياء، والعد، والرسم بها مكون تعليمي ومعرفي هام. والأنشطة الأكثر شيوعاً في عام 2006 كانت اللعب (95 في المائة)، والغناء (81 في المائة) وأخذ الأطفال إلى الخارج (78 في المائة) (الشكل 14-3). والنشاط الأقل ملاحظة كان قراءة الكتب، حيث فقط 20 في المائة من الأطفال تم قراءة كتب لهم (أو كتب مصورة). وتسمية الأشياء، والعد أو الرسم (42 في المائة) ورواية القصص (38 في المائة) لم تكن أيضاً أنشطة شائعة. والعائلات في الضفة الغربية وقطاع غزة تتفاعل اجتماعياً وعاطفياً مع أطفالها بشكل عام؛ إلا أنه لايزال هناك مجال لتحسين التطور المعرفي للأطفال، ولاسيما من حيث القراءة أو أنشطة مثل تسمية الأشياء، والعد والرسم.

وتشير الأدلة إلى أن رعاية وتعليم الطفولة المبكرة تحسن التطور المعرفي والاجتماعي والعاطفي، مع فوائد يمكن أن تدوم مدى الحياة. في الضفة الغربية وقطاع غزة في عام 2006، فقط ثلث (34 في المائة) من الأطفال بين سن 3 و 4 سنوات التحقوا ببرنامج لرعاية وتعليم الطفولة المبكرة. والالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة كان أكثر شيوعاً بين الأطفال في عمر أربع سنوات (54 في المائة) عن الأطفال في عمر ثلاث سنوات (15في المائة). و في عام 2006،

الشكل 14-3: نسبة الأطفال الذين يمارسون أنشطة تنموية حسب النشاط، الأعمار 0-4



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح الفلسطيني لصحة الأسرة، 2006.

تم طرح السؤال بشأن جميع أنواع رعاية وتعليم الطفولة المبكرة، بما في ذلك الرعاية في الحضانات. وفي عام 2010، تم طرح سؤال أكثر تحديداً عن برامج تعليم الطفولة المبكرة. و نسبياً عدد ضئيل من الأطفال (15 في المائة) بين سن 3 و 4 سنوات التحقوا بمثل هذه البرامج في الضفة الغربية وقطاع غزة(الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2013).

وتحد آخر يعوق التنمية الصحية للأطفال هو التأديب العنيف. وتأديب الطفل هو جزء هام من تربيته. إلا أن البحث وجد أن التأديب العنيف يؤثر سلباً على التطور البدني، والنفسي، والاجتماعي للطفل (اليونيسف 2010). والتأديب العنيف للطفل[8] شائع في الضفة الغربية وقطاع غزة. ووفقاً لبيانات مسح عام 2006، فإن تقريباً كل (96 في المائة) من الأطفال بين سن سنتين إلى خمس سنوات تعرضوا لنوع من أنواع التأديب العنيف. على الرغم من أن الضرب بأداة (15 في المائة) والتسبب بصدمة (6 في المائة) لم يكن شائعاً نسبياً، إلا أن الصياح/الصراخ على الطفل (93 في المائة)، والضرب باليد (78 في المائة)، ونعت الطفل بالغبي كان شائعاً جداً (50 في المائة).وكان هناك انخفاض طفيف في عام 2010، ولكن تبقى معدلات التأديب العنيف مرتفعة جداً، مع تأديب 92 في المائة من الأطفال بين سنتين وأربع سنوات بشكل عنيف (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2013).

العوامل الرئيسية التي تؤثر على تنمية الطفولة المبكرة

عدد من السمات الأساسية على مستوى الطفل، والعائلة، والمجتمع تؤثر على محصلات تنمية الطفولة المبكرة: النوع الاجتماعي، وتعليم الآباء، والوضع الاجتماعي والاقتصادي (الثروة)،[9]. 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.

البقاء والصحة والتغذية

إن الخصائص الأساسية تربطها علاقة معقدة بمعدل وفيات الأطفال الرضع بالضفة الغربية وقطاع غزة كما في عام 2006. ولا يوجد نمط واضح في العلاقة بين وفيات الأطفال حديثي الولادة والثروة. ومعدل وفيات الأطفال الرضع يقل بنسبة ضئيلة فقط في الخمس الأكثر ثراء من الأسر عنه في الخمس الأفقر من الأسر. ولا يوجد اختلافات ملحوظة قائمة على تعليم رب الأسرة ولايوجد فروقات كبيرة حسب الموقع الجغرافي. في الواقع، عند ملاحظة نماذج وفيات الأطفال الحديثي الولادة والأطفال الرضع استناداً على خصائص الخلفية، فإنه لا يوجد علاقة ذات أهمية إحصائية.[10]

إن معدل استخدام رعاية ما قبل الولادة مرتفع بشكل عام ويصل إلى 99 في المائة، لكنه يبين بعض الاختلافات حسب الثروة والتعليم والجغرافيا. في حين أن 99 في المائة من الولادات في الخمس الأكثر ثراء قد تلقت رعاية ما قبل الولادة، فإن 97 في المائة فقط من الولادات في الخمس الأفقر من الأسر قد تلقت ذلك. والاختلافات القائمة على التعليم كانت أكبر بعض الشيء، حيث 99 في المائة من الأمهات الحاصلات على تعليم عالٍ حصلن على رعاية ما قبل الولادة مقارنة ب 93 في المائة فقط للأمهات الأميات و96 في المائة للأمهات اللواتي يمكنهن القراءة والكتابة فقط. حققت الولادات في مخيمات اللاجئين في واقع الأمر أعلى نسبة من رعاية ما قبل الولادة - حيث بلغت 100 في المائة تقريباً - بينما بلغت النسبة في المناطق الحضرية 98 في المائة فقط. وبعد أخذ خصائص أخرى بعين الاعتبار، كان استخدام رعاية ما قبل الولادة في الخمس الرابع والخمس الأكثر ثراء من الأسر أعلى بكثير مقارنة بالخمس الأفقر من

الأسر. والأمهات الحاصلات على تعليم أعلى، كان من المرجح جداً أن يحصلن على رعاية ما قبل الولادة. ووجود الطفل في منطقة ريفية أو في مخيم للاجئين يزيد إلى حدٍ كبير من فرصة تلقي رعاية ما قبل الولادة مقارنة بالمناطق الحضرية، كما هو الحال في قطاع غزة، بعد أخذ خصائص أخرى بعين الاعتبار.

إن استخدام قابلات ماهرات كان مرتفعا بشكل عام –98 في المائة. ولا يوجد فروقات واضحة في استخدام رعاية ماهرة أثناء الولادة حسب الثروة أو مستوى التعليم. والفرق الأكبر كان من حيث منطقة الإقامة، مع معدلات لرعاية ماهرة أثناء الولادة بلغت 100 في المائة في قطاع غزة، بينما كانت 97 في المائة في الضفة الغربية. وبعد أخذ خصائص أخرى بعين الاعتبار، كانت معدلات الولادة على يد قابلات ماهرات أعلى في قطاع غزة عنها في الضفة الغربية. كما زاد استخدام رعاية ماهرة أثناء الولادة بشكل كبير حسب المستوى التعليمي للشريك، ولكن لم يكن هناك فروقات مهمة حسب مستوى تعليم الأم.

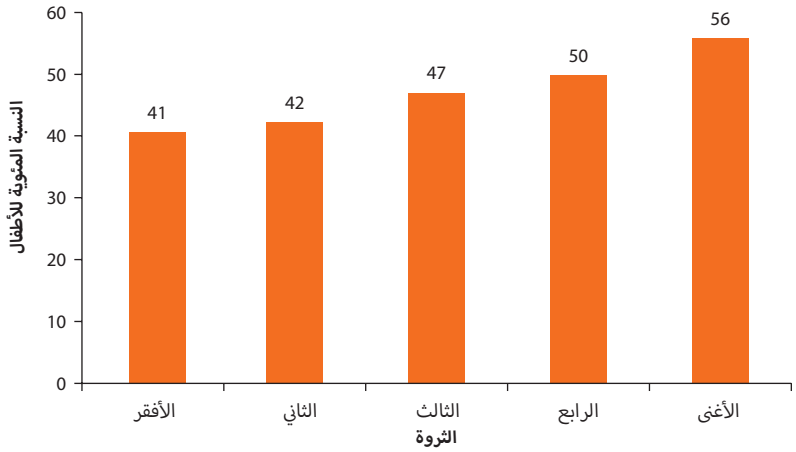
ويُظهر التقزم في الضفة الغربية وقطاع غزة بعض الاختلافات استناداً إلى الثروة، مما يشير إلى أن كلاً من الفقر والمشاكل في الصحة العامة ونوعية التغذية تؤدي إلى التقزم. على سبيل المثال، الطفل من الخُمس الأفقر من الأسر لديه فرصة تصل إلى 16 في المائة بأن يصاب بالتقزم، بينما الطفل من الخمس الأكثر ثراء من الأسر فرصته 10 في المائة. الاثنان لديهما فرص عالية في التقزم، ولكن هناك فرق واضح استناداً إلى الثروة. كما لوحظت فروقات مشابهة حسب مستوى تعليم الوالدين. وهناك اختلافات ملحوظة في معدلات التقزم حسب الموقع الجغرافي، مع 10 في المائة معدل تقزم الأطفال في الضفة الغربية و15 في المائة في غزة. وهناك تنوع كبير لمعدلات التقزم حسب المحافظة: فمعدل التقزم في طولكرم هو 5 في المائة، في حين كان 33 في المائة في شمال غزة. وبعد أخذ خصائص أخرى بعين الاعتبار، كان احتمال إصابة الأطفال بالتقزم أقل بكثير في حالة كانوا يعيشون في مخيم للاجئين، ولكن أكثر ترجيحاً أن يصابوا بالتقزم إذا كانوا يعيشون فيقطاع غزة مقارنة بالضفة الغربية. والتقزم كان أقل بكثير في كل المستويات الأخرى من الثروة لدى المقارنة بالخمس الأفقر من الأسر. وعلاوة على ذلك، كان التقزم أقل بكثير بين الأطفال من أمهات حاصلات على تعليم ثانوي أو عالٍ.

إن معدل استخدام الملح المعالج باليود كان مرتفعا بشكلٍ عام - حيث بلغ 87 في المائة في عام 2006، على الرغم من أن هذا المعدل انخفض بشكل طفيف في عام 2010. وتوفر الملح المعالج باليود يختلف قليلاً حسب الخلفية. والأطفال الذين يعيشون في مخيمات اللاجئين كان لديهم فرصة أعلى بقليل في أن يحصلوا على ملح معالج باليود مقارنة بالأطفال في المناطق الحضرية (90 في المائة مقابل 87 في المائة). وفرصة استخدام الأسرة للملح المعالج باليود كانت أعلى بشكل بسيط مع ارتفاع المستوى التعليمي للأم والأب. وهناك تباين معتدل في استخدام الملح المعالج باليود حسب المحافظات، ويتراوح بين 83 في المائة إلى 98 في المائة. إلا أن التباين في حصول الأطفال على ملح معالج باليود استناداً على خصائص الخلفية غير مهم إحصائياً بشكل عام.

التطور المعرفي والاجتماعي والعاطفي

الأطفال من أفقر مستويين للثروة، هم أقل احتمالا في ممارسة أربعة أنشطة تنموية (41 – 42 في المائة)، لاسيما بالمقارنة بأطفال من الخمس الأكثر ثراء من الأسر، الذين لديهم فرصة تصل إلى 56 في المائة (الشكل رقم 14-4). إن تفاعل الوالدين مع أطفالهم الصغار وكذلك تعزيز تنميتهم في وقت مبكر، يعدان من العناصر المهمة لتنمية الطفولة المبكرة. وينبغي أن يولى الأطفال رعاية وتنمية والدية متساوية بغض النظر عن خلفياتهم، غير أنه في عام 2006، في الضفة الغربية وقطاع غزة، كانت هناك اختلافات ملحوظة بين الأطفال الذين يمارسون أربعة أنشطة تنموية على الأقل حسب الخلفية. وتظهر أكبر الزيادات في الخمس الثاني والثالث من الأسر (5 نقاط مئوية) وفي

الشكل 14-4: نسبة الأطفال الذين يمارسون أنشطة تنموية حسب الثروة، الأعمار من 0 إلى 4 سنوات

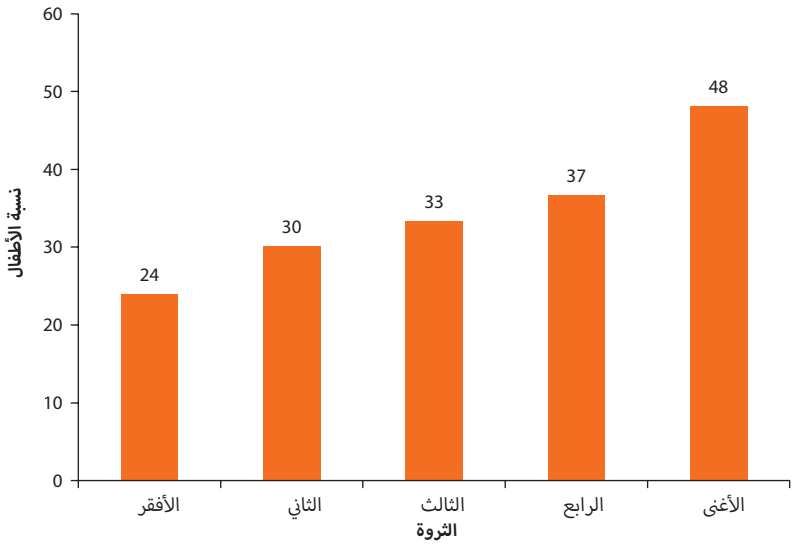


المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح الفلسطيني لصحة الأسرة، 2006.

الخمس الرابع والخمس الأكثر ثراء (6 نقاط مئوية). ولوحظ وجود اختلافات مماثلة حسب مستوى تعليم الأبوين. ويقل احتمال ممارسة الأطفال في مخيمات اللاجئين أنشطة تنموية (45 في المائة)، مقارنة بأقرانهم في المناطق الحضرية (47 في المائة) أو الريف (48 في المائة). ويقل احتمال ممارسة الأطفال في قطاع غزة أنشطة تنموية (44 في المائة) مقارنة بأقرانهم في الضفة الغربية (49 في المائة). وبعد أخذ الخصائص الأخرى في الاعتبار، وجد أن الأطفال في قطاع غزة أقل احتمالا بممارسة أربعة أنشطة تنموية على الأقل مقارنة بالضفة الغربية. واحتمال ممارسة الأطفال أربعة أنشطة تنموية زاد إلى حدٍ كبير مع ازدياد الثروة، فضلاً عن الأمهات الحاصلات على تعليم ثانوي أو أعلى، غير أن ذلك لا ينطبق على الآباء.

في الضفة الغربية وقطاع غزة، الأطفال من الخلفيات الأوفر حظاً هم الذين يلتحقون برعاية وتعليم الطفولة المبكرة، على الرغم من أن التعليم المبكر له فوائد جمة على الأطفال المحرومين والمستضعفين (الشكل 14-5). وفي حين أن الطفل بعمر 3-4 سنوات من الخمس الأفقر من الأسر لديه فرصة 24 في المائة بالالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة، فإن الطفل من الخمس الأكثر ثراء من الأسر لديه ضعف هذه الفرصة للقيام بذلك (48 في المائة). وأكبر فروقات في معدلات الالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة هي عند مقارنة رابع 20 في المائة من الأسر (37 في المائة) مع الأكثر ثراء (48 في المائة). وهذه الاختلافات تراكم من العجز حسب الثروة في مجالات أخرى من التنمية المبكرة، مثل ممارسة أنشطة تنموية (انظر إلى الشكل 14-4). ويلاحظ وجود اختلافات مشابهة أو أقل حسب تعليم الوالدين. وبعد أخذ خصائص الأخرى بعين الاعتبار، فإن الأطفال في المناطق الريفية كانوا أقل احتمالاً بكثير بالالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة كما هو الحال بالنسبة للأطفال من قطاع غزة. ويزداد الاتحاق برعاية و تعليم الطفولة المبكرة بشكل كبير مع الثروة، فضلاً عن تعليم الأم (وليس الأب).

الشكل 14-5: الحضور في رعاية وتعليم الطفولة المُبكِرة حسب الثروة، الأعمار 3-4 سنوات



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح الفلسطيني لصحة الأسرة، 2006.

والتأديب العنيف للطفل منتشر على نطاقٍ واسع دون اختلافات كبيرة حسب الخلفية. واحتمال تعرض الأطفال للتأديب العنيف كان أعلى بقليل في قطاع غزة (97 في المائة) عنه في الضفة الغربية (95 في المائة). وكان هذا أيضاً الاختلاف الوحيد الهام إحصائياً ،بعد أخذ خصائص أخرى بعين الاعتبار.

يواجه الأطفال فرصاً غير متكافئة فيما يتعلق بالتنمية الصحية

يواجه الأطفال في الضفة الغربية وقطاع غزة فرصًا غير متكافئة في التنمية الصحية استنادا إلى عوامل خارجة عن إراداتهم. ولقياس مدى عدم التكافؤ، يقوم التحليل باحتساب (أ) نسبة الفرص التي كان ينبغي توزيعها بشكل مختلف من أجل إحداث تساوٍ في الفرص لكل مؤشر من مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة، (ب) فرصة أن تكون هذه الاختلافات قد حدثت حسب التنوع العشوائي (الجدول 14-1). بالنسبة لرعاية ما قبل الولادة وأثناء الولادة، لا يوجد تقريباً عدم تكافؤ في الفرص، على الرغم من أن الاختلافات في الرعاية الماهرة أثناء الولادة استناداً إلى الخلفية ليست ناتجة عن المصادفة. وهناك عدم تكافؤ من حيث النمو البدني الصحي؛ و13.4 في المائة من فرص الإصابة بالتقزم كان ينبغي توزيعها بشكل مختلف من أجل أن يكون هناك تساوٍ في الفرص.

هناك عدم تكافؤ في الفرص فيما يتعلق بالتطور المعرفي المبكر، وممارسة أنشطة تنموية ولا سيما الالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المبكرة يظهران عدم تكافؤ في الفرص: 12.1 في المائة من فرص الالتحاق برعاية وتنمية الطفولة المبكرة هناك حاجة إلى توزيعها بشكل مختلف لكي يتحقق للإطفال تكافؤ في الفرص. وهناك عدم تكافؤ في فرص التأديب العنيف. وبما أنه لم يكن هناك فروقات مهمة في الوفيات المبكرة أو في الوصول إلى الملح المعالج باليود، عند مراعاة خصائص متعددة، فإن هذه المحصلات يمكن أيضًا اعتبارها موزعة توزيعًا عادلاً.

الجدول 14-1 النسبة المئوية للفرص التي ينبغي إعادة توزيعها

	(مؤشر الاختلاف)
رعاية ما قبل الولادة	0.5
قابلة ماهرة عند الولادة	*0.8
مصابون بالتقزم	**13.4
أنشطة تنموية	**5.7
التأديب العنيف	0.8
الرعاية والتعليم لمرحلة الطفولة المبكرة	**12.1

المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح الفلسطيني لصحة الأسرة ، 2006.
ملاحظات: * = احتمال< 5 في المائة، ** = احتمال <1 في المائة، *** = احتمال <0.1 في المائة

الجدول 14-2 مساهمات الخصائص الأساسية في عدم المساواة

نسبة مئوية

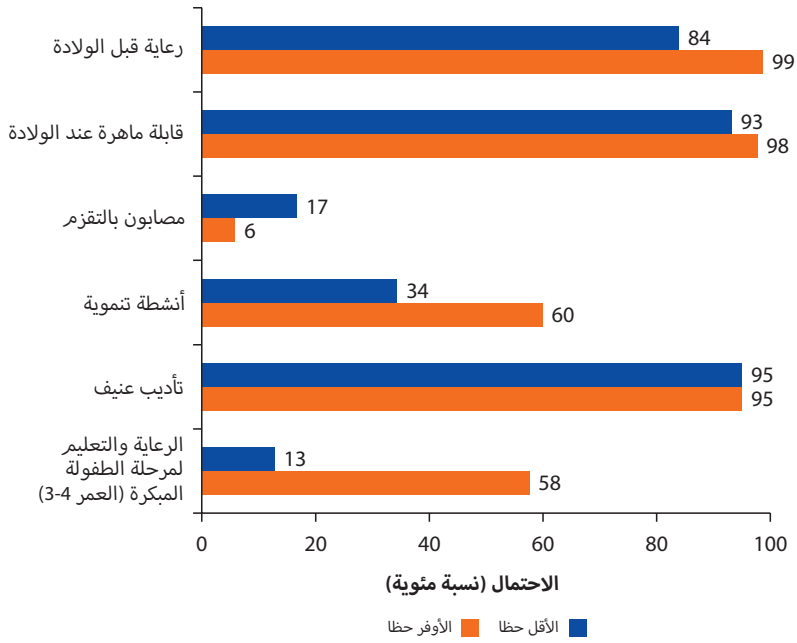
	الثروة	*مستوى تعليم الأم*	*مستوى تعليم الأب*	*محل الإقامة*	*المنطقة*	*جنس الطفل*
رعاية ما قبل الولادة	21.5	23.9	17.5	21.6	15.6	لا ينطبق
قابلة ماهرة عند الولادة	6.1	5.2	7.9	5.7	75.0	لا ينطبق
مصابون بالتقزم	17.7	11.2	5.0	10.8	51.9	3.4
الأنشطة التنموية	48.2	23.7	12.1	2.8	11.9	1.2
التأديب العنيف	23.7	17.8	6.7	8.3	40.9	2.7
الرعاية والتعليم لمرحلة الطفولة المبكرة	32.0	41.8	20.9	1.5	3.7	0.1

المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح الفلسطيني لصحة الأسرة ، 2006.
ملاحظة: تحليلات شيبلي لمؤشر الاختلاف.

والثروة، وتعليم الأم والموقع الجغرافي تشكل أكبر المساهمات في الفرص غير المتكافئة للأطفال. ويبين الجدول 14-2، كنسب مئوية، المساهمات المختلفة للظروف في عدم تكافؤ المحصلات المختلفة. وتلعب الثروة بشكل خاص دوراً كبيراً في الأنشطة التنموية ورعاية وتعليم الطفولة المبكرة، وتساهم ما بين النصف والثلث في عدم التكافؤ في كل واحد من هذه المقاييس. وتعليم الأم مهم بشكل خاص في الأنشطة التنموية، ورعاية وتعليم الطفولة المبكرة، مما يساهم بشكل كبير في عدم المساواة في هذه المؤشرات. ويلعب تعليم الأب دوراً صغيراً ولكن مهماً في عدم التكافؤ في هذه المحصلات أيضاً. والاختلافات في مكان الإقامة (الحضر، أو الريف، أو مخيم لاجئين) تساهم قليلاً في عدم المساواة، ولكن الاختلافات الإقليمية مهمة، لاسيما في عدم التكافؤ في التقزم. ويساهم النوع الاجتماعي للمولود بشكل محدود جدا في عدم التكافؤ.

ويميل الأطفال إلى أن يكونوا أوفر حظا أو أقل حظا بصورة دائمة عبر مجموعة من الأبعاد المختلفة لتنمية الطفولة المبكرة، وقد يواجهون فرصاً حياتية مختلفة جداً استناداً إلى بعض الخصائص فقط. الطفولة المبكرة هي عندما تنتقل حلقات الفقر وعدم التكافؤ عبر الأجيال. إذا رصدنا طفلا يعيش في أفقر 20 في المائة من الأسر و من أبوين غير متعلمين (طفل أقل حظاً) وقارنا بينه وبين طفل أبواه حاصلان على تعليم ثانوي أو أعلى، ومن أغنى 20 في المائة من الأسر (طفل أكثر حظاً)، نجد أن لديهما فرصا مختلفة جداً في تنمية طفولة مبكرة صحية.[11] ويبين الشكل 14-6 فرص (الفرصة التي يمكن التنبؤ بها) لمؤشرات مختلفة لتنمية الطفولة المبكرة (استناداً إلى الانحدارات) لهؤلاء الأفراد "الأقل حظاً" و"الأكثر حظاً". الجدير بالذكر أن نماذج وفيات الأطفال حديثي الولادة ووفيات الأطفال الرضع، والوصول إلى ملح معالج باليود تظهر أن خصائص الخلفية ليس لها أهمية إحصائية في شرح فرص تنمية الطفولة المبكرة في

الشكل 14-6: حالات المحاكاة للأوفر حظا والأقل حظا



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح الفلسطيني لصحة الأسرة، 2006.
ملاحظة: نظرًا لأن نماذج وفيات حديثي الولادة، ووفيات الرضع، والملح المضاف إليه اليود لا تتضمن قدرة تفسيرية، لم يتم إجراء نماذج محاكاة للأوفر حظا والأقل حظا.

هذه الأبعاد. و يشير ذلك إلى أن الأطفال لا يواجهون فرصا غير متكافئة في الوفاة المبكرة أو الوصول إلى ملح معالج باليود استناداً إلى خلفياتهم. أما بالنسبة لجميع المؤشرات الأخرى، يواجه الطفل الأقل حظًا تنمية طفولة مبكرة أقل.

ولدى المقارنة بين الأطفال الأقل والأكثر حظاً، نجد أن الفجوة في رعاية ما قبل الولادة هي 15نقطة مئوية، والفجوة في الرعاية الماهرة أثناء الولادة هي 5 نقاط مئوية. أما من حيث التغذية، فإن الطفل الأقل حظاً أكثر عرضة للتقزم بثلاث مرات– فرصة تقزم 17في المائة مقارنة ب6 في المائة للطفل الأكثر حظًا. وهناك فجوة تصل إلى 26 نقطة مئوية بشأن احتمال ممارسة الطفل أربعة أنشطة تنموية على الأقل. وأكبر فرق هو في الالتحاق برعاية وتعليم الطفولة المكبرة، حيث يحظى الطفل الأقل حظًا بفرصة التحاق تصل إلى 13 في المائة، في حين يكون الطفل الأكثر حظاً 58 في المائة - أي يزيد بأكثر من أربع مرات. والطفل الأقل حظاً متساوٍ تقريباً من حيث التعرض للتأديب العنيف مثل الطفل الأكثر حظاً، مع فرق أقل من نقطة مئوية واحدة.

الخاتمة

على الرغم من بعض النجاحات في مجال تنمية الطفولة المبكرة، لايزال الأطفال في الضفة الغربية وقطاع غزة يواجهون عدداً من أوجه القصور المختلفة في تنميتهم المبكرة. المحصلات المبكرة في مجال الصحة جيدة، مع معدلات مرتفعة لرعاية ما قبل الولادة والرعاية الماهرة أثناء الولادة ومعدلات منخفضة في الوفيات (كما في عام 2010). إلا أن التقزم

يبقى مشكلة كبيرة. كما يواجه الأطفال عدداً كبيراً من التهديدات تتعلق بتطورهم الاجتماعي والعاطفي، والمعرفي المبكر. والتأديب العنيف شامل تقريباً، ولكن فقط نصف الأطفال يمارسون أنشطة تنموية، وفقط الثلث يلتحقون برعاية وتعليم الطفولة المبكرة. كما أن عدم التكافؤ خلال السنوات الأولى يعد مشكلة في الضفة الغربية وقطاع غزة، ولا سيما فيما يتعلق بالتقزم، والأنشطة التنموية ورعاية وتعليم الطفولة المبكرة. ويواجه الأطفال فرصا غير متكافئة في التنمية المبكرة،حسب ظروفهم. ومن المهم إيلاء المزيد من الاهتمام لمعالجة هذاالعجز لضمان تطور الأطفال بشكل كامل وضمان أن يكون لديهم فرص متساوية في التنمية الصحية في السنوات الأولى من الحياة.

الملحق 14أ: البيانات

مجموعة البيانات

يستخدم التحليل بيانات مستعرضة عن رفاهة النساء والأطفال تم جمعها في الضفة الغربية وقطاع غزة من خلال المسح الفلسطيني لصحة الأسرة (PFHS) خلال 2007/2006. وتضمن هذا المسح استبيانا للأسرة ضم خصائص أساسية هامة عن الأفراد والأسر. كما تضمن استبيانا للمرأة التي سبق لها الزواج بين سن 15– 54، مما يعكس معلومات عن عناصر هامة في تنمية الطفولة المبكرة مثل رعاية ما قبل الولادة، والمساعدة الماهرة أثناء ولادة الأطفال. ويتم جمع بيانات الوزن والطول للأطفال دون سن الخامسة. والمسح مُمثل على الصعيد الوطني، ويشمل بيانات تسمح بتحليل العلاقة بين تنمية الطفولة المبكرة ومؤشرات الطفل والأسرة في داخل الضفة الغربية وقطاع غزة. يرجى الرجوع إلى الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني (2007) للحصول على المزيد من المعلومات عن التقرير النهائي للمسح.

العينة

مجموعة بيانات المسح الفلسطيني لصحة الأسرة (PFHS) 2007/2006 للضفة الغربية وقطاع غزة ضمت عينات من 11509 أسر، و 9785 امرأة سبق لها الزواج بين سن 15-54 و 10107 أطفال دون سن الخامسة. والتحليل في هذا الموجز يتم تقييمه ليكون ممثلاً على المستوى الوطني. وأحجام العينة (N) في كل جدول من الجداول قائمة على العدد غير المرجح من المشاهدات في البيانات.

الملحق 14ب: المؤشرات حسب الخصائص الأساسية

الجدول 14ب-1 المؤشرات حسب الخصائص الأساسية

	رعاية قبل الولادة من قبل كوادر صحية مدربة	قابلة ماهرة عند الولادة	وفيات الشهر الأول	وفيات السنة الأولى	مصابون بالتقزم	الطول بالنسبة للعمر (انحراف معياري)	الملح المعالج باليود	الرعاية والتعليم لمرحلة الطفولة المبكرة	أنشطة تنموية	تأديب عنيف	نسبة الأطفال 0 – 4
النوع الاجتماعي											
ذكر			2.2	3.0	12.3	–0.45	87.2	34.5	46.4	95.7	51.1
أنثى			1.9	3.0	11.3	–0.44	88.3	33.6	47.3	95.4	48.9
الثروة، 20 في المائة من الأسر											
الأفقر	97.2	97.3	2.1	3.7	15.6	–0.70	87.6	24.0	40.6	96.7	20.0
في المرتبة الثانية	98.5	97.7	2.2	3.0	10.8	–0.49	86.9	30.1	42.2	95.4	21.0
في المرتبة الثالثة	98.7	98.2	1.6	2.4	10.3	–0.44	87.2	33.3	47.0	95.1	21.8
في المرتبة الرابعة	98.9	97.9	2.5	2.9	12.4	–0.36	88.5	36.7	49.8	96.8	19.8
الأغنى	99.1	97.3	1.8	2.8	9.8	–0.18	88.6	48.1	55.8	93.6	17.5
تعليم المرأة											
أمية	93.0	97.9									
تقرأ وتكتب	96.4	96.5									
ابتدائي	98.2	97.5									
إعدادي	98.5	97.6									
ثانوي	99.2	97.9									
متوسط	99.1	97.9									
تعليم عالٍ	99.3	98.6									
تعليم الشريك											
أمي	94.6	94.2									
يقرأ ويكتب	97.5	97.2									

يستكمل في الصفحة التالية

الجدول 14ب-1 المؤشرات حسب الخصائص الأساسية *(تابع)*

	رعاية قبل الولادة من قبل كوادر صحية مدربة	*قابلة ماهرة عند الولادة*	*وفيات الشهر الأول*	*وفيات السنة الأولى*	*مصابون بالتقزم*	*الطول بالنسبة للعمر (انحراف معياري)*	*الملح المعالج باليود*	*الرعاية والتعليم لمرحلة الطفولة المبكرة*	*أنشطة تنموية*	*تأديب عنيف*	*نسبة الأطفال 0 – 4*
ابتدائي	98.2	97.7									
إعدادي	98.5	97.6									
ثانوي	99.2	97.4									
متوسط	99.3	98.1									
تعليم عالٍ	98.7	98.6									
مفقود/ غائب/ غير معروف	95.9	100.0									
تعليم رب الأسرة											
أمي			2.1	3.1							
ابتدائي			1.8	2.8							
+ثانوي			2.1	3.0							
تعليم الأم											
أمية أو تقرأ وتكتب					15.9	−0.66	87.8	19.7	38.4	95.2	6.9
أساسي					12.1	−0.49	87.3	30.1	44.9	95.8	57.1
ثانوي / دبلوم					11.2	−0.40	88.0	42.1	50.6	95.2	27.6
تعليم عالٍ					7.8	−0.05	89.3	51.8	54.2	96.7	8.0
مفقود/غائب/غير معروف					21.8	−0.72	97.3	33.3	51.9	81.1	0.4
تعليم الأب											
أمي أو يقرأ ويكتب					14.1	−0.72	86.3	24.3	38.9	96.9	8.8
أساسي					11.9	−0.48	86.8	30.7	45.9	95.4	51.2
ثانوي / دبلوم					12.3	−0.38	88.4	37.4	48.5	95.1	25.3
تعليم عالٍ					9.7	−0.24	90.8	47.0	52.1	96.4	13.1
مفقود/غائب/غير معروف					6.1	−0.42	89.9	42.3	50.6	92.3	1.5

يستكمل في الصفحة التالية

الجدول 14ب-1 المؤشرات حسب الخصائص الأساسية *(تابع)*

	رعاية قبل الولادة من قبل كوادر صحية مدربة	*قابلة ماهرة عند الولادة*	*وفيات الشهر الأول*	*وفيات السنة الأولى*	*مصابون بالتقزم*	*الطول بالنسبة للعمر (انحراف معياري)*	*الملح المعالج باليود*	*الرعاية والتعليم لمرحلة الطفولة المبكرة*	*أنشطة تنموية*	*تأديب عنيف*	*نسبة الأطفال 0 – 4*
الإقامة											
حضر	98.1	97.7	2.0	3.0	12.7	–0.47	86.5	34.3	46.6	95.7	54.8
ريف	98.5	97.3	2.0	2.8	10.3	–0.42	88.9	33.3	48.2	94.9	27.2
مخيمات اللاجئين	99.7	98.4	2.3	3.0	11.4	–0.41	89.7	34.5	45.3	96.0	18.0
الإقليم											
الضفة الغربية	98.1	96.5	1.9	2.8	9.6	–0.34	88.0	32.6	48.8	94.4	58.1
قطاع غزة	99.0	99.5	2.2	3.3	14.7	–0.58	87.3	36.2	44.0	97.1	41.9
المحافظات											
جنين	98.6	94.8			8.0	–0.42	94.4	35.4	45.8	95.1	5.5
طوباس	94.7	96.3			7.2	–0.32	94.2	30.7	43.7	86.7	1.1
طول كرم	98.4	96.6			4.8	–0.11	88.0	45.3	55.4	92.9	3.9
نابلس	99.1	98.8			7.7	–0.34	82.7	34.4	50.7	96.9	7.8
قلقيلية	97.3	95.3			6.2	–0.10	93.4	36.9	40.4	87.7	2.4
سلفيت	99.2	93.7			11.7	–0.32	98.1	50.4	53.8	97.4	1.9
رام الله والبيرة	98.0	99.1			9.3	–0.28	89.8	40.9	62.6	94.8	7.1
أريحا والأغوار	99.2	99.2			14.0	–0.25	84.6	36.7	39.8	99.2	1.1
القدس	97.7	90.2			12.0	–0.28	86.8	35.7	52.9	96.0	8.5
بيت لحم	98.9	99.7			5.8	–0.10	90.1	35.2	48.9	91.0	3.9
الخليل	97.6	98.0			12.6	–0.52	85.3	17.5	40.4	94.5	14.8
شمال قطاع غزة	98.7	99.5			33.2	–1.32	92.1	26.5	39.2	96.2	7.8
قطاع غزة	98.5	99.2			9.6	–0.40	83.8	41.9	42.6	98.2	15.9

يستكمل في الصفحة التالية

الجدول 14ب-1 المؤشرات حسب الخصائص الأساسية *(تابع)*

	رعاية قبل الولادة من قبل كوادر صحية مدربة	*قابلة ماهرة عند الولادة*	*وفيات الشهر الأول*	*وفيات السنة الأولى*	*مصابون بالتقزم*	*الطول بالنسبة للعمر (انحراف معياري)*	*الملح المعالج باليود*	*الرعاية والتعليم لمرحلة الطفولة المبكرة*	*أنشطة تنموية*	*تأديب عنيف*	*نسبة الأطفال 0 - 4*
دير البلح	100.0	99.6			10.5	–0.36	82.7	24.3	44.6	95.6	5.6
خان يونس	99.3	99.8			12.8	–0.49	88.2	44.0	48.8	96.8	7.5
رفح	99.3	99.7			9.7	–0.32	94.9	33.9	48.0	97.2	5.1
المجموع	98.5	97.7	2.1	3.0	11.8	–0.44	87.7	34.1	46.8	95.5	100.0
N (ملاحظات)	6,342	6,323	8,526	8,526	9,236	9,236	12,135	3,952	10,105	2,796	

المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح الفلسطيني لصحة الأسرة، 2006

ملاحظة: بيانات على مستوى المحافظة لوفيات حديثي الولادة والرضع، ورعاية وتعليم الطفولة المبكرة، وعمالة الأطفال تم حذفها بسبب صغر حجم العينة أو انخفاض النسب. والخانات الخالية تعني لا ينطبق أو غير متوفر.

الملحق 14ج: العلاقة بين مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة والمعلومات الأساسية، عند أخذ الخصائص الأساسية المتعددة في الاعتبار

الجدول 14 ج-1 العلاقة بين مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة والخصائص الأساسية المتعددة

	رعاية ما قبل الولادة	*الولادة*	*الملح المعالج باليود*	*الرعاية والتعليم لمرحلة الطفولة المبكرة*	*مصابون بالتقزم*	*وفيات حديثي الولادة*	*وفيات الرضع*	*أنشطة تنموية*	*تأديب عنيف*
أنثى									
الإقامة									
الريف	+			+					
مخيمات اللاجئين	+		+		–				
قطاع غزة	+	+		+	+			–	+
الثروة، 20 في المائة من الأسر									
في المرتبة الثانية				+	–				
في المرتبة الثالثة				+	–	–		+	
في المرتبة الرابعة	+			+	–			+	
الأعلى	+			+	–			+	
تعليم المرأة									
تقرأ / تكتب			لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق
ابتدائي			لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق
إعدادي	+		لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق
ثانوي	+		لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق
متوسط	+		لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق
تعليم عالٍ	+		لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق
تعليم الشريك									
يقرأ / يكتب			لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق
ابتدائي		+	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق
إعدادي		+	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق
ثانوي			لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق
متوسط		+	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق
تعليم عالٍ		+	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق
مفقود/غائب/غير معروف		+	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق
تعليم الأم									
أساسي	لا ينطبق	لا ينطبق		+		لا ينطبق	لا ينطبق		
ثانوي/ديبلوم	لا ينطبق	لا ينطبق		+	–	لا ينطبق	لا ينطبق	+	
تعليم عالٍ	لا ينطبق	لا ينطبق		+	–	لا ينطبق	لا ينطبق	+	
مفقود/غير معروف	لا ينطبق	لا ينطبق				لا ينطبق	لا ينطبق		–
تعليم الأب									
أساسي	لا ينطبق	لا ينطبق				لا ينطبق	لا ينطبق		
ثانوي/ديبلوم	لا ينطبق	لا ينطبق				لا ينطبق	لا ينطبق		
تعليم عالٍ	لا ينطبق	لا ينطبق	+			لا ينطبق	لا ينطبق		
مفقود/غير معروف	لا ينطبق	لا ينطبق			–	لا ينطبق	لا ينطبق		
تعليم رب الأسرة									
ابتدائي	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق			لا ينطبق	لا ينطبق
+ثانوي	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق			لا ينطبق	لا ينطبق

يستكمل في الصفحة التالية

الجدول 14 ج-1 العلاقة بين مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة والخصائص الأساسية المتعددة *(تابع)*

	رعاية ما قبل الولادة	*الولادة*	*الملح المعالج باليود*	*الرعاية والتعليم لمرحلة الطفولة المبكرة*	*مصابون بالتقزم*	*وفيات حديثي الولادة*	*وفيات الرضع*	*أنشطة تنموية*	*تأديب عنيف*
قيمة *P* (نموذج)	0.000	0.000	0.238	0.000	0.000	0.424	0.724	0.000	0.012
N (ملاحظات)	6,342	6,216	12,123	3,947	9,227	8,487	8,484	10,095	2,794
الجذر التربيعي الزائف	0.067	0.065	0.006	0.037	0.020	0.004	0.004	0.013	0.026

المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على المسح الفلسطيني لصحة الأسرة (PFHS)، 2006
ملاحظة: تشير الفراغات إلى عدم وجود علاقة إحصائية مهمة.

الحواشي

1. تحتسب كل من معدلات وفيات الرضع وحديثي الولادة بناء على وفيات من هم في عمر 12 إلى 59 شهرا قبل المسح.
2. يطرح مسح صحة الأسرة في الضفة الغربية وقطاع غزة، 2006 أسئلة بشأن الرعاية قبل الولادة فيما يخص الولادات الحية، في الخمس سنوات الماضية 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.
3. إما طبيب أو ممرضة/قابلة.
4. في حين أن تقارير سابقة (البنك الدولي 2011) أشارت إلى أن الضفة الغربية وقطاع غزة لديها واحدة من أفضل نتائج تغذية الطفل في العالم، فإن تقرير البنك الدولي (2011) استخدم بيانات مختلفة وأقدم للمقارنة. فوجود نسبة تقزم 12 في المائة، على الرغم من أنها نسبة جيدة للمنطقة استنادا لمستوى الدخل في الضفة الغربية وقطاع غزة، تظل قصورا جوهريا في تنمية الأطفال يتعين معالجته.
5. الوحدات الخاصة بالطول بالنسبة للعمر، والوزن بالنسبة للعمر، والوزن بالنسبة للطول تبين كيف أن الأطفال في الضفة الغربية وقطاع غزة هم مختلفون 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 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) تمضية وقت مع الطفل وهو يسمي الأشياء باسمها أو يعد أو يرسم أشياء
8. 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 بالغبي، والكسول، أو أي تسمية كهذه) العقاب الجسدي (هز الطفل؛ صفع على الكفل، ضرب أو صفع الطفل على المؤخرة بيده؛ ضرب الطفل على المؤخرة أو مكان آخر في جسده باستخدام أداة مثل الحزام، أو فرشاة الشعر، أو عصا، أو غرض آخر قاسٍ؛ ضرب أو صفع الطفل على يده، أو ذراعه أو رجله) والعقاب الجسدي القاسي (ضرب أو صفع الطفل على الوجه، أو الرأس أو الأذنين؛ ضرب الطفل بأداة (مرارا وتكرارا وبأقصى ما يمكن).
9. تعرف الثروة من حيث أي فئة 20 في المائة من الأسر يقع الطفل ضمنها، بناء على مؤشر أصول (ثراء) للسلع المعمرة.
10. نستخدم مستوى دلالة إحصائية بواقع 5 في المائة عبر الدراسة.
11. بما أنه لا يتوفر مكون نظامي واضح يتعلق بالاختلافات الجغرافية حضر/ريف/معسكر لاجئين، أو الضفة الغربية مقابل قطاع غزة، فإننا لا نُضمن مكونا جغرافيا في محاكاتنا؛ فهي تخص فئة مرجعية لطفل حضري يعيش في الضفة الغربية.

المراجع

Palestinian Central Bureau of Statistics. 2007. *Palestinian Family Health Survey 2006: Final Report*. Ramallah, Palestine.

———. 2013. *Final Report of the Palestinian Family Survey 2010*. Ramallah, Palestine.

UNDP (United Nations Development Programme). 2014. "Human Development Index." (accessed April 23, 2014) https://data.undp.org/dataset/Table-2-Human-Development-Index-trends/efc4-gjvq.

UNICEF (United Nations Children's Fund). 2010. *Child Disciplinary Practices at Home: Evidence from a Range of Low- and Middle-Income Countries*. New York: UNICEF.

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

World Bank. 2011. *Coping with Conflict? Poverty and Inclusion in the West Bank and Gaza*. Washington, DC: World Bank.

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