



EM/RC57/4

ش م/ل 4/57

أيلول/سبتمبر 2010

الأصل: بالعربية

اللجنة الإقليمية

لشرق المتوسط

الدورة السابعة والخمسون

البند 4 (ب) من جدول الأعمال

## ورقة تقنية

# الاستراتيجية الإقليمية للتغذية

2010 – 2019

على الرغم مما طرأ على التغذية من تحسُّن نتيجةً للنمو الاقتصادي وكحصوله طبيعياً لتطور القطاع الصحي والخدمات الصحية، إلا أن عبء المرض المصاحب لعدم كفاية المدخول الغذائي، أخذ في التزايد في كثير من بلدان الإقليم. فسوء التغذية لا يزال يمثل مشكلة صحية وخيمة، في الوقت الذي تفرض فيه الأمراض المزمنة المرتبطة بالغذاء تكلفة باهظة، وتسهم في معدلات الوفيات والمرضاة. وتهدف الاستراتيجية الإقليمية للتغذية 2010 – 2019، إلى دعم البلدان في إرساء التدابير التغذوية وتنفيذها وفقاً لمواردها ووضعها الوطني. ويتمثل مرمى هذه الاستراتيجية في تحسين الوضع التغذوي للناس طَوَّالَ دورة حياتهم من خلال تشجيع البلدان على مراجعة وضع التغذية لإعطائها مكانة محورية في جدول الأعمال الإنمائي فيها. واللجنة الإقليمية مدعوة إلى التكرم بالنظر في مشروع القرار المرفق.

## المحتوى

الصفحة

أ	الموجز .....
1	1. المقدمة .....
2	2. تحليل الوضع الراهن .....
2	1.2 الوضع العالمي الراهن .....
2	2.2 الوضع الإقليمي الراهن .....
5	3.2 المرتسمات التغذوية في البلدان .....
6	3. المجابهة والتحديات الراهنة .....
7	4. الاستراتيجية الإقليمية للتغذية 2010 - 2019 .....
13	5. خاتمة .....
14	6. توصيات إلى الدول الأعضاء .....
15	المراجع .....

## الموجز

على الرغم مما طرأ على التغذية من تحسينات كنتيجة للنمو الاقتصادي، وكحصيلة طبيعية لتطور القطاع الصحي والخدمات، فإن النظرة العامة السريعة على برامج التغذية في الإقليم، تدلُّ على أن عبء المرض المصاحب لعدم كفاية المدخول الغذائي، يعتبر العامل المباشر المتسبب في سوء التغذية، وأن هذا العبء أخذ في التزايد في العديد من بلدان إقليم شرق المتوسط. وتشهد العديد من البلدان أيضاً عبئاً مزدوجاً للمرض. ففي الوقت الذي لم تتم فيه السيطرة على الأمراض السارية سيطرة كاملة، نجد أن عبء الأمراض غير السارية أخذ في التزايد. ويبحث هذا التحول في التغذية على القلق، نظراً لتأثيره السلبي على النظم الصحية. وتتمثل أهم مشكلات التغذية في الإقليم في سوء التغذية بالبروتين والطاقة، وازدياد معدل انتشار وزن الولادة المنخفض، وعَوَز المغذيات الزهيدة المقدار، بما في ذلك الاضطرابات الناجمة عن عَوَز اليود وعَوَز الفيتامين "أ"، وفقر الدم الناجم عن عَوَز الحديد لدى الأطفال والسيدات في سن الإنجاب، فضلاً عن عَوَز الكالسيوم، والزنك. والفيتامين "د".

ولايزال سوء التغذية من أهم المشكلات الصحية، ذات العواقب الوخيمة التي يصعب تجاهلها، إذ إنه يمثل أكبر عامل يسهم بمفرده في وفيات الأطفال. ومن المعروف أن 15٪ من العبء العالمي لوفيات الولدان والأطفال، يقع في بلدان الإقليم. وعلى مستوى العالم، يقدر أن 30٪ من وفيات الأطفال دون سن الخامسة من العمر، يُعزى إلى سوء التغذية الخفيف أو المعتدل. وقد زادت النسبة الإجمالية لنقص الوزن لدى الأطفال دون سن الخامسة من العمر في الإقليم من 14٪ في عام 1990 إلى 17٪ في عام 2004. وتفرض الأمراض غير السارية المرتبطة بالغذاء تكلفة باهظة، وتسهم في زيادة معدلات الوفيات والمراضة في الإقليم، نظراً لزيادة عبء زيادة الوزن والسمنة وسائر الأمراض غير السارية المرتبطة بالغذاء. ويقدر أن الأمراض غير السارية في الإقليم، قد تسببت في 52٪ من جميع الوفيات، وفي 47٪ من عبء المرض في عام 2005، والذي يُتوقع ارتفاعه ليصل إلى 60٪ في عام 2020.

وقد تم إعداد الاستراتيجية الإقليمية للتغذية 2010 – 2019، من خلال عملية تشاورية للجنة الإقليمية الاستشارية المعنية بالتغذية في منظمة الصحة العالمية. وتضم هذه اللجنة ممثلين من الدول الأعضاء، ومنظمة الأغذية والزراعة التابعة للأمم المتحدة، واليونسيف، وبرنامج الغذاء العالمي، والأنروا، والمجلس الدولي المعني بمكافحة الاضطرابات الناجمة عن عَوَز اليود، وجمعية شرق المتوسط وشمال أفريقيا المعنية بالتغذية، والاتحاد الدولي لعلوم التغذية. وتقترح الاستراتيجية أساليب للتعاطي مع المشاكل الكبرى المتعلقة بالصحة والتغذية في الإقليم. وهي تهدف إلى دعم البلدان في وضع التدابير الخاصة بالتغذية وتنفيذها وفقاً للوضع الراهن والموارد الوطنية فيها. ويتمثل المرمى الإجمالي للاستراتيجية في تحسين الوضع التغذوي للأفراد طوال دورة حياتهم، من خلال تشجيع البلدان على إعادة النظر في مكانة التغذية بحيث تتبوأ مكانة محورية على جدول الأعمال الإنمائي فيها. وتقدم الاستراتيجية إطاراً لمساعدة البلدان على أن تقرّر أيّ تدابير التغذية هي الملائمة في سياق معين، ووفقاً للمشاكل الصحية الأكثر انتشاراً. وتستهدف الأساليب الاستراتيجية سوء التغذية، وعَوَز المغذيات الزهيدة المقدار، والوقاية من السمنة والأمراض غير السارية ومكافحتها. وتؤكد الاستراتيجية على تقديم الدعم للمجموعات الأكثر اختطاراً، وعلى جهود التخلص من الفقر والجوع والأسباب الجذرية لسوء التغذية. وقد تم بذل كل الجهود الممكنة لتوجيه اهتمام الدول الأعضاء إلى النتائج على أرض الواقع؛ ولتركيز على المميزات المقارنة لإسهامات الوكالات المتخصصة والمانحين، ولاسيما في مجال تعزيز النظام الخاص بالصحة والتغذية؛ ولدعم الدور القيادي للحكومات والمجتمع الدولي لتحقيق المرامي الإنمائية للألفية. ولا يخفى أن تبني القطاع الصحي للأسلوب الذي يستغرق كامل دورة الحياة بشأن التغذية، يصب في مصلحة الجميع.

## 1. المقدمة

ليس يخفى أن للسياسات الخاصة بالصحة والتغذية والسكان دوراً محورياً في التنمية الاقتصادية والبشرية، وفي التخلص من وطأة الفقر. ويذكر البنك الدولي أن تحسُّن النمو الاقتصادي قد جعل من الممكن الارتقاء بالحصائل الصحية، مما ولد دورة حميدة فحواها أن الصحة الجيدة تعزز النمو الاقتصادي، والنمو الاقتصادي يمكن من تحقيق المزيد من المكاسب الصحية [1]. وسوف تظل التغذية عنصراً أساسياً لضمان الأمن: فالغذاء الكافي "حيوي" بكل ما في الكلمة من معنى للإبقاء على حياة الناس، بوصفه أحد الاحتياجات الأساسية وحقاً من حقوق الإنسان - ومع هذا تُظهر البيانات بشكل متزايد أن زيادة الثروة لا تؤدي بالضرورة إلى التخفيف من وطأة الجوع أو من سوء تغذية الأطفال، أو إلى التقليل من عَوَز المغذيات الزهيدة المقدار. فسوء التغذية يتواجد مع المعدلات المرتفعة مع زيادة الوزن، والسمنة، والسكري، والأمراض القلبية الوعائية وبعض أنواع السرطان. أما قرار جمعية الصحة العالمية ج ص ع 62 - 14، الخاص بالحد من حالات العُبن في المجال الصحي من خلال العمل الخاص بالمحددات الاجتماعية للصحة [2] فقد طلب إلى الدول الأعضاء التعاطي مع جوانب الجور الصحي. ويعتبر تنفيذ هذا القرار أمراً أساسياً للتعاطي مع الأسباب الجذرية لسوء التغذية، بما في ذلك الفقر والحيف inequality، ولتحسين أسباب المعيشة، ولاسيماً للمجموعات الأكثر استضعافاً. ويدلُّ رَصْدُ التقدُّم المحرَز صوب تحقيق المرامي الإنمائية للألفية، على إحراز تقدُّم ملحوظ على مدى السنوات في عدد كبير من بلدان الإقليم في تحسين تغذية الرضع وصغار الأطفال [3].

وعلى الرغم من أن لدى كثير من بلدان الإقليم سياسات وخطط عمل للتغذية، فإن معظمهما لم يتم تنفيذه تنفيذاً كاملاً، وهو مفتقر هذه البلدان إلى طريق استراتيجي واضح تستهدف به في التنفيذ. ولايزال الإقليم يواجه العديد من التحديات في صياغة وتنفيذ الاستراتيجيات وخطط العمل التي تعتمد أسلوباً شاملاً في تعاطيها مع التغذية. وتقدّم هذه الورقة تحليلاً لوضع التغذية في الإقليم، وأسبابه، وعواقبه، وتؤكد أهمية اعتماد استراتيجية إقليمية للتغذية. وهي تحدد مجالات العمل ذات الأولوية، بما فيها الرصد، والتوعية، وتقوية تنفيذ برامج التغذية، وتعزيز المشاركة المجتمعية، وحشد الموارد. وينبغي تحديداً، ومن أجل تقليص عبء الأمراض المرتبطة بالتغذية، التعاطي مع الأنماط الغذائية غير الصحية، وقلة النشاط البدني. ولأبْد من الارتقاء بمستوى الوعي العام بمحددات وتأثير الأمراض غير السارية، بما فيها زيادة الوزن، والسمنة، من خلال التوعية الرسمية بالتغذية على جميع المستويات، وإجراء حملات التسويق الاجتماعي، وإدماج الرسائل الإيجابية في الإعلام. ثم إن تحسين التغذية يُنظر إليه بشكل عام بوصفه تدخلاً مهماً أثناء حالات الطوارئ. وتتضمّن التدابير التي ينبغي اتّخاذها توفير المغذيات الزهيدة المقدار من خلال إغناء الأغذية المطحونة، أو توفير تلك المغذيات الزهيدة المقدار مباشرة من خلال المُضافات التكميلية. وبعد، فإن معالجة حالات سوء التغذية بدءاً من الحالات المتوسطة ووصولاً إلى الحالات الوخيمة، لإنقاذ حياة الرضع والأطفال، تتطلب الاعتماد على عاملين صحيين مدرين جيداً.

وفي أعقاب توصيات المؤتمر الدولي للتغذية الذي عُقد في عام 1992، والإعلان العالمي وخطّة العمل حول التغذية، قام العديد من بلدان الإقليم بإعداد خطط عمل وطنية خاصة بالتغذية، إلا أن معظم هذه الخطط لم ينفذ تنفيذاً كاملاً. والغرض من هذه الاستراتيجية هو تحسين الوضع التغذوي لشعوب الإقليم من خلال تشجيع البلدان على إعادة النظر في المكانة المُعطاة للتغذية بحيث تتبوّأ مكانة محورية في جداول الأعمال الإنمائية للدول، وتقديم إطار لمساعدة البلدان على تحديد التدابير التغذوية المناسبة لظروف كل منها ومشاكله الصحية. وبذلك تساعد هذه الاستراتيجية الدول الأعضاء على تحديد وإعداد وتبني وترتيب أولويات التدخلات التغذوية التي ستساعد في تحقيق

المرامي 1، 4، و5 من المرامي الإنمائية للألفية. كما أن الاستراتيجية تتعاطى مع القضية المستجدة المتصلة بالسمنة والأمراض غير السارية المرتبطة بالقوت diet. ولاشك في أن تبني القطاع الصحي لأسلوب دورة الحياة الخاص بالتغذية، يصب في مصلحة الجميع.

## 2. تحليل الوضع الراهن

### 1.2 الوضع العالمي الراهن

يمثل سوء التغذية تحديات هائلة لصحة الإنسان، ولاسيما في البلدان النامية. فلاتزال التقديرات تدل على أن سوء تغذية الطفل، يتسبب في 30% من جميع وفيات الأطفال دون سن الخامسة من العمر. ولايزال سوء التغذية على مستوى العالم يتسبب في 11% من العبء العالمي للمرض، مما يسفر عن اعتلال الصحة والعجز الطويل الأمد، وتردي الحاصلات الإنمائية والتثقيفية. ويقدر أن 186 مليون طفل في العالم، يعانون من التقزم [4]، كما يعاني 20 مليوناً، من سوء التغذية الحادة والوخيمة في أكثر أشكالها قضاءً على الحياة كل عام. ثم إن عوامل الاختطار التغذوية بما فيها نقص الوزن، والمستوى دون الأمثل للرضاعة من الثدي، وعوز المعادن والفيتامينات، ولاسيما الفيتامين "أ"، والحديد، واليود، والزنك، تعتبر مسؤولة عن 3.9 مليون وفاة (35% من إجمالي الوفيات) و144 مليون سنة من سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز (33% من إجمالي سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز) لدى الأطفال دون الخامسة [4].

ويعتبر انعدام الأمن الغذائي من أكثر المشكلات إلحاحاً في مجال التغذية، ولاسيما بالنسبة للمختطرين من المواطنين؛ مثل الأطفال، والنساء، والمتعاشين مع فيروس العوز المناعي البشري والسل وسائر الأمراض السارية. في حين يواجه كثير من الدول الأعضاء بالمقابل تحدياً متزايداً سبباً السمنة وفرط التغذية. ويقدر أن زيادة منسب كتلة الجسم BMI مسؤول عن أكثر من 30 مليوناً من سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز DALYs، معظمها عن داء القلب الإقفاري والسكري من النمط الثاني [5]. ذلك أن معدل انتشار السمنة قد شهد تزايداً متواصلاً في السنوات الأخيرة، مع وجود تفاوتات جغرافية كبيرة، حيث يؤثر في بعض أجزاء العالم علي الفقراء أكثر من الأغنياء [6]. ونتيجة لذلك، أصبحت الأمراض غير السارية المرتبطة بالتغذية تمثل تهديداً كبيراً للصحة العمومية في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل [7].

### 2.2 الوضع الإقليمي الراهن

يواصل عبء المرض المصاحب لعدم كفاية التغذية نموّه في بلدان إقليم شرق المتوسط. فعلى مدى العقود الثلاثة الماضية، شهد الإقليم تغييرات اجتماعية واقتصادية وديموغرافية وسياسية بالغة، أثرت بشدة على طبيعة ومدى وحجم المشكلات المتعلقة بالصحة والتغذية، وعلى عبء المرض، وعوامل الاختطار المرتبطة به في معظم البلدان بل وفي الإقليم برمته. فعلى الرغم من أن مشكلات سوء التغذية لاتزال حاضرة، فإن عبء زيادة الوزن والسمنة والأمراض المزمنة المرتبطة بالقوت diet أخذ في الزيادة من جراء التقلية التغذوية. وهو أمر مثير للقلق، لما له من أثر سلبي على النظم الصحية في الإقليم. ويواجه الإقليم تحديات أخرى تسهم بشكل عام في سوء التغذية، منها الحيف أو انعدام المساواة داخل البلد الواحد، ومنها الموارد الطبيعية المحدودة (مثل المياه والأراضي الزراعية) وظروف الجفاف المتكررة، ومنها معدلات النمو السكاني المرتفعة، والصراعات الدائرة، وفيروس الإيدز في بعض البلدان.

وتتمثل التحديات التغذوية الرئيسية التي تواجه الإقليم في سوء التغذية، وعَوَز المغذيات الزهيدة المقدار، والسمنة، والأمراض غير السارية، والأمراض المنقولة بالغذاء.

(أ) سوء التغذية. يظلُّ سوء التغذية يمثلُّ مشكلة من أهم المشكلات الصحية ذات العواقب الوخيمة التي يصعب تجاهلها، إذ هو أكبر عامل يساهم بمفرده في وفيات الأطفال. حتى إن 15٪ من العبء العالمي لوفيات الولدان والأطفال، يقع في بلدان الإقليم. ويقدر أن 50٪ من وفيات الأطفال دون الخامسة في الإقليم، يُعزى إلى سوء التغذية الخفيف والمعتدل [8]. وفضلاً عن أن عواقب سوء التغذية في مرحلة الطفولة الباكرة، تسبب أثراً لا رجعة فيه ويمتد عبر الأجيال، فإنه ينطوي بدهاءة على ضعف النمو الإدراكي والنفسي، ومن ثمَّ يحدث آثاراً سلبية على صحة البالغين. فسوء التغذية لدى النساء في سن الإنجاب يزيد من معدّل وفيات الأمومة، وخطر انخفاض وزن أطفالهن عند الميلاد. ويقدر متوسط معدّل وفيات الأمهات بنحو 210 لكل مئة ألف ولادة حية في الإقليم في عام 2005، مما يمثّل انخفاضاً قدره 20٪ فقط عن مستويات عام 1990 [9]. وما لم يتم تغيير السياسات والأولويات، فإن حجم المشكلة سيحول دون بلوغ العديد من البلدان أهداف المرامي الإنمائية للألفية. وقد ارتفعت النسبة الإجمالية لانخفاض وزن الأطفال دون الخامسة في الإقليم من 14٪ في عام 1990 إلى 17٪ في عام 2004 [3]. وفي أعقاب الأزمة العالمية في الغذاء والأسعار التي بدأت مع مطلع عام 2008، زاد تدهور الوضع الغذائي للرضع والأطفال دون سن الخامسة من العمر في البلدان التي تمر في أوضاع طوارئ معقدة، كما زاد في سائر البلدان.

(ب) عَوَز المغذيات الزهيدة المقدار. يواصل الكثير من بلدان الإقليم التبليغ عن عدد من حالات عَوَز المغذيات الزهيدة المقدار (الحديد، واليود، والزنك، والكالسيوم، وحمض الفوليك، والفيتامين "أ" والفيتامين "د") ولاسيّما بين المجموعات المستضعفة، بما فيها الأطفال والنساء في سن الإنجاب. ويقدر أن أكثر من ثلث سكان الإقليم [10] يعانون من فقر الدم، ويقدر إجمالي عدد الأفراد في الإقليم الذين يعانون من عَوَز الحديد أو فقر الدم طبقاً لمعايير منظمة الصحة العالمية بـ 149 مليوناً؛ 83 مليوناً منهم نساءً يعانين من فقر الدم. ولم تظهر المعطيات حول معدلات فقر الدم لدى الأطفال دون سن المدارس، والحوامل، والنساء في سن الإنجاب من عام 1995 إلى عام 2001، أيّ تحسن في الوضع الإجمالي [11]. ويمثّل فقر الدم الناجم عن نقص الحديد مشكلة خطيرة من مشاكل الصحة العمومية في العديد من البلدان؛ فقد وصل معدل انتشاره في البحرين إلى 48.3٪ بين الأطفال دون الخامسة، و41.6٪ بين الأطفال بين سن 5 و14 عاماً [11]. في حين أن معدّل انتشار فقر الدم المبلّغ نساءً في سن الإنجاب، يقدر بنحو 40٪ في عُمان والبحرين.

ويعتبر عَوَز الفيتامين "أ"، الذي يُصيب الأطفال في سن المدرسة، ودون سن المدرسة، والنساء في سن الإنجاب مشكلةً من مشكلات الصحة العمومية في العديد من البلدان. ويكون عَوَز الفيتامين "أ" واسع الانتشار بما يقدر بـ 0.8 مليون طفل دون سن المدارس يعانون من العشاوة، و13.2 مليون طفل دون سن المدارس يعانون من انخفاض المستويات المصلية للريتينول، إذ تقل عن 0.70 ميكرومول بالليلتر [12].

ويعتبر عَوَز اليود كذلك مشكلة من مشاكل الصحة العمومية المهمة المؤثرة في 18 بلداً، ويقدر أن ثلث السكان مُحْتَطرون لاضطرابات عَوَز اليود، مع ما له من عواقب بليغة على دماغ الجنين، وعلى النمو الإدراكي والوظيفي في مرحلة الطفولة الباكرة [13].

(ج) **السمنة والأمراض غير السارية.** ترتبط وبائيات الأمراض غير السارية من قبيل السكري وأمراض القلب والأوعية والسرطان كما ترتبط عوامل اختطارها، ارتباطاً وثيقاً باستهلاك الطعام، وبنمط القوت، والتغذية، وأنماط الحياة. وتعرض التقارير أرقاماً مثيرة للقلق حول معدل انتشار السمنة والأمراض غير السارية. ففي عام 2005، تسببت الأمراض غير السارية في 52٪ من إجمالي الوفيات، و47٪ من عبء المرض الذي يُتوقع زيادته ليصل إلى 60٪ في عام 2020 [14]. أما بين السكان من سن العشرين فما فوق، فيقدّر معدل الانتشار المبلغ عن السكري بنحو 11٪، وعن فرط ضغط الدم بـ 26٪، وعن خلل شحيمات الدم بـ 50٪، وعن زيادة الوزن والسمنة بـ 65٪، وعن قلة النشاط بـ 77٪ [15]. وهذه الزيادة في الأمراض غير السارية، يوازيها ارتفاع في التكلفة المباشرة لموارد الرعاية الصحية اللازمة لمعالجة الأمراض. أما التكاليف غير المباشرة (مثل الخسائر في النشاط الاقتصادي جرّاء المرض والوفيات قبل الأوان المصاحبة للأمراض غير السارية) ومثل التكاليف غير الملموسة (كالخسائر الشخصية والاجتماعية) فإنها أكبر من ذلك.

وتعتبر السمنة وزيادة الوزن من عوامل الاختطار الكامنة للأمراض القلبية الوعائية والسكري من النمط الثاني، وهما من العوامل الأساسية المهمة في الوفيات قبل الأوان. فهذه الاضطرابات الاستقلابية تزداد بشكل مُريع بين البالغين في الإقليم. وتدل المعطيات المتجمّعة حول البالغين في سن الخامسة عشرة فما فوق، من 16 بلداً، على أن أعلى مستويات زيادة الوزن كانت في الأردن والإمارات العربية المتحدة والبحرين والكويت ومصر والمملكة العربية السعودية، مع زيادة في معدل انتشار السمنة وزيادة الوزن ليتراوح بين 74٪ و86٪ لدى النساء، وبين 69٪ و77٪ لدى الرجال [15]. وتشير هذه المعطيات إلى ارتفاع معدل انتشار السمنة بين البالغين، في حين أن زيادة الوزن تكون ملحوظة بشكل أكبر بين البالغين. وهذا التصاعد في مستوى السمنة وزيادة الوزن في الأطفال والمراهقين تثير مخاوف خاصة في ضوء البيّنات التي تربط بين السمنة في مرحلة الطفولة والمراهقة، وبين زيادة اختطار السمنة والوفيات في مرحلة البلوغ adulthood.

وعادةً ما يُطلق اسم الثقلّة التغذوية على زيادة استهلاك الغذاء غير الصحي، المتضاعفة بزيادة معدل انتشار فرط الوزن في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل. ويقتصر حدوث هذه الثقلّة التغذوية بثقلّة وبائية ولها مستتبعات خطيرة على حصائل الصحة العمومية، وعوامل الاختطار، والنمو الاقتصادي، والسياسة التغذوية الدولية. ويُعنى بالثقلّة التغذوية نوع من سوء التغذية لا ينجم عن الحاجة إلى الغذاء، وإنما عن الحاجة إلى تغذية عالية الجودة. فقد تم الاستغناء عن الطعام الغني بالفيتامينات والمعادن والمغذيات الزهيدة المقدار مثل الخضّر والفاكهة والحبوب الكاملة، وإحلال الأطعمة المُفعمّة بالسكريات المضافة، والدهون المشبعة والصوديوم محلها. وهذا الاتجاه الذي بدأ بالأغذية المصنّعة في البلدان الصناعية، ما لبث أن انتشر إلى البلدان النامية. فهذه البلدان النامية التي لاتزال تعاني الكروب وتكافح الجوع، مضطرة للتعاطي الآن مع مشكلات صحية بما فيها سوء التغذية مصحوبة بالسمنة.

(د) **الأمراض المنقولة بالغذاء.** على الرغم من أن السلامة الغذائية قد تم تناوّلها على الصعيد الإقليمي من خلال خطة العمل الإقليمية للتعاطي مع السلامة الغذائية في القرن الواحد والعشرين (القرار ش م/ل 46 ق 6). فلاتزال الأمراض المنقولة بالغذاء تفرض تهديداً خطيراً لبلوغ الوضع التغذوي الجيد. وتمثل الأمراض الحيوانية المنشأ عبئاً وتحدياً كبيرين للصحة العمومية، مع كون داء السلمونيالات salmonellosis وداء العطائف campylobacteriosis أكثر الأمراض المنقولة بالغذاء شيوعاً [16]. على أن الافتقار إلى معايير الإصحاح وتدابير المكافحة في إعداد

الطعام، واستخدام مياه الفضلات والمياه الملوثة وخاصة في المناطق الريفية، تمثل بعض المحددات المستترة. ففي السنوات الأخيرة، تسنمت السلامة الغذائية جدول أعمال الصحة العمومية، في أعقاب عدد من الأحداث العالمية من قبيل فاشيات إنفلونزا الطيور وتلوث اللبن بالمليامين. ولو أن هذا الأمر قد أدى في العديد من البلدان، إلى تيسير التعاون بين القطاعات في مختلف الوزارات، وتقييم هيكل ونظم سلامة الغذاء، مما أسفر في بعض الحالات عن إنشاء إدارات تعنى بالأغذية والأدوية، أو لجان مشتركة بين الوزارات للتعاطي مع سلامة الغذاء.

### 3.2 المُرْتَسَمَات التَغْذِوِيَّة فِي الْبِلْدَان

شهد الإقليم على مدى العقود الثلاثة الأخيرة تغييرات اجتماعية واقتصادية وسياسية وديموغرافية كبيرة، كان لها أثر واضح على طبيعة ومدى، وحجم مشكلات الصحة والتغذية، وعبء المرض، وعوامل الاختطار المرتبطة به في كثير من البلدان، إن لم يكن في الإقليم بأكمله. ويمكن تقسيم الإقليم إلى أربع مجموعات أو ثلث من البلدان، من حيث مراحل التغذية ومشكلات التغذية السائدة، وعوامل الاختطار الأساسية، والأسباب الكامنة، ومن حيث تدخلات البرنامج وفجواته رداً على هذه المشاكل، والعوامل البيئية التي تجعل من الممكن تحسين العمل. ويمكن تصنيف هذه المجموعات الأربع إلى: بلدان في مرحلة نُقْلَة تغذوية متقدمة؛ وبلدان في بؤاكير نُقْلَة التغذية؛ وبلدان تعاني من سوء تغذية فادح؛ وبلدان تمر بطوارئ معقدة. وهنالك بعض البلدان التي تظهر في أكثر من مجموعة واحدة.

#### (أ) الْبِلْدَان الَّتِي هِيَ فِي مَرْحَلَة نُقْلَة تَغْذِوِيَّة مَتَقَدِّمَة

وهذه البلدان تعاني من ارتفاع مستويات السمنة وزيادة الوزن، مع مستويات معتدلة من نقص التغذية وعَوَز المغذيات الزهيدة المقدار في بعض المجموعات السكانية الفرعية، وهي: تونس وجمهورية إيران الإسلامية، وجميع البلدان الأعضاء في مجلس التعاون الخليجي باستثناء الجمهورية اليمنية.

#### (ب) الْبِلْدَان الَّتِي هِيَ فِي بؤَاكِير نُقْلَة تَغْذِوِيَّة

وتتسم هذه البلدان بمستويات متوسطة من السمنة وزيادة الوزن، ومستويات متوسطة من سوء التغذية لدى مجموعات عمرية وسكانية معينة، وانتشار عَوَز المغذيات الزهيدة المقدار، وهي: الأردن، والجمهورية العربية الليبية، والجمهورية العربية السورية، ولبنان، ومصر، والمغرب.

#### (ج) الْبِلْدَان الَّتِي تَعَانِي مِنْ سُوء تَغْذِوِيَّة فَادِح

تعاني هذه البلدان معاناً خاصة من ارتفاع مستويات سوء تغذية الأطفال الحادة والمزمنة، وانتشار عَوَز المغذيات الزهيدة المقدار على نطاق واسع، ومن زيادة الوزن والسمنة المستجدين، ومن سوء التغذية الناجم عن الرِّخَاء في بعض المجموعات الفرعية الاقتصادية والاجتماعية، وهذه البلدان هي: باكستان، والجمهورية اليمنية، وجيبوتي، والعراق، وبعض المجموعات الفرعية في دول مجلس التعاون الخليجي، وفي تونس، وجمهورية إيران الإسلامية، وفلسطين (قطاع غزة).



### (د) البلدان التي تمر بأوضاع طوارئ معقدة

تترافق أوضاع الطوارئ المعقدة في هذه البلدان بنقص التغذية الوخيم لدى الأمهات والأطفال، وانتشار عَوَز المغذيات الزهيدة المقدار. وهذه البلدان هي: أفغانستان، والسودان، والصومال.

يهدف تقسيم الإقليم إلى أربع مجموعات سكانية عريضة النطاق إلى تقديم وسيلة موجزة، مع تجميع أوجه التشابه وأوجه الاختلاف بين البلدان، كما يهدف إلى تقديم توجيه، ولو محدود، للتخطيط الاستراتيجي وإعداد السياسات والبرامج الخاصة بالتغذية على الصعيد الإقليمي والقطري. على أن التُّقلة التغذوية تؤثر أيضاً على عدد متزايد من البلدان والمجموعات الاقتصادية والاجتماعية في البلدان. كما تشهد عوامل اختطار الأمراض غير السارية المرتبطة بالتغذية زيادة سريعة في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. ثم إن الهوة الاقتصادية آخذةً بالاتساع بين البلدان، فضلاً عن تأثير الأزمات الإنسانية والطوارئ على العديد من البلدان. وبعده، فإن الأزمة الاقتصادية والغذائية العالمية الأخيرة التي تركت بصماتها على جميع البلدان، قد أثرت بوجه خاص على جيبوتي والسودان والصومال في القرن الأفريقي، فضلاً عن أفغانستان، وباكستان، والجمهورية اليمنية.

### 3. المجابهة والتحديات الراهنة

لقد أثرت التغيرات الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية والسياسية على طبيعة ونطاق وحجم المشاكل التغذوية وعبء المرض وعوامل الاختطار المرتبطة به في معظم البلدان في السنوات الأخيرة. مع أنه كان قد أُحرز تقدُّم كبير على مدى العقود الثلاثة الماضية في عدد كبير من بلدان الإقليم لتحسين تغذية الرضع وصغار الأطفال. وبالنسبة للشرق الأوسط وشمال أفريقيا، أبلغت حتى إن اليونيسف قد أعلنت في عام 2006، أن ستة بلدان (هي الأردن، وتونس، والجمهورية العربية السورية، وجيبوتي، وعمان، وفلسطين) تسير في الطريق الصحيح لبلوغ المرامي الإنمائية للألفية التي تستهدف تقليص نسبة انخفاض الوزن لدى الأطفال دون سن الخامسة من العمر؛ فقد تمكَّن اثنا عشر بلداً من احتواء معدلات انتشار انخفاض الوزن بحيث تكون 10% أو أقل؛ في حين أن هنالك ستة بلدان حادَّت عن الطريق المؤدي لبلوغ المرامي الإنمائية للألفية (أفغانستان، وباكستان، والجمهورية اليمنية، والسودان، والصومال، والعراق) [3]. ومع هذا، فإن النسبة الكلية لانخفاض الوزن لدى الأطفال دون الخامسة قد واصلت ارتفاعها، كما يَرِدُ في القسم الثاني من هذه الورقة، كما شهد وضع تغذية الرضع والأطفال دون الخامسة المزيد من التدهور في أعقاب أزمة الغذاء سنة 2008 [17].

وقد اعتمدت جمعية الصحة العالمية العديد من القرارات حول تغذية الرضع وصغار الأطفال، بما في ذلك التغذية ومرض الإيدز والعدوى بغيروسه، والدلائل الإرشادية للدستور الغذائي لفائدة المطالب الصحية والتغذوية. ومن أهمها القرارات ج ص ع25.55، ج ص ع32.58، ج ص ع21.59، ج ص ع20.61، وأخيراً ج ص ع23.63. وقد أسفر قرار اللجنة الإقليمية ش م/ل 9/57، و ش م/ل 12/49 عن تقدُّم كبير في تعزيز يُوَدِّنة الملح، وتقليص معدل انتشار اضطرابات عَوَز اليود. ويمثِّل نقص المعطيات حول عيوب الأنبوب العصبي بسبب غياب الترصدِّ التغذوي في معظم البلدان تحدياً كبيراً.

وعلى الرغم من وجود سياسات أو خطط عمل بشأن التغذية في العديد من بلدان الإقليم، إلا أن غالبيتها لم تنفذ تنفيذاً كاملاً، وهي تفتقر إلى طريق استراتيجي واضح للتنفيذ. ولا يزال الإقليم يواجه العديد من التحديات من حيث صياغة وتنفيذ الاستراتيجيات وخطط العمل الخاصة بالتغذية، والتي تتسم بأسلوبها الشامل في التعاطي مع قضايا التغذية. ويعاني الإقليم مما يلي:

- غياب الالتزام السياسي الواضح بالعمل في مجال التغذية، أو الإخفاق في ترجمة الالتزامات السياسية تجاه مشاكل التغذية إلى تدابير ملموسة، أو من الأمرين معاً؛
- غياب الإطار السياسي، والقدرة المؤسسية على تخطيط وتنفيذ ورصد برامج التغذية المضمونة الاستمرار، لمجابهة الأسباب الأساسية لسوء التغذية المرتبطة بالحدّات الاجتماعية للصحة؛
- الصراعات المزمّنة والكوارث الطبيعية التي تمنع بعض البلدان من إحراز التقدّم أو الحفاظ عليه؛
- التخصيص غير التناسبي للميزانيات الصحية، والذي غالباً ما يكون على حساب الاستراتيجيات الوقائية كالتغذية مثلاً؛
- الإقلاع عن النظم الغذائية التقليدية لصالح الأغذية "السريعة" مما يسفر عن تقليص التنوع الغذائي وغالباً الاتجاه إلى قوت diet أقل تغذيةً؛ وأخيراً:
- غياب الخبرات التغذوية في القطاعات ذات الصلة بها، والافتقار إلى التنسيق بين القطاعات.

على أن مجموعة معقدة من العوامل الأخرى تؤثر على الوضع التغذوي، ومنها السلامة الغذائية، وتغيّر نمط الحياة، وانخفاض إنتاج الطعام وتوافره. ويتركز توزيع الطعام وتقديمه في العديد من البلدان في أيدي عدد قليل من المتعاملين الذين يؤثرون في عرض المنتج، وسلامته، وسعره؛ كما يتمتع الإعلام، وقطاعات التجزئة، والإعلان، وصناعة الغذاء بتأثير قوي على الخيارات التغذوية، وكثيراً ما تتعارض خياراتهم مع الخيارات الموصى بها من قبل إخصائيي الصحة العمومية. ثم إن التصميم الحضري أيضاً؛ لا يشجع غالباً على ممارسة الأنشطة الترفيهية النافعة من قبيل المشي أو ركوب الدراجات، فضلاً عن أن الاستخدام المتزايد للتلفاز والحاسوب يشجع على الأنشطة الترفيهية التي تترافق بقلّة الحركة، مما يضيف قلة النشاط البدني بوصفها عاملاً مُسْتَبْرَافاً يُنْضَاف إلى التحديات الصحية العديدة.

ومن هنا تتجلى الحاجة الماسّة إلى وضع استراتيجية تغذويّة ذات خطة عمل واضحة لمجابهة التحديات، تأخذ في حساباتها مرتسم الأمن الغذائي والتغذية الخاص بكل بلد بعين الاعتبار، وإلى توجيه التخطيط الاستراتيجي، وعملية إعداد السياسات، والبرامج المتعلقة بالتغذية على الصعيد القطري والإقليمي.

#### 4. الاستراتيجية الإقليمية للتغذية 2010 – 2015

تعتبر الاستراتيجية الإقليمية للتغذية 2010 – 2015 أول استراتيجية للتغذية يتم إعدادها في الإقليم. وقد بادرت منظمة الصحة العالمية بإعدادها بالتشاور مع جميع الدول الأعضاء، ومع وكالات الأمم المتحدة والدوائر الأكاديمية والمجتمع المدني. وتم الاستهداء بالإعلان العالمي وخطة العمل حول التغذية 1992، في القضايا التقنية الخاصة بإعداد البرامج والسياسات التغذوية.

## المرمى

يتمثل المرمى العام لاستراتيجية التغذية بإقليم شرق المتوسط في تحسين الوضع التغذوي للمواطنين طوال دورة حياتهم، من خلال تشجيع البلدان على إعطاء التغذية مكانةً محوريةً في جدول الأعمال الإنمائي. وتهدف الاستراتيجية إلى مساعدة البلدان في وضع وتنفيذ الفاعليات التغذوية وفقاً للوضع والموارد الوطنية المتاحة لها. وهي تقدم الإطار اللازم لمساعدة البلدان على اتخاذ القرار بشأن الفاعليات التغذوية المناسبة لسياق معين، تبعاً للمشاكل الصحية الأكثر انتشاراً. وسوف تمكّن هذه الاستراتيجية الدول الأعضاء من تحديد ووضع وترتيب واعتماد التدخلات الغذائية التي ستسهم في بلوغ أهداف المرامي الإنمائية للألفية، ولاسيما المرمى الأول الذي يستهدف الجوع والفقر، والرمى الرابع الذي يستهدف وفيات الأطفال، والرمى الخامس الذي يستهدف صحة الأمهات. وتتعاطى الاستراتيجية أيضاً مع القضايا المستجدة لفرط التغذية من أجل التغلب على المعدلات المتزايدة للسمنة وسائر الأمراض غير السارية المرتبطة بالغذاء.

## الأغراض

1. زيادة الالتزام السياسي، وتعزيز التقييم الغذائي والرصد والتقييم.

### الأهداف

- قيام جميع البلدان بإعداد خطة عمل واستراتيجية حول التغذية الوطنية.
  - قيام جميع البلدان بإنشاء نظام للترصد التغذوي فيه آلية كفوءة للتقييم والرصد.
2. تقليص معدل انتشار الهزال والتقرُّم بين الأطفال، ولاسيما الأطفال دون سن الخامسة من العمر، وكذلك نقص التغذية بين النساء.

### الأهداف

- تقليص معدل انتشار نقص الوزن بين الأطفال بنسبة 30٪.
  - تقليص معدل انتشار نقص الوزن عند الميلاد بنسبة 30٪.
  - تقليص وفيات الأطفال بنسبة 50٪.
  - تقليص وفيات الأمهات بنسبة 20٪.
  - زيادة نسبة الأمهات اللاتي يلتزمن بالاعتصار على الإرضاع من الثدي خلال الأشهر الستة الأولى بمعدّل 50٪.
  - زيادة نسبة الأمهات اللاتي يطبّقن ممارسات التغذية التكميلية من ستة أشهر إلى عامين بمعدّل 50٪.
3. تقليص معدل انتشار عَوَز المغذيات الزهيدة المقدار.

## الأهداف

- تقليص معدل انتشار فقر الدم الناجم عن عَوَز الحديد بين الأطفال قبل سن المدرسة وفي سن المدرسة، وبين النساء في سن الإنجاب، وبين المسنين بنسبة 30٪.
- تقليص معدل انتشار عَوَز الكالسيوم والفيتامين "د" بين النساء في سن الإنجاب، والمراضع، والأطفال، والمسنين بنسبة 50٪.
- تقليص عَوَز الفيتامين "أ" لدى الأطفال دون سن الخامسة، ولدى الحوامل، ولدى المراضع بنسبة 50٪ أو التخلص منه.
- تقليص اضطرابات عَوَز اليود بنسبة 50٪ أو التخلص منها تماماً.
- تقليص معدل انتشار عيوب الأنبوب العصبي بين الولدان بنسبة 50٪.
- 4. تقليص معدل انتشار الأمراض غير السارية المرتبطة بالغذاء.

## الهدف

- تقليص السممة لدى الأطفال والمراهقين والبالغين بنسبة 35٪.
- 5. بناء قدرات الاستعداد للطوارئ في مجال التغذية.

## الهدف

- قيام جميع البلدان بإعداد خطط للطوارئ والاستعداد في مجال الأمن الغذائي والتغذية، بما يمكنها من مجابهة أيّ طارئة مجابهة فعّالة، وفي الوقت المناسب.
- 6. تحسين السلامة الغذائية

## الأهداف

- إقرار وتنفيذ التشريعات واللوائح الوطنية لتلبية المعايير الدولية للسلامة الغذائية، الواردة في المدونة الغذائية.
- تقليص معدّل حدوث الأمراض المنقولة بالغذاء بنسبة 50٪.
- 7. ضمان توفير توريدات غذائية مأمونة وصحية ومضمونة الاستمرار.

## الهدف

- زيادة حصول الفقراء على الغذاء الصحي، السليم زيادةً تبلغ 50٪.

## الأساليب الاستراتيجية

الأسلوب الأول: تعزيز الالتزام السياسي، والتشريعات، والأساليب المتعددة القطاعات لضمان توفير توريد الغذاء الصحي توريداً مضمون الاستمرار.

- زيادة الالتزام السياسي ببرامج التغذية الوطنية.
- تعزيز تطوير السياسات الغذائية والتغذوية الوطنية، وتضمين الوقاية من سوء التغذية في الاستراتيجيات الإنمائية.
- تعزيز القدرات التقنية والإدارية لبرامج التغذية في القطاع الصحي.
- تخصيص ميزانية كافية للوقاية من الأمراض المرتبطة بالتغذية ومكافحتها.
- إشراك جميع الأطراف المعنية الدولية والوطنية التي تستطيع المساهمة في التعاطي مع الأمراض المرتبطة بالتغذية، مع الحفاظ - في الوقت نفسه على الدور القيادي القوي للصحة العمومية.

الأسلوب الثاني: حفظ وتعزيز الصحة التغذوية للنساء والأطفال، مع ضمان تغذية جيدة طوال دورة حياة جميع الفئات العمرية.

- تعزيز التغذية المثلى للجنين، وهي تشمل: ضمان توفير التغذية الملائمة والمكمّلات الزهيدة المقدار للأمهات، قبل الحمل وأثناءه؛ وتقديم المشورة حول النظام الغذائي، والسلامة الغذائية للحوامل.
- حفظ وتعزيز ودعم الرضاعة من الثدي، والتغذية التكميلية المأمونة والكافية، في التوقيت المناسب، للرضع وصغار الأطفال، من خلال تنفيذ الاستراتيجية العالمية الخاصة بتغذية الرضع وصغار الأطفال.
- تعزيز عملية تحسين التغذية في المدارس، وقبل الالتحاق بالمدارس، بما في ذلك الدعوة إلى توفير المدارس المراعية للتغذية؛ وتعزيز التثقيف حول التغذية؛ وتوفير خيارات صحية في المطاعم وسائر نقاط توزيع الأغذية في المدارس؛ وتشجيع المدارس على تبني سياسات التغذية والنشاط البدني طبقاً للاستراتيجية العالمية للنظم الغذائية والنشاط البدني والصحة؛ ووضع الخطط الخاصة بتوزيع الخضراوات والفاكهة.
- تعزيز تقديم المشورة الغذائية، من خلال مراكز الرعاية الصحية الأولية، وعيادات القطاع الخاص، بما يكفل مكافحة السمنة وسوء التغذية خلال مرحلة الطفولة.
- حفظ وتعزيز المعافاة التغذوية في سائر الفئات العمرية الأخرى، ولاسيما النساء، والمراهقين، بالإضافة إلى الفئات ذات الاحتياجات الخاصة، مثل أولئك الذين يعانون من إعاقة بدنية أو نفسية أو المسنين.

الأسلوب الثالث: تعزيز احتواء الغذاء على ما يكفي من المغذيات الزهيدة المقدار.

- تعزيز أنماط استهلاك الأغذية الصحية، لضمان تنوع القوت، وتوفير التوعية التغذوية، وبرامج التكميل الغذائي، ولاسيما للأطفال والأمهات.

- تشجيع الاستراتيجيات الغذائية المُرتكز، من قبيل الإغناء البيولوجي وإغناء الطعام بُعْيَة التعاطي مع عَوَز المغذيات الزهيدة المقدار.

- الترويج للمعالجة الطارئة للديدان لدى أطفال المدارس.

#### الأسلوب الرابع: تقديم التثقيف والإعلام الشاملين للناس.

- وضع دلائل إرشادية للنُظُم الغذائية الوطنية تركز على الغذاء، ورصد تنفيذ هذه الدلائل.

- تعزيز المعارف التغذوية، والمواقف، والممارسات الملائمة، لمقدّمي الرعاية بشأن الغذاء، والعادات الغذائية والاجتماعية، ورعاية الطفل والأسرة، وممارسات التغذية، فضلاً عن حفظ صحة الأسرة.

- إدخال نُظُم اللصاقات التغذوية، التي تدعم الخيارات الصحية في نقاط البيع.

- الارتقاء بمستوى الوعي بالصلة بين التغذية وبين الغذاء المأمون والماء الصالح للشرب.

#### الأسلوب الخامس: تعزيز تنفيذ الاستراتيجية العالمية لمنظمة الصحة العالمية الخاصة بالقوت والنشاط البدني والصحة.

- تعزيز السياسات الوطنية الخاصة بالتغذية والنشاط البدني والسمنة.

- زيادة النشاط البدني في المدارس.

- دعم النشاط البدني من خلال سياسات النقل، وزيادة الموارد المخصصة لبرامج التغذية والنشاط البدني، وضمان توفير هيكلية أساسية كافية للنشاط البدني، وإزالة العوائق التي تحول دون تكوين مجتمع نشيط بدنياً.

- تعزيز النُظُم الغذائية الصحية.

- تعزيز الأغذية الصحية في سلاسل المطاعم وفي أماكن بيع الطعام في المدارس.

#### الأسلوب السادس: تحسين الخدمات الغذائية وبناء قدرات القطاع الصحي، بما في ذلك حالات الطوارئ، ودعم المجموعات المستضعفة.

- توعية العاملين المعنيين بالرعاية الصحية الأولية، وسائر العاملين الصحيين، وإشراكهم في عملية التقييم التغذوي وتقديم المشورة حول القوت، والسلامة الغذائية، والنشاط البدني، بالإضافة إلى حماية وتعزيز ودعم الإرضاع من الثدي والتغذية التكميلية، فضلاً عن تعزيز استخدام معايير منظمة الصحة العالمية الخاصة بنمو الطفل والتغذية بالمستشفيات.

- تحسين معايير إيتاء الخدمة، للوقاية من الأمراض المرتبطة بالتغذية، وتشخيصها ومعالجتها من خلال إنشاء خدمات التغذية الفعّالة للمرضى في العيادات الخارجية وداخل المستشفيات، مع توفير تغطية كافية للمواطنين.

- تحسين الرعاية التغذوية والدعم المقدم في حالات الطوارئ وفي ظل ظروف الأزمات الإنسانية.

### الأسلوب السابع: تعزيز السلامة الغذائية

- تحديث التشريعات واللوائح الوطنية، وتنفيذها بما يلبي المعايير الدولية للسلامة الغذائية الواردة في المدونة الغذائية Codex Alimentarius.

- إجراء حملات تثقيفية بهدف توعية الجمهور بممارسات الغذاء السليم.

- الإلزام بقوانين سلامة الغذاء للوقاية من الأمراض المنقولة بالغذاء على مدى سلسلة الإمداد بالغذاء.

- رصد سلامة المياه والإصحاح من خلال توسيع نطاق إعداد الخطط الخاصة بسلامة المياه بهدف تقليص وقوعات الأمراض المنقولة بالمياه؛ ودعم المبادرات التي ترمي إلى زيادة تغطية المجتمع بالمياه النظيفة اللازمة للشرب والاعتسال، وضمان استخدام مياه تضاها في جودتها مياه الشرب في سلسلة تصنيع الغذاء.

### الأسلوب الثامن: ضمان توفير توريدات غذائية مأمونة وصحية ومضمونة الاستمرار.

- التعاون مع الدول الأعضاء والشركاء لوضع سياسات وافية تتعلق بالزراعة، ومصائد الأسماك، وتصنيع الأغذية وتسويقها وتوزيعها.

- تحسين برامج الحماية الاجتماعية والشبكات المعنوية بالسلامة، والعمل على زيادة دخل وأصول أولئك الذين يعيشون تحت مستوى معين من الدخل، سواء كان ذلك بشكل مباشر من خلال تحويل الأموال، ولاسيما للمجموعات الفقيرة، أو غير مباشر من خلال تدخلات السوق أو سياسات التسعير الحكومية.

- زيادة الاكتفاء الذاتي في التغذية على جميع المستويات، وتعزيز برامج التخفيف من وطأة الفقر، بما في ذلك التغذية المدرسية، والأنشطة المدرة للدخل، وتوسيع نطاق برامج الحماية الاجتماعية التي تدعم المجموعات المستضعفة، وذوي الاحتياجات الخاصة، بما في ذلك المسنين والمعوقين، والمُعَانين من مشاكل الصحة النفسية، والأرامل والأيتام.

- الارتقاء بمستوى إنتاج الأغذية المحلية وتصنيعها.

- تحسين التوافر البيولوجي للمغذيات، والترويج للأغذية الغنية بالمغذيات الزهيدة المقدار.

### الأسلوب التاسع: البحث والرصد والتقييم

- إعداد نُظْم وطنية لترصد التغذية بُعْية رصد التدخلات التغذوية، وتقييم الوضع التغذوي، وتوافر الأغذية، واستهلاكها، وأنماط النشاط البدني للسكان.

- إجراء تحليل للوضع الراهن، وتقييم للاحتياجات، وضمان جودة المعطيات.

- تقييم تأثير البرامج والسياسات الهادفة إلى تقليص عبء الأمراض المرتبطة بالتغذية والغذاء، من خلال وضع مؤشرات للمُدخَلات والعملية والمُخرَجَات لدى مختلف المجموعات السكانية ذات المستويات الاجتماعية والاقتصادية، ومن خلال حساب مردودية التدخلات.
- رصد مواصفات بيئة الغذاء بما في ذلك جودته التغذوية وأسعار الغذاء وممارسات التسويق.
- تقييم أثر السياسات القطاعية على الصحة والتغذية، باستخدام طرق تقييم الأثر الصحي، من أجل الارتقاء بمستوى التعاون بين القطاعات في إدماج الصحة في جميع السياسات، سواء منها الموجهة نحو القوات أو توريد الأغذية أو السلامة الغذائية.
- إجراء مراجعات منهجية لتحسين فهم دور التغذية وسلامة الغذاء والعوامل المرتبطة بنمط الحياة في ظهور الأمراض وكيفية الوقاية منها، ولتقوية قاعدة البينات اللازمة للسياسات والتدخلات.
- تحديد مقادير المغذيات الزهيدة المقدار في الطعام المحلي سواء منه المطبوخ أو غير المطبوخ، مع التركيز بشكل خاص على تحديد الأغذية التقليدية الغنية بالمغذيات الزهيدة المقدار.

## 5. خاتمة

يتمثل الهدف العام للاستراتيجية الإقليمية للتغذية في تحسين الوضع التغذوي للمواطنين طوال دورة حياتهم، من خلال تشجيع البلدان على إعادة النظر في مكانة الصحة، لتتبوأ مكاناً محورياً على جدول أعمالها الإنمائية. وسوف تساعد هذه الاستراتيجية الدول الأعضاء على وضع وتنفيذ الأفعال المتعلقة بالتغذية، أو الإلزام بها وفقاً لأوضاعها الراهنة ومواردها الوطنية. وقد بذلت الجهود لجعل الأساليب الاستراتيجية متناسبة مع كل بلد من بلدان الإقليم. وتركز الاستراتيجية على تحسين الوضع التغذوي للمواطنين، ولاسيما في مستهل حياتهم، من خلال وقاية ومعالجة الحوامل والأطفال حتى سن الثانية، من حدوث سوء التغذية، وتعزيز إعطاء دَخل كافٍ من المغذيات الزهيدة المقدار، وإدماج تدابير التعاطي مع كل من محددات السمنة والأمراض غير السارية، وتشجيع الخيارات الغذائية الصحية والمأمونة، وتوفير معلومات وتوعية شاملة عن التغذية للمستهلكين، وتحسين خدمات التغذية في قطاع الصحة، ورصد وتقييم الحصائل والتقدم المحرز بالاعتماد على معايير المنظمة المتعلقة بنمو الطفل، وزيادة الالتزام السياسي. وقد تم إيلاء ما ينبغي من الاهتمام للاستعداد للطوارئ. ويعتبر من الأركان الأساسية للتنفيذ بناء القدرة المؤسسية لإدارة البرامج الغذائية، من خلال تشجيع الشراكات بين الحكومات والجامعات والمجتمعات المحلية والمنظمات اللاحكومية، وبين الحكومات وقطاع الشركات، الذي يحتل دوراً محورياً في المحتوى التغذوي للطعام المصنع وفي إغناء الأغذية، وإنتاج خيارات من الأغذية الصحية.

وسيعمل المكتب الإقليمي عن كثب مع الدول الأعضاء، ويقوم بتقديم الدعم التقني، بالتنسيق مع سائر الشركاء الرئيسيين، ووكالات الأمم المتحدة، لضمان احتلال التغذية مكانة محورية في الخطط الإنمائية الوطنية والبرامج المتعلقة بها بُعْية تحقيق الأمن الصحي والتغذوي للجميع. وستعمل المنظمة مع راسمي السياسات ومتخذي القرار من أجل تعزيز الاستثمار في مجال التغذية، باعتباره حاجة ملحة ضرورية لإنقاذ حياة المواطنين من سوء التغذية والأمراض غير السارية، وبالنظر أيضاً إلى مردوديته. وتحظى جهود التبصير والإعلام الموجهة إلى المجتمع المدني والمجتمعات المحلية بأهمية حاسمة. وسيواصل المكتب الإقليمي العمل على استضافة اللجنة الإقليمية الاستشارية حول التغذية، وسيقوم برصد تنفيذ الاستراتيجية وخطة العمل، بالتنسيق مع مختلف المنظمات المعنية بالصحة والتغذية.



## 6. التوصيات إلى الدول الأعضاء

1. مراجعة وتحديث السياسات والخطط والاستراتيجيات الصحية الوطنية، في المجالات المعنية، لضمان الاعتراف بأهمية التغذية، وإدماجها بوصفها إحدى الأولويات، ووضع أو مراجعة استراتيجيات التغذية الوطنية، وخطّة العمل، وفقاً للأساليب الاستراتيجية الإقليمية.
2. زيادة الالتزام السياسي بالوقاية، وتقليص عبء سوء التغذية بكل أشكاله.
3. تقوية وتسريع وتيرة التنفيذ المضمون للاستمرار للاستراتيجية الوطنية للتغذية في كل المجموعات العمرية.
4. رسم أو تحديث أطر السياسات، من أجل التعاطي مع العبء المزدوج لسوء التغذية، وتخصيص الموارد المالية والبشرية اللازمة لضمان التنفيذ.
5. وضع أو تقوية التشريعات واللوائح وغيرها من التدابير الفعّالة لتحسين التغذية.
6. الارتقاء بمستوى التدخلات الهادفة لتحسين وضع التغذية لدى جميع الفئات العمرية، ولاسيما الرضع والأطفال بشكل متكامل، بما في ذلك حماية وتعزيز ودعم الإرضاع من الثدي، وكذلك التغذية التكميلية المناسبة والمأمونة في الوقت المناسب، بوصفهما تدخلين محوريين، وأتقاء ومعالجة سوء التغذية الحاد، ومكافحة عَوَز الفيتامينات والمعادن.
7. إدماج معايير المنظمة الخاصة بنمو الطفل في برامج صحة الطفولة لضمان تنفيذها.
8. التأكد من أن الخطط الوطنية والدولية للاستعداد للطوارئ ومجابهتها، تتبع الإرشادات الميدانية المسندة بالبيّنات والخاصة بموظفي الإغاثة في الطوارئ، ومديري البرنامج، لإنقاذ أرواح المواطنين، من خلال تقديم الغذاء الصحي والمتوازن لكل الفئات العمرية.
9. تقوية نُظُم الترسُّد التغذوي، وتحسين استخدام المؤشرات المتفق عليها، والإبلاغ عنها، بُعْيَة رصد التقدُّم المحرز في بلوغ المرامي الإنمائية للألفية.
10. تنفيذ التدابير اللازمة للوقاية من سوء التغذية، كما هو مبين في البيان المشترك لمنظمة الصحة العالمية واليونسف حول التدبير المجتمعي لحالات سوء التغذية الحادة الوخيم، والأهم من ذلك تحسين نُظُم المياه والصرف الصحي والتصحُّح لحماية الأطفال من الأمراض السارية والعدوى.

## المراجع

1. *Healthy development. The World Bank strategy for health, nutrition, and population results.* New York, World Bank, 2007.
2. Commission on the Social Determinants of Health. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health.* Geneva, World Health Organization, 2008.
3. *Progress for children. A report card on nutrition.* Number 4, May 2006. New York, UNICEF, 2006.
4. The Lancet, *Maternal and Child Under-nutrition*, UK, 2008, <http://www.thelancet.com/series/maternal-and-child-undernutrition>
5. *World health statistics, Geneva, World Health Organization, 2010.*
6. James WPT et al. *Overweight and obesity (high body mass index).* In: Ezzati M et al., eds. *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors.* Geneva, World Health Organization, 2004, 497–596.
7. Burslem C. *International Food Policy Research Institute. Obesity in developing countries: people are overweight but still not well nourished, 2004.* Available online as of 5/7/2008 at: <http://www.worldhunger.org/articles/04/global/burslem.htm>
8. *Disease Control Priorities Project. Disease control priorities in developing countries. Second edition, Washington DC, The World Bank and Oxford University Press, 2006.*
9. Atinmo T et al. *Breaking the poverty/malnutrition cycle in Africa and the Middle East.* *Nutrition Reviews*, 2009, 67, Suppl 1: S40–S46.
10. Black RE et al. *Maternal and Child Undernutrition Study Group. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences.* *Lancet*, 2008, 371:243–260.
11. Bagchi K. *Iron deficiency anaemia—an old enemy.* *Eastern Mediterranean Health Journal*, 2004, 10:754–760.
12. *Global prevalence of vitamin A deficiency in populations at risk 1995–2005.* WHO global database on vitamin A deficiency. Geneva, World Health Organization, 2009.
13. de Benoist B, McLean E, Andersson M, Rogers L. *Iodine deficiency in 2007: global progress since 2003.* *Food and Nutrition Bulletin*, 2008, 29:195–202.
14. *Health statistics and health information systems. Projections of mortality and burden of disease, 2002–2030.* Geneva, World Health Organization, 2002. Available at [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/projections2002/en/index.html](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/projections2002/en/index.html)
15. *Chronic diseases and health promotion. STEPwise approach to chronic risk factor surveillance (STEPS).* Geneva, World Health Organization. Available at <http://www.who.int/chp/steps/riskfactor/en/index.html>
16. *Global strategy on diet, physical activity and health.* Geneva, World Health Organization, 2004. Available at <http://www.who.int/dietphysicalactivity/en/>

17. *First joint FAO/OIE/WHO expert workshop on non-human antimicrobial usage and antimicrobial resistance: scientific assessment*. Geneva, World health Organization, 2003.
18. *The Millennium Development Goals report 2010*. New York, United Nations, 2010.