منظمـــة الصحـــة العالميـــة

المجلس التنفيذي م ت١١٣/٣٨ تنقيح ٢
الدورة الثالثة عشرة بعـد المائة ١٩ كانون الثاني/ يناير ٢٠٠٤
البند ٨-٧ من جدول الأعمال المؤقت EB113/38 .Rev2

تغذية الرضّع وصغار الأطفال والتقدم المحرز في تنفيذ المدونة الدولية لقواعد تسويق بدائل لبن الأم

تقرير من الأمانة

١- أكد القرار ج ص ع٥٥-١٩ من جديد على الالتزام بإعلان الألفية الصادر عن الأمم المتحدة. ولا تسهم منظمة الصحة العالمية فحسب في الجهود الجماعية المبذولة ولكن عملها المتعلق بالأهداف الإنمائية للألفية يشكل أيضاً جزءاً لا يتجزأ من أنشطتها الأساسية.[١] ويعتمد إلى حد بعيد تحقيق الأهداف والغايات الإنمائية للألفية ذات الصلة بالصحة - ولاسيما القضاء على الفقر المدقع والجوع، وتخفيض معدل وفيات الأطفال، وتحسين الصحة النفسية - على الحد من سوء التغذية، الذي يتسبب بشكل مباشر أو غير مباشر في ٥٤٪ من حالات الوفاة التي تحدث سنوياً بين الأطفال دون سن الخامسة والبالغ عددها ١٠,٨ مليون حالة وفاة (انظر الشكل). وقد أعربت جمعيات الصحة المعقودة في السنوات القليلة الماضية عن قلقها البالغ بشأن ضخامة عدد الرضع وصغار الأطفال الذين مازالوا يحصلون على تغذية غير ملائمة، وحثت الدول الأعضاء على النضال من أجل تحقيق التغطية الكاملة لسكانها من الأمهات والولدان والأطفال والمراهقين باستخدام تدخلات معروفة بنجاعتها.[٢]

٢- وتعرض هذه الوثيقة بإيجاز العبء العالمي لسوء التغذية لدى الرضع وصغار الأطفال، وذلك قبل تقديم تقرير عن التقدم المحرز في تأمين التغذية الملائمة للرضع وصغار الأطفال وتشجيعها ودعمها وتنفيذ المدونة الدولية لقواعد تسويق بدائل لبن الأم.[٣]

سوء التغذية الناجم عن عوز البروتين والطاقة

٣- لقد تحقق انخفاض طفيف في سوء تغذية الأطفال من جميع أنحاء العالم في التسعينات من القرن الماضي، حيث انخفض معدل انتشار نقص الوزن من ٢٦,٥٪ إلى ٢٢,٤٪ (انظر الجدول ١). وسجل في آسيا

---

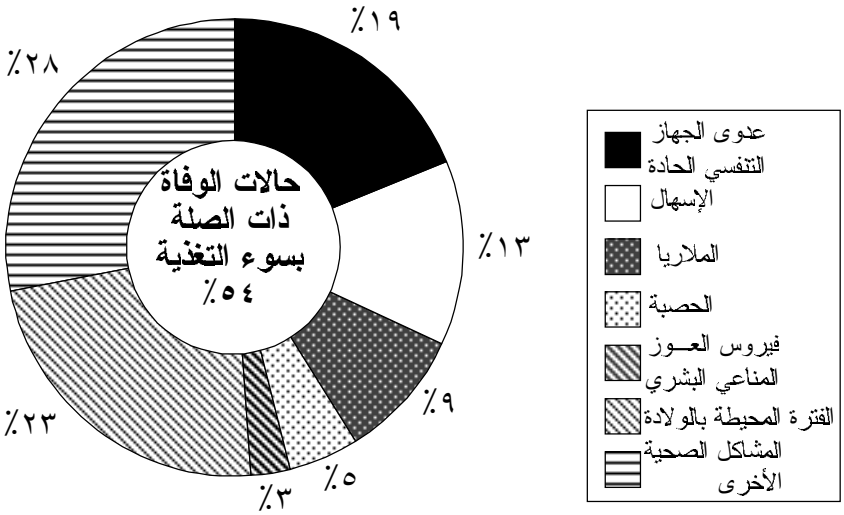
١ انظر الوثيقة ج٥٦/١١.

٢ القرارات التالية حسب الترتيب: ج ص ع٥٤-٢ (٢٠٠١) وج ص ع٥٥-٢٥ (٢٠٠٢) بشأن تغذية الرضع وصغار الأطفال، وج ص ع٥٦-٢١ (٢٠٠٣) بشأن الاستراتيجية الخاصة بصحة الأطفال والمراهقين ونمائهم.

٣ هذا التقرير مقدم عملا بالقرار ج ص ع٣٣-٣٢ والمادة ١١-٧ من المدونة الدولية لقواعد تسويق بدائل لبن الأم.

أكبر انخفاض حيث انخفضت مستويات نقص الوزن من ٣٥,١٪ إلى ٢٧,٩٪، غير أن جنوب آسيا الوسطى لايزال يعاني من معدلات هائلة الارتفاع لسوء تغذية الأطفال، على الرغم من الانخفاض الكبير في معدل انتشار نقص الوزن أثناء هذه الفترة. وسُجلت تحسينات كبيرة أيضاً في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي مع انخفاض نسبي بمقدار الثلث (من ٩٪ إلى ٦٪) في معدل انتشار نقص الوزن. بيد أن أفريقيا لم تشهد أي تغيير تقريباً، حيث إن نسبة ناقصي الوزن من الأطفال دون سن الخامسة ظلت تشكل الربع تقريباً في حين زاد العدد من ٢٦ إلى ٣٢ مليون طفل. وتشير التقديرات المعدة لعام ٢٠٠٥ إلى انخفاض في معدل الانتشار في جميع الأقاليم ما عدا أفريقيا.

توزع حالات الوفاة البالغ عددها ١٠,٨ مليون حالة سنوياً بين الأطفال دون سن الخامسة في البلدان النامية، ٢٠٠١



WHO03.205

المصادر:

فيما يتعلق بمعدلات الوفاة الناجمة عن أسباب محددة: دائرة القرائن والمعلومات الداعمة للسياسات/ منظمة الصحة العالمية.

فيما يتعلق بسوء التغذية: Pelletier .DL, et al *American Journal of Public Health*، 1993؛ 83: 1130-1133، ودائرة القرائن والمعلومات الداعمة للسياسات/ منظمة الصحة العالمية.

٤- وكثيراً ما يعاني الرضّع من ذوي الوزن المنخفض عند الميلاد، والبالغ عددهم ٣٠ مليون رضيع سنوياً (٢٣,٨٪ من كل الولادات) من عقابيل صحية وخيمة قصيرة الأمد وطويلة الأمد (انظر الفقرة ٢٣). وعلى الرغم من الانخفاض البطيء في المعدل العالمي لهذه الولادات فإن هذا المعدل يبلغ ٣٠٪ في بلدان نامية كثيرة. ولدعم البلدان في مواجهة هذا التحدي الرئيسي في مجال الصحة العمومية تعكف المنظمة على وضع استراتيجية عالمية لتعزيز النمو الأمثل للأجنة بغية عرضها على الأجهزة الرئاسية في عام ٢٠٠٥.[١]

سوء التغذية الناجم عن نقص المغذيات الدقيقة

٥- يساهم عوز الفيتامينات والمعادن في حدوث حالات مرضية تتسبب في نحو ٧,٣٪ من إجمالي عبء المرض العالمي. وتشكل حالات عوز اليود والفيتامين ألف والحديد الأشكال الرئيسية لسوء التغذية الناجم عن نقص المغذيات الدقيقة، وهي أشكال إذا اجتمعت تلحق الضرر بمن يزيد عددهم على ٤٥٠٠ مليون شخص في العالم: وعوز الحديد هو الشكل الأكثر انتشاراً الذي يُبتلى به من يقدر عددهم بما يبلغ ٢٠٠٠ مليون شخص (بمن فيهم طفل من بين كل ثلاثة أطفال)؛ ويعاني ١٩٠٠ مليون شخص من نقص التغذية باليود، ويعاني ٢٥٠ مليون طفل قبل سن الدراسة و٢٠ مليون من الحوامل من عوز الفيتامين ألف (انظر الجدول ٢).[٢] ولأن النظم الغذائية لمعظم صغار الأطفال في البلدان النامية يعوزها الحديد والزنك والفيتامين باء ٦،٣[٣] يتعين أن تركز الاستراتيجيات الرامية إلى الحد من سوء التغذية الناجم عن نقص المغذيات الدقيقة على أول سنتين من العمر.

٦- وخلال العقد الماضي تحقق تقدم كبير في مكافحة عوز اليود، وهو أهم أسباب الضعف العقلي والذي يؤدي إلى انخفاض مستوى الأداء الدراسي وضعف القدرة على العمل. وانخفض عدد البلدان المتأثرة بنسبة النصف منذ عام ١٩٩٣، وهناك الآن ٦٨٪ من الأسر في العالم ممن يستهلكون الملح الميودن. ومع ذلك مازال عوز اليود يمثل مشكلة من مشاكل الصحة العمومية في ٥٤ بلدا. وللمساعدة على ضمان القضاء على الاضطرابات الناجمة عن عوز اليود، وخصوصا من خلال استدامة تدابير المكافحة وعن طريق الرصد الفعال، صممت المنظمة نظاما وطنيا لتقييم البرامج وأنشأت شبكة من المختبرات المرجعية الإقليمية.

---

١ تشمل هذه العملية عقد اجتماعات لفريق استشاري يعنى بصحة الأم ونقص الوزن عند الميلاد، ومشاورة تقنية لوضع استراتيجية عالمية لتعزيز النمو الأمثل للأجنة (جنيف، ٢٥-٢٧ تشرين الثاني/ نوفمبر ٢٠٠٣)، ومشاورات إقليمية من المقرر عقدها في عام ٢٠٠٤ بشأن مسودة الاستراتيجية.

٢ انظر أيضا: WHOmicronutrientdeficiency information system (htt //:pwww.who.int/nut/db_mdis.htm) .

٣ Dewey KG, BrownKHUpdate on technical issues concerning complementary feeding of young children in developing countries and implications for programs, *Food and Nutrition Bulletin* 2003, **24**(1):5-28.

الجدول ١- الاتجاهات الإقليمية والعالمية الفعلية والمتوقعة (١٩٩٠-٢٠٠٥) لنقص الوزن [أ] (معدل الانتشار بين الأطفال المصابين وعددهم)

الإقليم [ب]	١٩٩٠	١٩٩٥	٢٠٠٠	٢٠٠٥
	بالملايين (٪)	بالملايين (٪)	بالملايين (٪)	بالملايين (٪)
أفريقيا	٢٥,٨ (٢٤,٠)	٢٨,٥ (٢٤,٥)	٣٢,٠ (٢٥,٠)	٣٥,٩ (٢٥,٦)
شمالي أفريقيا	١,٦ (٩,٥)	١,٣ (٨,١)	١,١ (٦,٩)	١,٠ (٥,٩)
منطقة جنوب الصحراء الكبرى	٢٤,١ (٢٦,٨)	٢٧,٢ (٢٧,٣)	٣٠,٩ (٢٧,٧)	٣٥,٠ (٢٨,٢)
آسيا	١٣١,٩ (٣٥,١)	١١٦,٣ (٣١,٥)	١٠١,٢ (٢٧,٩)	٨٩,٢ (٢٤,٨)
شرق آسيا	٢٣,١ (١٨,٥)	١٤,٥ (١٣,٢)	٩,٥ (٩,٣)	٦,١ (٦,٥)
جنوب آسيا الوسطى	٨٦,٠ (٤٩,٦)	٨٠,٩ (٤٥,٢)	٧٣,٤ (٤٠,٨)	٦٧,١ (٣٦,٥)
جنوب شرق آسيا	٢٠,٢ (٣٥,٢)	١٨,١ (٣١,٢)	١٥,٥ (٢٧,٤)	١٣,٢ (٢٣,٩)
غربي آسيا	٢,٧ (١٢,٩)	٢,٨ (١٢,١)	٢,٨ (١١,٣)	٢,٧ (١٠,٦)
أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي	٤,٨ (٨,٧)	٤,٠ (٧,٣)	٣,٤ (٦,١)	٢,٨ (٥,٠)
البلدان النامية	١٦٢,٦ (٣٠,٢)	١٤٨,٩ (٢٧,٥)	١٣٦,٦ (٢٥,٠)	١٢٨,٠ (٢٣,٠)
البلدان المتقدمة	١,٢ (١,٦)	١,٠ (١,٤)	٠,٨ (١,٣)	٠,٧ (١,١)
المجموع	١٦٣,٨ (٢٦,٥)	١٤٩,٩ (٢٤,٤)	١٣٧,٤ (٢٢,٤)	١٢٨,٧ (٢٠,٨)

أ يُعرَّف نقص الوزن بأنه الطول الذي يقل عن القيمة المناظرة لانحرافين معياريين حسبما حدده المركز الوطني للإحصاءات الصحية/ الوسيط المرجعي الدولي لمنظمة الصحة العالمية.

ب قُسمت البلدان إلى فئات حسب نظام التصنيف الإقليمي الخاص بالأهداف الإنمائية للألفية (http://millenniumindicators.un.org/unsd/mi/mi_worldregn.asp).

المصدر: WHO Global Database on Child Growth and Malnutrition2003، .

٧- **مازال عوز الفيتامين ألف**، وهو السبب الرئيسي الممكن توقيه الذي يؤدي إلى إصابة الأطفال بالعمى بالإضافة إلى كونه أحد عوامل الاختطار الصحية الرئيسية، يمثل مشكلة من مشاكل الصحة العمومية في ١١٨ بلداً. وتشمل استراتيجية مكافحة هذا العوز تنويع النظام الغذائي، والتكملة الغذائية وإغناء الأغذية، واتخاذ تدابير في مجال الصحة العمومية من قبيل تشجيع الرضاعة الطبيعية ومكافحة عدوى الأطفال، وتوزيع مكمّلات الفيتامين ألف (وهذه المكملات، إذ يرتبط إعطاؤها بزيارات الأطفال المرضى والأيام الوطنية للتمنيع ضد شلل الأطفال، حالت دون حدوث ما يقدر عدده بما يبلغ ١,٢٥ مليون حالة وفاة منذ عام ١٩٩٨). ولأن

استئصال شلل الأطفال أصبح قاب قوسين أو أدنى من التحقق فإن التحدي المطروح يجب أن يكون إيجاد طرق أخرى لتحقيق استدامة توفير الفيتامين ألف، على سبيل المثال، عن طريق خدمات التمنيع الروتينيـــة. وتقـوم المنظمة بتنسيق عملية تقدير مدى مأمونية وفائدة الربط بين هذه الأنشطة خلال السنة الأولى من العمر.

الجدول ٢- السكان المتأثرون بالأنواع الرئيسية الثلاثة من عوز المغذيات الدقيقة، حسب الإقليم

إقليم المنظمة	عوز اليود [أ]		عوز الفيتامين ألف		عوز الحديد (فقر الدم) [ب]	
	مجموع السكان		الأطفال قبل سن الدراسة		مجموع السكان	
	بالملايين	٪	بالملايين	٪	بالملايين	٪
الأفريقي	٢٥٤,٤	٤٧,٦	٥٢,٠	٤٩	٢٩٣,٥	٤٦
الأمريكتان	٧٥,٠	١٤,١	٠,٠٦	٢٠	١٤٢,٧	١٩
جنوب شرق آسيا	٦٢٤,٠	٣٩,٩	١٢٥,٥	٦٩	٧٧٧,٥	٥٧
الأوروبي	٤٣٦,٠	٥٩,٩	–	–	٨٦	١٠
شرق المتوسط	٢٢٨,٤	٥٥,٤	١٦,١	٢٢	١٨٣,٦	٤٥
غرب المحيط الهادئ	٢٦١,١	١٩,٧	٤٢,١	٢٧	٥٩٨,١	٣٨
المجموع	١٨٧٨,٥	٣٦,٩	٢٥١,٣	٤٢	٢٠٣١,٧	٣٧

أ يعرف عوز اليود بأنه متوسط تركز اليود في البول دون مستوى ١٠٠ ميكروغرام/ لتر.

ب على أساس تركز الهيموغلوبين.

المصدر: WHOMicronutrient Deficiency Information System: global prevalence of iodine deficiency 2003؛ global prevalence of vitamin A deficiency 1995 global prevalence of anaemia and iron deficiency 1990-1995.

٨- وتعد زيادة وفيات الأمهات والأطفال أخطر آثار **عوز الحديد** و**فقر الدم**، ولكن الآثار بالنسبة إلى نمـو الأطفال وإنتاجية العمل آثار كبيرة أيضاً. وفي البلدان النامية، حيـث تبلـغ معـدلات الإصابـة بفقـر الـدم ذروتها لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ١٢ شهراً و٢٤ شهراً،[١] تتطلب مسـببات مضاعفـات عـوز اليود - التـي تؤدي إلى تفاقمها عوامل مساعدة مثل الملاريا وعدوى الديدان الطفيلية وأنواع أخرى من العوز التغذوي - مجموعة متكاملة من التدخلات التي تكافح الأمراض السارية وتحسن صحة وتغذية الأم والطفل.

١ المصدر: *Demographic and Health Surveys* 1996-2001.

٩- ولم يتم، إلا مؤخراً، الاعتراف **بعوز الزنك** كمشكلة من مشاكل الصحة العمومية لدى صغار الأطفال في البلدان النامية[١] وبفوائد التكملة الغذائية بالزنك في الحد من الإصابة بالالتهاب الرئوي وبنوبات ومدة الإسهال الحاد. وهناك دراسات تجرى بدعم من المنظمة في الهند وزنجبار (جمهورية تنزانيا المتحدة) للقياس الكمي لأثر التكملة الغذائية بالزنك على معدلات وفيات الأطفال.

التغذية في حالات الطوارئ والتدبير العلاجي لسوء التغذية الحاد

١٠- تتعلق حالات الطوارئ الرئيسية حالياً بنحو ٤٠ مليون شخص في ٥٥ بلداً، بمن في ذلك ٥,٨ مليون طفل دون سن الخامسة. وللتصدي لسوء تغذية الأطفال نتيجة نقص التغذية وخدمات الرعاية والخدمات الصحية الشائع إلى هذا الحد في ظل هذه الظروف، تقدم المنظمة الدعم التقني إلى الحكومات ووكالات الإغاثة العاملة في كل من أفغانستان والجنوب الأفريقي وإثيوبيا والعراق وليبيريا والضفة الغربية وقطاع غزة. وتشمل المبادئ التوجيهية والمعايير ذات الصلة إدارة التغذية في حالات الطوارئ[٢] وتشجيع التغذية المثلى للرضّع وصغار الأطفال.[٣]

١١- وعلى الرغم من أن متوسط معدل وفيات الحالات لدى الأطفال دون سن الخامسة فيما يتعلق بسوء التغذية الحاد يتراوح نمطياً بين ٣٠٪ و٥٠٪ فإنه يمكن خفضه إلى حد بعيد إذا أُخذت التغيرات الفسيولوجية والأيضية بعين الاعتبار. وانخفضت المعدلات إلى أدنى من ٥٪ في مراكز العلاج التي تطبق مخططاً توصي به منظمة الصحة العالمية للتدبير العلاجي في المستشفيات للأطفال المصابين بسوء تغذية حاد.[٤] وبغية تدريب العاملين الصحيين على تطبيق هذا المخطط أعدت المنظمة دورة تدريبية[٥] أجريت، بمعونة من شركاء مؤسسيين في كل من بنغلاديش وشيلي وغامبيا وملاوي والمملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية، في ٢٥ بلداً في أقاليم أفريقيا وجنوب شرق آسيا وغرب المحيط الهادئ.

تغذية الرضّع وصغار الأطفال

١٢- بعد اعتماد جمعية الصحة **الاستراتيجية العالمية لتغذية الرضّع وصغار الأطفال** (القرار ج ص ع٥٥-٢٥) استهلت المنظمة أنشطة في كل الأقاليم من أجل ترجمة التوصيات إلى إجراءات. من ذلك،

---

١ Caulfield.L, Black RE :Zinc deficiency. In Ezzati) .M et al eds (*:Comparative quantification of health risks .global and regional burden of diseases attributable to selected major risk factors* GenevaWorld Health ، Organization2003.(in press)،

٢ *.The management of nutrition in major emergencies* ،Geneva, World Health Organization 2000؛Infant feedin g in emergencies. Module1 .for emergency relief staff ،WHOUNICEF ،LINKAGES ،IBFANand .additional contributors ،Dublin, Emergency Nutrition Network 2001 .

٣ الوثيقة ج ص ع٥٥/٢٠٠٢/ سجلات/١، الملحق٢، و *Promotingoptimal feeding of infants and young children during emergencies, with special reference to the situation in Iraq* ،Geneva, World Health Organization .(2003 .//:http)www.who.int/nut/documents/.emerg_feeding_iraqpdf

٤ *.Management of severe malnutrition: a manual for physicians and other senior health workers*،Geneva ،World Health Organization1999؛Management of the child with a serious infection or severe malnutr ition .(/document WHO)FCH/CAH/00.1

٥ Training course on the management of severe malnutrition (including seven modules for participants and guidelines/for instructors) (document WHO NHD/02.04English original, French, Portuguese and Spanish ؛ .(editions in preparation

على سبيل المثال، أنه عُقد اجتماعان إقليميان في هراري (١١-١٤ تشرين الثاني/ نوفمبر ٢٠٠٢، لبوتسوانا وإثيوبيا وغانا وزمبابوي) وفي الدار البيضاء بالمغرب (٢٨-٣١ تموز/ يوليو ٢٠٠٣ للبحرين ومصر وجمهورية إيران الإسلامية والمغرب وعمان وباكستان وتونس) ونظمت اجتماعات وطنية للاستناد إلى إنجازات الماضي في بوليفيا وبوتسوانا وكمبوديا والصين ومصر وإثيوبيا وغانا وفييت نام.[١] وفي الثنائية ٢٠٠٢-٢٠٠٣ دعم كل من اليونيسيف والمنظمات غير الحكومية المتعاونة عقد اجتماعات مشتركة بين عدة بلدان في مصر والهند وماليزيا وبيرو وفييت نام. وعقدت منظمة الصحة العالمية اجتماعاً تقنياً عالمياً (جنيف، ١٠-١٢ شباط/ فبراير ٢٠٠٣) بشأن التقدم المحرز في تنفيذ الاستراتيجية، والذي من أجله تعكف المنظمة هي وشركاؤها[٢] على إعداد موارد عملية شتى، ومنها على سبيل المثال، أداة[٣] مصممة لتقييم سياسات وبرامج تأمين التغذية الملائمة وتشجيعها ودعمها، ومبادئ توجيهية[٤] لإدراج المعارف والمؤهلات الأساسية في التدريب الأساسي للمهنيين الصحيين.

١٣- ويبين تحليل البيانات المستقاة من ٤١٤ مسحاً أُجري في ١٢٢ بلداً، والمتاحة في **بنك المعلومات العالمي لمنظمة الصحة العالمية بشأن الرضاعة الطبيعية والتغذية التكميلية**، زيادة إجمالية في الاقتصار على الرضاعة الطبيعية في الشهور الأربعة الأولى[٥] من العمر، أي من ١٩٪ في عام ١٩٩٠ إلى ٣٨٪ في عام ٢٠٠٢. وخلال الفترة نفسها زادت النسبة الإجمالية المقدرة للأطفال الذين يتلقون تغذية تكميلية في الوقت الملائم من ٥٥٪ إلى ٦٠٪.[٦] وعلى الرغم من هذا التحسن مازالت الممارسات الخاصة بالتغذية بعيدة عن المستوى الأمثل حسب التوصية العالمية للصحة العمومية الصادرة عن المنظمة، أي الاقتصار على الرضاعة الطبيعية لمدة ستة شهور ثم تقديم أغذية تكميلية مأمونة وملائمة مع مواصلة الرضاعة الطبيعية حتى سن العامين أو بعدها (القرار ج ص ع٥٤-٢).

---

١ منذ انعقاد المؤتمر الدولي المعني بالتغذية والمشترك بين منظمة الأمم المتحدة للأغذية والزراعة ومنظمة الصحة العالمية (روما، ١٩٩٢) قامت ١٤٦ دولة من الدول الأعضاء وكذلك ٥ أقاليم بتنقيح وتعزيز سياسات مشتركة بين القطاعات للأغذية والتغذية، ولدى ١٠٠ دولة منها استراتيجيات متكاملة تحديدا لتعزيز الممارسات الملائمة الخاصة بتغذية الرضّع وصغار الأطفال.

٢ بما فيهم اليونيسيف ومنظمة الأمم المتحدة للأغذية والزراعة ومنظمة العمل الدولية ومشروع LINKAGES وشبكة العمل الدولي من أجل أغذية الأطفال ورابطة لالينتشي الدولية والتحالف العالمي لتشجيع الرضاعة الطبيعية.

٣ *Infant and young child feeding: a tool for assessing national practices, policies andprogrammes* .(2003 ،Geneva, World Health Organization ،minf.htm#publications.int/nut/who.int)www.http://:

٤ Integrated Mana) gement of Childhood IllnessIMCIplanning, implementing and evaluating pre-service :(training. Geneva, World Health Organization2003، .pdf.)http://www.who.intchild-adolescent-he//althNew_Publications/IMCI/Planning_Implementing_Evaluating

٥ على الرغم من أن التوصية العالمية للصحة العمومية بالاقتصار على الرضاعة الطبيعية لمدة ستة شهور هي المتغير المفضل للتحليل، فإنه لا تتوافر حتى الآن بيانات كافية على هذا الأساس من المسوحات الوطنية. وقد اعتمد رسميا الاقتصار على الرضاعة الطبيعية لمدة ستة شهور من قبل السلطات المختصة في نحو ٦٠ دولة من الدول الأعضاء، بما فيها، بحلول منتصف عام ٢٠٠٣، كل من أستراليا وأيرلندا والمملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية.

٦ يجري إعداد تقرير كامل عن الاتجاهات العالمية والإقليمية الحديثة لانتشار ومدة الاقتصار على الرضاعة الطبيعية وللتغذية التكميلية المناسبة التوقيت.

١٤- ولدعم تعزيز الممارسات الملائمة الخاصة **بالتغذية التكميلية** على أساس علمي، وكذلك تقييمها بدقة بمرور الوقت، تشجع المنظمة اتباع المبادئ التوجيهية لأفضل الممارسات[١] من قبل صانعي السياسات ومخططي البرامج لدى وضع التوصيات المحلية الخاصة بالتغذية. وتجسد المبادئ التوجيهية نتائج مشاورة عالمية بشأن التغذية التكميلية (جنيف، ١٠-١٣ كانون الأول/ ديسمبر ٢٠٠١)،[٢] كما أن هذه المبادئ التوجيهية مشفوعة بكتيب[٣] موجه إلى العاملين الصحيين من المستوى المتوسط والذين يسدون النصيحة بشأن تغذية الأطفال. وبعد إجراء اختبار ميداني في بنغلاديش وجامايكا وجنوب أفريقيا نفذت دورة للمدربين القصد منها تزويد العاملين الصحيين بمهارات إسداء المشورة إلى مقدمي خدمات الرعاية (عُمان، ١٣-١٨ أيلول/ سبتمبر ٢٠٠٣) وستكرر في البحرين وعُمان وباكستان والسودان.[٤] وتعكف المنظمة أيضاً على تحديد مؤشرات لتقييم الممارسات الخاصة بالتغذية، وذلك بالتعاون مع المعهد الدولي لبحوث سياسات الأغذية.[٥]

١٥- ويتمثل أكبر مصدر **لعدوى الأطفال بفيروس العوز المناعي البشري** في انتقاله من الأم إلى الطفل، سواء في فترة الحمل أو فترة المخاض والولادة أو عن طريق الرضاعة الطبيعية (حيث تتراوح نسبة انتقال الفيروس إلى الرضّع المولودين لأمهات يحملن الفيروس بين ٥٪ و٢٠٪). وتعمل منظمة الصحة العالمية هي وثماني مؤسسات أخرى تابعة لمنظومة الأمم المتحدة على الترويج لإطار عمل يركز على الحد من انتقال فيروس العوز المناعي البشري وزيادة دعم الرضاعة الطبيعية لدى عامة السكان في آن واحد.[٦] ويدعم الإطار اتباع سياسات وطنية شاملة خاصة بالتغذية، وتنفيذ المدونة الدولية لقواعد تسويق بدائل لبن الأم، والقرارات المعنية الصادرة عن جمعية الصحة، وتوفير التغذية الملائمة لجميع الأطفال، ودعم النساء اللائي يحملن فيروس العوز المناعي البشري وإجراء البحوث، كما أن هذا الإطار تكمّله مبادئ توجيهية منقحة ومحدَّثة (لصانعي القرارات والمهنيين الصحيين) كما يكمله استعراض تقني.[٧]

---

١ *Guiding principles for complementary feeding of thebreastfedchild*، Washington, DC .PAHOWorld Health/ Organization2003، .

٢ *Complementary:feeding.report of a global consultation and summary of guiding principles* Geneva, World Health Organization2003، .
//:http)www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/Complementary_Feeding.pdf؛(Daelmans ،B Martines ،J Saadeh R edsSpecial issue based on a World Health Organization expert consultation . on complemen .tary feeding,*Food and Nutrition Bulletin* 2003 ،**24**)1.(

٣ *Complementary:feeding family foods for breastfed.children*، Geneva, World Health Organization 2001.

٤ *Complementary feedingcounselling:.a training course*، Geneva, World Health Organization2003 .(in press)

٥ Ruel MT, Brown KH ،Caulfied LE. Moving forward with complementary :feedingindicators and rese arch prioritites Washington, DC, International Food Policy Research Institute, Discussion Paper .146 ،2003

ht)//:tpwww.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/paper146pdf..(

٦ *HIV and infant:feeding.framework for priority action*، Geneva, World Health Organization 2003 //:http)www.who.int-child-adolescent//health/publications/NUTRITIONHIV_IF_Farmework.htm.(

٧ منظمة الصحة العالمية واليونيسيف وبرنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الأيدز: *HIV and infant feeding: Guidelines for decision-makers; A guide for health care managers and supervisors.*Geneva, World Health /Organization, documents WHOFRH/NUT/CHD/98.1 and 98.2 ،and WHO ،UNICEF ،UNFPA ،UNAIDS .*A review of HIV transmission throughbreastfeeding.* ،Geneva, World Health Organization 2003 (قيد الطبع).

١٦- وأجرت منظمة الصحة العالمية اختباراً ميدانياً لمجموعة من البطاقات الإرشادية لاستعمالها بالاقتران بالتدريب على إسداء المشورة بشأن الرضاعة الطبيعية والوقاية من انتقال فيروس العوز المناعي البشري من الأم إلى الطفل. كما صممت المنظمة أداة بحثية لتقييم خيارات التغذية المتاحة للأمهات اللائي يحملن فيروس العوز المناعي البشري واللائي يخترن عدم ممارسة الرضاعة الطبيعية أو اللائي يتوقفن عنها مبكراً، وتعكف المنظمة على وضع مبادئ توجيهية خاصة بالتغذية التكميلية من أجل الأطفال الذين لا يرضعون أمهاتهم. وبغية توفير قاعدة معلومات للتدخلات المناسبة تدعم المنظمة إجراء البحوث الخاصة بمخاطر انتقال فيروس العوز المناعي البشري المحتملة المرتبطة بمختلف طرق التغذية، بما فيها الاقتصار على الرضاعة الطبيعية، وبدور التهاب الثدي وسائر أنواع العدوى في انتقال هذا الفيروس. وبالإضافة إلى دعم بحوث العمليات في البرازيل وجنوب أفريقيا فيما يتعلق بضمان جودة المشورة والدعم فيما يخص تغذية الرضّع تقوم المنظمة بتسهيل إقامة شبكة بحوث لتعزيز تبادل المعلومات وتنسيقها.

١٧- واجتمع فريق استشاري تقني تابع لمنظمة الصحة العالمية ومعني بالعلاقة بين التغذية والأيدز والعدوى بفيروسه (جنيف، ١٣-١٥ أيار/ مايو ٢٠٠٣) لاستعراض المتطلبات التغذوية لمن يقدر عددهم باثنين وأربعين مليون شخص، بمن فيهم ثلاثة ملايين طفل متعايش مع الأيدز والعدوى بفيروسه دون سن الخامسة عشرة، واستعراض القرائن العلمية الخاصة بدور التغذية في انتقال فيروس العوز المناعي البشري وتطور المرض وحالة المراضة. ويعكف الفريق أيضاً على وضع دراسة بحثية بشأن القرائن العلمية والآثار البرمجية والأمن الغذائي ورعاية الفئات السريعة التأثر، بمن في ذلك الأيتام. وأعدت منظمة الصحة العالمية، بالاشتراك مع منظمة الأمم المتحدة للأغذية والزراعة، دورة تدريبية للعاملين الصحيين بشأن دور التغذية في انتقال فيروس العوز المناعي البشري وتطور المرض وتدابير الرعاية العملية، ونشرت مرجعاً يقدم اقتراحات بسيطة بخصوص النظام الغذائي للمتعايشين مع الأيدز والعدوى بفيروسه.[١]

١٨- ويجري تنفيذ **مبادرة المستشفيات المصادقة للرضّع**، التي استُهلت في عام ١٩٩١ لتعزيز بدء وترسيخ الاقتصار على الرضاعة الطبيعية في المرافق الصحية، فيما يربو على ١٩ ٠٠٠ مستشفى في ١٣٨ بلدا، وفي عام ٢٠٠٢ أعلنت كيرالا (الهند)، التي أشهد على أن ٨٠٪ من مستشفيات التوليد فيها مستشفيات مصادقة للرضع، أول "ولاية مصادقة للرضع" في العالم. ونظم المكتب الإقليمي لأفريقيا دورة تدريبية للمسؤولين عن تقييم المرافق الصحية في ١٢ بلدا أفريقيا (ليبرفيل، ٢٨-٣٠ أيار/ مايو ٢٠٠٢). وللحفاظ على التقدم في المبادرة تقوم المنظمة على نطاق واسع بتعميم أداة لإعادة التقييم والرصد،[٢] ويوضع توصيات لدعم الأمهات اللائي يحملن فيروس العوز المناعي البشري في المستشفيات المصادقة للرضع. ويجري طبقا لذلك تكييف الدورة التدريبية الخاصة بمديري المستشفيات.[٣]

١٩- وتنص **المدونة الدولية لقواعد تسويق بدائل لبن الأم**، والتي اعتمدت في عام ١٩٨١، على أن ترسل الدول الأعضاء سنويا إلى المدير العام تقارير عن الإجراءات المتخذة لإنفاذ مبادئ وهدف المدونة

---

١ Nutritionalcareand support for peo ple living with HIV/AIDS. Geneva, World Health Organization, (in press; *Living well with HIV/AIDS: a manual on nutritional care and support for people living with HIV/AIDS*. Rome, Food and Agriculture Organization of the United Nations2003, http)www.fao.org/DOCREP/005/Y4168E/Y4168E00HTM.//:).

٢ منظمة الصحة العالمية واليونيسيف ومؤسسة ولستارت الدولية. مبادرة المستشفيات المصادقة للرضع. Monitoring and reassessment: tools to sustain progress (document WHONHD/99.2/).

٣ Promotingbreastfeeding :in health facilities a short course for administrators and policy-makers (document WHONHD/96.3/).

(المادة ١١-٦). ونظرا لإرسال ١٦٢ دولة (٨٤٪) من الدول الأعضاء في المنظمة، والبالغ عددها ١٩٢ دولة، تقاريرها بالفعل (أكثر من مرة في أغلب الحالات) فقد انخفض تدفق المعلومات انخفاضا كبيرا. ومن الغايات العملية للاستراتيجية العالمية لتغذية الرضع وصغار الأطفال تجديد التركيز على المدونة الدولية.[١] ومنذ آخر تقرير جرى تقديمه إلى جمعية الصحة[٢] أتيحت معلومات جديدة من ثلاث دول أعضاء فحسب هي: الهند (مشروع تعديل القانون، ٢٠٠٣، الذي يعزز قانون عام ١٩٩٣[٣] بمنع الترويج للمنتجات المعدة لتغذية الأطفال قبل سن العامين)؛ وماليزيا (تعديل للوائح الأغذية، ١٩٨٥، يمنع أية معلومات خاصة بالترويج لأية منتجات أخرى أو الإعلان عنها من خلال أية مادة وصفية ترد على أي منتج بديل للبن الأم أو ترد ملحقة به أو معه)؛ وباكستان (المرسوم الخاص بحماية الرضاعة الطبيعية وتغذية الأطفال (٢٦ تشرين الأول/ أكتوبر ٢٠٠٢)، والذي يشمل كل المنتجات المعدة للتغذية في السنة الأولى من العمر).[٤] ولبت المنظمة طلبات الدعم التقني المقدمة من أستراليا والبحرين وكمبوديا ونيوزيلندا وتركيا. وفي نسيان/ أبريل ٢٠٠٢ أكدت الرابطة الدولية لطب الأطفال، وهي منظمة غير حكومية لها علاقات رسمية مع منظمة الصحة العالمية منذ عام ١٩٥١، للمدير العام من جديد دعمها للمدونة الدولية والقرارات اللاحقة الصادرة عن جمعية الصحة.

المعايير الدولية لنمو الرضع وصغار الأطفال

٢٠- تعد مقاييس النمو المرجعية من أشيع الأدوات المستخدمة في تقدير مستوى عافية الأطفال، وعلى نحو أوسع نطاقا في تقدير مدى تمتع المجتمعات المحلية التي يعيشون فيها بموفور الصحة. وتظل قيمة هذه المقاييس تكمن في تحديد درجة تلبية الاحتياجات الفسيولوجية اللازمة للنمو والتطور طيلة المرحلة الجنينية ومرحلة الطفولة البالغين الأهمية. وفي عام ١٩٩٤ بدأت المنظمة، اعترافا منها بجوانب القصور في المركز الوطني القائم للإحصاءات الصحية/ مقياس النمو المرجعي الدولي القائم لمنظمة الصحة العالمية، التخطيط لوضع معايير جديدة على أساس كيفية نمو الطفل في البلدان كافة بدلا من الاقتصار على وصف كيفية نمو الطفل في وقت ومكان معينين.

٢١- وقامت دراسة منظمة الصحة العالمية المتعددة المراكز بشأن مقياس النمو المرجعي (١٩٩٧-٢٠٠٣) وهي المرحلة الثانية من مشروع معايير النمو، بجمع بيانات أولية من نحو ٨٥٠٠ طفل من أصول عرقية بالغة التنوع وفي بيئات ثقافية متعددة (البرازيل وغانا والهند والنرويج وعمان والولايات المتحدة الأمريكية). وبالاستناد إلى نتائج الدراسة بدأت مرحلة ثالثة تتمثل في استحداث أدوات راسخة علميا لتقييم حالة النمو والتغذية. وستحدد المعايير الجديدة، التي زيد عددها من ٣ معايير إلى ١٢ معيارا وتم الربط بينها وبين الإنجازات التي تحققت في مجال النمو الحركي، الأطفال الذين يرضعون أمهاتهم باعتبارهم النموذج البيولوجي.

٢٢- ويتمثل الهدف المنشود في أن يستخدم معظم البلدان التسعة والتسعين، التي تستخدم حاليا المركز الوطني للإحصاءات الصحية/ مقياس النمو المرجعي لمنظمة الصحة العالمية، المعايير الجديدة استخداما فعالا

---

١ "تشمل الاستراتيجية العالمية كأولوية أمام كل الحكومات ... النظر في إصدار تشريعات جديدة أو تدابير ملائمة أخرى، حسب الاقتضاء، كجزء من سياسة شاملة لتغذية الرضع وصغار الأطفال، وإنفاذ مبادئ وهدف المدونة الدولية ... وقرارات جمعية الصحة التالية" (الوثيقة ج ص ع٥٥/٢٠٠٢/ سجلات/١، الملحق٢، الفقرة ٣٣).

٢ الوثيقة ج٥٥/١٤.

٣ *International Digest of Health Legislation* 1993؛ **44**:638.

٤ *International Digest of Health Legislation*, http://www.who.int/idhl/Pak, 02.003.

أو أن يكون معظم هذه البلدان قد استهل مرحلة الانتقال إلى استخدام هذه المعايير بحلول عام ٢٠١٠. وسيستفاد من مرحلة الانتقال هذه استفادة تامة لتعزيز الربط بين تقييم النمو وأنشطة تعزيز النمو دعما لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية. وعلاوة على ذلك فإنه ينبغي للمعيار الموضوع على أساس عينة عالمية النطاق والاعتراف بأن الفروق البيئية وليس التفوق الجيني، هي المحددات الأساسية للتباينات في نمو الأطفال، أن يساعدا على إعمال مبادئ حقوق الإنسان المقبولة، ولاسيما المبادئ المنصوص عليها في اتفاقية حقوق الطفل.

الحد من عوامل الاختطار التغذوية طوال العمر

٢٣- مازال تجميع القرائن العلمية يتراكم رابطا بين سوء التغذية، سواء في ذلك سوء التغذية الناجم عن العوز أو عن الإفراط، وبين وهن الصحة في المراحل المتأخرة من العمر. وتظهر الدراسات الحديثة زيادة خطر المرض في سن البلوغ عندما يعقب تأخر النمو داخل الرحم نمو تعويضي سريع. وتشير قرائن أخرى إلى ارتفاع خطر الإصابة بمرض القلب التاجي والسكتة وربما الإصابة بالسكري في سن البلوغ بالنسبة إلى الناس الذين توقف نموهم في مرحلة الطفولة. وثمة صلة بين الرضاعة الطبيعية وبين كون ضغط الدم أقل كثيرا في مرحلة الطفولة بالنسبة إلى الرضع المولودين في الأوان وقبل الأوان على السواء. وفي الوقت نفسه توجد صلة بين قصر مدة الرضاعة الطبيعية والتغذية ببدائل لبن الأم وبين احتمال الإصابة بعدة أمراض مزمنة في مرحلتي الطفولة والمراهقة (مثل السكري من النوع ١، وأمراض البطن، وبعض أنواع مرض السرطان الذي يصيب الأطفال، والأمراض المعوية)؛ وتشير بعض القرائن العلمية المستخلصة في الآونة الأخيرة إلى وجود ترابط بين التغذية بتناول أغذية الأطفال الجاهزة وتزايد المخاطر المحتملة فيما يتعلق بالإصابة، في مرحلة متأخرة من العمر، بالبدانة وفرط ضغط الدم.[١] غير أن أثر عوامل الاختطار المتعلقة بالتغذية المبكرة على الحصائل الصحية الطويلة الأجل يقتضي إجراء المزيد من البحوث. ولجميع هذه الأسباب تعمل المنظمة على تشجيع اتباع نهج يدوم مدى الحياة للنظم الغذائية الصحية والتغذية والوقاية من الأمراض المزمنة لكل الفئات العمرية.[٢]

الإجراء المطلوب من المجلس التنفيذي

٢٤- المجلس التنفيذي مدعو إلى الإحاطة علما بهذا التقرير.

= = =

١ WHO Technical Report Series, No916، 2003.

٢ انظر أيضا الوثيقة م ت١١٣/٧ بشأن تعزيز الصحة وأنماط الحياة الصحية، والوثيقة م ت١١٣/٤٤ إضافة ١، التي تعرض مسودة استراتيجية عالمية بشأن النظام الغذائي والنشاط البدني والصحة.