



تنفيذ القرارات والمقررات الاجرائية

تغذية الرضع وصغار الأطفال

هذه الوثيقة تكملة للجزء تاسعا من الوثيقة ج ٦/٥١ وتتضمن تقييما أشمل لأخطر أشكال سوء تغذية الأطفال وللتقدم المحرز فيما يتعلق بالحد من هذه الأشكال وللإجراءات التي اتخذتها الدول الأعضاء والمنظمة استجابة لعدة قرارات من بينها القرارات ج ص ع ٣٣-٣٢ (١٩٨٠) وج ص ع ٤٩٤-١٥ (١٩٩٦) وم ت ٩٧ ق ١٣ (١٩٩٦)، التي دعت إلى "جمع وتقييم المعلومات الكمية ذات الأهمية عن التقدم المحرز على الصعيد العالمي في مجالات الرضاعة الطبيعية والتغذية التكميلية وتنفيذ المدونة الدولية لقواعد تسويق بدائل لبن الأم وسائر جوانب تغذية الرضع وصغار الأطفال".

ويشهد الوضع تحسنا بطيئا ولكن على الرغم من تدني معدلات سوء التغذية في بعض البلدان والأقاليم فإنها أخذت في التزايد أو تظل على حالها في بلدان أخرى، فالأعداد الهائلة من الأطفال الذين يلقون نحبهم أو يتوقف نموهم أو يصيهم العجز أو العمى أو التخلف العقلي أو الذين يصابون بأنواع أخرى من الأمراض تظل أمرا لا يمكن قبوله.

وقد اعتبرت المنظمة منذ تأسيسها التغذية أحد الأركان الأساسية للصحة والتنمية، وخاصة تعزيز التغذية الجيدة، والوقاية من سوء التغذية ومكافحته والتخلص منه بين الرضع وصغار الأطفال. وقد خصت المادة ٢ من دستور المنظمة التغذية بالذكر بصفتها أحد العناصر الأساسية الثمانية للرعاية الصحية الأولية. وتنطوي التغذية أيضا على مؤشرات رئيسية في مجال توفير الصحة للجميع، وقد حددتها جمعية الصحة كإحدى أولويات المنظمة الدائمة. وبالتالي فإن تقديم التقارير إلى جمعية الصحة يعكس اهتمام الدول الأعضاء والتزامها بمعالجة المشكلات الرئيسية، وخصوصا سوء التغذية الناجم عن نقص الطاقة والبروتين، وسوء التغذية بالعناصر المغذية الدقيقة، وضرورة ممارسة الرضاعة الطبيعية والتغذية التكميلية الصحيحة، وتزايد مشكلات فرط الوزن والسمنة لدى الأطفال، والتغذية في حالات الطوارئ.

المحتويات

الصفحة

٣	معلومات أساسية
٣	سوء التغذية الناجم عن نقص الطاقة والبروتين
٦	سوء التغذية بالعناصر المغذية الدقيقة
٨	تغذية الرضع وصغار الأطفال
١١	فرط الوزن والسمنة لدى الأطفال
١٢	التغذية في حالات الطوارئ
١٣	خاتمة

معلومات أساسية

١- لا يزال نحو ثلث الرضع وصغار الأطفال يصاب بسوء التغذية الناجم عن نقص الطاقة والبروتين، وعوز اليود، وعوز الفيتامين "أ"، والأنيميا (فقر الدم)، وأمراض عوز معينة أخرى مما يؤدي الى قصور النمو واعاقة النمو البدني، وتلف الدماغ والعمى والعجز والوفاة. وتوصلت الحكومات - بعد اعلانها، في المؤتمر الدولي المعني بالتغذية (روما، ١٩٩٢)، الجوع وسوء التغذية ظاهرتين مفروضتين - الى توافق آراء عالمي جديد بشأن طبيعتهما وأسبابهما المتعددة، وبشأن الاجراءات العاجلة اللازمة للوقاية من سوء التغذية والحد منه والتخلص منه في النهاية. وتم الاتفاق على تسعة أهداف لعام ٢٠٠٠ (انظر أدناه) بالاضافة الى تسعة مجالات للعمل الاستراتيجي؛ ومسؤوليات الدول الأعضاء والمجتمع الدولي واردة بالتفصيل في الاعلان العالمي بشأن التغذية وخطة العمل المرتبطة به. ومنذ ذلك الحين قامت ١٦٠ دولة عضوا على الأقل بتطوير برامجها التغذوية أو تعزيزها باستخدام الاعلان والخطة كمخطط أولي عام؛ وتظهر الزيادة الناتجة عن ذلك في الالتزام بتحسين تغذية الأطفال، وفي الموارد المخصصة لهذا الغرض، بجلاء على كل من الصعيد الوطني والاقليمي والعالمي.

الأهداف التسعة للاعلان العالمي بشأن التغذية (روما، ١٩٩٢)

كأساس لخطة العمل ومرجع توجيهي لصياغة خطط العمل القطرية، بما في ذلك وضع الأهداف والمقاصد الممكنة تحقيقها ضمن أطر زمنية، نتعهد (نحن الوزراء والوزراء المفوضين) بأن نبذل قبل نهاية العقد؛ كل جهد، توصلنا الى التخلص من:

- المجاعات وما تسفر عنه من وفيات.
- الجوع والأمراض الناشئة عن نقص التغذية في المجتمعات المتبلدة بالكوارث الطبيعية وتلك التي من صنع الانسان.
- عوز اليود والفيتامين "أ".

كما نتعهد بالعمل، قصارى جهدنا في غضون هذا العقد؛ للحد من:

- الجوع وانتشار حالاته المزمنة.
- نقص التغذية، خصوصا في أوساط الأطفال والنساء والمسنين.
- نقص العناصر المغذية الدقيقة الأخرى، بما فيها الحديد.
- الأمراض السارية وغير السارية المتصلة بالنظام الغذائي.
- المعوقات الاجتماعية وغيرها من المعوقات التي تحول دون الرضاعة الطبيعية المثلى.
- قصور المرافق الصحية وتردي مستوى النظافة العامة، بما في ذلك مياه الشرب غير النقية.

سوء التغذية الناجم عن نقص الطاقة والبروتين

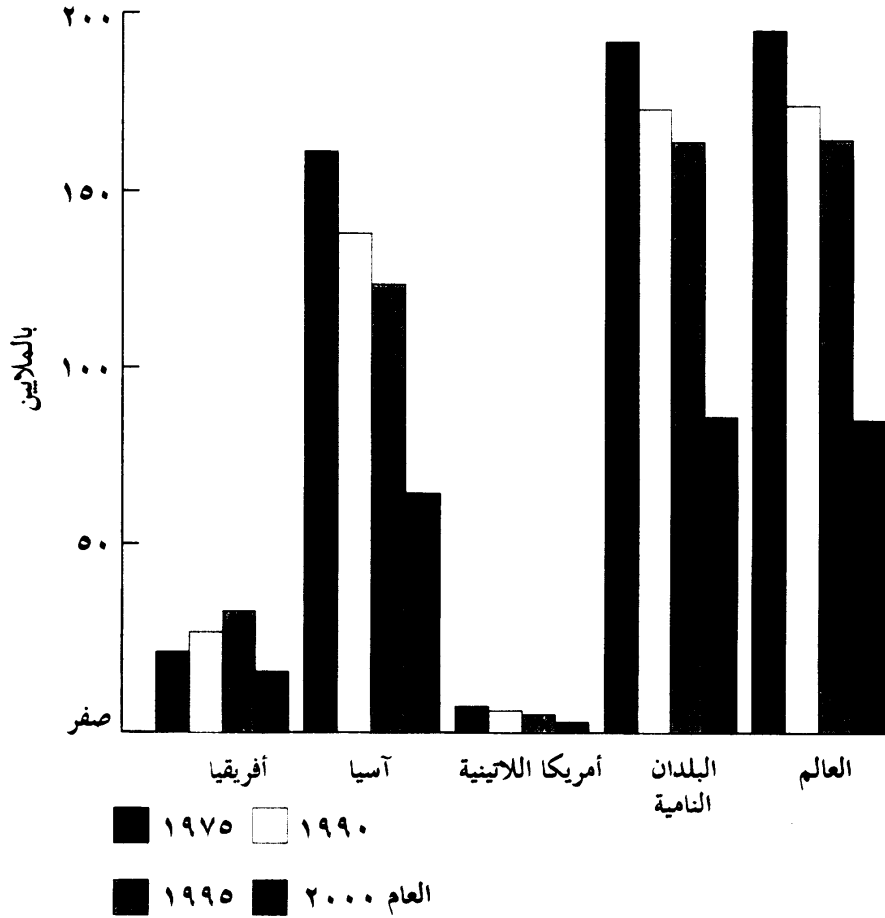
٢- ان التقدم العالمي بطيء وغير كاف بالمرّة بالنسبة الى الهدف المتمثل في خفض مستويات الانتشار بحلول عام ٢٠٠٠ الى نصف معدلاتها في عام ١٩٩٠. وفي الوقت الحاضر لا يزال ما يقدر بـ ١٦٨ مليون طفل دون سن الخامسة، أي ما يزيد على ربع الأطفال في هذه الفئة العمرية (٢٧٪)، يعانون من سوء التغذية الذي يظهر في العلاقة بين الوزن والسن. ومع ذلك فان هذا يمثل بوضوح تقدما كبيرا عند مقارنته بعدد الأطفال المصابين بسوء التغذية في عام ١٩٧٥، البالغ زهاء ٢٠٠ مليون طفل، والذي يشكل معدل انتشار يزيد كثيرا على الثلث (٣٦٪).

٣- وفي بعض الأقاليم - الأفريقي على سبيل المثال - زاد بالفعل العدد الحقيقي للأطفال المصابين بسوء التغذية مع زيادة السكان. ولم تزد الكوارث الطبيعية والحروب والقتل الأهلية ونزوح السكان الوضع الا تفاقمًا؛ ومع أنه يوجد

١ أقرتها بكاملها جمعية الصحة في عام ١٩٩٣ (القرار ج ص ٤٦-٧).

٢١٪ من هؤلاء الأطفال في أفريقيا و٣٪ فقط في أمريكا اللاتينية فلايزال ما ينوف عن ثلاثة أرباعهم يعيش في آسيا (وخاصة في جنوبي آسيا) (الشكل ١).

الشكل ١ - الاتجاهات الاقليمية والعالمية للأعداد المقدرة للأطفال دون سن الخامسة الذين يعانون من انخفاض الوزن



٤ - وما يرتبط بسوء التغذية من أمراض ووفيات أمر مروع اذ يتسبب في قرابة نصف حالات الوفاة البالغة ١١ مليون حالة سنويا بين الأطفال دون الخامسة (٤٩٪) في البلدان النامية، وقللة النشاط البدني، وانخفاض المقاومة للعدوى (وخاصة الاسهال وأمراض الجهاز التنفسي والحصبة)، وضعف النمو الذهني والقدرات الإدراكية.

تأخر النمو داخل الرحم

٥ - ان سوء تغذية الأجنة، المقاس بتأخر النمو داخل الرحم، مشكلة كبرى من المشكلات السريرية ومشكلات الصحة العامة في البلدان النامية حيث تشير التقديرات الى إصابة ٣٠ مليون وليد سنويا (٢٤٪) طبقا لما جاء في أول

دراسة مسهبة^١ بشأن الأبعاد العالمية والتوزيع الجغرافي لمشكلة تأخر النمو داخل الرحم على أساس البيانات المستمدة من ١٠٦ من البلدان النامية. وإذا ما قورنت معدلات الإصابة الاقليمية باستخدام المؤشر الأكثر تقليدية الخاص بتأخر النمو داخل الرحم بين الأطفال المولودين بعد اكتمال فترة الحمل (> ٢٥٠٠ غرام في حالة فترة حمل مقدارها ≤ ٣٧ أسبوعاً) تبين إصابة ١١٪ من الولدان في البلدان النامية مقابل ٢٪ في البلدان المتقدمة. وتوجد أغلبية الحالات (نحو ٧٥٪) في آسيا.

٦- ويعد سوء تغذية الأمهات العامل الرئيسي المحدد لتأخر النمو داخل الرحم في البلدان النامية، حيث يترافق ذلك مع انخفاض وزن الجنين وانخفاض منسب كتلة جسم الأم قبل الحمل وقصر قامتها. كما يعد فقر الدم الذي تعانيه الأم، بالإضافة الى الأحمال المعوية والأحمال التنفسية، والملاريا وتدخين السجائر، من العوامل الهامة المسببة للأمراض. وينبغي تفسير ارتفاع معدلات تأخر النمو داخل الرحم كعلامة انذار عاجلة على مخاطر سوء التغذية والمرضاة التي تهدد النساء اللائي هن في سن الانجاب لا مجرد مؤشر على وجود مخاطر عالية تتهدد الطفل الحديث الولادة.

العمل والتقدم المحرز

٧- يحجب ارتفاع معدل الانتشار العالمي لسوء التغذية الناجم عن نقص الطاقة والبروتين النجاحات الرائعة التي تتحقق بفضل الموارد الهائلة التي يخصصها عدد كبير من الدول الأعضاء لمكافحة سوء التغذية وأسبابه الأساسية حيث يبدي ٢٥ بلدا في عينة حديثة قوامها ٦٠ بلدا ناميا تحسنا ملموسا في الحالة التغذوية للأطفال مع تناقص معدلات سوء التغذية الناجم عن نقص الطاقة والبروتين، ويشمل ذلك ٦ بلدان من بين ٢٥ بلدا في أفريقيا، و ٩ بلدان من بين ١٩ بلدا في أمريكا اللاتينية، و ٤ بلدان من بين ٥ بلدان في شرق المتوسط، و ٣ بلدان من بين ٦ بلدان في جنوب شرق آسيا، و ٣ بلدان من بين ٥ بلدان في غرب المحيط الهادي.

٨- وبحلول كانون الأول/ ديسمبر ١٩٩٧، كانت ١٦٠ دولة عضوا (٨٤٪) قد أنشأت أو نقحت أو عززت برامج تحقق تهيئة الاعلان العالمي وخطة العمل لتلبية احتياجاتها المحددة، وادراج الغايات التغذوية في السياسات الانمائية، وتحسين تغذية الأطفال وجودة الغذاء وسلامته، ورعاية المجموعات المعرضة للخطر مثل اللاجئين، والتخلص من سوء التغذية بالعناصر المغذية الدقيقة، والوقاية من السمنة، وازفاء الصبغة المؤسسية على الرصد.

٩- والتعاون القائم مع منظمات الأمم المتحدة الأخرى، مثل منظمة الأمم المتحدة للأغذية والزراعة واليونيسيف ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين وبرنامج الأغذية العالمي وجامعة الأمم المتحدة، قوي أيضا على الصعيدين القطري والاقليمي وكذلك على صعيد المقر الرئيسي؛ وتقوم اللجنة الفرعية المعنية بالتغذية والمنشقة عن لجنة التنسيق الادارية بالتوفيق بين الأنشطة في هذا الصدد؛ ويواصل ٢٩ مركزا متعاوننا مع المنظمة، والشبكات الاقليمية للبحوث، الاضطلاع بدور هام في هذا الخصوص.

١٠- وتدعم المنظمة الدول الأعضاء، تقنيا وماليا، في المقام الأول، بوضع وتنفيذ السياسات والبرامج الوطنية، وخاصة في أقل البلدان نموا ذات المعدلات المرتفعة من سوء التغذية، كما تدعمها، في المقام الثاني، من خلال وضع ونشر المعايير والمنهجية والاشتراطات العلمية ومعايير التقدير والارشادات. ويركز هذان النهجان على ستة مجالات جميعها حاسم للسلامة التغذوية للرضع وصغار الأطفال وهي: سوء التغذية الناجم عن نقص الطاقة والبروتين، وسوء التغذية بالعناصر المغذية الدقيقة، وتغذية الرضع وصغار الأطفال، والأمراض غير السارية ذات الصلة بالسمنة والنظام الغذائي، والسياسات وخطط العمل الوطنية الخاصة بالتغذية، والتغذية في حالات الطوارئ.

١١- وبحلول منتصف عام ١٩٩٧، كانت المنظمة قد قدمت دعما تقنيا وماليا الى ١٦٢ دولة عضوا وذلك بالتحديد من أجل تعزيز خطط التغذية الوطنية، ونظمت ٢٣ اجتماعا اقليميا، معظمها بالتعاون مع منظمة الأمم المتحدة للأغذية والزراعة واليونيسيف، بغية التعاون مع البلدان على تحديد عوامل التحسين التغذوي، والتعجيل بالاجراءات الرامية الى الحد من سوء التغذية، وتعزيز برامج التغذية الوطنية. وأحيل الى المجلس الاقتصادي والاجتماعي للأمم المتحدة والى الجمعية العامة تقرير مشترك بين منظمة الأمم المتحدة للأغذية والزراعة ومنظمة الصحة العالمية^٢ بشأن التقدم المحرز

^١ de Onis M, Blössner M, Villar J. Levels and patterns of intrauterine growth retardation in developing countries. *European Journal of Clinical Nutrition*, 1998, 52: S5-S15
العاشر بالمنحى المرجعي للعلاقة بين الوزن عند الميلاد والسن عند الحمل.

^٢ *World Development Report 1998: Attaining the Millennium Development Goals*

والعمل على الصعيد العالمي كان قد سبق تقديمه في آذار/ مارس ١٩٩٧ الى اللجنة الفرعية المعنية بالتغذية والمنتبقة عن لجنة التنسيق الادارية.

١٢- وأصدرت المنظمة، على سبيل الاضطلاع بوظيفتها التقييسية الأساسية، أكثر من ٤٠ مطبوعة ووثيقة تقنية على مدى السنوات الخمس الماضية تشكل معايير وتوصيات جديرة بالاعتماد، وكذلك المبادئ التوجيهية لوضعها موضع التطبيق، تتعلق بالمتطلبات التغذوية للإنسان، وتقييم الوضع التغذوي ومعالجة سوء التغذية الحاد الناجم عن نقص البروتين والطاقة، والمستويات الموصى بها للمأخوذ من اليود والفيتامين "أ" والحديد ومنهجيات تقييمه، ووضع مبادئ توجيهية قوية تستند الى الأغذية، والتغذية التكميلية للرضاعة الطبيعية، وتنفيذ المدونة الدولية لقواعد تسويق بدائل لبن الأم، وتلبية الاحتياجات التغذوية للرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ.

وضع مرجع دولي جديد للنمو

١٣- بالنظر الى المشكلات التقنية الخاصة بمرجع النمو الذي توصي المنظمة منذ أواخر السبعينات باستخدامه على الصعيد الدولي، استهلّت المنظمة، بالتعاون مع جامعة الأمم المتحدة وغيرها من المؤسسات الدولية والوطنية، دراسة مدتها أربعة أعوام تشمل أمريكا الشمالية والجنوبية وأوروبا وأفريقيا جنوبي الصحراء الكبرى وشرقي آسيا وجنوبها وغربها. ويتوقع أن تستخدم منحنيات النمو الجديدة الناتجة عن الدراسة، والتي تستند الى الرضع الذين ترضعهم أمهاتهم والأصحاء من صغار الأطفال، لسنوات عديدة قادمة.

سوء التغذية بالعناصر المغذية الدقيقة

١٤- ان الاضطرابات الناجمة عن عوز اليود هي أكبر سبب للاصابة بتلف الدماغ، الذي يمكن الوقاية منه، بين الأجنة والرضع وتأخر النمو النفسي الحركي بين صغار الأطفال. وتتضمن طائفة الحالات المرضية الناجمة عن عوز اليود الفدامة والبكم والحوول والشلل المزروع التشنجي والتخلف العقلي والقزامة والاملاص والشذوذات الولادية وزيادة معدلات الوفيات في فترة ما حول الولادة. ومن المقدر أن أكثر من ٩٠٠ مليون شخص (رضع وأطفال وبالغون) مصابون بالدراق (الجدول ١)، يوجد أكثر من نصفهم (٥٢٪) في آسيا وأن ١٦-١٧ مليون شخص مصابون بالفدامة، بالإضافة الى ٥٠ مليون شخص يعانون أنواعا من تلف الدماغ أقل وخامة، وان كانت قابلة للقياس، ومردّها عوز اليود.

الجدول ١ - اضطرابات عوز اليود: انتشارها وعدد الأشخاص

المتأثرين بالدراق والفدامة

اقليم المنظمة	مجموع معدل الاصابات بالدراق		الفدامة	
	الانتشار (%)	السكان المتأثرون (بالملايين)	الانتشار (%)	السكان المتأثرون (بالملايين)
الأفريقي	٢٣,٧	١٤٧	١,٤٨	٤,٢١
الأمريكي	٦,٥	٥٢	٠,٣٣	٠,٣٤
جنوب شرق آسيا	١٤,٩	٢٢٠	٠,٨١	٣,٥٦
الأوروبي	١٠,٧	٩٣	٠,٢٦	٠,٤٨
شرق المتوسط	٣٠,٣	١٤٥	٢,٥٩	٧,١٨
غرب المحيط الهادي	١٥,٥	٢٥٤	٠,١٤	٠,٧٤
العالم	١٥,٦	٩١١	٠,٩٢	١٦,٥١

١٥- غير أنه حدث تقدم هائل في الحد من الاضطرابات الناجمة عن عوز اليود وذلك، الى حد بعيد، بفضل يودنة الملح: ففي حين لم تكن توجد برامج ليودنة الملح في عام ١٩٩٠ الا لدى ٤٦ بلدا فقط من البلدان التي من المعروف أن الاضطرابات الناجمة عن عوز اليود تعد مشكلة كبرى من مشكلات الصحة العامة فيها، والبالغ عددها ١١٨ بلدا، فان هذه البرامج أصبحت موجودة لدى ٨٣ بلدا بحلول عام ١٩٩٥ مع قيام معظم البلدان المتبقية البالغ عددها ٣٥ بلدا باتخاذ خطوات لتحديد أبعاد مشكلة الاضطرابات الناجمة عن عوز اليود ومدى خطورتها. ومنذ عام ١٩٩٠ أجرى ٧٢ بلدا استقصاءات أولية أو استقصاءات متابعة وأنشأت بلدان كثيرة نظم رصد وطنية. وفي السنوات الخمس الأخيرة حققت الجزائر والأرجنتين وبوليفيا والبرازيل والكامبيرون وشيلي وكوستاريكا وجمهورية إيران الاسلامية وتايلند وزمبابوي هدف التخلص من هذه الاضطرابات، أو هي تقترب من تحقيقه بخطى سريعة.

١٦- وقدم كل من المنظمة واليونسيف والمجلس الدولي لمكافحة اضطرابات عوز اليود بصورة خاصة، الدعم التقني والمالي للدول الأعضاء في وضع ورصد البرامج الوطنية لمكافحة اضطرابات عوز اليود. وشملت الأنشطة التقييمية المشاورات التقنية لاعداد البيانات والمبادئ الارشادية بشأن الاستخدام المأمون للزيت الميودن أثناء الحمل،^١ وأوصت بالقيم المعيارية لحجم الغدة الدرقية لدى الأطفال.^٢ واستعرض الخبراء في مشاورات (جنيف، ١٩٩٦) أجروها نتائج الدراسة التي شملت سبعة بلدان وقامت بتنسيقها المنظمة بشأن يودنة الملح وفرط نشاط الغدة الدرقية الذي يحدثه اليود في أفريقيا، ووضعت مبادئ ارشادية جديدة فيما يخص مستويات اليود الموصى بها في الملح.^٣

١٧- وما زال عوز الفيتامين "أ" لدى الأطفال في البلدان النامية أهم سبب لضعف البصر الحاد والعمى الممكن تفاديهما، وهو يساهم مساهمة كبيرة في حالات العدوى الحادة والوفاة، لاسيما بسبب الاسهال والحصبة. وتظهر على قرابة ٣ ملايين طفل دون الخامسة حاليا علامات جفاف الملتحمة، في حين يفقد ٢٥٠ مليوناً آخرون لمقادير كافية من الفيتامين "أ"، مما يزيد من خطر العدوى والوفاة. وتدل المعلومات الراهنة على أن ٧٦ بلدا تواجه مشاكل عوز الفيتامين "أ" السريري أو دون السريري. وتفرد أفريقيا بأوسع انتشار لهذا العوز في حين تتركز أكبر أعداد المتأثرين سريريا به والمعرضين لخطر الإصابة به في جنوب شرق آسيا. غير أن هناك علامات مشجعة بأن عوز الفيتامين "أ" الحاد أخذ في التراجع، وخاصة في بعض مناطق آسيا. وقد استمر الدعم التقني الذي تقدمه المنظمة للدول الأعضاء من أجل تقييم هذا المرض وتخفيف الاصابات به والوقاية منه، بالتعاون مع اليونسيف، ووكالة الولايات المتحدة للتنمية الدولية ومبادرة العناصر المغذية الدقيقة (أوتاوا، كندا) والمجموعة الاستشارية الدولية بشأن الفيتامين "أ". ويتم، الآن، استكمال تجربة تنولى المنظمة تنسيقها لتقييم أثر تكملة الفيتامين "أ" على المرضة، وعقدت مشاورات خبراء بشأن الجرعة المأمونة من الفيتامين "أ" أثناء الحمل والارضاع في حزيران/ يونيو ١٩٩٦، وتم توزيع التوصيات^٤ الصادرة عنها على نطاق واسع، كما صدرت جداول وارشادات منقحة عن تكمیل جرعة الفيتامين "أ".^٥

١٨- وتشمل آثار عوز الحديد وفقر الدم ازدياد وفيات الأمهات والأطفال الحديثي الولادة، وضعف وظيفة النمو والمناعة وانخفاض القدرة على التعلم والعمل وهما يؤثران على ما يقدر بملياري نسمة في البلدان المتقدمة والبلدان النامية، ويعدان من العقبات الرئيسية في سبيل التنمية الفردية والوطنية. وقد أظهر تحليل عالمي وضعته المنظمة مؤخرا أن نسبة ٣١٪ من الأطفال دون الخامسة في البلدان النامية يعانون فقر الدم أيضا، ويعود ذلك بصورة رئيسية الى عوز الحديد. وأسبابه الرئيسية قلة مدخول الحديد في النظام الغذائي وقلة التوفر البيولوجي للحديد في الغذاء، وما يتبع ذلك من أنواع العدوى واحتشاش الطفيليات المعوية. وتعد العوامل الأخرى من قبيل الفقر، وسوء ممارسات تغذية الرضع، والأمية، وعقم السياسات الغذائية ذات أهمية في هذا المضمار. ويتم حاليا اعداد وثيقة تعرض مؤشرات التقييم واستراتيجيات الوقاية في هذا الميدان.^٦

١ انظر Safe use of iodized oil to prevent iodine deficiency in pregnant women. A statement by the World Health Organization. *Bulletin of the World Health Organization*, 1996, 74(1): 1-3.

٢ انظر Recommended normative values for thyroid volume in children aged 6-15 years. *Bulletin of the World Health Organization*, 1997, 75(2): 95-97.

٣ انظر "Recommended iodine levels in salt and guidelines for monitoring their adequacy and effectiveness". (document WHO/NUT/96.13).

٤ "Safe vitamin A dosage during pregnancy and lactation" (unpublished document NUT/96.14)

٥ *Vitamin A supplements: a guide to their use in the treatment and prevention of vitamin A deficiency and of vitamin A deficiency xerophthalmia*. 2nd edition. WHO, Geneva, 1997.

٦ "Iron deficiency: indicators for assessment and strategies for prevention"

تغذية الرضع وصغار الأطفال

١٩- تقدم المنظمة الدعم للدول الأعضاء في جهودها الرامية الى حماية الرضاعة الطبيعية وتشجيعها من خلال البرامج التقنية على المستوى القطري والاقليمي والعالمي وبالتعاون مع اليونيسيف ومنظمات الأمم المتحدة الأخرى والمراكز المتعاونة مع المنظمة والمنظمات غير الحكومية.

الرضاعة الطبيعية

٢٠- يتبين من مصرف البيانات العالمية بشأن الرضاعة الطبيعية التابع للمنظمة، الذي يضم بيانات من ٩٤ بلداً، أن معدلات ممارسة الرضاعة الطبيعية حصراً مازالت متدنية. وتقدر نسبة الرضع الذين يعطون لبن الأم وحده في الفترة الفاصلة بين الولادة وسن أربعة أشهر بـ ٣٥٪ فقط. ومع تزايد الوعي بفوائد ومزايا الرضاعة الطبيعية في كل من البلدان النامية والبلدان المتقدمة شرع المزيد من الدول الأعضاء في اتخاذ الخطوات لحمايتها وتشجيعها. وتزايدت معدلات الارضاع الطبيعي في بلدان مثل أستراليا وكندا والصين وجمهورية ايران الاسلامية ومالي والنرويج وبولندا والسويد وتايلند وزامبيا وزمبابوي. غير أن كثيراً ما نجد أن معدلات الرضاعة الطبيعية مازالت متدنية في البلدان التي ينتشر فيها سوء التغذية ويرتفع معدل الوفيات. ورغم مزاياها بالمقارنة مع الرضاعة الاصطناعية من حيث تحسين المدارك العقلية، والحماية ضد أنواع الحساسية، وضروب العدوى الجرثومية والفيروسية، وخطر الملوثات، اضافة الى فرط أو نقص العناصر المغذية الناجم عن رداءة تحضير اللبن الاصطناعي، فإن العديد من البلدان، لاسيما الأوروبية منها، مازال يشهد معدلات متدنية من الارضاع الطبيعي رغم التحسن البطيء الذي أخذ يطرأ عليها (مثل فرنسا وإيطاليا وأيرلندا وهولندا وأسبانيا وسويسرا والمملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية).

٢١- ولقد ساهم اعلان انوتشتني (١٩٩٠) وأهدافه العملية الأربعة مساهمة كبيرة في زيادة معدلات الرضاعة الطبيعية في العديد من البلدان، وفي وضع الاستراتيجيات الوطنية للرضاعة الطبيعية ودمجها في السياسات الاجمالية للصحة والتنمية. وتظهر نتائج مسح أجرته المنظمة مؤخراً أن أكثر من ١٣٠ دولة عضواً قد شكلت لجاناً للرضاعة الطبيعية (مع أنها لا تتمتع جميعها كما يقال بالسلطات اللازمة والصيغة القطاعية)، وتمنح ١١٨ من هذه الدول اجازة أمومة مدتها ١٢ أسبوعاً على الأقل لبعض الأمهات، وتطبق مبادرة المستشفيات الرؤوفة بالرضع، التي أطلقت عام ١٩٩٢، في ١٧١ بلداً الآن، وقد ازداد عدد هذه المستشفيات من قرابة ٤٣٠٠ في عام ١٩٩٥ الى أكثر من ١١ ٠٠٠ في منتصف عام ١٩٩٧.

٢٢- وتشمل مساهمة المنظمة في هذه المبادرة أعمال الدعوة وبث المعلومات ووضع المواد التعليمية ووسائل الرصد والتقييم. ويتركز الاهتمام على التدريب والتقييم لضمان استمرار صدقية المبادرة وسلامتها، وجعلها متجاوبة مع الأم والرضع في الوقت نفسه. ويعتبر تدريب العاملين الصحيين وموظفي المستشفيات أمراً أساسياً في أسلوب "العلاج المتكامل لأمراض الطفولة". وتم وضع مناهج تدريبية واختبارها وتنظيم دورات دراسية لهذا الغرض.^٤

٢٣- وأجرت المنظمة، استجابة لنتائج البحوث الأخيرة بشأن انتقال فيروس العوز المناعي البشري عن طريق الرضاعة الطبيعية، مشاورات تقنية مع اليونيسيف وبرنامج الأمم المتحدة لمكافحة الايدز في نيسان/ أبريل ١٩٩٨ لاستعراض أحدث الأدلة العلمية واصدار مبادئ توجيهية لصانعي السياسات ومديري الرعاية الصحية عن سبل التصدي لهذه الحالة الطارئة في مجال الصحة العمومية. والقصد من ذلك حماية وتعزيز ودعم ارضاع غالبية الرضع رضاعة طبيعية وضمان تلبية الاحتياجات التغذوية للرضع المعرضين لخطر الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري عن طريق الرضاعة الطبيعية تلبية صحيحة.

١ "WHO global data bank on breast-feeding" (document WHO/NUT/96.1)

٢ هذه الأهداف هي: منسق وطني ولجنة قطاعية للرضاعة الطبيعية يتمتعان بالسلطة الكافية، جعل جميع مرافق الأمومة "رؤوفة بالرضع"، اتخاذ الاجراءات لتنفيذ مبادئ وهدف المدونة الدولية ووضع التشريعات لحماية حقوق المرأة العاملة في الارضاع الطبيعي.

٣ The Innocenti Declaration: Progress and achievements, Parts I and II. *Weekly Epidemiological Record*, 1998, 73(5): 25-32 and 73(13): 91-94.

٤ المشورة في مجال الرضاعة الطبيعية: دورة تدريبية (الوثقتان WHO/CDR/93.3-93.6) متوفرتان بالعربية والانكليزية والفرنسية والبرتغالية والروسية والأسبانية. -Promoting breast-feeding in health facilities: a short course for administrators and policy-makers" (document WHO/NUT/96.3) is available in English, French and Russian (Arabic and Spanish in preparation).

٢٤- **التعليم الطبي.** تم تقييم الكتب الدراسية بالانكليزية والفرنسية والأسبانية المستخدمة في أهم المدارس الطبية.^١ ويجري بالتعاون الوثيق مع مؤسسة ولستارت انترناشيونال ادماج منهج تدريسي لادارة ادرار اللبن والارضاع في التعليم الأساسي السابق للخدمة الذي يتلقاه الأطباء والممرضات وغيرهم من المهنيين الصحيين.

التغذية التكميلية

٢٥- يرتبط سوء تغذية الرضع وصغار الأطفال وتوقف النمو والمرضة والوفيات ارتباطا وثيقا في العديد من البلدان بممارسات التغذية التكميلية التي كثيرا ما تكون خاطئة، اذ غالبا ما تعطى أغذية غير مناسبة تغذويا - وكثيرا ما تكون ملوثة - في وقت جد مبكرة (في البلدان النامية والبلدان المتقدمة) أو في مرحلة جد متأخرة (في البلدان النامية). وتكثف المنظمة دعمها التقني للدول الأعضاء للمساعدة على تحسين هذه الممارسات، عن طريق أسلوب "العلاج المتكامل لأمراض الطفولة" مثلا. وقد عقدت المنظمة حلقتين عمليتين بشأن ممارسات التغذية التكميلية في الاقليم الأفريقي (١٩٩٤) واطليم شرق المتوسط (١٩٩٥). في حين أعطت الدول الأعضاء في اقليم جنوب شرق آسيا الأولوية لهذا الموضوع في مجال البحوث. وقد عمدت المنظمة، بدعم من اليونيسيف ووكالة الولايات المتحدة للتنمية الدولية، الى طلب اجراء استعراض شامل لهذا الموضوع^٢ وعقد مشاورة في مرحلة لاحقة، للمراكز المتعاونة في مجال التغذية (جنيف، كانون الأول/ ديسمبر ١٩٩٦) لتخطيط البحوث التطبيقية بهذا الصدد. ويتم، الآن، وضع مبادئ ارشادية للمعلمين الصحيين بالتعاون مع "مدرسة لندن للتصحيح وطب المناطق المدارية"، ودراسة عن التغذية التكميلية والعناصر المغذية الدقيقة ونمو الطفل أيضا.

٢٦- وأكدت احدى لجان الخبراء^٣ التابعة للمنظمة في تقرير لها عام ١٩٩٥ من جديد على ملاحمة التوقيت الموصى به حاليا للارضاع الطبيعي دون سواه والبدء باعطاء الأغذية التكميلية، أي من ٤ الى ٦ شهور من العمر. ويتعين على سلطات الصحة العمومية، عند تطبيق التوصية الراهنة بشأن تغذية الرضع بصفتها دليلا لممارسات الارضاع - سواء كان ذلك لمجموعات سكانية برمتها أو لصالح احدى الأمهات فقط، وبالتشاور مع العامل الصحي المعني بها، واستنادا الى الاحتياجات المحددة لطفلها - أن تأخذ بعين الاعتبار العوامل البيئية والثقافية السائدة. وهذه العوامل تشمل نوعية وسلامة الأغذية التكميلية المتاحة، وامكانية تلوث البيئي، ومزايا المباشرة بين الأطفال المترتبة على ممارسة الرضاعة الطبيعية دون سواها. وبالتالي فقد يكون من الأفضل، في بعض الظروف، تأخير البدء باعطاء الأغذية التكميلية الى حين تصحح أمرا لا غنى عنه من الناحية التغذوية.

التقدم المحرز في تنفيذ المدونة الدولية

٢٧- قدمت، منذ اعتماد المدونة في عام ١٩٨١، ما مجموعه ١٥٨ دولة عضوا - ٨٣٪ من الدول - تقارير الى المنظمة عن الاجراءات المتخذة لوضع مبادئ وهدف المدونة - كليا أو جزئيا - موضع التنفيذ (الجدول ٢).

١ انظر *An evaluation of the breastfeeding content of selected medical textbooks*. Washington, D.C., Institute for Reproductive Health, Georgetown University, 1997.

٢ WHO, UNICEF, ORSTOM, University of California at Davis. "Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge" (document WHO/NUT/98.1) (in preparation.)

٣ *Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee*. Geneva, World Health Organization, 1995 (WHO Technical Report Series, No. 854).

الجدول ٢ - الدول الأعضاء التي قدمت تقارير عن الاجراءات المتخذة
لوضع المدونة الدولية لقواعد تسويق بدائل لبن الأم موضع التنفيذ،
١٩٩٨-١٩٨١

اقليم المنظمة	الدول الأعضاء	الدول الأعضاء التي قدمت تقارير	% من الدول الأعضاء	المناطق التي قدمت تقارير
الأفريقي	٤٦	٣٨	٨٣	
الأمريكي	٣٥	٣٤	٩٧	٦
جنوب شرق آسيا	١٠	٨	٨٠	
الأوروبي	٥١	٣١	٦١	
شرق المتوسط	٢٢	٢١	٩٥	
غرب المحيط الهادي	٢٧	٢٦	٩٦	٦
المجموع	١٩١	١٥٨	٨٣	١٢

٢٨- وعلى الرغم من أن أدنى نسبة مئوية (٦١٪) من الدول الأعضاء التي قدمت التقارير كانت في أوروبا، فإن الجدير بالملاحظة أن معظم الدول الأعضاء الجديدة البالغ عددها ٢٣ والتي انضمت الى المنظمة بين عامي ١٩٩١ و١٩٩٧ - ويواجه الكثير منها صعوبات اجتماعية واقتصادية شديدة - تقع في أوروبا.

٢٩- وقد تم، منذ أصدر المدير العام التقرير الأخير^١ بهذا الشأن، اتخاذ اجراءات جديدة، غالبيتها العظمى تشريعية، من قبل ٣٢ دولة عضواً - يرد ذكر ثمانتي منها لأول مرة - أو ما مجموعه ٥٩ دولة عضواً منذ عام ١٩٩٤، نلخصها فيما يلي:

- **تدعيم التدابير الحالية** لوضع المدونة موضع التنفيذ في ضوء الظروف المستجدة كما هو الحال بالنسبة للأرجنتين وأستراليا وماليزيا وموزامبيق ونيوزيلندا وبولندا وسنغافورة والسويد وسويسرا وتايلند؛
- **توسيع نطاق الاجراءات** ليشمل جميع منتجات الأغذية التجارية للرضع، كما في الأرجنتين وأستراليا والبحرين وبوتسوانا وكوستاريكا ومدغشقر وماليزيا والسنتغال والسويد وفيت نام، وأحيانا المنتجات المعدة للأطفال الأكبر سناً (١-٣ سنوات من العمر)، كما في موزامبيق وجمهورية تنزانيا المتحدة. وكثيرا ما تشمل هذه الاجراءات بصورة صريحة لا لبس فيها أغذية المتابعة التي لم تكن متوفرة عندما اعتمدت المدونة في عام ١٩٨١، لكنه ورد ذكرها في قرار لاحق (القرار ج ص ع ٣٩-٢٨)؛
- **تعزيز الرصد**، وذلك باسترعاء انتباه الجمهور الى المخالفات التي يرتكبها منتجو وموزعو الأغذية وفرض عقوبات عليهم، كما في الأرجنتين وأستراليا والبحرين وبنغلاديش وماليزيا ونيوزيلندا وعمان والسنتغال وسويسرا وتايلند والامارات العربية المتحدة؛

١ الوثيقة ج ٤/٤٩، الجزء الثامن.

٢ **الاقليم الأفريقي**: بوتسوانا، مدغشقر، موريتانيا، موزامبيق، ناميبيا، سيشيل، توغو، زيمبابوي؛ **الاقليم الأمريكي**: الأرجنتين، البرازيل، هندوراس، نيكاراغوا، ترينيداد وتوباغو؛ **اقليم جنوب شرق آسيا**: بنغلاديش، الهند؛ **الاقليم الأوروبي**: النمسا، مالطة، بولندا، السويد؛ **اقليم شرق المتوسط**: قبرص، جيبوتي، جمهورية ايران الاسلامية، المملكة العربية السعودية؛ **اقليم غرب المحيط الهادي**: أستراليا، كمبوديا، الصين، جزر مارشال، نيوزيلند، نيوي، بالاو، سنغافورة، تونغنا.

- تقديم أغذية الرضع الجاهزة لأغراض اجتماعية: يتم حاليا تحديد الظروف الدقيقة التي يحوز في ظلها تقديم امدادات حقيقية لتلبية الاحتياجات التغذوية الطويلة الأجل للرضع المحتاجين لرضاعة بدائل لبن الأم، كما هو الحال بالنسبة لدور الأيتام، تحديدا واضحا، في بلدان كالبحرين وبوتسوانا ومدغشقر وجمهورية تنزانيا المتحدة على سبيل المثال؛

- خطر توزيع عينات الأغذية الجاهزة على الجمهور عموما والأمهات كوسيلة ترويجية، كما هو الحال في كوت ديفوار، والجمهورية الدومينيكية، وهندوراس، ومدغشقر، وموزامبيق، وبولندا، والسنگال، وترينيداد وتوباغو، والدول الخمس عشرة الأعضاء في الاتحاد الأوروبي،^١ عملا بالتوجيه الأوروبي رقم 91/321/EEC.

٣٠- وقد أصدرت المنظمة الاطار المشترك للاستعراض والتقييم^٢ للبت في نوع الاجراءات التي اتخذتها الحكومات أو هي بصدد اتخاذها لوضع المدونة موضع التنفيذ، والعوامل التي عرقلت أو سهلت اتخاذ هذه الاجراءات وتقييم أثرها ووضع التوصيات المناسبة بهذا الشأن. وما زالت المنظمات غير الحكومية الدولية منها والوطنية تنشط في هذا المضمار. فقد أصدرت "شبكة العمل الدولية لأغذية الرضع التابعة للمركز الدولي لوثائق المدونة"، على سبيل المثال، دليلا تعليميا^٣ يستخدم في دوراته التدريبية بشأن تنفيذ المدونة، بما في ذلك قانونا نموذجيا والنصوص التشريعية وغيرها لاثني عشر بلدا نفذت المدونة.

٣١- وعملا بأحكام المادة ١١-٤ من المدونة الدولية، يواصل عدد من المنظمات غير الحكومية أنشطة الرصد الخاصة بها. فقد أصدر، على سبيل المثال، تحالف يضم مجموعات خيرية وكنسية وأكاديمية في المملكة المتحدة تقريرا يستعرض فيه انتباه صانعي وموزعي الأغذية في بنغلاديش وبولندا وجنوب أفريقيا وتايلند الى الأنشطة التي تعارض مع مبادئ المدونة وهدفها.^٤ واتخذت حكومات البلدان المعنية، للاستجابة لذلك، خطوات شتى لتعزيز تنفيذ المدونة الدولية فيها.

٣٢- ووافقت المنظمة تبذل مساعيها الحميدة للتعاون مع الأطراف المعنية في عملية لتحديد ودراسة وتجاوز العقبات الرئيسية أمام تنفيذ المدونة الدولية، في جميع البلدان، والقرارات اللاحقة ذات الصلة بالمدونة. وقد أحيط المجلس التنفيذي علما، في دورته الواحدة بعد المائة، بهذا الصدد، بأن المدير العام يزعم عقد مشاورات تقنية عالمية في النصف الثاني من عام ١٩٩٩ لاستعراض آخر الأدلة العلمية بشأن ممارسات تغذية الرضع وصغار الأطفال. وبالمثل فإنه يتواصل بذل الجهود الرامية الى التوحيد بين جميع الشركاء لغرض تحسين صحة الرضع وصغار الأطفال وأوضاعهم التغذوية.

فرط الوزن والسمنة لدى الأطفال

٣٣- بدأت السمنة لدى الأطفال والعواقب المترتبة عليها تبرز كمشكلة عالمية مستجدة.^٥ وتبين المعطيات من ٧٩ بلدا ناميا وعدد من البلدان الصناعية بأنه وفقا لمعايير المنظمة (<+ انحراف معياري زيادة عن المتوسط المرجعي المتمثل في الوزن مقابل الطول)، هناك ٢٢ مليون طفل دون الخامسة يعانون من فرط الوزن (الجدول ٣).

١ النسماء، بلجيكا، الدانمرك، فنلندا، فرنسا، ألمانيا، اليونان، أيرلندا، إيطاليا، لكسمبرغ، هولندا، البرتغال، أسبانيا، السويد، المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية.

٢ "المدونة الدولية لقواعد تسويق بدائل لبن الأم: الاطار المشترك للاستعراض والتقييم" (الوثيقة WHO/NUT/96.2 متوفرة بالانكليزية العربية والفرنسية والروسية قيد الاعداد).

٣ Sokol E. *The Code handbook. A guide to implementing the International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes*. Penang, International Baby Food Action Network, 1997. IBFAN is a worldwide coalition of citizen groups working for better infant health through the promotion of breast-feeding and elimination of inappropriate marketing and distribution of breast-milk substitutes, bottles and teats through universal implementation of the International Code and relevant Health Assembly resolutions. Founded in 1979, IBFAN now counts more than 150 member organizations and contacts in more than 90 countries.

٤ *Cracking the Code*. London, The Interagency Group on Breastfeeding Monitoring, 1997

٥ لقد جعل غياب معيار مشترك للقياس (أي مثلا < الدرجة المئوية ٨٥، < ١٢٠٪ من الوزن مقابل الطول، <+ انحراف معياري زيادة عن المتوسط المرجعي للوزن بالنسبة للطول) تعريف زيادة الوزن لدى الأطفال والمراهقين أمرا يصعب تقييمه.

الجدول ٣ - انتشار فرط الوزن وأعداد الأطفال والبالغين الذين يعانون من فرط الوزن على المستويين الإقليمي والعالمي، حسب أقاليم المنظمة، ١٩٩٥

منسب البالغون (منسب كتلة الجسم < ٣٠ كغم/م ^٢)		الأطفال دون الخامسة (< ٥+ انحرافين معياريين متوسط الوزن مقابل الطول)		اقليم المنظمة
بالملايين	الانتشار (%)	بالملايين	الانتشار (%)	
٥,١	٢,٠	٢,٩	٢,٨	الأفريقي
٨٢,٧	١٧,٤	٣,٦	٤,٨	الأمريكي
٦,٣	٠,٨	٢,٨	١,٧	جنوب شرق آسيا
٧٦,١	١٢,٤	غير متوفر	غير متوفر	الأوروبي
٦,٣	٣,٥	٢,٩	٤,٢	شرق المتوسط
٢٦,٤	٢,٥	٥,٣	٣,٨	غرب المحيط الهادي
٢٠٣,٤	٦,٠	٢١,٩	٣,٤	العالم

٣٤- والسمنة عامل خطر هام أيضا بالنسبة لمجموعة من الأمراض والاصابات غير السارية الخطيرة مثل المرض القلبي الوعائي وفرط ضغط الدم والسكته والداء السكري، ومختلف أنواع السرطان، وغير ذلك من الأمراض المعدية المعوية والكبدية، ومرض الدوالي ومرض المرارة وغيرها من المشاكل الصحية الخطيرة اضافة الى الحوادث. وقد عقدت المنظمة مؤخرا مشاوره هامة لاستعراض المراضة والوفيات المرتبطة بذلك بهدف وضع ارشادات للدول الأعضاء بشأن الوقاية من السمنة ومعالجتها.^١

التغذية في حالات الطوارئ

٣٥- تعتبر رعاية عشرات الملايين من الناس في حالات الطوارئ مشكلة انسانية عالمية تحظى بأولوية عالية حيث انه كثيرا ما تظهر لدى هؤلاء معدلات مرتفعة من سوء التغذية وازدياد شدة التأثير، وخصوصا الرضع وصغار الأطفال. وما فتئت المنظمة تتعاون مع مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين وبرنامج الأغذية العالمي والمنظمات غير الحكومية في جهودها الجماعية لتقييم سوء التغذية في صفوف هذه المجموعات وتخفيضها والوقاية منها. وما زال الطلب كبيرا على الارشاد التقني للمنظمة فيما يخص المعايير، وقواعد التقييم ومنهجيات التقييم والمتطلبات التغذوية لصالح هؤلاء. واستجابة للقرار جصع ٤٧٤-٥ قامت المنظمة باعداد مبادئ توجيهية بهذا الشأن. وتم توزيع نسخة استعراض منها^٢ على نطاق واسع قبل اصدارها في عام ١٩٩٨ التماسا للتعليقات من الأوساط الدولية المعنية بالتغذية والاعانة في حالات الطوارئ. وستصدر عما قريب مراجع شاملة عن ادارة التغذية في حالات الطوارئ الرئيسية^٣ وعن معالجة سوء التغذية الحاد^٤ والسيطرة عليه. كما يتم اعداد استعراض لتشخيص البضع (الاسقربوط: تورم اللثة ونزف الدم منها) والبري بري والبلغرة. وأعقب انعقاد حلقة عمل بلدانية في اريتريا عام ١٩٩٦ عن ادارة التغذية ابان حالات الطوارئ أن أوصت مشاوره مشتركة بين المنظمة ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين (روما، شباط/ فبراير ١٩٩٨) بوضع مبادئ ارشادية عن رعاية المتعرضين للتأثر تغذويا أثناء حالات الطوارئ. ويتم، الآن، استخدام ثلاثة مراجع عملية وضعتها المنظمة بشأن تقييم التغذية في حالات الطوارئ^٥ والمتطلبات التغذوية في حالات الطوارئ^٦ والرعاية الغذائية والتغذوية

١ "Obesity: preventing and managing the global epidemic" Report of the WHO Consultation on Obesity, Geneva, 3-5 June 1997 (Unpublished document WHO/NUT/NCD/98.1).

٢ "Guiding principles for feeding infants and young children during emergencies" (Unpublished document WHO/NUT/97.3).

٣ *Management of nutrition in major emergencies*. Geneva, World Health Organization (in press)

٤ *Treatment and management of severe malnutrition*. Geneva, World Health Organization (in press)

٥ Nutritional assessment in emergencies. A summary of WHO-proposed indicators, reference values and key references. Form: *Management of nutrition in major emergencies*. Geneva, World Health Organization (in press).

٦ Nutritional requirements in emergencies. From: *Management of nutrition in major emergency*. Geneva, World Health Organization (in press).

في حالات الطوارئ^١ استخداما واسع النطاق من قبل مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين وغيرها من منظمات الأمم المتحدة. وتمت مناقشة تدابير البحوث التطبيقية من أجل التغذية في حالات الطوارئ، واستراتيجيات تنفيذها في مشاوره عقدتها المنظمة (جنيف في تشرين الأول/ أكتوبر ١٩٩٧).

خاتمة

٣٦- يبدو أن الحد بشكل أساسي - والتخلص في نهاية الأمر - من الجوع وسوء التغذية لدى الرضع وصغار الأطفال هو أمر أكثر احتمالا اليوم مما كان عليه منذ عشر سنوات فقط. فالتقدم المحرز فيما يتعلق بالوقاية من اضطرابات عوز اليود ومكافحتها من أكثر الأمثلة المشجعة التي تشير إلى إمكانية النجاح في محاربة سوء التغذية على نطاق واسع. ويتعين ألا تشكل هذه البلوى القديمة قدم الزمن إحدى مشكلات الصحة العمومية خلال العقد القادم بفضل الجهود الوطنية والدولية الجبارة ليودنة الملح.

٣٧- ورغم ذلك فإن أكثر من ربع مجموع الأطفال دون الخامسة مازالوا يعانون من نقص في التغذية، أو تلف في الدماغ، أو العمى أو الاعتلال الوظيفي، وكل ذلك بسبب سوء التغذية. ومما يجعل هذا الوضع مرفوضا كلية هو أنه يمكن تجنبه بسهولة ويسر - شريطة تعبئة الإرادة السياسية لاستتصال هذه المشكلة بتطبيق المعارف الراهنة وحشد الموارد الحالية لوضع حد للجوع وسوء التغذية بين أفراد هذه الفئة التي تتعرض أكثر من غيرها من الفئات للخطر. وما زال اتخاذ التدابير لمحاربة الأسباب الأخرى الكامنة وراء سوء تغذية الأطفال، وخصوصا الممارسات غير الصحيحة في تغذية الرضع والأطفال، يتطلب الاهتمام التام من جانب الدول الأعضاء وغيرها من الأطراف المعنية، بما فيها الهيئات المهنية، والمجموعات غير الحكومية، والمشاريع التجارية. وتعتمد منظمة الصحة العالمية على مساهمة كل من يعينهم الأمر في الاضطلاع بولايتها في هذا المجال الحيوي من مجالات الصحة البشرية.

= = =