

التغذية في مرحلة الطفولة والتقدم المحرز في تنفيذ المدونة الدولية لقواعد تسويق بدائل لبن الأم

تقرير من الأمانة

١- بعد العرض الموجز لعبء المرض العالمي الناجم في الوقت الراهن عن عدة أشكال رئيسية من سوء التغذية لدى الرضع وصغار الأطفال، تتناول هذه الوثيقة التقدم المحرز في حماية ودعم تغذية الرضع وصغار الأطفال، وكذلك تنفيذ المدونة الدولية لقواعد تسويق بدائل لبن الأم.^١

٢- ويتخذ حدوث سوء التغذية أشكالاً عدة ترتبط ببعضها البعض، بما في ذلك تخلف النمو داخل الرحم وسوء التغذية الناجم عن نقص البروتين والطاقة وعوز المغذيات الدقيقة مثل اليود والفيتامين "ألف" والزنك والحديد. وفي كثير من البلدان تُعد السمنة لدى الأطفال باطراد مدعاة للقلق. وجميع أشكال سوء التغذية هذه تلحق الضرر بالنمو البدني والعقلي والصحة ومستوى الأداء والإنتاجية والبقاء، كما أن لها آثاراً تدوم طوال العمر.

سوء التغذية الناجم عن نقص البروتين والطاقة

٣- ينخفض ببطء المعدل العالمي لانتشار سوء التغذية الناجم عن نقص البروتين والطاقة، والذي يتسبب في حدوث ٦٠٪ من وفيات الأطفال دون الخامسة في البلدان النامية والبالغ عددها ١٠,٩ مليون حالة وفاة كل عام (انظر الشكل الوارد في الملحق). بيد أن ٣٠٪ تقريباً من الأطفال دون الخامسة في البلدان النامية - أي ما يعادل ١٦١ مليون طفل - مازالوا يعانون من تعوق النمو (انظر الملحق، الجدول ١). ويعيش ما يزيد على ٧٠٪ من هؤلاء الأطفال في آسيا وما يزيد على ٢٥٪ منهم في أفريقيا ونحو ٤٪ في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي. والوضع في بعض أجزاء أفريقيا منذر بالخطر بوجه خاص لأن أعداد الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية آخذة في التزايد نتيجة الإصابة بالإيدز والعدوى بفيروسه والكوارث الإيكولوجية والنزاعات المسلحة والقتل الأهلية ونزوح السكان بأعداد هائلة.

١ هذا التقرير مقدم طبقاً لأحكام القرار جص ع ٣٣-٣٢ والمادة ١١-٧ من المدونة الدولية لقواعد تسويق بدائل لبن الأم.

٤- وأشد هؤلاء تضرراً ٥٠,٦ مليون طفل دون الخامسة، يعيشون أساساً في ٢٧ من أقل البلدان نمواً (انظر الملحق، الجدول ٢). ويتراوح تقليدياً معدل الوفيات بين الحالات لدى هؤلاء الأطفال بين ٢٠٪ و ٣٠٪ (حيث تبين الدراسات هامشاً يتراوح بين ٤٪ و ٤٩٪)، على الرغم من أن الإدارة السليمة يمكن أن تقلل هذا المعدل إلى أقل من ٥٪.

سوء التغذية الناجم عن نقص المغذيات الدقيقة

٥- يُعد عوز اليود الناجم أساساً عن عدم كفاية المدخول اليومي أثناء الحمل أكبر سبب يؤدي وحده إلى التلف الدماغي والتخلف العقلي الممكن توقيهما (انظر الملحق، الجدول ٣). وهو مشكلة كبيرة من مشاكل الصحة العمومية في ١٣٠ بلداً يوجد معظمها في أفريقيا وآسيا. ويشكو حالياً نحو ١٣٪ من سكان العالم من هذا المرض (٧٤٠ مليون شخص). ومع هذا فقد تحقق تقدم ملحوظ على مدى العقد الماضي في القضاء على اضطرابات عوز اليود. ويوجد الآن لدى ما يربو على ٨٠٪ من البلدان المتأثرة خطط عمل ليودنة الملح، كما أن الملح الميودن في متناول ٦٨٪ من الأسر في المتوسط، وتتراوح هذه النسبة بين ٦٣٪ في أفريقيا و ٩٠٪ في إقليم الأمريكتين. وتتمثل المهمة حالياً، أولاً، في رصد يودنة الملح وتأثيرها من خلال شبكات إقليمية من المختبرات؛ وثانياً، في تعزيز سبل الحصول على الملح الميودن من خلال تنسيق أنجع بين الشركاء الرئيسيين، ولاسيما دوائر صناعة الملح. وقد أقيمت شراكة جديدة هدفها القضاء على عوز اليود بشكل دائم.

٦- ويُعد عوز الفيتامين "ألف" من مشاكل الصحة العمومية الهامة في ١١٨ بلداً ويعاني ما يزيد على ٢٥٠ مليون طفل في سن ما قبل الدراسة من هذه المشكلة أو أنها تتهددهم (كل من العلامات السريرية والعلامات المبكرة) (انظر الملحق، الجدول ٣). وهو ليس سبباً رئيسياً فحسب من أسباب الإصابة بعزم الأطفال، الذي يمكن توقيه ولكنه أيضاً عامل رئيسي من عوامل الاختطار المسببة للمراضة والوفاة في المرحلة المتأخرة من الرضاعة وفي مرحلة الطفولة، وربما أثناء الحمل أيضاً. ويعمل كل من منظمة الصحة العالمية واليونيسيف ومنظمات غير حكومية ووكالات مانحة ثنائية ودوائر الصناعة من القطاع الخاص على تعزيز التعاون فيما بينها من أجل التعجيل بوتيرة التقدم في مكافحة عوز الفيتامين "ألف"، وذلك على وجه الخصوص من خلال إغناء الأغذية. وقد تعزز كثيراً مستوى تغطية الأطفال المهددين عن طريق ربط التغذية التكميلية بزيارات الأطفال المرضى في إطار المعالجة المتكاملة للأمراض الطفولة، وبخدمات التمنيع، على سبيل المثال في أفريقيا حيث ارتفع عدد البلدان التي تقدم المكملات الغذائية أثناء أيام التمنيع الوطنية من أربعة بلدان في عام ١٩٩٦ إلى خمسة وثلاثين بلداً في عام ١٩٩٩. أما في عام ٢٠٠٠ فقد تلقى نحو ٩٠ مليون طفل في جميع أنحاء العالم جرعة واحدة على الأقل من الفيتامين "ألف". وبناء على استعراض أجري لمستويات الجرعات الحالية المعطاة للرضع وصغار الأطفال ولأمهات بعد الوضع يجري إعداد مبادئ توجيهية جديدة بالتعاون مع اليونيسيف وفريق التشاور الدولي المعني بالفيتامين "ألف". كما تتولى منظمة الصحة العالمية تنسيق البحوث مع الوكالة الدولية للطاقة الذرية ووكالة التنمية الوطنية في الولايات المتحدة الأمريكية بغية بحث المأمونية والفوائد الصحية في زيادة الجرعة في المرحلة المبكرة من الرضاعة.

٧- ويجري أيضاً القيام بالكثير من أجل مكافحة عوز الحديد، الذي يُعد من أسباب فقر الدم الرئيسية، على الرغم من أنه مازال مشكلة عويصة من مشاكل الصحة العمومية حيث تترتب عليه مجموعة من الآثار الضارة بما فيها زيادة عدد الوفيات والولادة المبكرة وانخفاض الوزن عند الميلاد وتأخر النمو وضعفه وانخفاض

مستوى الإنتاجية في العمل^١. وشارفت منظمة الصحة العالمية على الانتهاء من إجراء استعراض لأساليب الوقاية من فقر الدم وتحسين مدخول الحديد لدى الرضع وصغار الأطفال.

٨- ونظراً لمحدودية توافر الزنك في أغذية معظم الأطفال في البلدان النامية وكذلك محدودية دور المغذيات الدقيقة في الحد من الإصابة بالإسهال ومن شدة الإسهال - وربما الإصابة بالالتهاب الرئوي - فإن منظمة الصحة العالمية تدعم الدراسات الرامية إلى تقييم التزام من يقومون على الرعاية بالتوصيات الخاصة بالجرعات، وأثر التكملة الغذائية بالزنك في المراضة والوفيات بين الأطفال. وبدأت في كل من الهند وزنجبار (جمهورية تنزانيا المتحدة) تجارب ميدانية معمّاة تعمية مزدوجة لتقييم أثر التكملة الغذائية اليومية بالزنك على المستوى العام لوفيات الأطفال.

التغذية في حالات الطوارئ

٩- يتفشى سوء التغذية بمختلف أشكاله بين ما يزيد على ٤٠ مليون من اللاجئين ومن المشردين داخل أوطانهم في جميع أنحاء العالم، بما في ذلك ٥,٥ مليون طفل دون الخامسة. ويتفاوت خطر الإصابة بسوء التغذية في هذه الفئة حسب مدى تيسر الحصول على الغذاء السليم والكافي، وعلى الخدمات الصحية المتعلقة بمكافحة الأمراض المعدية. وتواصل منظمة الصحة العالمية تقديم الدعم والتدريب التقنيين والمنهجين إلى الحكومات وإلى الوكالات الدولية التي تصدر العاملين في هذا الميدان، ولاسيما اليونيسيف ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين وبرنامج الأغذية العالمي، وموظفي هذه الوكالات الميدانيين، والمنظمات غير الحكومية^٢.

السمنة

١٠- في الطرف الآخر من سلسلة مشاكل سوء التغذية تصبح مشكلة الوزن المفرط والسمنة لدى الأطفال، بصورة مطردة، من مشاكل الصحة العمومية ذات الأبعاد العالمية. وفي تحليل أجري حديثاً للبيانات الوطنية المستقاة من ٧٩ بلداً يمثل ٨٧,٨٪ من الأطفال دون الخامسة في البلدان النامية تبين أن المعدل العام للوزن المفرط لدى هؤلاء الأطفال في البلدان النامية يبلغ ٣,٣٪ (١٧,٦ مليون طفل) (انظر الملحق، الجدول ٢).^٣ ومعدلات الوزن المفرط والسمنة أخذت في الارتفاع في بلدان كثيرة، وسُجّلت بالفعل في ٢١ بلداً معدلات انتشار أعلى من ٥٪. وهناك قرائن هامة تربط بين السمنة لدى الأطفال وفقر ضغط الدم وداء السكري والأمراض التنفسية والاعتلالات التي تستدعي تقويم العظام والاضطرابات النفسية الاجتماعية لدى الأطفال. بيد أن السمنة لدى الأطفال تكون أيضاً أكثر مدعاة للقلق من حيث تسببها في السمنة لدى الكبار وما يرتبط بها

١ Iron deficiency anaemia assessment, prevention, and control: a guide for programm managers (document /WHONHD/01.3).

٢ The management of nutrition in major emergencies. Geneva 2000 ISBN 92 4 154520 8.

٣ See WHO Global Database on Child Growth and Malnutrition //:http/www.who.int/nutgrowthdb/(and de Onis M Blössner M. Prevalence of trends of overweight among preschool children in developing countries ,American Journal of Clinical Nutrition 2000 ,72 :1032-1039

من مرضة ووفيات، وكذلك الأثر المستقل الذي يترتب عليها في زيادة احتمالات خطر الإصابة بأمراض مزمنة في مراحل متأخرة من العمر.^١

تغذية الرضع وصغار الأطفال

١١- لم يبلغ معظم البلدان الأهداف التي حددها كل من مؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل في عام ١٩٩٠ والمؤتمر الدولي للتغذية في عام ١٩٩٢، للحد من الأشكال الرئيسية لسوء التغذية أو القضاء عليها بحلول عام ٢٠٠٠. وما زال يُعتقد أن التغذية غير الملائمة تتسبب في ثلث حالات سوء التغذية على أقل تقدير، وأن لها دوراً كبيراً في مرضة ووفيات الأطفال دون الخامسة. وهذا هو السبب الرئيسي لوضع استراتيجية عالمية جديدة لتغذية الرضع وصغار الأطفال، وهي معروضة في وثيقة مستقلة.^٢

١٢- ويُعد تعهد تغذية الرضع وصغار الأطفال بالحماية والتعزيز والدعم أمراً حاسماً في الوقاية من سوء التغذية وضمان نمو الأطفال نمواً صحيحاً وتطورهم. أما الممارسات التغذوية غير الملائمة فتعد من الأسباب الرئيسية لرداءة الحالة التغذوية للرضع وصغار الأطفال. وقد تحقق تقدم في تدعيم القرائن الخاصة بالتوصيات التغذوية المثلى وفي تحديد التدخلات الناجمة من أجل تعزيز تطبيق تلك التوصيات.^٣ وتؤكد الاستراتيجية العالمية الجديدة لتغذية الرضع وصغار الأطفال على أهمية الاستفادة من المهارات والدعم في إطار النظام الصحي وداخل المجتمع المحلي إلى جانب اتخاذ التدابير الكفيلة بحماية تغذية الرضع وصغار الأطفال وضمان قدرة الأمهات وسائر مقدمي خدمات الرعاية على الاهتمام على نحو كاف بالاحتياجات التغذوية للرضع وصغار الأطفال في رعايتهم إياهم.

١٣- وشهد بعض البلدان تحسناً كبيراً في انتشار **الاقتصار على الرضاعة الطبيعية** وفي مداها خلال العقد الفائت. بيد أن معدلات **الاقتصار على الرضاعة الطبيعية** أثناء الشهور الستة الأولى من العمر مازالت منخفضة. ومن خلال الاستراتيجية العالمية لتغذية الرضع وصغار الأطفال تتجدد الجهود الرامية إلى تنفيذ التدخلات التي ثبتت نجاعتها في زيادة معدلات الاقتصار على الرضاعة الطبيعية في جميع أنحاء العالم والتوسع في هذه التدخلات.

١٤- يجري تنفيذ مبادرة **المستشفيات المصادقة للرضع**، التي استُهلّت عام ١٩٩١ بهدف تعزيز المرافق الصحية التي تشجع البدء في الرضاعة الطبيعية وترسيخها، في نحو ١٦ ٠٠٠ مستشفى في ١٧١ دولة من الدول الأعضاء. وبالإضافة إلى القلق المعرب عنه في التقرير السابق المقدم إلى جمعية الصحة في عام ٢٠٠٠،^٤ والذي تؤكد فيما بعد، من أنه لا يجري المحافظة بصفة دائمة على المعايير، يبدو أن عدد المرافق المسماة "مصادقة للأطفال" في العالم بلغ مستوى ثابتاً. وتفسر بعض البلدان التي تبلغ عن ضعف في الالتزام،

١ Law M et al. Fetal, infant, and childhood growth and adult blood pressure: A longitudinal study from birth to 22 years of age. *Circulation* 2002; 105: 1088-1092. <http://httpcirc.ahajournals.org/cgi/reprint/hc0902.104677v1.pdf>

٢ انظر الوثيقة ج ١٥/٥٥.

٣ Haider R, Ashworth A, Kabir I, Huttly S. Effect of community-based peer counselling on exclusive breastfeeding practices in Dhaka, Bangladesh: a randomised controlled trial. *Lancet* 2000; 356: 1643-1647 and Santos I, Victora CG, Martines J et al. Nutrition counseling increases weight gain among Brazilian children. *Journal of Nutrition* 2001; 131(11): 2866-2873.

٤ انظر الوثيقة ج ٧/٥٣.

ولاسيما في المستشفيات الخاصة أو المستشفيات الجامعية، تناقص الموارد المقدمة من منظمة الصحة العالمية واليونيسيف على أنه علامة من علامات تراجع الاهتمام العالمي بالموضوع. وفي الوقت نفسه تبرهن البحوث على الأهمية الحيوية لبرامج التعزيز في المستشفيات بالنسبة إلى مدة الرضاعة الطبيعية والاقتصار عليها، والتقدم الجاري تحقيقه في بعض البلدان. ففي بيلاروس، على سبيل المثال، توصلت تجربة عشوائية مضبوطة إلى أن تنفيذ المبادرة أدى إلى زيادة كبيرة في مدة الرضاعة الطبيعية ومستوى الاقتصار عليها^١. وفي كينيا أصبح ٢٣٠ مستشفى من إجمالي مستشفيات التوليد البالغ عددها ٣٥٠ مستشفى مؤهلاً ليكون "مصادقاً للرضع". أما في الولايات المتحدة الأمريكية، ففي مستشفى دراسي داخلي يقدم خدمات الرعاية الأولية إلى الفقراء والأقليات وأسر المهاجرين ارتفعت نسبة الأمهات اللاتي يبدأن الرضاعة الطبيعية من ٥٨٪ عام ١٩٩٥ إلى ٨٦,٥٪ عام ١٩٩٩ بعد تنفيذ المبادرة^٢. وتتشارك أربعة بلدان هي - ماليزيا وناميبيا وعمان والسويد - في التميز بأن كل مستشفياتها العامة مؤهلة لكي تكون "مصادقة للرضع".

١٥- وعقدت منظمة الصحة العالمية واليونيسيف اجتماعاً للمنسقين المصادقين للرضع في البلدان الصناعية من أجل تحديد العقبات والاستراتيجيات لضمان التقدم المحرز في المبادرة (لندن، ١١-١٣ حزيران/يونيو ٢٠٠١). وتعمل الهيئتان أيضاً على تعزيز الاستفادة من مجموعة البرامج الخاصة بالرصد وإعادة التقييم، التي وضعها أحد المراكز المتعاونة^٣ من أجل المحافظة على التقدم المحرز وضمان نوعية المبادرة وتكاملها في الأمد الطويل. ويُعد توسيع نطاق المبادرة محورياً رئيسياً لتركيز الاستراتيجية العالمية الجديدة لتغذية الرضع وصغار الأطفال. وللحفاظ على دعم الممارسات المثلى للرضاعة الطبيعية يجري تدريب الأخصائيين الصحيين وموظفي المستشفيات ومديري خدمات الرعاية الصحية وصانعي السياسات في مجال إعطاء الاستشارات، وذلك عن طريق دورات تدريبية متقدمة تنظمها منظمة الصحة العالمية في نحو ١٠٠ بلد^٤، بينما أدرج إعطاء الاستشارات بشأن الرضاعة الطبيعية والتغذية التكميلية في المواد الخاصة بالمعالجة المتكاملة لأمراض الطفولة والمعدة من أجل الاستخدام في المرافق الصحية^٥ والمجمعات المحلية. ويجري كذلك إعداد مبادئ توجيهية لضمان دمج المعلومات الملائمة عن تغذية الرضع وصغار الأطفال في مناهج التعليم قبل الانخراط في الخدمة فيما يتعلق بالأخصائيين الطبيين والمساعدين الطبيين، وتعزيز الدعم المجتمعي من خلال تدريب الاستشاريين المتخصصين وغير المتخصصين في مجال الرضاعة الطبيعية.

١٦- وفي عام ٢٠٠٠ كلفت منظمة الصحة العالمية من يقوم باستعراض منهجي للكتابات العلمية المنشورة عن المدة المثلى للاقتصار على الرضاعة الطبيعية. وجرى تحديد ما يربو على ٣٠٠٠ مرجع للاستعراض والتقييم المستقلين. وخضعت نتائج هذه العملية لاستعراض عالمي من قبل النظراء أخضعت بعده كل

١ Kramer M et al. Promotion of breastfeeding) intervention trial PROBITa randomized trial in the Republic of Belarus. *Journal of the American Medical Association* 2001; 285(4): (413-420).

٢ Philipp B et al. Baby-friendly Hospital Initiative improves breastfeeding initiation rates in a US hospital setting. *Pediatrics* 2001; 108: 677-681.

٣ WHO/UNICEF and Wellstart. International The Baby-friendly Hospital Initiative. Monitoring and reassessment: tools to sustain progress. Geneva, WHO 1999/document WHO/NHD/99.2.

٤ Breastfeeding counselling/a training course (documents WHO: CDR/93.3-93.6 available in all United Nations languages and Portuguese; and Promoting breastfeeding in health facilities: a short course for administrators and policy-makers (document WHO/NUT96.3 available in Arabic, English, Russian and Spanish).

٥ Integrated management of childhood illness: a training course for first-level health workers (document WHO/CHOHD/97.3. (A-L //:httpwww.who.int/child-adolescent-health/

الاستنتاجات لفحص تقني أثناء انعقاد إحدى مشاورات الخبراء (جنيف، ٢٨-٣٠ آذار/مارس ٢٠٠١). وعُرِضت على جمعية الصحة العالمية الرابعة والخمسين^١ الاستنتاجات والتوصيات المتعلقة بالممارسة والبحوث على السواء. وحثت جمعية الصحة الدول الأعضاء على تدعيم الأنشطة ووضع أساليب جديدة لحماية الإقتصار على الرضاعة الطبيعية وتعزيزه ودعمه لمدة ستة شهور كتوصية عالمية بخصوص الصحة العمومية، مع مراعاة نتائج مشاورات الخبراء التابعة لمنظمة الصحة العالمية بشأن المدة المثلى للإقتصار على الرضاعة الطبيعية، وتقديم أغذية تكميلية مأمونة وملائمة مع مواصلة الرضاعة الطبيعية حتى سن العامين أو بعدها مع التركيز على فنون نشر هذه المفاهيم على المستوى المجتمعي بغرض الوصول بالمجتمعات المحلية إلى الالتزام بهذه الممارسات (القرار ج ص ٤٤-٥٤). ونظراً لأن لاستنتاجات وتوصيات مشاورات الخبراء آثاراً بالنسبة إلى النص الخاص بسن الاستعمال المحدد في معيار دستور الأغذية الدولي للأغذية المجهزة القائمة على الحبوب فيما يتعلق بالرضع وصغار الأطفال، كما عُرِضت الاستنتاجات على الدورة الرابعة والعشرين للجنة دستور الأغذية الدولي (جنيف، ٢-٧ تموز/يوليو ٢٠٠١). والدورة الثالثة والعشرين للجنة دستور الأغذية الدولي المعنية بالتغذية والأطعمة المعدة للاستخدامات القوتية الخاصة (برلين، ٢٦-٣٠ تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠٠١).

١٧- وفيما يتعلق بانتقال فيروس العوز المناعي البشري من الأم إلى الطفل أُبلغت جمعية الصحة العالمية في أيار/مايو ٢٠٠١ بأن ما بين ١٠٪ و ٢٠٪ من الرضع الذين يولدون لأمهات يحملن هذا الفيروس يمكن أن يصابوا به عن طريق الرضاعة الطبيعية، وتشير الدراسات الحديثة إلى زيادة احتمالات خطر انتقال هذا الفيروس في الشهور الأولى. بيد أن القرائن المستمدة من إحدى الدراسات تبين أن خطر انتقال فيروس العوز المناعي البشري عند الإقتصار على الرضاعة الطبيعية في الشهور الثلاثة الأولى من العمر قد يكون أقل منه في حالة التغذية المختلطة، وربما يكون ذلك لأن عمليات العدوى والحساسية المرتبطة بهذا النوع من التغذية تضر بسلامة الأسطح المخاطية. والمبادئ التوجيهية المشتركة بين اليونيسيف وبرنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الإيدز ومنظمة الصحة العالمية، الصادرة في عام ١٩٩٨ مازالت صالحة^٢. وخلاصة القول^٣ ينبغي أن تتلقى كل الأمهات المصابات بفيروس العوز المناعي البشري المشورة التي تتضمن معلومات عن أخطار وفوائد مختلف خيارات التغذية، وإرشاداً محدداً لانتقاء الخيار الذي يرحح أن يكون مناسباً لوضعهن. وحين تكون التغذية البديلة مقبولة وعملية وميسورة التكلفة ومستدامة ومأمونة يوصى بتجنب أي شكل من أشكال الرضاعة الطبيعية من النساء اللاتي يحملن فيروس العوز المناعي البشري، وفيما عدا هذا يوصى بالإقتصار على الرضاعة الطبيعية في الشهور الأولى من العمر. وللحد من انتقال فيروس العوز المناعي البشري ينبغي للنساء اللاتي يحملن هذا الفيروس وقف إرضاع أطفالهن بأسرع ما يمكن مع مراعاة الظروف المحلية ووضع كل امرأة على حدة، واحتمالات الخطر المتعلقة بالتغذية البديلة، بما في ذلك سوء التغذية والعدوى بأمراض أخرى. وينبغي أن يترك القرار النهائي للمرأة مع مسانبتها في اختيارها.

١٨- وبالتعاون مع كل من اليونيسيف وبرنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الإيدز، أعدت منظمة الصحة العالمية دورة تدريبية مدتها ثلاثة أيام للأخصائيين الصحيين المسؤولين عن إرشاد الأمهات بشأن

١ انظر الوثيقة ج ٥٤/ وثيقة معلومات/٤.

٢ اليونيسيف وبرنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الإيدز ومنظمة الصحة العالمية *HIV and infant feeding: G uidelines for decision-makers. A guidefor health care managers and supervisors. A review of HIV transmission throughbreastfeeding* (الوثيقة 3-98.1-3/WHOFRH/NUT/CHD).

٣ انظر UNFPA/UNICEF/WHO/UNAIDS Inter-Agency Team on Mother-to-Child Transmission of HIV (New document) *data on the prevention of mother-to-child transmission of HIV and their policy implications* (document) /WHORHR/01.28.

فيروس العوز المناعي البشري وتغذية الأطفال^١ وعقدت الدورة التدريبية بالفعل في عشرة بلدان. وتقوم منظمة الصحة العالمية أيضا بإعداد دورات تدريبية قصيرة الأجل بشأن الرعاية والإدارة في مجال التغذية للأخصائيين الصحيين للمجتمع المحلي، الذين يسدون المشورة في مجال التغذية للناس، بمن فيهم من يحملون فيروس العوز المناعي البشري. وتقوم منظمة الصحة العالمية أيضا بدعم البحوث المضطلع بها في جنوب أفريقيا وزامبيا لتقييم احتمالات خطر انتقال فيروس العوز المناعي البشري عند الاقتصار على الرضاعة الطبيعية، وأثر التوقف مبكراً عن الرضاعة الطبيعية على معدلات الانتقال العامة. ويجري إعداد المواد الخاصة بإعطاء الاستشارة للأمهات بشأن التوقف المبكر عن الرضاعة الطبيعية والتغذية البديلة المأمونة.

١٩- واعتمد مؤتمر العمل الدولي، في دورته الثامنة والثمانين المعقودة في حزيران/يونيو ٢٠٠٠، اتفاقية حماية الأمومة، عام ٢٠٠٠ (رقم ١٨٣) والتوصية الخاصة بحماية الأمومة، عام ٢٠٠٠ (رقم ١٩١). وشاركت منظمة الصحة العالمية طوال الأعمال التحضيرية للاستراتيجية المنقحة وقدمت القرائن الخاصة بحماية صحة الأم وتعزيز الرضاعة الطبيعية. وجرى تدعيم الاتفاقية إلى حد بعيد بإدراج بند جديد خاص بالحماية من عوامل الاختطار وتعزيز الحق في إجازة أمومة يتراوح حددها الأدنى بين ١٢ و ١٤ أسبوعاً، وإعمال الحق في الحصول على عطلات مدفوعة الأجر من أجل الرضاعة الطبيعية، وتوسيع نطاق تطبيق الاتفاقية ليشمل النساء اللاتي يمارسن أشكالاً غير عادية من العمل المستقل.

٢٠- ومنذ اعتماد المدونة الدولية لقواعد تسويق بدائل لبن الأم من جمعية الصحة العالمية الرابعة والثلاثين في عام ١٩٨١ (القرار ج ص ع ٣٤-٢٢) أبلغ ١٦٢ من الدول الأعضاء في المنظمة والبالغ عددها ١٩١ دولة (٨٥٪) بالإجراءات التي اتخذتها لإنفاذ مبادئ المدونة وهدفها. ويشمل ذلك اعتماد تشريعات ولوائح ومدونات ومبادئ توجيهية وآليات رصد وتبليغ جديدة، أو تنقيح ما هو قائم منها. ومنذ آخر تقرير قدم إلى جمعية الصحة في عام ٢٠٠٠ قدمت تسعة بلدان (أنغولا وكمبوديا وفرنسا وغانا واليونان وكازاخستان ونيجييريا وجنوب أفريقيا وجمهورية تنزانيا المتحدة) معلومات عن إجراءات جديدة أو منقحة. وفي الوقت نفسه لبثت منظمة الصحة العالمية الطلبات على الدعم التقني المقدمة من أستراليا وكمبوديا ونيوزيلندا وعمان وباكستان. كما أسهمت في إعداد البروتوكول المنقح لرصد المدونة، الذي وضعه الفريق المشترك بين الوكالات والمعني برصد الرضاعة الطبيعية، وهو ائتلاف من المنظمات غير الحكومية والكنائس والمؤسسات الأكاديمية. وبلغت المدونة عامها العشرين في أيار/مايو ٢٠٠١، وشاركت المديرية العامة في حفل استقبال تخليدا لهذه المناسبة نظمتها شبكة العمل الدولي من أجل أغذية الأطفال.

٢١- وقد يكون من العسير تأمين مدخول كاف من المغذيات بعد فترة الاقتصار على الرضاعة الطبيعية، وهناك أطفال كثيرون مهددون على نحو خاص بسوء التغذية تتراوح أعمارهم بين ستة شهور و ٢٤ شهرا. ومن أجل ترجمة القرائن العلمية إلى رسائل عملية وضعت منظمة الصحة العالمية مبادئ توجيهية عملية بخصوص التغذية التكميلية، وذلك بالتعاون مع مدرسة لندن للصحة وطب المناطق الحارة^٣. وتعد هذه المبادئ التوجيهية امتدادا للمبادئ التوجيهية للأخصائيين الصحيين من المستوى الأول، وهي مصممة في إطار المعالجة المتكاملة لأمراض الطفولة. ويجري إعداد دورة مدتها ثلاثة أيام للمساعدة على تزويد الأخصائيين الصحيين بمهارات فعالة في مجال إعطاء الاستشارة لمقدمي خدمات الرعاية بشأن التغذية التكميلية للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٦ شهور و ٢٤ شهرا. وعقدت المنظمة مشاورات عالمية بشأن التغذية التكميلية

١ HIV and infant feedingcounselinga training course : (الوثيقة WHO/FCH/CAH/00.2-6).

٢ انظر الوثيقة ج ٧/٥٣.

٣ Complementary feeding family foods for :breastfed/children (documents WHO NHD/00.1 /WHOFCH/CAH/00.6.)

(جنيف، ١٠-١٣ كانون الأول/ديسمبر ٢٠٠١) من أجل الاستناد إلى القرائن والخبرات القائمة واستنتاجات البحوث الحديثة بهدف تحسين الممارسات الخاصة بالتغذية.

تغذية الأمهات

٢٢- برهنت القرائن الخاصة بالصلة بين العمر والأمراض القلبية الوعائية وداء السكري، التي عرضت على اجتماع الخبراء الذي عقدته المنظمة بشأن العمر والصحة (أنسي، فرنسا، ٢-٤ أيار/مايو ٢٠٠١)، على تأثير الحالة التغذوية للأم قبل الحمل على النمو الجنيني والنمو فيما بعد الولادة للنسل، وما يرتبط بها من احتمالات خطر الإصابة في مرحلة متأخرة بأمراض مزمنة. وبالإضافة إلى تخلف النمو داخل الرحم فإن نقص تغذية الأم، حتى في بيئة تتمتع فيها بتغذية كافية بعد الولادة، قد يؤدي إلى زيادة احتمالات خطر الإصابة بأمراض القلبية الوعائية لدى النسل. وبالمثل تؤدي إصابة الأم بالسمنة إلى زيادة كبيرة في احتمالات خطر إصابة النسل بالسمنة وما يرتبط بذلك من أمراض مزمنة. واستجابة لتوصيات اجتماع الخبراء تقرر المنظمة بالحاجة إلى اعتماد منظور خاص بالعمر في استراتيجيات تغذية الرضع وصغار الأطفال، ووضع الآثار التي تنتقل من جيل إلى جيل في الحالة التغذوية للرضع والأطفال ونموهم وصحتهم، بما في هذا نقص التغذية والسمنة لدى الأمهات الصغيرات السن.

دراسة مرجع النمو المتعدد المراكز

٢٣- بدأت هذه الدراسة، التي شملت ما يربو على ١٠ ٠٠٠ طفل،^١ في عام ١٩٩٧ بهدف إنشاء مرجع دولي لتقييم الصحة والنمو والحالة التغذوية، بما في ذلك نقص التغذية وفرطها لدى المجموعات السكانية والأفراد. وأنجز العمل أولاً في البرازيل، ومازالت الدراسة جارية في غانا والهند والنرويج وعمان والولايات المتحدة الأمريكية. وأنجز العنصر الشامل للأقسام في الدراسة - وهو عينة من ١٤٠٠ طفل يتراوح عمرها بين ١٨ و ٧١ شهراً - في ثلاثة مواقع. ويجري أيضاً جمع البيانات من أجل تسهيل تقصي الصلة بين النمو البدني والنمو الحركي لدى الأطفال الموسرين من شتى الخلفيات العرقية في بيئات ثقافية مختلفة. وترسل ملفات البيانات للتثبت منها ومعالجتها إلى مركز تنسيق الدراسة في المقر الرئيسي للمنظمة. ويتوقف إصدار منحنيات النمو الجديدة، المتوقع صدورها عام ٢٠٠٥، على توافر التمويل اللازم للاستحداث والاختبار.

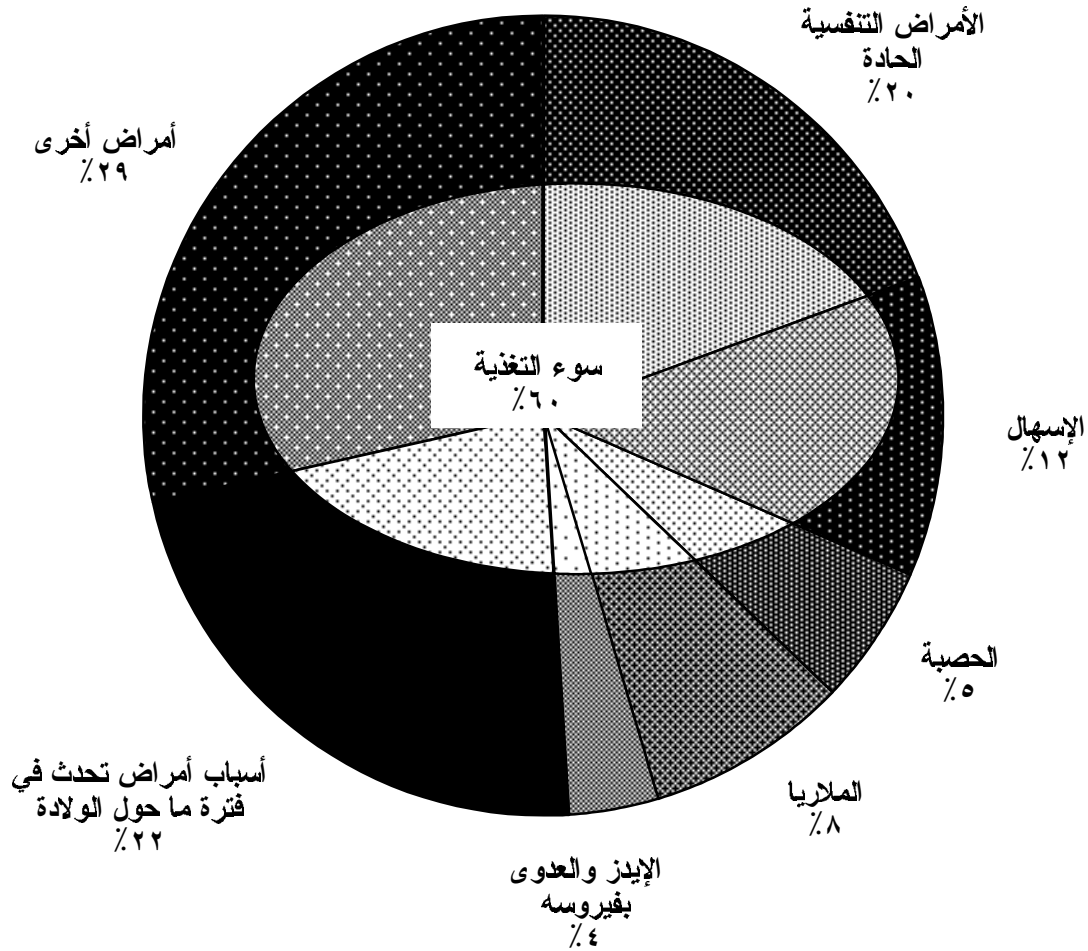
الإجراء المطلوب من جمعية الصحة

٢٤- جمعية الصحة مدعوة إلى الإحاطة علماً بالتقرير.

١ انظر أيضاً الوثيقة ج ٧/٥٣، الملحق.

الملحق

الشكل - توزع ١٠,٩ مليون حالة وفاة في السنة بين الأطفال دون الخامسة في البلدان النامية، ٢٠٠٠



The world health report 2001 and Murray CJL et al. "The Global Burden of Disease 2000: Project aims, Methods and data sources", Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Paper No36 WHO, Geneva, 2001 based on 2000 .data

المصدر:

الجدول ١: معدلات انتشار تعوق النمو الفعلية والمتوقعة على المستويين الإقليمي والعالمي أ (١٩٨٠-٢٠٠٥)

٢٠٠٥	٢٠٠٠	١٩٩٥	١٩٩٠	١٩٨٥	١٩٨٠	المنطقة ب
% (بالملايين)	% (بالملايين)	% (بالملايين)	% (بالملايين)	% (بالملايين)	% (بالملايين)	
٣٣,٩ (٤٥,٥)	٣٤,٩ (٤٣,٦)	٣٥,٨ (٤١,٣)	٣٦,٨ (٣٩,٤)	٣٧,٨ (٣٦,٤)	٣٨,٨ (٣٢,٦)	أفريقيا
٢٧,٤ (٩٦,٤)	٣٢,٢ (١١٥,٣)	٣٧,٣ (١٣٥,٩)	٤٢,٨ (١٦٢,٠)	٤٨,٤ (١٦٩,٢)	٥٤,١ (١٧٥,١)	آسيا
١٠,٣ (٥,٧)	١٢,٣ (٦,٨)	١٤,٥ (٨,٠)	١٧,١ (٩,٤)	٢٠,١ (١٠,٨)	٢٣,٤ (١٢,٢)	أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي
٢٥,٩ (١٤٠,٥)	٢٩,٨ (١٦١,٠)	٣٤,٠ (١٨٢,٢)	٣٨,٥ (٢٠٨,٦)	٤٣,٣ (٢١٦,٣)	٤٨,١ (٢٢١,٣)	البلدان النامية

أ يُعرف تعوق النمو بأن تكون نسبة الطول إلى السن أقل من انحرافين معياريين أو مساوية لانحرافين معياريين عن الوسيط المحدد من المركز الوطني للإحصاءات الصحية/ المرجع الدولي لمنظمة الصحة العالمية.

ب قسم نظام التصنيف بالأمم المتحدة البلدان إلى مجموعات (شعبة السكان التابعة للأمم المتحدة. التقديرات السكانية العالمية - تنقيح عام ١٩٩٨، نيويورك، الأمم المتحدة، ١٩٩٩).

المصدر: قاعدة بيانات منظمة الصحة العالمية الخاصة بالنمو وسوء التغذية لدى الأطفال، ٢٠٠١.

الجدول ٢: معدلات انتشار الوزن المفرط والهزال لدى الأطفال على المستويين الإقليمي والعالمي لدى الأطفال دون الخامسة (١٩٩٥)

الهزال			الوزن المفرط			المنطقة ج
عدد المهورولين (بالآلاف)	النسبة المئوية للمهورولين	النسبة المئوية للسكان المشمولين بمسوح تغذية وطنية	عدد مفرطي الوزن (بالآلاف)	النسبة المئوية لمفرطي الوزن	النسبة المئوية للسكان المشمولين بمسوح تغذية وطنية	
١١ ٠٦٠	٩,٦	٩٤,٥	٤ ٤٧١	٣,٩	٧٠,٩	أفريقيا
٣٧ ٨٧٢	١٠,٤	٩٣,٧	١٠ ٦٤٣	٢,٩	٩٢,٤	آسيا
١ ٥٩١	٢,٩	٩٧,٢	٢ ٤٢٩	٤,٤	٩٤,١	أمريكا اللاتينية ومنطقة الكاريبي
غير متاحة	غير متاحة	١٥,٥	غير متاحة	غير متاحة	١٥,٥	أوقيانوسيا د
٥٠ ٥٩٣	٩,٤	٩٤,١	١٧ ٥٦١	٣,٣	٨٧,٨	البلدان النامية

أ يُعرف الوزن المفرط بأن تكون نسبة الوزن إلى الطول > انحرافين معياريين عن الوسيط المحدد من المركز الوطني للإحصاءات الصحية/ المرجع الدولي لمنظمة الصحة العالمية.

ب يُعرف الهزال بأن تكون نسبة الوزن إلى الطول - ≤ انحرافين معياريين عن الوسيط المحدد من المركز الوطني للإحصاءات الصحية/ منظمة الصحة العالمية.

ج قسم نظام التصنيف للأمم المتحدة البلدان إلى مجموعات. (شعبة السكان التابعة للأمم المتحدة. التقديرات السكانية العالمية - تنفيح عام ١٩٩٨، نيويورك، الأمم المتحدة، ١٩٩٩).

د باستثناء أستراليا ونيوزيلندا.

المصدر: WHO Global Database on Child Growth and Malnutrition 2001 and de Onis, M Blössner. M. Prevalence and trends of overweight among preschool children in developing countries American Journal of Clinical Nutrition 2000, 72:1032-1039.

الجدول ٣: معدلات انتشار الاضطرابات الناجمة عن عوز الفيتامين ألف وعوز اليود، على أساس المعدل الإجمالي للدراق في أقاليم منظمة الصحة العالمية الستة (١٩٩٩)

السكان المصابون بعوز الفيتامين ألف (الأطفال قبل سن الدراسة)		السكان المصابون بالدراق أ		اقليم المنظمة
% في الإقليم ب	العدد (بالملايين)	% في الإقليم ب	العدد (بالملايين)	
٤٩	٥٣	٢٠	١٢٤	الاقليم الأفريقي
٢٠	١٦	٥	٣٩	اقليم الأمريكتين
٦٩	١٢٧	١٢	١٧٢	اقليم جنوب شرق آسيا
غير متاح	غير متاح	١٥	١٣٠	الاقليم الأوروبي
٢٢	١٦	٣٢	١٥٢	اقليم شرق المتوسط
٢٧	٤٢	٨	١٢٤	اقليم غرب المحيط الهادئ
٣٨	٢٥٤	١٣	٧٤٠	الإجمالي

أ يستعمل عدد حالات/ معدل انتشار الإصابة بالدراق.

ب المعدل الإجمالي للدراق.

المصدر: قاعدة بيانات منظمة الصحة العالمية الخاصة بالاضطرابات الناجمة عن عوز اليود وعوز الفيتامين "ألف".

= = =