



المؤتمر الدولي المعني بالتغذية



التغذية والتنمية
- تقدير عالمي -
١٩٩٢



المؤتمر الدولي المعني بالتغذية

التغذية والتنمية - تقدير عالمي -

١٩٩٢



منظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة



منظمة الصحة العالمية

الأوصاف المستخدمة في هذا المطبوع وطريقة عرض موضوعاته لاتعبر عن أى رأي خاص لمنظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة أو لمنظمة الصحة العالمية فيما يتعلق بالوضع القانوني لأي بلد أو اقليم أو مدينة أو منطقة، أو فيما يتعلق بسلطاتها أو بتعيين حدودها أو تخومها. ويجوز إعادة طبع المواد الواردة في هذا المطبوع بشرط اثبات مصدرها بذكر الآتى : أعيد طبعها من الوثيقة المعنونة « المؤتمر الدولي المعني بالتغذية : التغذية و التنمية - تقدير عالمي - ١٩٩٢ ».

بيان المحتويات

vii

الموجز

الفصل الأول

- 1 مدى المشكلات التغذوية وأبعادها
- 3 حجم المشكلات التغذوية واتجاهاتها
- 36 عواقب التغذية غير السليمة
- 39 المراجع

الفصل الثاني

- 41 العوامل المؤثرة في حالة التغذية
- 45 الأغذية والتغذية
- 51 الصحة والتغذية
- 59 الرعاية والتغذية
- 68 المراجع

الفصل الثالث

- 69 السياسات الانمائية والتغذية
- 73 النمو الاقتصادي والسياسات الاقتصادية الشاملة والتغذية
- 76 السياسات الزراعية والتغذية
- 80 السياسات الصحية والتغذية
- 84 السياسات البيئية والتغذية
- 90 السياسات السكانية والتوسع العمراني والتغذية
- 96 البيئة الاقتصادية الدولية والتغذية
- 102 المراجع

الفصل الرابع

- 103 السياسات والبرامج الرامية الى النهوض بأوضاع التغذية
- 107 تحسين الأمن الغذائي الأسري
- 115 حماية المستهلك عن طريق تحسين جودة الأغذية وسلامتها
- 119 الوقاية من نقص بعض المغذيات الدقيقة
- 124 الترويج لنظم التغذية السليمة ولأنماط الحياة الصحية
- 131 الوقاية من الأمراض المعدية ومكافحتها
- 135 رعاية الفئات المحرومة من الناحية الاجتماعية والاقتصادية
- 142 والفئات الحساسة من الناحية التغذوية
- 142 تقييم الأوضاع التغذوية وتحليلها ورصدها
- 151 المراجع

الفصل الخامس

- 153 مواجهة التحديات في مجال التغذية
- 156 المبادئ الخاصة بإدراج التغذية في عملية التنمية
- 162 مناهج العمل
- 180 ملاحظات ختامية
- 182 المراجع

المجداول

المفحة

الجدول ١

نصيب الفرد من امدادات أغذية الطاقة بحسب الأقاليم والمجموعات الاقتصادية

6

الجدول ٢

مدى انتشار نقص الأغذية المزمن في الأقاليم النامية خلال الفترات ١٩٦٩-١٩٧١ و ١٩٧٩-١٩٨١ و ١٩٨٨-١٩٩٠

7

الجدول ٣

أعداد الاطفال ناقصي الوزن دون الخامسة من العمر، وتوزيعهم على الأقاليم المختلفة

12

الجدول ٤

عدد السكان المهددين بسوء التغذية بسبب نقص المغذيات الدقيقة أو المصابين بالفعل من هذا النقص

20

الجدول ٥

التغيرات في المؤشرات المختلفة في البلدان التي شهدت تناقصا أو تزايدا في معدلات الوفيات في الفترة الواقعة بين عامي ١٩٦٠ و ١٩٨٥

26

الجدول ٦

العلاقة بين بعض المكونات الغذائية ووزن الجسم والاصابة بالسرطان

34

الاشكال

المصفحة

5	الشكل ١ التغيرات في الامدادات من أغذية الطاقة بحسب الاقاليم
9	الشكل ٢ تقديرات عدد السكان ناقصي التغذية بصورة مزمنة في الاقاليم النامية (العدد والنسبة من مجموع السكان)
13	الشكل ٣ اتجاهات أعداد الاطفال ناقصي الوزن في كل اقليم
13	الشكل ٤ اتجاهات النسبة المئوية لانتشار نقص الوزن بين الاطفال في كل اقليم
18	الشكل ٥ معدل الوفيات بين الرضع
18	الشكل ٦ معدل الوفيات بين الاطفال قبل سن الخامسة (احتمالات الوفاة قبل سن الخامسة)، ١٩٩١
24	الشكل ٧ النسبة المئوية للتغيرات في معدلات الوفيات نتيجة للأمراض غير السارية المرتبطة بالنظام الغذائي
25	الشكل ٨ متوسط معدل الوفيات بحسب السن نتيجة للأمراض غير السارية المرتبطة بالنظام الغذائي
28	الشكل ٩ تقديرات توزيع أسباب الوفيات، ١٩٩٠
33	الشكل ١٠ انتشار زيادة الوزن فيما بين الاطفال قبل سن المدرسة

الموجز

١ - أن بوسع الجنس البشرى تحقيق هدف استئصال شأفة الجوع وسوء التغذية، وما يلزمهما من معاناة انسانية، غير أن بلوغ هذا الهدف ما زال يمثل اليوم تحديا كبيرا مثلما كان بالأمس. ولمواجهة هذا التحدى العالمى، لا بد من الالتزام الكامل والعمل المنسق من جانب جميع الجهات المعنية - الحكومات والمنظمات غير الحكومية والمجتمعات المحلية والقطاع الخاص، وكذلك المجتمع الدولى، بما فى ذلك المنظمات الدولية.

٢ - وتحلل هذه الوثيقة، "التغذية والتنمية - تقدير عالمى"، أحدث المعلومات والبيانات المتاحة، وتدرس طائفة واسعة من آراء الخبراء بشأن المشكلات التغذوية فى أرجاء العالم. وتستند هذه الوثيقة الى الاستنتاجات والنتائج التى تمخضت عن عملية استشارية مكثفة بدأت تمهيدا لعقد المؤتمر الدولى المعنى بالتغذية. وقد شملت هذه العملية عددا من الأنشطة على المستوى القطرى، ركزت فيها على اعداد تقارير قطرية، وأنشطة أخرى على المستوى الاقليمى، انجزت من خلال سلسلة من ثمانية اجتماعات اقليمية عقدت تمهيدا لعقد المؤتمر المذكور.

٣ - وتحاول هذه الوثيقة وضع تقديرات تتناول طبيعة مشكلات التغذية ومدى حجمها فى كل من البلدان النامية والمتقدمة على السواء. وتجرى تحليلا للعوامل السببية فى اطار ثلاث فئات تشمل الأغذية والصحة والرعاية، وتدرس السياسات العامة والبرامج التى تؤثر على مستوى تغذية السكان. وأخيرا، تتناول هذه الوثيقة خطوط العمل الممكنة والاستراتيجيات الأساسية المطلوب تنفيذها، ولاسيما على المستوى القطرى بدعم نشط من جميع الجهات المعنية من أجل توفير الأمن الغذائى والصحة للجميع.

مدى المشكلات التغذوية وأبعادها

٤ - لايزال الجوع وسوء التغذية يمثلان أخطر المشكلات التى تواجه أغلبية الفقراء فى العالم. وعلى الرغم مما تحقق من تحسن عام فى الامدادات الغذائية وفى الأحوال الصحية، فما زال سوء التغذية بكل أشكاله قائما فى كل البلدان دون استثناء تقريبا. ولايوجد من يشك فى خطورة هذه المشكلة التى تؤثر على الملايين من أبناء الجنس البشرى. اذ يعاني واحد من كل خمسة أشخاص من سكان العالم النامى من نقص التغذية المزمن، وهناك ١٩٢ مليونا من الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية الناجم عن نقص البروتينات وأغذية الطاقة، وأكثر من ٢٠٠ مليون نسمة يعانون من نقص المغذيات الدقيقة. وبالإضافة الى ذلك، تعد الأمراض غير السارية المرتبطة بالنظام الغذائى مثل السمنة وأمراض القلب والأوعية الدموية ومرض السكرى وبعض أنواع السرطان الحالية أو المستجدة من المشكلات الصحية العامة فى العديد من البلدان.

٥ - وإذا كانت هذه الأرقام والاتجاهات مثيرة للانزعاج، فقد أمكن تحقيق بعض التقدم في الحد من انتشار المشكلات التغذوية، واستطاع العديد من البلدان احراز نجاح ملحوظ في معالجة مشكلتي الجوع وسوء التغذية. ففيما يتعلق بالبلدان النامية ككل، حدث انخفاض ملموس خلال السنوات العشرين الماضية في نسبة السكان الذين يعانون من نقص مزمن في التغذية، وفي الأرقام المطلقة للمصابين بهذا النقص. ففي ١٩٦٩-١٩٧١، بلغ عدد الأشخاص الذين يعانون، بصفة مزمنة، من نقص التغذية نحو ٩٤١ مليون نسمة مقابل ٧٨٦ مليون نسمة في ١٩٨٨-١٩٩٠، وهذا ما يمثل انخفاضاً في عدد السكان في تلك البلدان من نسبة ٣٦ في المائة الى نسبة ٢٠ في المائة. ومن هنا يتجلى التحدى الراهن - والذي يمكن تحقيقه - من خلال التعجيل بهذه الانجازات ومواصلة التقدم المحرز حتى الآن.

٦ - وزادت امدادات أغذية الطاقة في البلدان النامية باستمرار خلال عقد الثمانينات ولكن بمعدلات أبطأ من زيادتها في العقد السابق. ووفقاً لتقديرات المنظمة، توافرت في العالم خلال الفترة ١٩٨٨-١٩٩٠ كميات من الاغذية تكفي، اذا ما وزعت وفقاً لاحتياجات الفرد، لتلبية احتياجات جميع سكان العالم من أغذية الطاقة. وبحلول نهاية عقد الثمانينات كان ٦٠ في المائة من سكان العالم يعيشون في بلدان توافر لديها ما يزيد على ٢٦٠٠ سعرة حرارية للفرد في اليوم. وفي الوقت ذاته كانت الامدادات من أغذية الطاقة غير كافية أو تقل عن ٢٠٠٠ سعرة حرارية لكل شخص في اليوم في ١١ بلداً أفريقيًا يقع معظمها في جنوب الصحراء الكبرى ويبلغ تعداد سكانها ١٢٣ مليون نسمة.

٧ - ووفقاً لقياسات نمو الجسم، مازال سوء التغذية الناجم عن نقص البروتينات وأغذية الطاقة منتشرًا على نطاق واسع في العالم ولاسيما بين الأطفال. إذ يوجد تقريباً نحو ١٩٢ مليون طفل دون سن الخامسة من العمر يعانون من سوء التغذية الحاد أو المزمن الناجم عن نقص الفيتامينات وأغذية الطاقة. ويزداد هذا الرقم المتوسط خلال فترات نقص الاغذية وعلى مدار السنة في العديد من البلدان النامية وفي أوقات المجاعة والاضطرابات الاجتماعية.

٨ - لكن النسبة المئوية للأطفال ناقصي الوزن ممن هم دون سن الخامسة من العمر هبطت في جميع القارات خلال السنوات الخمس عشرة الأخيرة، ومع ذلك فقد ظلت الأرقام المطلقة مستقرة الى حد كبير بسبب الزيادة في عدد السكان. وسجل اقليم آسيا أعلى رقم في عدد الأطفال ناقصي الوزن (١٥٥ مليون طفل)، وان بدأ هذا الرقم في الانخفاض. ومع ذلك فقد زاد عدد الأطفال ناقصي الوزن في أفريقيا من ٢٠ مليون طفل في ١٩٧٥ الى ٢٧ مليون طفل في ١٩٩٠.

٩ - كذلك هبطت معدلات الوفيات بين الأطفال الذين لم يبلغوا بعد سن الخامسة في جميع البلدان النامية تقريباً خلال السنوات الخمس عشرة الأخيرة. وترتبط معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة من العمر بحالات نقص الوزن، وهي أعلى بكثير في

البلدان النامية (١٢٠ حالة وفاة لكل ١٠٠٠ من المواليد الأحياء)، وعلى وجه الخصوص في أقل البلدان نمواً (٢٠٠ حالة وفاة لكل ١٠٠٠ من المواليد الأحياء)، عنها في البلدان المتقدمة (٢٠٠ حالة وفاة لكل ١٠٠٠ من المواليد الأحياء).

١٠ - وتعتبر النسبة المئوية لانخفاض الوزن عند الولادة (أقل من أو = ٢٥ كيلوغرام) مؤشراً على نقص التغذية داخل الرحم الناجم عن إصابة الأم بنقص التغذية أو بالأمراض المعدية. وإذا كانت هذه الظاهرة منتشرة بنسبة تزيد عن ٦ في المائة في البلدان المتقدمة خلال عام ١٩٩١، فإنها قاربت نسبة ١٩ في المائة في البلدان النامية عموماً وأكثر من ذلك بكثير في جنوب شرقي آسيا وأفريقيا.

١١ - ومن أكثر أنواع سوء التغذية انتشاراً ما ينجم عن نقص المغذيات الدقيقة من عنصر الحديد (أكثر من ٢٠٠٠ مليون مصاب) واليود (أكثر من ١٠٠٠ مليون معرض لخطر الإصابة) وفيتامين أ (٤٠ مليون مصاب). وينتشر نقص اليود على نطاق العالم ويصيب سكان المناطق الجبلية أو المعرضة للفيضانات حيث تفتقر تربتها إلى عنصر اليود. وهناك ما يزيد على ٢٠٠ مليون نسمة مصابين بالدراق (تضخم الغدة الدرقية) و ٢٦ مليوناً مصابين باضطرابات عقلية و ٦ ملايين مصابين بداء الفدامة. وتحدث حالات نقص فيتامين أ ولا سيما في المناطق التي تنخفض فيها معدلات استهلاك الفاكهة والخضراوات، ويقل المتحمل من الدهون في بعض الحالات. وينتشر نقص الحديد بالدرجة الأولى فيما بين النساء الحوامل واللاتي في سن الحمل وكذلك الأطفال الصغار. وتقدر نسبة المصابين بنقص هذه العناصر من هذه الفئات في العديد من البلدان النامية بنحو ٥٠ في المائة.

١٢ - ويؤثر نقص العديد من المغذيات الدقيقة الأخرى مثل نقص الزنك والسيلينيوم وغيرهما من العناصر النزرة الأخرى على أعداد غفيرة من السكان في بعض أجزاء العالم. وما زالت الأمراض التقليدية الناجمة عن نقص المغذيات مثل البري بري والبلاجرا والاستقربوط تتفشى في معسكرات اللاجئين وفيما بين أوساط السكان المحرومين، وما زال الكساح يصيب أعداداً متزايدة من الأطفال.

١٣ - وقد أدت التغيرات في أنماط الأغذية، وأساليب الحياة المرتبطة بالتوسع العمراني، وزيادة الدخل وطول العمر، إلى ظهور مشكلات أساسية نجمت عن أمراض غذائية غير سارية، تشمل السمنة وأمراض القلب والأوعية الدموية والبول السكري (النوع الثاني غير المعتمد على المعالجة بالأنسولين) وبعض الأنواع من السرطان وتسوس الأسنان. وقد أصبح من المسلم به بصورة متزايدة ذلك الارتباط الواضح فيما بين هذه الأمراض وعدد من العوامل الغذائية (ولا سيما الإفراط في تناول أغذية الطاقة والدهون، وبخاصة الدهون المشبعة والكوليسترول)، وبين العوامل ذات الصلة بنمط المعيشة (ولاسيما التدخين، والاجهاد الانفعالي، ونقص التمرينات الرياضية) فضلاً عن العوامل الوراثية.

١٤ - وبفضل جهود التوعية الرامية الى خفض تأثيرات هذه العوامل فضلا عن تحسين الرعاية الصحية والفحص الطبي، هبط مستوى انتشار هذه الأمراض في العديد من البلدان الأوروبية وفي أمريكا الشمالية واليابان وأستراليا خلال السنوات الخمس عشرة الأخيرة. ويستدل من البيانات المتوافرة عن ٢٦ بلدا متقدما و ١٦ بلدا ناميا (معظمها من مجموعة البلدان ذات الدخل دون المتوسط) أن معدلات الوفيات المرتبطة بالعمر بالنسبة الى فئات العمر ٥٤-٤٥ و ٦٤-٥٥ سنة كانت متماثلة في كل من البلدان المتقدمة والنامية على السواء. ولوحظ أن هذه المعدلات كانت مرتفعة بالنسبة لفئات السكان الذين تتجاوز أعمارهم ٦٥ عاما في البلدان المتقدمة، لكن هذه الثغرة آخذة في التقلص. بيد أن معدلات الوفيات الناجمة عن مثل هذه الاضطرابات آخذة في الازدياد في بلدان أوروبا الشرقية وفي العديد من البلدان النامية. وترتبط معدلات الوفيات المتزايدة بالمعدلات العالية للتوسع العمراني والزيادة السريعة في كمية المتحصل من الأغذية ولاسيما في الدهون الكاملة والمشبعة. وأظهرت الدلائل مؤخرا امكانية تدارك الاضرار في حالات الإصابة بمرض الانسداد الجزئي للشريان التاجي للقلب من خلال تغيير أنماط تغذية المريض وأسلوب حياته.

١٥ - وترتبط السمنة ارتباطا وثيقا بكل من أمراض القلب والأوعية الدموية بما في ذلك ارتفاع ضغط الدم ومرض السكري. كذلك يرتبط تناول كميات كبيرة من الأملاح بالارتفاع السريع لضغط الدم مع تقدم العمر بالنسبة لبعض فئات السكان. وقد ينجم السكري عن مختلف العوامل بما في ذلك أنماط التغذية وأساليب الحياة بما يماثل تلك العوامل التي تتسبب في التعرض لأمراض القلب والأوعية الدموية. ويظهر أن الإصابة بالسكري وأمراض القلب في مرحلة متأخرة من حياة الانسان مرتبطة بالوزن عند الولادة. كما ترتبط الأغذية الغنية بالمواد الدهنية، وبخاصة الدهون المشبعة، ارتباطا وثيقا بسرطان القولون والبروستاتا والثدي. أما الأغذية الغنية بالخضر والنشاء والألياف وفيتامين أ فهي أقل ارتباطا بأمراض السرطان الناجمة عن التغذية، بيد أن الدليل ليس قاطعا على وجود علاقة سببية.

١٦ - وتعتبر عواقب الإصابة بسوء التغذية من حيث تأثيرها على مستوى صحة الانسان وعلى التنمية الاجتماعية والاقتصادية متباينة وبعيدة الأثر. ففي حالة الرضع والأطفال الصغار يرتبط نقص التغذية بالتأخر في نمو الجسم وانخفاض مستوى النشاط الجسماني وضعف المقاومة للأمراض واعاقة النمو الذهني والقدرات الابداعية وزيادة التعرض للإصابة بالأمراض وارتفاع مستوى الوفيات. ويرتبط انخفاض الوزن عند الولادة، والذي يعزى عموما الى نقص تغذية الأم أثناء الحمل، بتأخر أداء النمو في مرحلة لاحقة وبزيادة حالات الوفاة المبكرة فيما بين الاطفال والأطفال حديثي الولادة.

١٧ - ومن الممكن أن يؤدي النقص الحاد أو المعتدل في اليود خلال فترة الحمل أو الطفولة المبكرة الى الإصابة بمرض الفدامة العصبى أو الناجم عن قصور الغدة

الدرقية - مما تنجم عنه الاصابة بالممم والبكم والى ضعف الحركة المتجانسة للجسم واعاقة النمو كما قد يتسبب فى العديد من الاضطرابات العقلية - والى زيادة معدلات الاجهاض والولادة قبل الاوان. ويعتبر نقص فيتامين أ من الاسباب الشائعة لعمى الاطفال. كما أنه قد يؤدي الى العمى الليلي والى خفض مقاومة الجسم للأمراض وزيادة وهن الجسم وبالتالي الى زيادة معدلات الوفيات الناجمة عن مختلف الامراض، ولاسيما الاسهال وأمراض الجهاز التنفسي والحصبة.

١٨ - يرتبط ضعف الحالة التغذوية لدى النساء بزيادة أمراض فقر الدم والتعرض للمشكلات أثناء فترة الحمل والوضع وزيادة معدلات تأخر نمو الرحم مما يؤدي الى نقص الوزن عند الولادة ووفيات الاجنة. أما فى حالة البالغين فان نقص التغذية وفقر الدم يؤديان الى اعتلال الصحة ونقص القدرة الانتاجية نتيجة لضعف أداء الوظائف الجسمية والعقلية، وقد يكون ذلك عائقا فى وجه تنمية المجتمعات المحلية والتنمية القطرية عموما.

العوامل المؤثرة فى حالة التغذية

١٩ - تتأثر أوضاع التغذية بطائفة واسعة من العوامل التى يمكن أن تؤدي الى خفض المتحصلات الغذائية أو الافراط فيها، أو تعيق الاستخدام الامثل لهذه المتحصلات. ويجرى تحليل العوامل التى تؤثر بصفة مباشرة على التغذية، فى اطار ثلاث فئات تشمل الغذاء، والصحة، والرعاية. وكل واحد من هذه العوامل ضرورى للتغذية الجيدة وكثيرا ما يؤثر على العوامل الأخرى. كذلك يمكن للسياسات الانمائية، التى لاتشمل فى العادة ميدان التغذية، أن تؤثر فى مستوى تحسين حالة التغذية.

٢٠ - ولا بد من التأكيد على أن الفقر هو السبب الأساسى لسوء التغذية. أما نقص التغذية، الحاد والمزمن، وكذلك معظم حالات نقص المغذيات الدقيقة، فتميب، فى المقام الأول، الفقراء والمعوذين الذين لاتتاح لهم امكانات الحصول على الاغذية الكافية، ويعيشون فى ظروف غير صحية حيث لا تتوافر لهم المياه النظيفة والخدمات الأساسية، كما يفتقرون الى فرص الحصول على التعليم المناسب والتوعية اللازمة. ومن جهة أخرى، فإن الافراط فى التغذية واختلال التوازن الغذائى، وهما قد يؤديان الى أمراض غير سارية تنتمى بالاغذية، قد يتجاوزان الحدود الاجتماعية والاقتصادية، وان كانا يرتبطان فى العادة بارتفاع الدخل ومستويات المعيشة.

٢١ - الاغذية والتغذية. تتأثر جودة التغذية بالمحتوى الغذائى فى الاغذية المستهلكة بالمقارنة مع الاحتياجات منها. أما هذه الاحتياجات فتحددها عوامل مختلفة منها: العمر، والنوع، وحجم الجسم، والنشاط البدنى، والنمو، والحمل والرضاعة، والاصابة بالعدوى، وفعالية استخدام المغذيات.

٢٢ - ويعتبر توافر الأغذية الأساسية على المستويات القطرية والاقليمية والأسرية حجر الزاوية في جودة التغذية. فعلى مستوى الأسرة، يعنى مفهوم الأمن الغذائى الأسرى أن تتاح الامكانيات المادية والاقتصادية للحصول على أغذية كافية من حيث كميتها ونوعيتها وسلامتها. ويتوقف الأمن الغذائى الأسرى على امكانية حصول الأسرة على ما يكفيها من دخل وأصول - بما فى ذلك مساحة الأرض التى تمتلكها الأسرة ونوعيتها.

٢٣ - وفى البلدان النامية، حيث يقطن ما يقرب من ثلثى السكان فى المناطق الريفية، يعتبر الانتاج المحصولى والحيوانى، والأنشطة السمكية والحرجية، من المصادر المباشرة للغذاء ولتوفير الدخل اللازمة لشراء الطعام. وهكذا، فإن زيادة انتاج الأغذية، سواء لاستهلاك الأسرة أو كمصدر لدخلها، تساعد فى استقرار أسعار الأغذية وفى تحسين التغذية. كما قد يساهم تحسين مرافق التسويق فى تحقيق الأمن الغذائى.

٢٤ - وفى المناطق الحضرية، يعتبر الفقر والبطالة، وانخفاض مستويات الاسكان والصحة والتعليم، من العوامل الهامة التى تؤثر على التغذية. كذلك يعتمد مدى تأثير الزيادة فى الدخل على تحسين استهلاك الأغذية ورعاية الأسرة وعلى التعليم والعوامل الأخرى الاجتماعية والثقافية. وعندما تكون الأم هى المسؤولة عن نفقات الأسرة، تكون تغذية الأطفال، عموماً، أفضل.

٢٥ - كذلك تؤثر موسمية الانتاج فى البلدان النامية على فرص الحصول على الأغذية. ففترة ما قبل الحصاد، التى تتميز بنقص الأغذية، عادة ما تتسم بزيادة أعباء العمل الزراعى وانتشار الأمراض المعدية - وخصوصاً الملاريا والاسهال. وقد وجد أن المحاصيل النقدية تؤثر على امكانيات الحصول على الأغذية بصورة ايجابية أكثر منها سلبية غالباً. كذلك فإن الممارسات والتكنولوجيا الزراعية يمكن أن تؤثر، بصورة ملحوظة، على التغذية، من خلال آليات مثل توفير فرص العمالة وتوليد الدخل، والانفاق على الطاقة، واستخدام الوقت، وتأثيرات ذلك على البيئة والصحة.

٢٦ - وتؤثر سلامة الأغذية ونوعيتها، بصورة كبيرة، على التغذية. ولضمان سلامة الأغذية والحفاظ على جودتها أثناء مراحل الانتاج والمناولة والتصنيع والتعبئة، يلزم وجود نظام فعال للمراقبة. كذلك فإن التلوث الميكروبي والكيميائى، بما فى ذلك مخلفات مبيدات الحشرات، يمكن أن تكون له عواقب وخيمة. ويمكن لمناولة الأغذية بشروط صحية، وخصوصاً أغذية الاطفال، أن تسهم، بصورة رئيسية، فى سلامة الأغذية والتغذية.

٢٧ - الصحة والتغذية. تؤثر الأمراض السارية المختلفة - وخصوصاً الاسهال والأمراض التى تصيب الجهاز التنفسى، والحصبة، والملاريا، والطفيليات المعوية والايبرز - تأثيراً كبيراً على حالة التغذية. ويسبب التفاعل بين الاصابة بالمرض ونقص استهلاك

الاعذية تأخيرا فى النمو عند الأطفال مما يفضى الى حلقة مفرغة أو ما يسمى مركب الالابة بالمرض وسوء التغذية. فالأشخاص المصابون بسوء التغذية يكونون أكثر عرضة للالابة بالأمراض، بل ان اصابهم تكون أكثر حدة وأطول زمنا. وتؤثر الأمراض، بدورها، على الحالة الغذائية حيث تؤدى الى ضعف الشهية والمتحصل من الاعذية، كما تزيد من متطلبات تمثيل الاعذية وإلى فقدان جزء من المغذيات. وتعد أمراض الاسهال التى تنقلها المياه والاعذية من أشد المشكلات خطورة. كما أن نقص المغذيات الدقيقة، وخصوصا منها الحديد وفيتامين أ يضاعف مقاومة الأمراض فى حين تؤدى الالابة بالأمراض وبالطفيليات الى اضعاف المغذيات الدقيقة.

٢٨ - ومن الضرورى تحسين ظروف الصحة البيئية من أجل كسر حلقة مركب الالابة بالمرض وسوء التغذية. ويشمل هذا الأمر معالجة المشكلات المتعلقة بتلوث المياه، وبالتخلص من الفضلات والنفايات البشرية والحيوانية المضرة بالصحة وضمان نظافة الاعذية والأفراد سواء فى المنازل أو فى أماكن تصنيع الاعذية وتسويقها.

٢٩ - وتسهم الخدمات الصحية فى تحسين حالة التغذية: فالتحصين يمنع الالابة بالمرض، والخدمات العلاجية تقلل من فترات المرض، كما أن معالجة الجفاف عن طريق الفم تقلل من شدة أمراض الاسهال ومن عواقبها. كذلك فان تدعيم الخدمات الصحية يمكن أن يروج، على نحو أكثر فعالية، للرضاعة الطبيعية وأساليب الفطام الملائمة والرعاية المنزلية وتغذية الأطفال المرضى، ويمكن لهذا التدعيم توفير الرعاية المناسبة أثناء فترة الحمل، وكذلك توفير الخدمات المتعلقة بتقديم المشورة التغذوية وخدمات الوضع والولادة. ويساعد هذا التدعيم فى توفير الوعى الغذائى وفى اعداد الاستراتيجيات الملائمة للوقاية من الالابة بنقص المغذيات الدقيقة وتدعيمها.

٣٠ - ويعد الافتقار الى الخدمات الصحية وسوء استغلالها، وخصوصا خدمات المستوى الأول (المحلى)، عاملا مهما يؤدى الى سوء التغذية، لاسيما بين الأطفال. وبدون مثل هذه الخدمات تتعذر الوقاية من الأمراض المعدية والتغلب عليها. كذلك تلعب مبادرات الرعاية الصحية الأولية على المستوى المحلى، والتى تقوم بها المجتمعات المحلية لصالح السكان، دورا مهما فى الحد من أخطار نقص التغذية. ويتوقف تطوير مثل هذه الرعاية الصحية المحلية، على مستوى تطور الحكومة المحلية، ولا مركزية المسؤوليات، وتولى المجتمع المحلى شؤونه بنفسه.

٣١ - كذلك فان الافراط فى التغذية أو اختلال توازنها، واللذين كثيرا ما يترافقان مع أنماط معيشية غير صحية، من بينها عدم ممارسة الرياضة، والاجهاد، والافراط فى تناول الكحول والتدخين، يسهمان فى اضعاف الصحة ويفضيان الى استثناء الأمراض غير السارية المرتبطة بالنظام الغذائى ومنها: السمنة، وارتفاع ضغط الدم والسكتة الدماغية، وأمراض الأوعية القلبية، ومرض السكرى، وبعض أنواع السرطان. ورغم أن هذه الأمراض كثيرا ماتنتشر بين الفئات الثرية من

السكان، فانها تشيع كذلك بين جميع فئات الدخل في البلدان الصناعية والطبقات العليا والمتوسطة في البلدان النامية.

٣٢ - الرعاية والتغذية. تعد الرعاية وأساليب التغذية الصحيحة عناصر ضرورية للتغذية الجيدة وسلامة الصحة. فقد يحدث سوء التغذية حتى ولو كانت الأسرة تستطيع الحصول على الطعام بالمقادير والأنواع الملائمة، والاستفادة من الخدمات الصحية المناسبة. وعلى الرغم من أن تحسين التغذية يستلزم توافر دخول كافية ومقادير أكبر من الغذاء وخدمات صحية موسعة، فإن هذه الأمور لا يمكن أن تحقق التحسينات المرجوة ما لم تتمكن الأسر من الاستفادة منها.

٣٣ - وفي هذا السياق، تكتسب الرعاية أهمية كبيرة. وتتمثل الرعاية في توفير الوقت للأسرة والمجتمع وإيلائهما العناية والدعم من أجل تلبية الاحتياجات البدنية والعقلية والاجتماعية لنمو الطفل وسائر أفراد الأسرة. وهي تؤدي إلى الاستخدام الأمثل للموارد البشرية والاقتصادية والاجتماعية. ومن الأمور ذات الأهمية الخاصة، تغذية الطفل: فالرضاعة الطبيعية وأساليب الفطام الملائمة تعتبر أمورا مهمة للتغذية الجيدة، ويعتمد النجاح في ذلك على التغذية الجيدة والموازنة الوجدانية من جانب من يقوم برعاية الأطفال، وخصوصا الأمهات. ولذا تعتبر نوعية الأمهات وتعليمهن من العوامل المهمة في هذا المجال.

٣٤ - غير أنه يجب أن لا يفهم من ذلك أن مسؤولية الرعاية تقع على عاتق الأم وحدها. فالآباء وأفراد الأسرة الآخرون، لهم أيضا أدوارهم المهمة التي يمكن أن يضطلعوا بها أيضا، والتزام هؤلاء وقدرتهم على توفير الرعاية الكافية أمران ضروريان للنهوض بمستوى التغذية. ومن جهة أخرى، تجدر الملاحظة أن طابع نشاط الأم في كثير من البلدان، بما يتسم به من كثرة الأعباء والاحتياج للوقت، يعد قييدا كبيرا على أنواع الأطعمة التي تأكلها الأسرة وكيفية إعدادها، وعلى مقدار ما يحصل عليه الأطفال الصغار من موازنة وجدانية واستجابة لاحتياجاتهم.

٣٥ - ومن الأمور الضرورية، تعزيز الأسرة وتدعيمها باعتبارها الوحدة الاقتصادية والاجتماعية ذات المسؤولية الأكبر في مجال تحسين الحالة الغذائية. وتستلزم مثل هذه الجهود مراعاة أدوار أعضاء الأسرة ومعارفهم وحوافزهم والوقت المتاح لهم، وكيفية التصرف بالدخل والموارد الأخرى داخل الأسرة. ومن المهم، بوجه خاص، في حالات عديدة، تمكين المرأة من الحصول على الموارد وفرص التعليم التي تلزمها لكي تكون جديرة برعاية نفسها وأفراد أسرتها.

٣٦ - وعلى مستوى المجتمع المحلي، يعد توافر التنظيم الملائم والقدرة على الرعاية أمرا مهما بالنسبة للحالة التغذوية للمجموعات الحساسة سواء بصورة مباشرة - من حيث تقييم المجتمع المحلي لمشكلاته واتخاذ القرارات الملائمة إزاءها؛ أو بصورة غير مباشرة - من حيث مقدرة المجتمع على البقاء والاستمرار في

ظروف ايكولوجية واقتصادية واجتماعية غير مواتية. وفي كلتا الحالتين، يلزم دعم وتشجيع الجهود التي تبذلها المجتمعات المحلية للتغلب على المشكلات التي تواجهها. كذلك يجب ايلاء مزيد من الاهتمام لانشاء هيكل جديدة للرعاية على مستوى المجتمع المحلي ذلك لأن التوسع العمراني والقوى الاجتماعية الأخرى يضعف الأنماط والأساليب التقليدية الخاصة برعاية الأسرة والمجتمع. ويمكن تنفيذ مثل هذه الرعاية من خلال مختلف التنظيمات الطوعية وهيئات الرعاية الاجتماعية. ومن الآليات الأخرى في هذا المجال، برامج التغذية واعانات الاغذية، ونظم الضمان الاجتماعي، وغيرها.

٣٧ - واطافة الى مقدرة الأسرة على رعاية أفرادها، فان التغذية الجيدة للجماعات المحرومة والحساسة يمكن أن تعتمد كذلك على قدرات المجتمع ومدى استعدادهم ورغبته في مساعدتها. فالمعوزون واللاجئون والنازحون هم أمثلة خاصة على الجماعات التي تعتمد على المساعدات الخارجية للوفاء باحتياجاتها التغذوية.

السياسات الانمائية والتغذية

٣٨ - قد يكون للسياسات والاستراتيجيات الانمائية القطرية تأثير بالغ على أوضاع السكان التغذوية. وحيث أن الكثير من الأسباب الرئيسية لسوء التغذية يقع خارج المجال المباشر للتغذية، فان أشد السياسات الحكومية تأثيراً على خفض سوء التغذية على المستوى القطري، هي السياسات التي تركز على النمو المصحوب بالعدالة.

٣٩ - وقد يكون للسياسات الانمائية آثار ايجابية أو سلبية على التغذية. ويمكن لتعظيم الآثار التغذوية الايجابية - على المستوى القطري وفي مختلف القطاعات - أن يساهم بقدر وافر في تحسين الأوضاع التغذوية. وفي نفس الوقت، لابد من توافر مناخ ملائم من جانب السياسات الانمائية الشاملة والسياسات القطاعية ضماناً لحدوث تأثير ملموس من التدخلات التغذوية المحددة. وبإمكان السياسات الانمائية أن تؤثر على التغذية من خلال عنصر واحد أو من خلال جميع العناصر المتمثلة في الاغذية والصحة والرعاية.

٤٠ - ويمكن للنمو الاقتصادي - من خلال زيادة الدخل - ان يجلب فوائد تغذوية بعدة طرق، سواء مباشرة أو غير مباشرة. وفيما عدا بعض الاستثناءات، نجد أن هناك علاقة ايجابية وثيقة بين دخل الفرد ومؤشرات مستوى المعيشة. ولكن النمو الاقتصادي لا يحسن التغذية بصورة تلقائية. فهناك حجج قوية تشير الى أن العدالة التي تصاحب التنمية هي جزء لا ينفصل عن أي استراتيجية للتنمية. فليس هناك أي تعارض بين العدالة والنمو الاقتصادي، فالواقع انهما يعطيان أفضل النتائج عندما يسيران جنباً الى جنب. فضمن زيادة ملموسة في الدخل الحقيقية للفقراء والمجموعات الحساسة أثناء النمو، مسألة بالغة الأهمية.

٤١ - وقد تؤثر سياسات الاقتصاد الكلى سلباً أو ايجاباً على مختلف مجموعات السكان. فلو أن هذه السياسات تحيزت ضد قطاع الأغذية والزراعة مثلاً، أو أسفرت عن تخفيض الخدمات الصحية، لساء حال التغذية من جراء ذلك. وفي أغلب الحالات يقع عبء التكيف على نحو غير متناسب على عاتق الفقراء وعلى الفئات الحساسة غذائياً.

٤٢ - ولا علاقة لهذه المسألة بمدى ضرورة التكيف، ذلك لأن الفقراء فى النهاية هم الذين سيعانون أشد المعاناة، أو ربما تشتد هذه المعاناة إذا استمر الخلل فى الاقتصاد العام. فلا بد من انشاء "شركات أمنية" أثناء ادخال تعديلات اقتصادية واجتماعية فى آن واحد، مع تحسين الأهداف المحددة للتدخلات لمصلحة الفقراء. وفى نفس الوقت ربما احتاج الأمر الى برامج تعويضية (مثل التغذية التكميلية، والتوسع فى الرعاية الطبية، وبرامج لتوليد الدخل) لكى تساعد فى تخفيف الآثار السلبية على الفقراء.

٤٣ - ويمكن جعل تأثير السياسات الزراعية على التغذية ايجابياً بتحسين انتاج الاغذية وتوافرها وتصنيعها وتسويقها، وكذلك بزيادة فرص العمل. كما يكون للسياسات الزراعية تأثير على الاستفادة من الوقت والأيدى العاملة والطاقة، وعلى البيئة وظروف المعيشة، وعلى المحتوى الغذائى للأغذية المنتجة، مما يؤثر على أدوار الرجال والنساء التى قد تؤثر بدورها على التغذية. أما مدى تأثير زراعة المحاصيل النقدية على المحاصيل الغذائية، وتأثير التقنيات الزراعية الحديثة، فيحتاجان الى تقدير دقيق.

٤٤ - ومن الممكن تحقيق منافع تغذوية من خلال الاستفادة من الاغذية التقليدية وتطويرها، وتحسين ادارة الاغذية بعد حصادها وتخزينها، وتطوير مرافق التسويق. كما أن للسياسات التى تحدد كيفية الحصول على الاراضى وحيازتها، أهميتها فى كثير من أنحاء العالم. ومن زاوية التغذية، لابد من تحديد الفئات التى ستأثر من مختلف السياسات الزراعية ومدى هذا التأثير، ثم السعى لضمان استفادة الفقراء ومن يعانون من سوء التغذية من هذه السياسات، والعمل على الحد من أى آثار سلبية قد تلحق بهم من جرائها.

٤٥ - وفى كثير من المناطق الريفية ترتبط أبرز مشكلات التغذية بنقص فرص العمل أكثر مما ترتبط بنقص الاغذية. وفى أغلب الأحيان تكون المشكلة الملحة هى خلق فرص للعمل - سواء فى الزراعة أو خارجها - فى أعمال تتعلق بالزراعة.

٤٦ - والرعاية الصحية الأولية هى الاستراتيجية التى يأخذ بها العالم لتحقيق الرعاية الصحية للجميع، بما فى ذلك سلامة التغذية. ولكننا، من الناحية العملية، نجد أن عنصر الاغذية والتغذية فى برامج الرعاية الصحية يكون هزىلاً فى أغلب الأحيان. أما العناصر الأساسية الأخرى فى برامج الرعاية الصحية الأولية

فتساهم بقدر كبير فى تحسين التغذية، ولاسيما من خلال الوقاية من الامراض ومكافحتها، وخاصة الامراض المعدية.

٤٧ - وقد تؤثر السياسات المحية على التغذية من خلال تأثيرها على البيئتين الاجتماعية - الثقافية والمادية، وكذلك تأثيرها على جودة الخدمات المحية ومدى انتشارها. فتقليل التفاوت فى الخدمات المحية والتغذوية، مع التركيز على المجموعات المعرضة للخطر، يعتبر عنصرا هاما فى أى سياسة صحية. وتعتبر البرامج المحية الجهوية أو المحلية، وزيادة التمويل المحلى للخدمات المحية من بين الوسائل التى يمكنها تحسين أحوال التغذية المحلية.

٤٨ - ولابد من تنمية الموارد البشرية اللازمة على المستويين القطرى والمحلى لمعالجة مشكلات التغذية بصورة فعالة. وينبغى تشجيع المناهج المشتركة بين القطاعات وتلك القائمة على أساس المجتمعات المحلية، وذلك جنبا الى جنب مع الجهود المبذولة لتدعيم الطاقات الموجودة فى المراكز المحية والمستشفيات. فتعزيز القدرات الادارية على جميع المستويات، وادراج أهداف تغذوية فى السياسات المحية، وادراج عناصر تغذوية فى برامج الرعاية المحية المحلية والاولية، تعتبر كلها استراتيجيات مفيدة.

٤٩ - وينبغى للسياسات البيئية أن تعالج الأسباب الرئيسية للتغيرات البيئية التى تؤثر على المحة والأغذية والتغذية. فالبيئة المادية والبيولوجية لها تأثير خطير على المحة. فالضغوط السكانية فى البلدان النامية، مع الصراع اليومى للفقراء من أجل البقاء على قيد الحياة، يقضى على كميات هائلة من الموارد الطبيعية التى يعتمد عليها بقاء الجنس البشرى.

٥٠ - ولابد للسياسات البيئية من معالجة قضايا مثل: تدهور التربة، والتعرية، وإزالة الغابات، والافراط فى الرعى وغيره من الممارسات غير الملائمة فى استخدام الأراضي، وموارد الطاقة والوقود، وحماية الموائل البشرية، والتوسع العمرانى، والتلوث ونوعية الهواء، والماء والغذاء. كذلك فإن الموارد السمكية، سواء أكانت بحرية أم فى المياه الداخلية، تتعرض للأخطار كذلك. كما أن المشاكل البيئية المتمثلة بالتلوث الغذائى وتلوث الماء الناجمين عن أساليب الانتاج الزراعى غير الآمنة والمكثفة بشكل مفرط، قد أصبحت مشار القلق على نحو متزايد فى أكثر البلدان.

٥١ - وتشمل مجالات العمل تنمية أساليب أكثر قابلية للاستمرار بيئيا فى مجالات الغذاء، والتغذية والصحة، وضمان إتاحة موارد كافية للأسر الفقيرة لتخفيض الآثار غير الملائمة على البيئة الى الحد الأدنى، واتخاذ اجراءات تهدف الى تخفيض الاخطار البيئية التى تهدد الصحة وخاصة الامراض المنقولة عن طريق الاغذية والمياه وتشجيع الانماط المعيشية القابلة للاستمرار والتى لا تشكل تهديدا للصحة

والبيئة؛ وإجراء البحوث الهادفة الى تنمية الأنظمة والتكنولوجيات الزراعية الملائمة القابلة للاستمرار والسليمة بيئيا.

٥٢ - وي طرح التزايد السريع لسكان العالم والتوسع العمراني عددا من التحديات المتنوعة. وتعتبر مسألة ارتفاع عدد السكان مسألة حرجة فيما يتعلق بتوافر الغذاء في العديد من البلدان النامية، وخاصة في تلك البلدان التي يتوقع أن يتضاعف عدد سكانها خلال الـ ٢٠-٢٥ عاما القادمة. فزيادة عدد السكان ستطلب زيادة الأغذية والسلع، والخدمات وفرص العمل. ولابد للسياسات التي تتمدى للقضايا السكانية بنجاح من أن تشمل النهوض بالتنمية الاقتصادية التي تتسم بقدر أكبر من العدالة وتوفير فرص أفضل للانتفاع من الخدمات التعليمية والصحية وخدمات تنظيم الأسرة.

٥٣ - ويتمدى العديد من السياسات السكانية لمستويات الخصوبة العالية من خلال برامج لتنظيم الأسرة تهدف إلى خفض عدد الاطفال الذين تنجبهم كل امرأة وزيادة فترات المباشرة بين فترات الحمل. كما أن الرضاعة الطبيعية، وبخاصة في حال الاقتصار عليها، تؤخر استعداد المرأة للحمل وبالتالي تباعد بين فترات الحمل وتضمن صحة الأم. وسوف تحرز خدمات التغذية، وصحة الأم والطفل وتنظيم الأسرة نجاحا أكبر في حال ترابطها وتكاملها.

٥٤ - وقد زادت نسبة سكان العالم الذين يعيشون في المناطق الحضرية من ٣٩ في المائة في عام ١٩٧٥ الى ٤٣ في المائة في عام ١٩٩٠ ويتوقع لها أن تصل الى ٥١ في المائة بحلول عام ٢٠٠٠. وغالبا ما يتمتع سكان المناطق الحضرية بنظم غذائية أكثر تنوعا، وبفرص للاستفادة من الخدمات الصحية والخدمات الاجتماعية الأخرى أفضل من تلك التي تتاح لسكان المناطق الريفية، ناهيك عن أنهم يتمتعون بمستوى تغذية أفضل. الا أن التوسع العمراني السريع في العديد من البلدان النامية أدى الى حدوث ضغوط اقتصادية واجتماعية وتغذوية حادة.

٥٥ - وسكان المناطق الحضرية ليسوا متجانسين، كما أن العديد من المجموعات السكانية في المدن والمناطق المحيطة بها هي أشد فقرا وأسوأ تغذية من العديد من سكان الأرياف. ويضطر هؤلاء الى انفاق نسبة عالية من دخلهم على الغذاء الذي غالبا ما يكون من نوعية رديئة. وعلاوة على ذلك فانهم يصبحون أكثر عرضة للبطالة.

٥٦ - وفي العديد من المناطق الحضرية الفقيرة والمكتظة بالسكان، يلاحظ أن الرضاعة الطبيعية، ومدتها آخذتان في التناقص المستمر، في حين يزداد انتشار الرضاعة الصناعية والمشاكل البيئية، بما فيها المساكن الرديئة، وعدم كفاية امدادات المياه ووسائل التخلص من النفايات، وضعف مستوى النظافة الغذائية، بما يؤدي الى تزايد أمراض الاسهال. وينبغي بذل الجهود لمنع تزايد الإصابة بالأمراض

غير السارية الناجمة عن التغيير في أنماط المعيشة والانماط الغذائية المصاحب للتوسع الحضري.

٥٧ - وبالإضافة الى النمو السكاني والتوسع العمراني، تحدث تغيرات ديموغرافية أخرى قد يكون لها تأثير هام على التغذية. من ذلك على وجه الخصوص، تلك الزيادة الكبيرة في عدد المسنين (أكثر من ٦٥ عاما) في أغلب البلدان. ويتوقع بحلول عام ٢٠٠٠ أن يعيش قرابة ٦٠ في المائة من سكان العالم ممن هم فوق سن الخامسة والستين في بلدان نامية. مما سيكون له تأثيرات خطيرة على الحاجة الى الانواع المختلفة من الخدمات الصحية والاجتماعية، وينبغي للقطاع الصحي التكيف مع ازدياد حالات الاصابة بالامراض غير السارية التي تقترب بتقدم عمر السكان. ومن الواضح أن هناك حاجة الى التشجيع على الترويج للنظم الغذائية المتوازنة والانماط المعيشية الصحية للوقاية من الاصابة بهذه الأمراض.

٥٨ - ويؤثر المناخ الاقتصادي الدولي على التغذية بطرق عديدة، خاصة عن طريق التأثير على آفاق التنمية وحالة الموارد المتاحة فيما يخص كافة القطاعات ذات الصلة المباشرة بالأغذية، والصحة والرعاية. ويمكن أن تؤدي إزالة الحواجز التي تعيق التجارة الدولية الى إيرادات النقد الأجنبي، وتوسيع نطاق العمالة، وزيادة الناتج القومي الإجمالي. إلا أن إزالتها قد لا تحقق بالضرورة منافع تعود للجميع، بل وقد تلحق أضرارا ببعض قطاعات السلع المستفيدة من ترتيبات التجارة التفضيلية الحالية.

٥٩ - وللسياسات الزراعية في البلدان الصناعية، بما فيها دعم الأسعار، آثار خطيرة على الأسعار والتجارة في العالم، ولها أيضا آثار سلبية على القطاعات الزراعية في البلدان المصدرة الزراعية الأخرى. أما بالنسبة لبلدان العجز الغذائي فقد يكون للسياسات الزراعية للبلدان الصناعية آثار نافعة على المدى القصير، غير أن آثارها ستكون ضارة على المدى البعيد. وبشكل عام، فقد يكون لتحرير السياسات الزراعية للبلدان الصناعية أثر إيجابي عام على الأمن الغذائي للبلدان النامية عموما.

٦٠ - ولا يزال عبء الديون الخارجية في البلدان النامية ضخما. ففي عام ١٩٩٠، تجاوز حجم الديون الخارجية الناتج القومي الإجمالي لاقليم افريقيا جنوب الصحراء الكبرى. كذلك بقيت نسبة خدمة الديون الى المصادرات عند مستوى مرتفع لم يسبق له مثيل بالنسبة للبلدان النامية ككل. وقد بلغ صافي تدفق الموارد نحو الخارج من البلدان النامية الى المقرضين ٢٤٢ مليار دولار أمريكي خلال الفترة من ١٩٨٣ الى ١٩٨٩. كما أن القيود الخارجية الشديدة، مثل انكماش الأسواق المتاحة لمنتجات البلدان النامية، قد أدت عموما الى منع العديد من هذه البلدان من التعامل مع

مشكلة الديون. وعلى الرغم من حدوث بعض عمليات إعادة جدولة الديون، بل وحتى تخفيفها إلا أن التأثير العام لذلك كان ضئيلاً.

٦١ - وقد تحقق المساعدات الانمائية الخارجية فوائد تغذوية واقتصادية، إلا أن هذه المساعدات قليلة جداً في الوقت الحاضر، مقارنة بالاحتياجات الانمائية، كما أنها لا تخصص في الغالب للبلدان الأكثر احتياجاً ولا إلى أكثر فئات السكان حاجة إليها في تلك البلدان.

السياسات والبرامج الرامية إلى النهوض بأوضاع التغذية

٦٢ - تدعو الضرورة إلى وضع استراتيجيات وتنفيذ أعمال محددة ترمي إلى النهوض بأوضاع التغذية وفقاً للحاجات الخاصة والظروف السائدة في كل بلد من البلدان وفي ضوء الموارد المتاحة. غير أن بمقدورنا تحديد بعض المجالات المشتركة التي يمكن فيها الاضطلاع من خلالها بعمل يستهدف النهوض بمستويات التغذية والحفاظ عليها. وتشمل هذه المجالات الموضوعات التالية:

٦٣ - تحسين الأمن الغذائي الأسري. يعد الفقر السبب الجذري لانعدام الأمن الغذائي الأسري. ويتوقف الأمن الغذائي الأسري في المقام الأول على قدرة الأسرة على توفير قدر كاف من الأغذية لكل أفرادها وفي جميع الأوقات. وقد يكون انعدام الأمن الغذائي مزمناً أو موسمياً أو مؤقتاً. وتشمل الفئات الحساسة من الناحية التغذوية المزارعين الذين يعيشون في الأراضي الحدية، والمعدمين أو العمال المؤقتين، والرعاة، وصغار الصيادين والعمال الحرجيين، وفقراء المدن.

٦٤ - ويقتضى تحقيق الأمن الغذائي ضمان امدادات غذائية كافية على كل من المستوى القطري والأسري؛ وتوافر قدر معقول من الاستقرار في الامدادات الغذائية على امتداد العام وكذلك من عام لآخر؛ وضمان حصول كل أسرة على ما تحتاجه من أغذية عن طريق الانتاج أو الشراء.

٦٥ - وينبغي أن تتوافق عملية اختيار السياسات الرامية إلى تحقيق الأمن الغذائي مع خصائص مشكلة الأمن الغذائي لكل بلد من البلدان، وطبيعة الفئات التي تفتقر إلى الأمن الغذائي، ومدى توافر الموارد، والقدرات المتاحة فيما يتعلق بالبنية الأساسية والمؤسسات.

٦٦ - غير أن الاستراتيجيات الرامية إلى تحسين الأمن الغذائي الأسري تتضمن بوجه عام: اعتماد استراتيجية انمائية شاملة وسياسات اقتصادية كلية تهني ظروفًا مواتية للنمو مع العدالة؛ والاسراع بوتيرة النمو في قطاع الأغذية والزراعة وتشجيع التنمية الريفية التي تركز بصفة خاصة على الفقراء؛ وتحسين فرص الانتفاع بالأرض وغيرها من الموارد الطبيعية؛ وتوفير القروض للأسر الفقيرة؛ وزيادة فرص

العمل؛ ومشروعات تحويل الدخل؛ وضمان استقرار الامدادات الغذائية؛ وتحسين التخطيط الخاص بالاستعداد لمواجهة الطوارئ؛ والمعونة الغذائية؛ وتعزيز آليات التعامل مع حالات الطوارئ التي تلجأ اليها الأسر في هذه الحالات.

٦٧ - حماية المستهلكين من طريق تحسين جودة التغذية وسلامتها. يعتبر تعزيز نظم الرقابة التي تكفل سلامة الأغذية وجودتها، وتشجيع ممارسات التصنيع السليمة وتوعية بائعي الأغذية والمستهلكين بالأساليب السليمة لمناولة الأغذية، عوامل أساسية للتغذية الجيدة. ويساعد اتباع تدابير سليمة في مراقبة الأغذية، إضافة إلى حماية المستهلكين، في تقليل الفاقد من الأغذية وتنشيط التجارة العالمية في المنتجات الغذائية، مما يفضي إلى إيجاد فرص عمل جديدة وتحقيق زيادة في الدخل وتحسين مستوى التغذية.

٦٨ - ويتطلب ضمان جودة التغذية وسلامتها - حتى يتاح للجمهور أن يختار ما يروق له من وجبات غذائية صحية - وضع تشريعات ولوائح ومعايير شاملة؛ وتنظيم تفتيش فعال؛ وإظهار منتجي الأغذية ومصنعيها استعدادهم للامتثال لهذه التشريعات والمعايير. ومن الضروري في هذا الصدد فرض رقابة قطرية على الأمراض الناشئة عن تلوث الأغذية والقيام برصد الملوثات.

٦٩ - وبمقدور الحكومات أن تسدى المشورة إلى المستهلكين ومؤسسات الصناعات الغذائية بشأن الممارسات الزراعية والتصنيعية السليمة، وممارسات مناولة الأغذية، والتدابير الرامية إلى تقليل فساد الأغذية إلى أدنى حد، والإجراءات الكفيلة بتجنب التلوث. كما يلزم توعية المؤسسات الصناعية والمستهلكين بالقوانين واللوائح والمعايير الغذائية. وينبغي أن توضع لوائح بشأن البيانات المتعلقة بمحتوى العبوات الغذائية، وكذلك خطوط توجيهية تنظم الدعاية لمساعدة المستهلكين على اتخاذ قرارات تستند إلى معلومات أكثر دقة. وينبغي أن تدرج المفاهيم الخاصة بجودة الأغذية وسلامتها في البرامج الأخرى المتصلة بالتغذية التي ترعاها الحكومات.

٧٠ - وينبغي أن تشرع البلدان ذات الدخل المنخفض في بناء القدرة المؤسسية اللازمة لتنفيذ برامج شاملة في مجال جودة الأغذية. ويلزم التأكيد على أهمية الاسهام الذي يلزم أن تسديه جودة الأغذية وسلامتها فيما يتعلق بتحسين فرص الحصول على الأغذية. ويمكن أن تقدم الوكالات الدولية والبلدان ذات الخبرة بهذه الممارسات مساعدة في إقامة البنية الأساسية اللازمة لضمان الرقابة الوافية على الأغذية، وفي تصميم اللوائح وآليات الانفاذ. وفي المناطق الحضرية، يلزم تعزيز إجراءات مراقبة الأغذية كيما تفي بالمعايير المحيية الأساسية لاعداد الطعام. ويتعين بناء الهياكل الأساسية اللازمة لتوفير امدادات وافية من المياه وإنشاء المرافق المحيية الأساسية على كل من المستوى الأسرى والتجارى.

٧١ - ويمتد دور المؤسسات الصناعية في ضمان جودة الأغذية وسلامتها من الانتاج الزراعي الى تقديم الخدمات الغذائية. وتتضمن الممارسات الزراعية السليمة الاستعمال الصحيح لمبيدات الآفات، والأسمدة والعقاقير البيطرية، في مرحلة ما قبل الحصاد، ثم مراقبة التخزين، واستخدام المواد الكيميائية وممارسات المناولة، وكذلك استخدام وسائل النقل الملائمة.

٧٢ - وبمقدور المنظمات الدولية أن تسدى المشورة وأن تقدم مساعدة الخبراء التقنية بشأن تعزيز برامج جودة الأغذية وسلامتها، بما في ذلك الاستخدام السليم للمواد المضافة الى الأغذية ومراقبة الملوثات المختلفة في الأغذية. وتتلقى البلدان الأعضاء مشورة بشأن وضع التشريعات واللوائح، مثل تلك التي وضعتها هيئة الدستور الغذائي - وهي هيئة فرعية مشتركة بين المنظمة ومنظمة الصحة العالمية. فهذه المعايير الدولية تحمي صحة المستهلكين وتكفل ممارسات تجارية عادلة. وينبغي أن تشكل المعايير ومدونات السلوك جزءاً من نظم الأمن الغذائي القطرية والدولية ضماناً لسلامة الأغذية.

٧٣ - الوقاية من نقص بعض المغذيات الدقيقة. تعتبر الازالة الفعلية لنقص اليود وفيتامين أ والحد بدرجة كبيرة من نقص الحديد في غضون هذا العقد هدفين قابلين للتحقيق اذا ما بذلت بصفة عاجلة الجهود المتضافرة اللازمة. ويقتضى الأمر وضع استراتيجيات وتنفيذ أنشطة تعالج بعض الجوانب النوعية في نقص المغذيات الدقيقة وتنفيذها في اطار الخطط القطرية الرامية الى تحسين التغذية.

٧٤ - وينبغي أن يشمل المنهج الأساسي تحسين تنوع الوجبات الغذائية عن طريق تنشيط انتاج الأغذية الغنية بالمغذيات الدقيقة واستهلاكها. ويوجد في المناطق الريفية والحضرية مجال متسع لتحسين الامدادات الأسرية المباشرة من الأغذية الغنية بالمغذيات الدقيقة. وبامكان الخطط المتعلقة بالأغذية والزراعة أن تزيد من توافر الأغذية الغنية بالمغذيات الدقيقة، كما تساعد برامج التوعية التغذوية الموجهة لفئات يعينها على استهلاك الأغذية المذكورة.

٧٥ - ومن المناهج التكميلية تدعيم الأغذية باضافة مغذيات دقيقة، وخاصة اليود، وفيتامين أ، والحديد الى الأغذية الشائعة. وفي البلدان النامية، تتمثل المشكلات الرئيسية فيما يتعلق بتدعيم الأغذية في التكلفة ووسائل التنفيذ. ويكون التدعيم صعباً حيثما وجد عدد كبير من صغار المنتجين، حيثما تدعو الحاجة الى وضع تشريعات خاصة بذلك وتطبيقها.

٧٦ - وهناك منهج ثالث يقضى بتدعيم الأغذية بعنصر الحديد وبالزيت المدعم باليود (عن طريق الفم أو الحقن)، وفيتامين أ (بجرعات عالية تؤخذ عن طريق الفم). وقد يكون تدعيم الأغذية بمثابة تدبير فعال في الأجل القصير بالنسبة للفئات المستهدفة، ولكن التنفيذ قد لا يكون منهجياً وتكون التغطية محدودة في كثير من

الأحيان. وغالبا ما تكون الفئات المستهدفة الرئيسية (مثل النساء الحوامل، والأطفال) مختلفة بالنسبة لكل عنصر من العناصر المغذية الدقيقة، وقد تقوم معوقات عملية بوجه ذلك. وينبغي ألا يعتبر إعطاء المكملات الأتدبيرا مؤقتا ريثما يتسنى تنفيذ حلول طويلة الأجل.

٧٧ - ويشمل منهج رابع تدابير الصحة العامة والتشريعات. وتعد هذه التدابير والتشريعات ضرورية لمعالجة العوامل البيئية الأساسية مثل نوعية المياه والنظافة العامة، والشروط الصحية فى الأغذية؛ وللنهوض بالخدمات الأساسية مثل برامج التحصين، ومكافحة الأمراض المتوطنة، وخدمات رعاية الأمومة والطفولة والرعاية الصحية الأولية، والتوعية والمعلومات فى مجال التوعية الصحية.

٧٨ - الترويج لنظم التغذية السليمة ولأنماط الحياة الصحية. يحتاج الجمهور الى معلومات دقيقة عن أفضل السبل لاشباع حاجاته التغذوية. وتتيح الاستراتيجيات الرامية الى الترويج للنظم الغذائية الصحية حوافز للناس وفرصا لتغيير سلوكهم، مع مراعاة أزماتهم الفردية وأنماط حياتهم والمعوقات المرتبطة بأوقاتهم. ويشمل الترويج للنظم الغذائية وأنماط الحياة الصحية، التوعية التغذوية والتوجيه الغذائى للجمهور؛ وتدريب المهنيين فى مجالى الصحة والزراعة؛ ووضع خطوط توجيهية للخدمات المرتبطة بالأغذية؛ وإشراك مجموعات المستفيدين وصناعات الأغذية. وقد تبين أن هذه الجهود الترويجية قد ساعدت على خفض المستويات المتزايدة للأمراض غير السارية المرتبطة بنوعية النظام الغذائى. كما يؤثر الترويج للنظم الغذائية الصحية على السياسات الزراعية والصناعية والاجتماعية وعلى التجارة الدولية.

٧٩ - وصدر فى بعض البلدان عدد من الخطوط التوجيهية بشأن النظم الغذائية، وأوصت السكان بتناول مقادير معينة من الأغذية. وتوفر البيانات الغذائية الإرشادية الموجهة للجمهور مشورة بشأن اختيار النظام الغذائى المتوازن، وتشجع على اتباع أنماط حياة تراعى القواعد الصحية، وتأخذ فى حسابها امدادات الأغذية، والبيئة، والخصائص الاقتصادية والاجتماعية والثقافية للفئات المختلفة من السكان. وقد أوصت مجموعة دراسية تابعة لمنظمة الصحة العالمية (١٩٩٠) باعتبار الأهداف التغذوية للسكان بمثابة أدوات للتخطيط العام. وقد وضعت هيئة الدستور الغذائى - وهى هيئة مشتركة بين المنظمة ومنظمة الصحة العالمية - خطوطا توجيهية بشأن وضع البيانات على بطاقات العبوات الغذائية لتنظر فيها الحكومات المعنية.

٨٠ - وقد لوحظ، بصورة عامة، أن التوعية الغذائية تكون فعالة عندما يتمثل الهدف فى تغيير السلوك وليس فى نشر المعلومات. وقد نجحت استراتيجيات التعلم الاجتماعى، والتسويق الاجتماعى، وربط الترفيه بالثقيف عن طريق وسائل الاعلام الجماهيرية فى تحسين حالة التغذية بين الفئات ذات الدخل المنخفض وغيرها.

وتتفاوت الرسائل التثقيفية الموجهة للجمهور تبعا لاختلافات أنماط الحياة والثقافة وفرص الحصول على الأغذية الطبيعية أو المصنعة. وتشير الدلائل الى أن النشاط الاعلامي في مجال التغذية أكثر جدوى من حيث التكاليف من التدخلات التغذوية الأخرى في هذا المجال. وتعد مواصلة برامج النشاط الاعلامي في مجال الأغذية على مدى فترة طويلة عنصرا جوهريا لاجداث تغييرات سلوكية ذات بال.

٨١ - ويعد التدريب الرسمي والتدريب أثناء العمل، الموجهان الى الأخصائيين المحيين والمعلمين والمرشدين الزراعيين وغيرهم من العاملين في المجتمعات المحلية من أجل زيادة قدراتهم التثقيفية، بمثابة عنصرين أساسيين في الاستراتيجية الشاملة الرامية الى النهوض بمستوى ترويج النظم الغذائية وأنماط الحياة الصحية. ويمكن أن تكون للتربية الصحية في المدارس آثار ايجابية على الأسرة كلها. ومن العناصر الأساسية في التوعية التغذوية المناهج والمواد الدراسية ذات الصلة، واعداد المعلمين، وتغيير البيئة المدرسية، والتعاون بين المدرسة والآباء، ومؤسسات الخدمات الاجتماعية والصحية المحلية.

٨٢ - الوقاية من الامراض السارية ومكافحتها. تستهدف الوقاية من العدوى بالامراض ومكافحة الامراض السارية الحد من انتشار هذه الامراض، وتقليل مدتها، وحدتها. وتشمل مجالات العمل ذات الاولوية في هذا الصدد: التوعية الصحية، والصحة البيئية والرقابة على الأغذية وعلى الظروف الصحية الخاصة بها، وعمليات التحصين، والرعاية العلاجية، ورصد النمو وتعزيزه، والرعاية الصحية الأولية.

٨٣ - وقد يكون للعلاج المبكر والشافي من الامراض السارية تأثير هام على الحالة التغذوية. والمثل الناجح البارز في هذا المقام هو العلاج عن طريق الفم لحالات الجفاف المصاحبة للاسهال، وهو علاج بات الآن مقبولا ويستخدم على نطاق واسع. وتناول كميات وافية من الأغذية أثناء وبعد الاسهال أمر يقلل من تأثير الاسهال على الحالة التغذوية ويدعو الى الشفاء. وتوفير خدمات علاجية على مستوى المنزل أو العيادات لمعالجة أمراض الجهاز التنفسي الحادة، والاسهال، والملاريا، وأمراض الطفولة، والأمراض الطفيلية يسهم في الوقاية من سوء التغذية. ويؤثر توافر العقاقير الأساسية على مدى الانتفاع بالخدمات الصحية ومدى نجاحها في تقليل فترات المرض وتحسين الحالة التغذوية.

٨٤ - وبامكان برامج الصحة البيئية التي تهتم بتوفير المياه النظيفة، والتخلص من النفايات البشرية والحضرية، وتهئية المسكن الملئ أن تسهم اسهاما كبيرا في تقليل الاصابة بشتى الامراض السارية التي تنقلها مجارى دورات المياه. وتنتشر الامراض التي تنقلها الأغذية على نطاق واسع، ويقتضى الأمر مكافحتها لأنها من الاسباب الهامة للاسهال، شأنها شأن أمراض سارية كثيرة أخرى تنقلها البكتيريا والفيروسات والسميات الفطرية والطفيليات.

٨٥ - وقد توسعت مظلة التحصين باطراد في معظم البلدان النامية خلال العقد الماضي، بل وينتظر أن يتسع نطاقها لتصل الى أكثر من ٧٠ في المائة خلال عقد التسعينات. وينصح في هذا الصدد بوزن وتحصين الأطفال المترددين على العيادات الصحية أثناء الزيارة نفسها، مما يقلل من احتمال فقدان الاتصال مع الطفل.

٨٦ - والاكتشاف المبكر لاضطراب النمو عن طريق برامج رصد النمو وتعزيزه هو أحد المناهج المتكاملة الرئيسية لمكافحة مركب سوء التغذية - العدوى. وتعكف بلدان كثيرة على انشاء برامج لرصد النمو والقيام بأعمال الترويج على مستوى المجتمع المحلي، ويتم ذلك في كثير من الأحيان في شكل جهد مشترك بين المجتمعات المحلية والادارات الصحية الحكومية والمنظمات غير الحكومية.

٨٧ - وسهولة الحصول على الخدمات الصحية ودرجة قبولها ومدى كفايتها عوامل تؤثر تأثيرا قويا على مدى انتفاع الناس بتلك الخدمات وعلى مدى نجاحها في تغيير أنماط سلوكهم لصالح تحسين حالتهم الصحية. ومد مرافق رعاية الأمومة والطفولة بوجه خاص الى المناطق النائية والمحرومة، يمكن أن يخفف الى حد كبير من الاصابة بالأمراض وسوء التغذية. وتعد الرعاية الصحية الأولية والرعاية الصحية المقدمة على مستوى المجتمع المحلي السبيل الأساسي لتلبية حاجات المجتمع المحلي في هذا المجال ولضمان مشاركته النشطة في تغطية وتنفيذ خدمات الرعاية الصحية الخاصة به، وايجاد وعى صحي، وتعبئة المجتمع المحلي، والنجاح في الوقاية من الاصابة بالأمراض عن طريق اجراء تغييرات بيئية ونبد الممارسات الضارة بالصحة.

٨٨ - والبرامج الصحية المحددة الرامية الى الوقاية من الأمراض السارية للمناطق الحارة عن طريق عمليات التحصين ومكافحة ناقلات المرض، يمكن أن تؤثر تأثيرا ايجابيا على حالة التغذية. وبالإضافة الى ذلك، يتعين اتخاذ الاحتياطات اللازمة ضمانا لعدم تسبب الأنشطة الانمائية الجديدة أو القائمة في مزيد من المشكلات الصحية.

٨٩ - رعاية الفئات المحرومة من الناحية الاجتماعية والاقتصادية والفئات الحساسة من الناحية التغذوية. ينبغي وضع سياسات لتحسين رعاية أفراد الفئات الحساسة من الناحية التغذوية، مثل الرضع والأطفال الصغار والأمهات والمعوقين والمسنين. وينبغي أن تعزز هذه السياسات قدرة الأسرة، بوصفها وحدة اجتماعية واقتصادية، على منح الرعاية. ويتطلب تقديم الرعاية الكافية لهذه الفئات وكذلك للاجئين والنازحين في كثير من الأحيان تعزيز القدرات والمؤسسات على مستوى المجتمع المحلي والمعيدين القطري والدولي.

٩٠ - ويتعلق أول أنواع الرعاية المطلوبة بالرضيع ويركز على الرضاعة الطبيعية التي تنطوي على مزايا نفسية واجتماعية وبيولوجية. ويتعين تصميم وتنفيذ برامج قطرية لحماية الرضاعة الطبيعية وتشجيعها. وقد أدى الاعتراف بوجود بعض

التأثيرات السلبية فى مرافق رعاية الأمومة الى وضع برامج تستحدث فى اطارها مناهج وبرامج تدريبية لرعاية المواليد فى المستشفيات.

٩١ - وتبدأ عملية الفطام بالاضافة التدريجية لأغذية تكميلية تحضر تحضيراً يناسب قدرة الرضيع على الهضم، ووفقاً لمدى توافر الأغذية وللتقاليد الثقافية السائدة على المستوى المحلى. ومن الأمور الهامة، فى هذا الصدد، تكرار تغذية الطفل بأغذية ذات كثافة عالية من الطاقة. ويلزم التشديد على أهمية استمرار الأم، أو من يقوم مقامها، فى العناية بالطفل والسهر عليه، وخاصة أثناء فترات العدوى وخلال السنة الثانية من عمره بوجه عام.

٩٢ - وفى أسر كثيرة، تقوم المرأة بالدور الرئيسى فيما يتعلق بتقديم الرعاية، وتعتمد قدرتها على منح هذه الرعاية اعتماداً كبيراً على صحتها الشخصية وتعليمها ووقتها وطاقتها، وكذلك على مدى إشرافها على موارد الأسرة وقدرتها على استخدام تلك الموارد استخداماً فعالاً. وتوفير فرص الحصول على الخدمات الصحية والخدمات ذات الصلة يساعد على تحسين الصحة البدنية والذهنية للأم. وينبغى أن تنشر على نطاق واسع مبادئ توجيهية موجهة للأمهات أثناء فترة الحمل والرضاعة. وتشجيع الوالدين على المباشرة بين فترات الحمل بوقت كاف، أمر يعود بالنفع على كل من الأمهات والأطفال. ويمكن أيضاً التأكيد على منافع الرضاعة الطبيعية من حيث إسهامها فى إطالة فترات المباشرة بين فترات الحمل.

٩٣ - والتوسع فى تعليم الأمهات ومحو أميتهن يمكن أن يؤثر على المهارات والمعارف اللازمة لاتباع أساليب ناجحة فى رعاية الأطفال وعلى قرارات الوالدين بشأن سبل قضاء الوقت وانفاق الموارد. وينبغى التشجيع على إيجاد توازن بين الوقت المخصص لرعاية الأسرة والوقت المخصص للعمل خارج المنزل، بما فى ذلك اقتسام المسؤوليات المتعلقة بالرعاية وأعباء العمل بوجه عام بين أفراد الأسرة. كما أن التوسع فى محو أمية الآباء وتعليمهم يمكن أن يزيد من إسهامهم فى الارتقاء بمستوى تغذية الأطفال.

٩٤ - وبات المسنون يشكلون بصورة متزايدة نسبة كبيرة من السكان فى بلدان كثيرة، وانتشار الفقر بين المسنين فى بعض البلدان يزيد من خطر تعرضهم لنقص العناصر المغذية. وتوفر بوجه عام هياكل الرعاية الأسرية التقليدية الموجودة فى معظم المجتمعات للمسنين ما يحتاجونه من دعم ومساندة، ولكن هذه الهياكل آخذة فى الضعف والوهن. وقد يقتضى الأمر تنفيذ برامج خاصة لمعالجة المشاكل التغذوية التى يواجهها المسنون، مثل توفير السلع الغذائية أو الوجبات الجاهزة. وينبغى أن تستهدف استراتيجيات رعاية المعوقين تجنيبهم الاعتماد على الغير، مع التركيز بقدر أكبر على توفير فرص العمل والمهارات التدريبية. وينبغى تشجيع المنظمات العاملة على صعيد الأسرة والمجتمع المحلى فى مجال مساعدة المعوقين للتغلب على مظاهر عجزهم.

٩٥ - وبمقدور نظم الدعم التقليدية أن تكون بالغة الفعالية بما تتيحه من تقليل عبء العمل، أو تقديم المساعدة الاقتصادية، أو الامداد بالمعارف، أو الدعم المعنوي، ومما يتسم بأهمية حاسمة في هذا المقام الدعم الذي يقدمه المجتمع المحلي عن طريق انشاء مراكز رعاية الطفولة، ومجموعات العمل، والتعاونيات، والشبكات غير الرسمية التي تتولى اقتسام المهام.

٩٦ - ويلزم على المستوى القطري استحداث تكنولوجيات وبنى أساسية أفضل بوسعها الحد من الاعباء التي تستنزف وقت النساء وجهودهن. ويلزم تعزيز حقوق المرأة في الملكية والدخل عن طريق وضع التشريعات اللازمة وينبغي بذل الجهود من أجل توفير الأمن الاجتماعي للنساء حيثما أمكن.

٩٧ - والاستراتيجيات الدولية الرامية الى توفير الرعاية لا تدخل حيز التنفيذ الا عندما يعبر اللاجئين الحدود، وعندئذ تدعى الوكالات الدولية الى حماية أوضاعهم. ويحتاج اللاجئون والنازحون الى موارد تمكنهم من التغلب على الحرمان وتلبية حاجاتهم الأساسية والاعتماد على النفس.

٩٨ - تقييم الأوضاع التغذوية وتحليلها ورصدها. تعد الحالة التغذوية حصيلة مجموعة واسعة من الظروف الاجتماعية والاقتصادية وتعتبر مؤشرا دقيقا للمستوى العام للتنمية. والمعلومات المتمثلة بالتغذية عنصر ضروري لاختيار وتنفيذ سياسات وبرامج فعالة تستهدف تحسين مستوى التغذية. وكما يستفاد من هذه المعلومات ينبغي أن تقدم الى صانعي القرارات المعنيين في الوقت المناسب وفي شكل ميسور الفهم.

٩٩ - والمعلومات ذات الصلة بالتغذية مطلوبة لأغراض عديدة منها: تحديد مشكلات التغذية المزمنة وأسبابها، والتنبؤ بالمشكلات التغذوية الوشيكة أو الحادة واكتشافها، وتحديد مجموعات السكان التي تستهدفها جهود الاغاثة في المدى القصير والسياسات والبرامج الانمائية في المدى الطويل؛ ورصد التغييرات وتقييم أثر عمليات التدخل والبرامج الانمائية.

١٠٠ - والجهود الرامية الى تقييم ورصد الحالة التغذوية وغيرها من العوامل ذات الصلة بالتغذية يجب أن تحقق مردودية التكاليف وتكون في الوقت المناسب موجهة نحو تحقيق أهداف محددة مثل اعداد خطط التنمية واتخاذ قرارات تتعلق بالميزانية. وهناك مبدآن أساسيان، على بساطتهما، يتعين أخذهما في الاعتبار لدى وضع آليات جمع وتحليل وتبليغ البيانات، وهما: (١) أن المعلومات لا تكون مفيدة إلا اذا جرى استخدامها، (٢) وأن الموارد المستخدمة لجمع وتحليل البيانات يجب أن ينظر اليها من حيث علاقتها بالموارد المضخمة المطلوبة للتدخل.

١٠١- وبوجه عام، يعتبر استخدام أقل عدد ممكن من المؤشرات والتركيز على تلك التي يسهل تقييمها بانتظام، أنسب المناهج العملية لرصد التغذية. فنقص الوزن لدى الأطفال قبل سن المدرسة هو المؤشر الشائع لرصد نقص التغذية، ويكون من المفيد اخضاع المعلومات لقدر من التحليل حسب المعايير المستخدمة مثل المناطق الإدارية، والمناطق الحضرية والريفية، والمناطق الأيكولوجية، وبعض العوامل الاجتماعية-الاقتصادية المختارة مثل مصدر الدخل وفرص الانتفاع بالخدمات والبرامج.

١٠٢- وفي حالة الأزمات الغذائية، يقتضى الأمر أن تخصص فى الوقت المناسب الموارد اللازمة لتنفيذ الأشغال العامة وعمليات توزيع الأغذية. وكثيرا ما تركز أهم مؤشرات الانذار المبكر على التوقعات المتعلقة بمدى توافر الأغذية وعلى المؤشرات السعرية. وقد أظهرت الخبرة المكتسبة فى عدة بلدان من بينها أندونيسيا وبوتسوانا والهند، أن الأزمات الغذائية يمكن حلها حلا ناجحا بمساعدة المعلومات الملائمة والمتاحة فى الوقت المناسب.

١٠٣- وفى حين أن تقييم حالة الأمن الغذائى لأسر محددة قد يكون صعبا، فإن رصد التغيرات التى تطرأ على أسعار الأغذية أمر سهل نسبيا ويمكن أن يشكل مؤشرا مفيدا فى كثير من نظم الانذار المبكر القطرية.

١٠٤- ويمكن أن ينفذ رصد الأمراض السارية على مستوى المجتمع المحلى عن طريق النظام الصحى أو مرافق الرعاية الصحية الأولية. وينبغى أيضا تقييم ممارسات الرضاعة الطبيعية وممارسات تغذية الرضع والقطام.

١٠٥- وقد يكون تتبع الأنماط الغذائية واتجاهات الأمراض مفيدا فى رصد الأمراض المزمنة المرتبطة بنوعية النظام الغذائى. والاتجاهات التى تقيّم فى كثير من الأحيان على المستوى القطرى استنادا الى بيانات كشف الأغذية، ترتبط باجمالى المتحصل من الطاقة، وبالنسبة المئوية للطاقة المستمدة من الدهون ومن الدهون ذات الأصل الحيوانى.

١٠٦- ويقتضى الأمر توافر المعلومات أيضا عن تنفيذ وجدوى تكاليف البرامج الرامية الى حل مشكلات تغذوية محددة أو الموجهة الى فئات أو مناطق جغرافية بعينها. وتوافر قدرة مؤسسية ملائمة أمر ذو أهمية مركزية فى رصد التغذية. ومازالت بلدان كثيرة تمر بمرحلة انشاء نظم المعلومات التغذوية، التى تبدأ عادة ببيانات عن نقص الأغذية لدى الأطفال. ويمكن فى كثير من الأحيان، بفضل استخدام مصادر البيانات ونظم المعلومات القائمة، انشاء نظام متعدد الجوانب يتفق مع أولويات كل بلد وموارده.

١٠٧- وتشمل عمليات تقدير الأمن الغذائى على الصعيد العالمى نوعين من الأهداف هما: الدعوة الى تخصيص موارد لمواجهة الجوع وسوء التغذية؛ وتنبيه المتبرعين

الى الازمات الغذائية الوشيكة. وتستند هذه العمليات الى مصادر شتى، يتمثل اثنان منها في اجراءات ميزانية الاغذية التي تعدها المنظمة، والنظام العالمى للاعلام والانذار المبكر، وتعكف منظمة الصحة العالمية على تنفيذ مشروعات دولية لرصد الصحة تشمل عددا من البلدان. ويجرى توسيع نطاق أحد هذه المشروعات، وهو الشبكة العالمية لرصد أمراض القلب والاعوية الدموية والوقاية منها، ليشمل بعض البلدان النامية. كما أنشأت منظمة الصحة العالمية البنك العالمى للبيانات التغذوية المرتبطة بقياس جسم الانسان، وقاعدة البيانات العالمية لتحليل الاتجاهات التغذوية.

مواجهة التحديات فى مجال التغذية

١٠٨- ان الفهم الواضح لطبيعة مشكلات التغذية وحجمها، والعوامل والسياسات التى تؤثر عليها، هو الخطوة الاولى فى صياغة الاستراتيجيات الكفيلة بمواجهة التحدى التغذوى. كما لا بد من مراعاة بعض مبادئ أساسية تعد ضرورية لنجاح السياسات الرامية الى النهوض بالأوضاع التغذوية، وكذلك ما يمكن أن تسهم به الحكومات، والمنظمات غير الحكومية، والمجتمعات المحلية، والقطاع الخاص والمجتمع الدولى، فى هذا المضمار.

١٠٩- وثمة مجموعة مبادئ محددة من أجل ادراج التغذية فى التنمية القطرية. وتضم هذه المبادئ: اتباع السياسات الرامية لتحقيق التنمية الاقتصادية والاجتماعية على نحو قابل للاستمرار، مع التركيز على مفهوم النمو مع العدالة وتشجيع مشاركة المجتمعات المحلية، وتعزيز القدرات الفنية والادارية على صعيد المجتمعات المحلية والمستويات الحكومية الوسيطة معاً، والتركيز على تنمية الموارد البشرية والتدريب، وتحسين أوضاع المرأة وتشجيع العمل القطاعى المشترك والمشاركة فيما بين الوكالات، ودمج الأهداف التغذوية فى السياسات والبرامج القطاعية، وتعزيز دور المستهلكين وتوعيتهم، وضمان التزام الحكومات والمجتمع الدولى.

١١- وينبغى أن ينصب الاهتمام على تنفيذ ثلاثة أنماط من العمل:

(١) دمج الأهداف والأعمال التغذوية فى الخطط الانمائية القطرية والقطاعية والمتكاملة، وتخصيص الموارد البشرية والمالية اللازمة حتى يتسنى تحقيق هذه الأهداف؛

(٢) وضع تدخلات تغذوية محددة تستهدف مشكلات أو فئات بعينها؛

(٣) تشجيع المجتمعات المحلية على المساهمة فى الأعمال المتعلقة بتقييم المشكلات من الوجهة التغذوية، وتنفيذ التدابير الملائمة لعلاجها.

١١١- وإذا أريد التصدي للتحدى التغذوي، فلا بد من ضمان الدعم والمساندة المتبادلة فيما تضطلع به مختلف الجهات، العامة والخاصة معاً، من أدوار ومسؤوليات. ويرد أدناه مناقشة هذه المسألة بإيجاز.

١١٢- ينبغي أن تضطلع الحكومات بدور الريادة في العمل صوب حل المشكلات التغذوية. بيد أنه لا بد للحكومات، وهي تضطلع بالمسؤوليات المباشرة بشأن بعض الاستراتيجيات، من أن تشجع المؤسسات الأخرى على العمل في مجالات أخرى وتيسر لها مهمة إنجاز هذه الأعمال. وستنجز الحكومات دورها، أساساً من خلال الأنشطة القطاعية، وخاصة في المجالات الزراعية، والصحية، والتعليمية، والرعاية الاجتماعية. ويمكن للوزارات المختلفة أن تعد استعراضات عن تأثيرات سياساتها وبرامجها ومشروعاتها على التغذية. والتعاون القطاعي المشترك، وخاصة بين قطاعي الصحة والزراعة، أمر هام في الكثير من المجالات، وثمة مجال رحب للغاية للتوسع فيه وتعزيزه. ويحتاج كل بلد من البلدان لتقييم خبراته وعملياته فيما يتعلق بالتعاون بين القطاعات، وتعزيز هذه الخبرات والعمليات، حسب الضرورة، في ضوء احتياجاته وموارده.

١١٣- وبوسع المنظمات غير الحكومية أن تؤدي دوراً هاماً، على مستوى القاعدة، في توليد الأنشطة المبتكرة. ولا بد لها من أن تسعى إلى الاندماج الكامل في النظام القطري، وأن تتصدى لقضية توليد تأثيرات واسعة النطاق وتكرارها. وبوسع منظمات المستهلكين بدء الحوار مع صناعات الأغذية، ووكلاء شبكات توزيعها.

١١٤- ويضطلع القطاع الخاص بدور هام فيما يتعلق بالتغذية، خاصة وأن معظم الانتاج الغذائي والزراعي ينتجه صغار مزارعي القطاع الخاص. وتضطلع الصناعات الريفية وغيرها من الصناعات الأخرى صغيرة النطاق بدور هام، ولاسيما في ضمان جودة تصنيع الأغذية، ونوعيتها وسلامتها، وتوفير المنتجات المغذية. كذلك تقدم الصناعات الخاصة مساهمة هامة في البحوث المرتبطة بالتغذية.

١١٥- وفي حين أن الحكومات هي المسؤولة عن جانب التشريعات المتعلقة بنوعية الأغذية وسلامتها، وبيانات العبوة المسجلة على بطاقتها، وتسويقها والإعلان عنها، فإن مسؤوليات تطبيق هذه التشريعات وتدابير متابعتها تقع، أساساً على عاتق القطاع الخاص والمستهلكين. والحوار ما بين جميع الأطراف، أي ما بين الحكومات والمستهلكين والقطاع الصناعي الخاص، هو أمر ضروري، كما أن التحسينات القابلة للاستمرار تحتاج إلى تعاون فيما بين جميع هذه الأطراف.

١١٦- وبوسع المجتمع الدولي أن يدعم الجهود القطرية من طريق المنظمات الدولية والوكالات الثنائية. ويعالج العديد من وكالات الأمم المتحدة، بصورة مباشرة، المشكلات التغذوية، أو يترك تأثيره عليها من خلال ما تضطلع به من نشاطات عامة. وتنفرد كل من منظمة الأغذية والزراعة واليونسيف ومنظمة الصحة العالمية والبنك

الدولى، من بين هذه الوكالات، بأنها تضم أقساما أو أقساما فرعية مختمة بالتغذية، فى حين يوجد فى العديد من المنظمات الأخرى مستشار واحد متفرغ على الأقل يعنى بشؤون التغذية. كما تشارك وكالات الأمم المتحدة المعنية فى أنشطة اللجنة الفرعية للتغذية التابعة للجنة التنسيق الإدارية. وتعد المساهمة المالية والفنية التجميعية التى تقدمها المنظمات الثنائية مساهمة هامة، كما يوجد فى العديد منها مستشارون فى شؤون التغذية يشارك بعضهم مشاركة فعّالة فى أعمال اللجنة الفرعية المعنية بالتغذية.

١١٧- ويغطّى الدعم الدولى فى مجال بحوث التغذية قطاعى الزراعة والصحة معا. فالجماعة الاستشارية للبحوث الزراعية الدولية تقدم الدعم الى ١٨ مركزا من المراكز الدولية المنتشرة فى أرجاء العالم، والتى قدمت مساهمات هامة لتطوير البحوث الزراعية كانت لها، أحيانا، تأثيرات تغذوية هامة. وبالرغم من أن الدعم لبحوث التغذية يقل نسبيا فيما يتمل بالقطاع المحي، إلا أن هناك شبكة فعّالة من مؤسسات البحوث فى جميع الاقاليم.

١١٨- ويحتاج ضمان نجاح الاستجابة للتحدى التغذوى الى تنمية الموارد البشرية. فعلى الصعيد القطرى ثمة حاجة الى المهنيين القادرين على الاضطلاع بدور الريادة فى صياغة البرامج القطرية وتنفيذها ورصدها وتقييمها. وينبغى أن يركز التدريب على علاج المشكلات والجانب العملى. ومن الضرورى تعزيز مؤسسات التدريب القطرية فى جميع البلدان. وينصب الاهتمام الأساسى فى تطوير القدرات اللازمة للتحليل والعمل التغذوى على مستوى المقاطعات والتى تفتقر، عموما، الى العاملين بشؤون التغذية. كما أن هناك حاجة، علاوة على ذلك، الى تنمية قدرات قادة المجتمعات المحلية، على تقييم الأوضاع التغذوية وتصميم التدابير الكفيلة بالنهوض بها.

١١٩- وهناك، فى الوقت الحاضر، فرصة ثمينة للاستفادة من التوجهات الحالية صوب الديمقراطية للقيام بمبادرات على مستوى المجتمعات المحلية بدعم قطاعى ومشارك بين القطاعات كاف من جانب المقاطعات والمستويات العليا. والتحدى، وأن كان تحديا هائلا، إلا أنه سهل المنال اذا تحقق الالتزام العالمى والعمل المشترك من جانب المجتمعات المحلية، والحكومات، والمنظمات غير الحكومية والقطاع الخاص ككل. والحاجة الأساسية هى فى توجيه اهتمام مسؤولى التخطيط وصانعى السياسات الى الأوضاع التغذوية باعتبارها من المؤشرات الرئيسية للتنمية، سعيا لأن يصبح النهوض بالأوضاع الاجتماعية للبشر الهدف الأول لعملية التنمية. والمبادرات القطرية وتكريس الموارد لصياغة السياسات والبرامج القطرية وتنفيذها هى أمور أساسية. وبوسع المجتمع الدولى أن يقدم مساهمة حيوية من طريق العمل المتناسك من أجل تلبية الاحتياجات والأولويات القطرية. ولابد من أن تقوم المنظمات الدولية، بالتعاون مع الحكومات، بالأدوار التحفيزية والترويجية والداعمة لتشجيع الجهود القطرية الرامية الى تمكين الناس من تحقيق هدف الارتقاء بأوضاعهم التغذوية.

الفصل الأول

مدى المشكلات التغذوية وأبعادها

حجم المشكلات التغذوية واتجاهاتها

١ - لا يزال الجوع وسوء التغذية يمثلان أخطر المشكلات التي تواجه أغلبية الفقراء في العالم. فما زال سوء التغذية بأشكاله المختلفة قائماً في كل البلدان تقريباً، على الرغم مما تحقق من تحسن عام في الامدادات الغذائية، والظروف الصحية، وفي توفير الخدمات التعليمية والاجتماعية في شتى أنحاء العالم. ورغم استحالة التوصل الى تقدير دقيق للعدد الكلي لمن يعانون من سوء التغذية، تشير آخر البيانات الى أن نحو ٢٠ في المائة من سكان العالم النامي، أي ما يربو على ٧٨٠ مليون نسمة، يعانون من نقص متحصلاتهم الغذائية عن الحد الكافي، والى أن أكثر من ١٩٢ مليوناً من الأطفال يعانون من سوء التغذية المرتبط بالبروتين والطاقة. وهناك أعداد أكبر من ذلك بكثير - نحو ٢٠٠٣ مليون نسمة - مصابة بنقص في مختلف المغذيات الدقيقة. وبالإضافة الى ذلك، تعد الأمراض المزمنة السارية المرتبطة بالنظام الغذائي، مثل السمنة وأمراض القلب والأوعية، وبعض أنواع السرطان، من المشكلات الصحية العامة التي بدأت تظهر في معظم البلدان.

٢ - ويعتبر عدم كفاية حميلة الفرد من الغذاء من أهم أسباب سوء التغذية. ولكنه ليس السبب الوحيد. ذلك أن العدوى وتفشي الطفيليات والعوامل المتصلة بأساليب العيش كثيراً ما تقترن بنقص المتحصلات الغذائية أو افتقارها الى التوازن، مما ينجم عنه نشوء ظروف تؤدي الى نقص وزن الجسم المناسب، وعدم النمو، والأنيميا (فقر الدم) وأنواع من عدم القدرة على التعلم، وهبوط مستويات النشاط والقدرة على العمل، وزيادة الحساسية لأمراض أخرى، والعمى، والى العديد من الأمراض المزمنة. وتترتب على انتشار سوء التغذية على هذا النحو عواقب وخيمة بالنسبة للأفراد المصابين والأسر المصابة. فعلاوة على المعاناة البشرية، يتحول هذا الفاقد في الطاقة البشرية الى تكاليف اجتماعية واقتصادية لا يستطيع أى بلد أن يتحملها. وسوف نناقش في جزء لاحق من هذا الفصل تلك العواقب والتكاليف المترتبة على تردى التغذية.

٣ - وثمة مؤشرات مختلفة لتقييم أوضاع الغذاء والتغذية تتراوح ما بين مؤشرات وفرة الامدادات الغذائية وفرص الحصول على الغذاء واستهلاكه، وبين مؤشرات الحالة التغذوية، مثل قياسات الجسم، ومعدلات الوفيات، والأعراض السريرية (الاعلينيكية) وتلك المتعلقة بالكيمياء الحيوية.

تقدير عدد المصابين بنقص التغذية المزمن

٤ - امدادات أغذية الطاقة - يعد مؤشر امدادات أغذية الطاقة من المؤشرات الشائعة الاستخدام في تقدير الأوضاع الاجمالية للغذاء والتغذية. وهو يتمثل في

تقدير متوسط الطاقة المتاحة يوميا لاستهلاك الفرد من مجموع الامدادات الغذائية التي يحصل عليها خلال فترة معينة. وتنشر منظمة الأغذية والزراعة الأرقام الخاصة بهذا المؤشر، بناء على أرقام الموازنات الغذائية التي تتابع امدادات الأغذية واستخداماتها داخل الأقطار المختلفة. وينبغي استخدام أرقام امدادات أغذية الطاقة بحذر كمؤشرات للكفاية النسبية للامدادات الغذائية الاجمالية. ذلك أنها لا تبين الاستهلاك الفعلي، كما أنها لا تظهر الفوارق في توزيع الامدادات المتاحة. وبالنظر الى الفوارق في التوزيع وإلى الكميات التي تفقد أو تهدر على مستوى متاجر التجزئة أو المنازل، فإن نصيب الفرد من الامدادات الغذائية المتوافرة يكون بالضرورة أكبر من مستوى احتياجاته الفسيولوجية. ومع هذه التحفظات، تعد بيانات الامدادات من أغذية الطاقة ذات فائدة كبيرة في بيان الاتجاهات السائدة في امدادات الغذاء والطاقة على المستويات القطرية والاقليمية.

٥ - وطبقا لتقديرات منظمة الأغذية والزراعة، ازداد متوسط نصيب الفرد من الامدادات الغذائية في البلدان النامية خلال الثمانينات، وإن قل معدل الزيادة عما كان عليه في السبعينات (أنظر الجدول ١ والشكل ١). ويمدق ذلك بوجه عام على البلدان ذات الدخل المنخفض باستثناء جمهورية الصين الشعبية التي شهد مستوى توافر الامدادات الغذائية فيها زيادة كبيرة خلال الثمانينات. غير أنه لم يتحقق أى تقدم في المتوسط في مجموعة أقل البلدان نموا خلال الثمانينات.

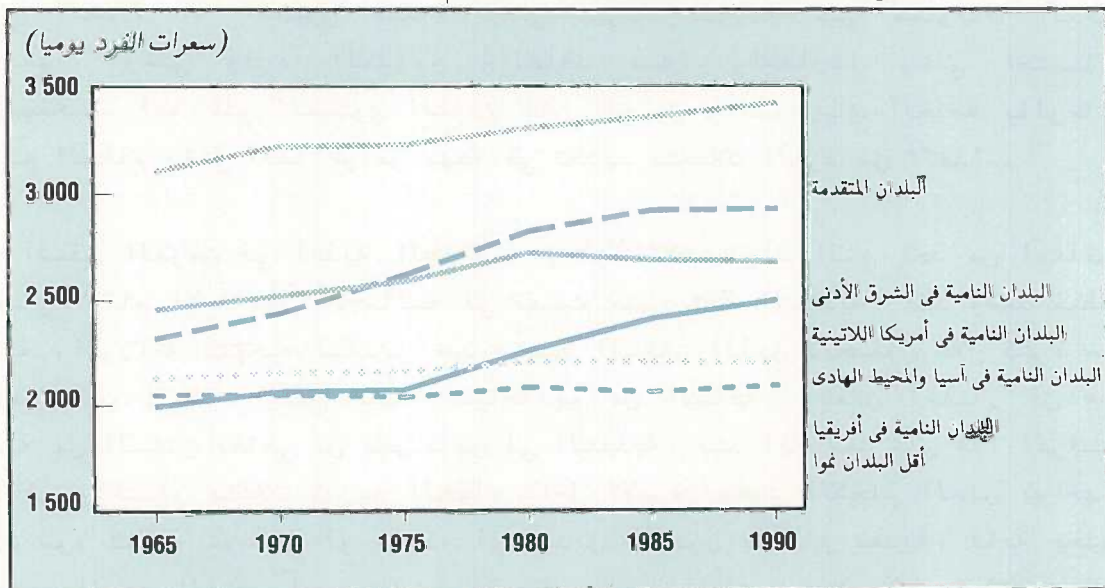
٦ - والمشكلة خطيرة بوجه خاص في بلدان أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، حيث تتعرض هذه البلدان باستمرار لمشكلات خطيرة تتعلق بالامدادات الغذائية. ففي ١٩٩٢ أيضا تعرضت أفريقيا الجنوبية والشرقية لازمة غذائية حادة نتيجة للجفاف، بالإضافة الى استمرار القلاقل الأهلية في بعض البلدان. وقد أدى ذلك الى تعريض الامدادات الغذائية المتاحة، التي كانت قد بلغت بالفعل مستويات منخفضة غير مقبولة، لمزيد من الانخفاض. فقد أدى الجفاف الى احداث خفض هائل في انتاج المحاصيل الغذائية مع حدوث عجز غذائي شديد في العديد من المناطق. وتعرض الصومال حاليا لمجاعة واسعة النطاق. وتعاني اثيوبيا وكينيا والسودان كذلك من موسم أمطار ضعيف، ويحتاج الأمر الى القيام بجهود اغاثة ضخمة لكي يتسنى الحيلولة دون حدوث المزيد من التدهور في الأوضاع السائدة في القرن الأفريقي. كما أن استمرار النزاعات الأهلية في الصومال وجنوبي السودان قد أضربا انتاج الأغذية في هذه البلدان، فضلا عن حدوث حالة من نزوح السكان وفرار اللاجئين، وعرقل الجهود التي بذلت لاغاثة الافراد الأشد تضررا. وفي افريقيا الشرقية والجنوبية، أضرب الجفاف أيضا بقطاع الثروة الحيوانية، الذي تعتمد عليه معيشة جانب كبير من سكان هذين الاقليمين الفرعيين. وعلاوة على ذلك، يعتمد الاقليم الجنوبي من افريقيا عادة على الصادرات الغذائية من زيمبابوي وجمهورية جنوب افريقيا، إلا أن هذين البلدين ذاتهما احتاجا الى واردات غذائية ضخمة خلال

العام الحالي، ومن ثم عجزا عن توفير الامدادات للبلدان المجاورة. وقد تضرر، بمصفا عامة، نحو ٤٠ مليون نسمة من هذه الأوضاع وأصبحوا يعتمدون على مساعدات الطوارئ المستمرة للبقاء على قيد الحياة.

٧ - وعلى الرغم من تدنى مستوى الامدادات الغذائية المتوافرة في عدة بلدان أثناء الثمانينات، يلاحظ أن ما يقرب من ٦٠ في المائة من سكان العالم كانوا يعيشون في نهاية ذلك العقد في بلدان يبلغ فيها نصيب الفرد من السعرات الحرارية المتاحة أكثر من ٦٠٠ ٢ سعرة حرارية يوميا. ويمكن استخدام مجموعات البلدان فوق أو تحت نقطة معينة - وهي في هذه الحالة ٦٠٠ ٢ سعرة حرارية - لابرار التفاوت في امدادات الاغذية المتاحة من بلد الى آخر. ففي عامي ١٩٨٩ و ١٩٩٠ كان هناك ٤١ بلدا ناميا (يزيد عدد سكان كل منها عن مليون نسمة) يزيد نصيب الفرد فيها عن ٦٠٠ ٢ سعرة حرارية، بينما كان هناك ١٥ بلدا يزيد نصيب الفرد فيها عن ٣٠٠ ٣ سعرة حرارية. أما بالنسبة للبلدان المتقدمة، فلم يكن هناك سوى ثلاثة بلدان يقل فيها نصيب الفرد عن ٣٠٠ ٣ سعرة حرارية.

٨ - ومع استمرار سوء التغذية في بلدان توجد لديها امدادات اجمالية كافية من الغذاء، فان من البديهي أن يترتب على عدم كفاية الامدادات الغذائية المزيد من انتشار المشكلات التغذوية بمعدلات أعلى من ذي قبل. ففي أثناء الفترة من ١٩٨٨ الى ١٩٩٠، كان هناك ما يقرب من ١١ بلدا يقل فيها نصيب الفرد من امدادات الطاقة الغذائية عن ٢٠٠ ٢ سعرة حرارية يوميا. ولا يمكن لأى شعب أن يسد احتياجاته من الطاقة بمثل هذه الامدادات المحدودة، ولا مفر من تفشي الجوع وسوء التغذية بين أعداد كبيرة من السكان البالغ عددهم ١٢٣ مليونا الذين يقطنون هذه البلدان التي تردت فيها الحالة الغذائية الى هذا المستوى الحرج.

الشكل ١ : التغيرات في الامدادات من أغذية الطاقة بحسب الاقاليم



الجدول ١- نصيب الفرد من امدادات أغذية الطاقة بحسب الاقاليم والمجموعات الاقتصادية

الاقليم أو المجموعة الاقتصادية	١٩٦٩-١٩٧١	١٩٧٩-١٩٨١	١٩٨٨-١٩٩٠
سعر حرارى للفرد يوميا			
العالم	٢ ٤٣٠	٢ ٥٨٠	٢ ٧٠٠
البلدان المتقدمة	٣ ١٩٠	٣ ٢٩٠	٣ ٤٠٠
أمريكا الشمالية	٣ ٤٣٠	٣ ٣٣٠	٣ ٦٠٠
أوروبا	٣ ٤٤٠	٣ ٣٧٠	٣ ٤٥٠
أوسيانيا	٣ ٤٩٠	٣ ١٦٠	٣ ٣٣٠
الاتحاد السوفييتى سابقا	٣ ٣٢٠	٣ ٣٧٠	٣ ٣٨٠
البلدان النامية (١)	٢ ١٤٠	٢ ٣٣٠	٢ ٤٧٠
أفريقيا	٢ ١٤٠	٢ ١٨٠	٢ ٢٠٠
آسيا والمحيط الهادى	٢ ٠٤٠	٢ ٢٥٠	٢ ٤٥٠
أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبى	٢ ٥٠٠	٢ ٦٩٠	٢ ٦٩٠
الشرق الأدنى	٢ ٤٢٠	٢ ٨١٠	٢ ٩٢٠
أقل البلدان نموا	٢ ٠٣٠	٢ ٠٦٠	٢ ٠٧٠

المصدر: منظمة الأغذية والزراعة
(١) بما فيها أقل البلدان نموا.

٩ - بيد أن التقديرات الاجمالية للامدادات الغذائية المتوافرة على المستويات العالمية أو الاقليمية أو القطرية لا يمكن أن تعكس بدقة مستوى الاستهلاك الاسرى أو الضرورى من الغذاء. فعلى مستوى الأسرة، يتوقف الاستهلاك على قدرة الأسرة على انتاج الغذاء أو الحصول عليه، التى تتوقف بدورها على مستويات الدخل وتوزيعها، وعلى وفرة الغذاء، والفاقد منه، وأسعاره، وعلى اختيارات المستهلكين. أما على المستوى الفردى فان الميول والممارسات الخاصة بالرعاية وتقديم الطعام تمثل أيضا عوامل مهمة فى تحديد متحصلات الفرد من الغذاء.

١٠ - النقص المزمن فى أغذية الطاقة - ونظرا للاعتبارات التى تحد من امكانية استعمال أرقام الامدادات الاجمالية فى تقييم مدى سلامة التغذية، فقد وضعت منظمة الأغذية والزراعة منهجية لتقدير عدد ونسبة السكان الذين لا يحصلون خلال فترة سنة على قدر من الغذاء يكفى لسد احتياجاتهم من الطاقة. ويمكن اعتبار أن هذه النسبة من السكان تعاني من نقص مزمن فى التغذية. بيد أنه لما كان هذا الرقم لا يأخذ فى الاعتبار مشكلات توزيع الغذاء داخل الأسرة، وعدد الأشخاص الذين يواجهون مشكلات سوء تغذية موسمية أو حادة، أو الذين يصابون بأمراض معدية، فانه يحتمل أن يكون العدد الفعلى لمن يعانون من نقص التغذية أكبر مما تظهره التقديرات.

وقد وضعت هذه المنهجية فى إطار استقصاءات المسح الغذائى العالمى التى تجريها المنظمة، وهى تستند الى تقديرات لتوزيع الامدادات الغذائية المتاحة بين الأسر واستخدام حد الشمول فيما يتعلق بالاحتياجات من الطاقة.

١١ - وقد توافرت فى العالم فى الفترة ١٩٨٨-١٩٩٠ أغذية تكفى وتزيد، لو وزعت بحسب الاحتياجات الفردية، لسد الاحتياجات من أغذية الطاقة. غير أن تقديرات المنظمة تشير الى أن أكثر من ٧٨٠ مليوناً من سكان البلدان النامية لم يكن باستطاعتهم الحصول بانتظام على غذاء يكفى لسد احتياجاتهم من الطاقة الغذائية اللازمة لحياة نشطة وصحية. ورغم أن هذا الرقم يمثل تحسناً لا يستهان به بالمقارنة بالفترات السابقة، فإنه لا يزال كبيراً بدرجة غير مقبولة (أنظر الجدول ٢).

١٢ - ويلاحظ فيما يتعلق بالاقاليم النامية ككل، أنه حدث تناقص مستمر خلال العشرين سنة الماضية فى نسبة السكان المصابين بنقص التغذية المزمن وأعدادهم المطلقة، بلغ ٧٨٦ مليون نسمة فى ١٩٨٨-١٩٩٠، مقابل ٩٤١ مليون نسمة فى

الجدول ٢- مدى انتشار نقص الاغذية المزمن^(١) فى الاقاليم النامية خلال الفترات ١٩٦٩-١٩٧١ و ١٩٧٩-١٩٨١ و ١٩٨٨-١٩٩٠.

الاقليم من	الفترة	مجموع السكان	النسبة	عدد يعانون من نقص التغذية
(بالملايين) (فى المائة) (بالملايين)				
أفريقيا	١٩٦٩-١٩٧١	٢٨٨	٣٥	١٠١
	١٩٧٩-١٩٨١	٣٨٤	٣٣	١٢٨
	١٩٨٨-١٩٩٠	٥٠٥	٣٣	١٦٨
آسيا والمحيط الهادى	١٩٦٩-١٩٧١	١ ٨٨٠	٤٠	٧٥١
	١٩٧٩-١٩٨١	٢ ٣١١	٢٨	٦٤٥
	١٩٨٨-١٩٩٠	٢ ٧٣١	١٩	٥٢٨
امريكا اللاتينية والكاريبى	١٩٦٩-١٩٧١	٢٨١	١٩	٥٤
	١٩٧٩-١٩٨١	٣٥٧	١٣	٤٧
	١٩٨٨-١٩٩٠	٤٣٣	١٣	٥٩
الشرق الاذن	١٩٦٩-١٩٧١	١٦٠	٢٢	٣٥
	١٩٧٩-١٩٨١	٢١٠	١٢	٢٤
	١٩٨٨-١٩٩٠	٢٦٩	١٢	٣١
جميع الاقاليم النامية	١٩٦٩-١٩٧١	٢ ٦٠٩	٣٦	٩٤١
	١٩٧٩-١٩٨١	٣ ٢٦٢	٢٦	٨٤٤
	١٩٨٨-١٩٩٠	٣ ٩٣٨	٢٠	٧٨٦

المصدر: منظمة الاغذية والزراعة.
(١) ويعرف بـ «نقص الطاقة الغذائية المزمن».

١٩٦٩-١٩٧١. ويمثل هذا انخفاضاً في نسبة السكان الذين يعانون من نقص التغذية المزمّن من ٣٦ إلى ٢٠ في المائة في هذه البلدان.

١٣ - بيد أن هذا التحسن العام لم يتوزع بالتساوي في كل اقليم من الاقاليم النامية. ففي أفريقيا ظلت نسبة السكان الذين يعانون من نقص التغذية المزمّن دون تغيير تقريباً منذ السبعينات، ولما كان معدل النمو السكاني في الاقليم يقارب ٣ في المائة سنوياً فقد ازداد بشكل ملحوظ عدد المصابين بنقص التغذية. إذ ارتفع من ١٠١ مليون نسمة في ١٩٦٩-١٩٧١ إلى ١٢٨ مليون نسمة في ١٩٧٩-١٩٨١، ثم إلى ١٦٨ مليون نسمة في ١٩٨٨-١٩٩٠.

١٤ - وقد تباطأ معدل التحسن في كل من أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي والشرق الأدنى خلال الثمانينات. فرغم أن النسبة كانت بالفعل منخفضة إلى حد ما (١٢ إلى ١٣ في المائة)، أدى النمو السكاني في الاقليمين في الواقع إلى تزايد العدد التقديري للأشخاص الذين يعانون من نقص مزمّن في التغذية. أما في اقليم آسيا والمحيط الهادئ، فقد حدث تحسن مستمر خلال السنوات العشرين الماضية، وتناقص نسبة السكان المتأثرين بنقص التغذية خلال تلك الفترة من ٤٠ في المائة إلى ١٩ في المائة.

١٥ - وعلى حين تعد أفريقيا الاقليم الذي توجد به أعلى نسبة من السكان المصابين بنقص التغذية (٣٣ في المائة)، فإن العدد الأكبر من المصابين بنقص التغذية المزمّن - ٥٢٨ مليون نسمة، يعيشون في اقليم آسيا والمحيط الهادئ (الشكل ٢)، ولاسيما في جنوب آسيا.

سوء التغذية الناشئ عن نقص البروتين والطاقة

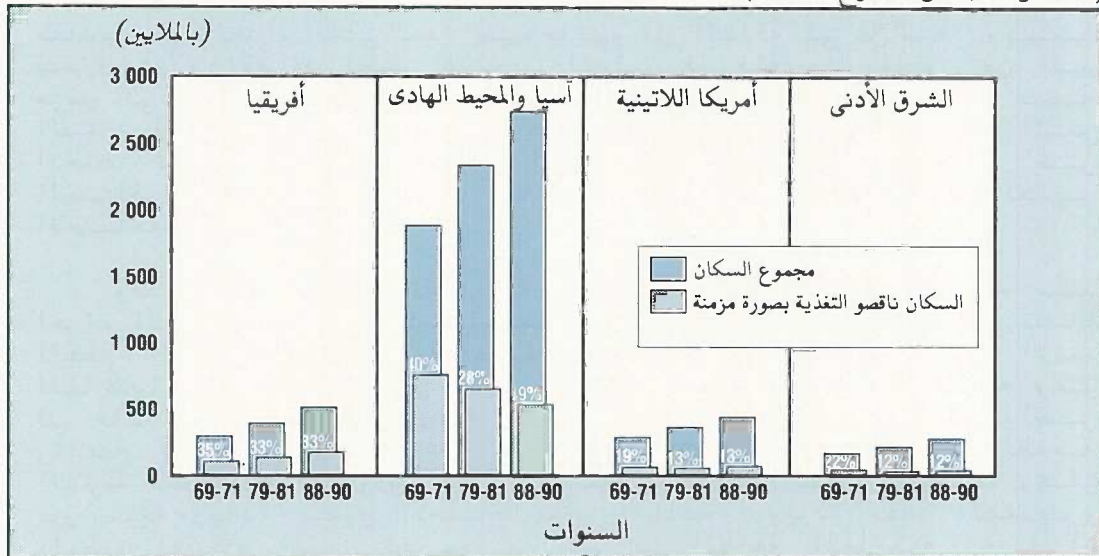
١٦ - يطلق تعبير سوء التغذية المرتبط بنقص البروتين والطاقة على طائفة من الاضطرابات التي تتميز أساساً بتوقف النمو أو تأخره بين الاطفال. كما تستخدم في الدلالة على هذا المعنى تعبيرات أخرى مثل قصور النمو أو أعراض النقص المتعددة بين الرضع. ويطلق تعبيراً الهزال العام والكواشيوركور على بعض الأشكال الاكلينيكية المتطرفة لسوء التغذية الناجم عن نقص البروتين والطاقة. ومن بين الأسباب المباشرة لهذا النوع من سوء التغذية والتي تحدث في آن واحد في كثير من الحالات، قلة المتحمّلات الغذائية عن الحد الكافي والاصابة بالامراض المعدية. وتبلغ الاصابة بهذا النوع من سوء التغذية أشدها بين الرضع والاطفال الصغار نظراً لارتفاع احتياجاتهم من الطاقة والبروتين بالقياس إلى وزن الجسم وأيضاً حساسيتهم الخاصة للعدوى.

١٧- وتتيح القياسات البدنية التي تستخدم في تقدير كتلة الجسم وتوقف النمو - والتي ترتبط في أغلب الأحيان بالعمر - وضع مؤشرات معينة توضح خصائص الأفراد والمجموعات السكانية، وتستخدم تعبيرات (الهزال أو النحافة) و (التقزم أو القصر) و (السمنة) في وصف الحالة التغذوية للأفراد ويتم التعبير عنها كمياً بواسطة عدة مؤشرات قياسية مختلفة.

١٨- وينبغي تفسير التقديرات العالمية والقطرية لمدى انتشار الهزال والتقزم بحذر، حيث أنها لا توفر أساساً كافياً للتقييم ولاتخاذ الإجراءات المناسبة على المستوى المحلي. فمثل هذه المتوسطات لا تكشف عن الفوارق بين المناطق الجغرافية أو المجموعات الاجتماعية الاقتصادية فيما يتعلق بالوضع التغذوي. كما أنها لا تحدد العوامل المسؤولة عن سوء التغذية المرتبط بنقص البروتين والطاقة والتدابير التي يلزم اتخاذها لحل هذه المشكلة. ولكن البيانات التجميعية قد توضح بعض الاتجاهات العامة التي يمكن أن تتخذ أساساً مفيداً في التخطيط للتدابير الملائمة ولتقييم تأثير البرامج القطرية الواسعة النطاق.

١٩- وثمة دلائل كثيرة موثقة على تدهور الحالة التغذوية أثناء (موسم الجوع) وغير ذلك من فترات العجز في الغذاء: فالنساء الحوامل يفقدن جزءاً من وزنهن وينجبن أطفالاً ناقصي الوزن كما أن معدلات المرض والوفاة تمل إلى ذروتها وتقل

الشكل ٢: تقديرات عدد السكان ناقصي التغذية ^(١) بصورة مزمنة في الأقاليم النامية (العدد والنسبة من مجموع السكان)



المصدر: منظمة الأغذية والزراعة
(١) عرفوا بأنهم أولئك السكان الذين تقل تقديرات المتوسط السنوي من منتجياتهم اليومية من الطاقة، على مدار العام، عن المتاحلات للمحافظة على وزن الجسم ومساندة النشاط الخفيف.

استخدام «بيانات الموازين الغذائية» في تقييم أوضاع التغذية

من الصعب التوصل الى تقديرات دقيقة لمستويات التغذية القطرية. وربما كانت المسوحات القطرية التي تحدد الحالة التغذوية والمستويات الفعلية لاستهلاك الاغذية هي أكثر مصادر المعلومات دقة، ولكنها باهظة التكلفة، وتحتاج الى وقت طويل، وكثيرا ما تكون غير عملية، خاصة في البلدان ذات الدخل المنخفض. وثمة نهج بديل، يكون في حالات كثيرة أكثر قابلية للتطبيق، يستند الى "الموازين الغذائية" التي تعدها منظمة الاغذية والزراعة، والتي تدرس الأوضاع الغذائية لكل دولة. ومن بين ما توفره الموازين الغذائية بيانات عن متوسط نصيب الفرد من امدادات الطاقة الغذائية في كل قطر، ويدل هذا الرقم على مقدار الاغذية المتاحة للاستهلاك الأدمي في القطر المعنى.

ولا يعد نصيب الفرد من امدادات الطاقة الغذائية أداة دقيقة. فهو كمقياس لتوافر الغذاء، لا يقدر استهلاك الاغذية بصورة مباشرة، فمثلا، قد يكون الافراد أفقر من أن يشتروا حاجتهم من الطعام المتوافر. ولهذه الأسباب تفشل أحيانا محاولات تقدير مدى كفاية الغذاء عن طريق مقارنة نصيب الفرد من امدادات الطاقة الغذائية بأرقام الاحتياجات. كما أننا لا نعرف دائما أي أرقام الاحتياجات أجدر بالاستخدام. فهل هو رقم الاحتياجات التي تكفل مجرد البقاء، أم رقم الاحتياجات التي تقابل مستوى معيناً من النشاط؟

ورغم هذه العيوب، فمن الممكن تقدير أعداد السكان الذين ستخفض متحملاتهم من الطاقة انخفاضا شديدا، وذلك اذا ربطنا أرقام الاحتياجات بالمعلومات المتوافرة عن توزيع الامدادات الغذائية. كما أن مؤشر امدادات أغذية الطاقة يرتبط ارتباطا وثيقا بالمؤشرات الأخرى المتعلقة بالصحة والتنمية الاجتماعية الاقتصادية.

وقد تم مؤخرا في اطار عمليات المسح الغذائى العالمى التي تجريها منظمة الاغذية والزراعة صقل المفاهيم المستخدمة في تقدير متوسط عدد سكان البلدان النامية الذين لايتاح لهم امكانية الحصول على مقادير من الغذاء تكفى لسد احتياجاتهم من الطاقة في كل سنة. وبينما يندرج هؤلاء الافراد بحسب التبويب الدقيق في فئة من يعانون من نقص مزمن في أغذية الطاقة، فان عددهم يعتبر بوجه عام معبرا عن نسبة السكان الذين يعانون من نقص التغذية المزمن. ومن بين التعديلات التي أدخلت على المفاهيم، ادراج الاعتبارات المتعلقة بالتوزيع غير المتكافئ للامدادات، وتفاوت مقاديرها بين الأسر بالنسبة الى تقدير الاحتياجات من الطاقة.

وقد أدخلت تعديلات مفاهيمية اضافية على المنهجية المتبعة منذ اجراء المسح الغذائى العالمى الخامس عام ١٩٨٦. وضمت تعديلات على نقاط القطع التي كانت مستخدمة فيما سبق (١٢٢ و ١٤٠ من معدل الايض القاعدي). والمقصود بمعدل الايض القاعدي انفاق الفرد من الطاقة وهو في حالة صوم راقدا في راحة تامة. ويؤخذ الآن بمستوى أعلى وأكثر واقعية لانفاق الطاقة (١٥٤٠ من معدل الايض القاعدي) يمثل الطاقة اللازمة للمحافظة على وزن الجسم والسماح بقدر من النشاط الخفيف. وكان من نتيجة زيادة مستوى الاحتياجات من الطاقة ازدياد العدد التقديرى المطلق للأشخاص الذين يعانون من نقص في الطاقة الغذائية. كما أن اضافة جمهورية الصين الشعبية وعدد قليل من البلدان الآسيوية الأخرى التي كانت مستبعدة من قبل بسبب نقص المعلومات، يؤدي الى زيادة التقديرات العالمية لعدد الافراد الذين سيعانون من نقص غذية الطاقة.

انتاجية العمال وتظهر بعض المظاهر الأخرى لتدنى الحالة الصحية. وفي المناطق الاستوائية يلاحظ أن انتشار الأمراض المعدية يبلغ ذروته أثناء موسم الأمطار، أي في الفترة التي تسبق عادة حصاد المحاصيل الجديدة.

٢٠- وغالبا ما تكون أوضح مظاهر سوء التغذية المرتبط بنقص البروتين والطاقة وأكثرها لفتا للنظار ناجمة عن حالات طارئة. وتعتبر كثير من هذه الحالات من قبيل الكوارث الطبيعية مثل نوبات الجفاف والفيضانات وتفشي الآفات الزراعية. ومع ذلك فإن سلوك الإنسان قد يكون مسؤولا جزئيا عن أسباب وعواقب المخاطر التي تنشأ في كثير من الحالات. ومما يؤسف له أن أخطر المشكلات التغذوية تنجم في حالات كثيرة عن الحروب وعن الاضطرابات الأهلية. وتمثل الوقاية من المجاعات والتخفيف من وطأة الآثار المباشرة والطويلة الأمد للطوارئ الغذائية بعضا من أهم التحديات التغذوية التي تواجه المجتمع العالمي اليوم.

٢١- القياسات البدنية للأطفال - تشير التحليلات التي أعدت في الفترة الأخيرة إلى حدوث انخفاض في مدى انتشار نقص الوزن بين الأطفال. ويتبين من تجميع الأرقام الخاصة بأفريقيا وآسيا والشرق الأدنى والأمريكتين أن نسبة الأطفال الذين يندرجون في فئة الأطفال ناقصي الوزن قد انخفضت من ٤٧.٥ في المائة في عام ١٩٧٥ إلى ٤٠.٨ في المائة في عام ١٩٩٠. وبافتراض استمرار الاتجاهات الراهنة فإنه يتوقع حدوث انخفاض جديد بنسبة ٣ في المائة بحلول عام ٢٠٠٥ (أنظر الجدول ٣). بيد أنه نظرا لكثرة عدد المواليد أثناء هذه الفترة ذاتها فإن العدد المطلق للأطفال ناقصي الوزن ظل ثابتا نسبيا عند ١٩٢ مليون طفل تقريبا. ونظرا لعدم توافر بيانات من كل البلدان عند إعداد هذا التحليل فإن العدد الفعلي للأطفال ناقصي الوزن ربما كان أكثر من ذلك. وينبغي ملاحظة أن هذه البيانات تعكس الوضع في الأوقات (العادية). وقد أدت الكوارث الطبيعية الشديدة أو تلك التي من صنع الإنسان في بعض المناطق، خاصة في أفريقيا، إلى انتشار نقص التغذية بل المجاعة على نطاق واسع (١).

(١) قامت منظمة الأغذية والزراعة ومنظمة الصحة العالمية، واللجنة الفرعية المعنية بالتغذية المنبثقة عن لجنة التنسيق الإدارية واليونسيف مؤخرا بتحليل البيانات الخاصة بانتشار نقص الوزن بين الأطفال دون سن الخامسة على مستوى العالم (أي الأطفال الذين يقل وزنهم عن الوزن الوسيط المقابل لأعمارهم ناقصا انحرافين معياريين عن القيم المرجعية المعتمدة من منظمة الصحة العالمية). ويعرض تقرير منظمة الأغذية والزراعة/منظمة الصحة العالمية تحليلا لبيانات انتشار نقص الوزن خلال الفترة من ١٩٧٥ إلى ١٩٩٠، كما يشمل التوقعات حتى عام ٢٠٠٥. ويستخدم التقرير بيانات عن طول الفرد من ٦٠ بلدا تمثل جميع أقاليم العالم باستثناء الاتحاد السوفييتي سابقا، نظرا لعدم توافر بيانات كافية عنه. ويجري حاليا تجهيز بيانات قطرية كافية وغير ذلك من المؤشرات (استنادا إلى الوزن بالنسبة للطول، والطول بالنسبة للعمر) وستصبح هذه البيانات متاحة للتوزيع بحلول عام ١٩٩٣. كما توجد في الوقت نفسه إسقاطات عن كل قطر. وتستند التعليقات الواردة أعلاه على تقرير صادر عن منظمة الأغذية والزراعة ومنظمة الصحة العالمية (مايو/أيار ١٩٩٢)، إلا أنه ينبغي ملاحظة أن هناك اختلافات في البيانات المقدمة من بعض الهيئات الأخرى.

الجدول ٣ - أعداد الاطفال ناقصي الوزن^(١) دون الخامسة من العمر، وتوزيعهم على الاقاليم المختلفة

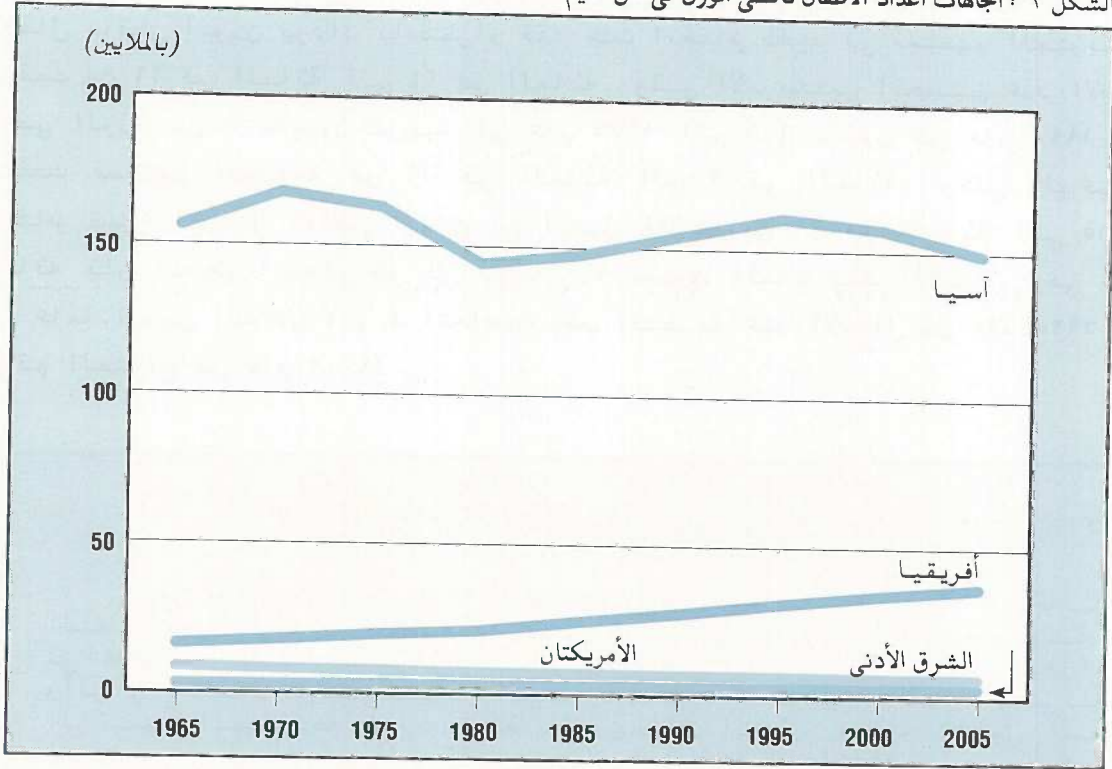
الاقليم	النسبة المئوية لناقصي الوزن			عدد ناقصي الوزن		
	١٩٧٥	١٩٩٠	٢٠٠٥	١٩٧٥	١٩٩٠	٢٠٠٥
بالملايين^(٢)						
افريقيا	٢٦	٢٤	٢٢	١٩٧	٢٧٤	٣٦٥
شمال افريقيا	٢٠	١٣	١١	٣١	٣٠	٢٧
شرق افريقيا	٢٥	٢٤	٢٢	٥٧	٨٧	١٢٤
وسط افريقيا	٢٤	٢٢	١٩	١٨	٢٧	٣٦
جنوب افريقيا	١٦	١٣	١٠	٠٧	٠٧	٠٧
غرب افريقيا	٣٥	٣٢	٢٩	٨٣	١٢٢	١٧٠
افريقيا جنوب الصحراء ^(٣)	٢٨	٢٦	٢٤	١٧٤	٢٥٤	٣٤٩
الامريكتان	١٢	٩	٨	٧٨	٦٨	٦٢
أمريكا الشمالية	٤	٢	١	٠٧	٠٣	٠٢
الكاريبي	١٨	١٥	١٤	٠٦	٠٥	٠٥
أمريكا الوسطى	١٤	١٢	٨	٢٠	١٦	١٥
أمريكا الجنوبية	١٥	١١	١٠	٤٤	٤٣	٣٩
آسيا ^(٤)	٤٩	٤٤	٤١	١٦٣	١٥٤	١٤٩
شرق آسيا	٣٣	٢١	١٧	٤٧٤	٢٥٤	١٨٥
جنوب شرق آسيا ^(٥)	٤٨	٣٨	٣٢	٢٤٦	٢١٦	١٨٤
جنوب آسيا	٦٨	٦٢	٥٧	٩١٠	١٠٧٦	١١٢٣
الشرق الأدنى ^(٦) (غرب آسيا)	٢٢	١٥	١٢	٢٩	٢٩	٣١
متوسط النسبة المئوية / مجموع العدد	٤٧٥	٤٠٨	٣٧٨	١٩٣٦	١٩١٩	١٩٥٢

المصدر: منظمة الاغذية والزراعة / منظمة الصحة العالمية، ١٩٩٢

- (١) تعريف نقص الوزن هو الرقم الدليلي الذي حددته منظمة الصحة العالمية للوزن مقابل العمر، مطروحا منه ٢ وحدة انحراف قياسي.
- (٢) تقديرات السكان لعامي ١٩٩٠ و ٢٠٠٥ استنادا الى المتغير الوسيط الذي وضعته الأمم المتحدة
- (٣) وتشمل شرق افريقيا ووسطها وجنوبها وغربها، وكذلك السودان من شمال افريقيا
- (٤) باستثناء بلدان الاتحاد السوفييتي السابق، وبلدان الشرق الأدنى (غرب آسيا) التي ترد بصورة منفصلة
- (٥) وتشمل بابوا غينيا الجديدة وفانواتو
- (٦) عدا قطاع غزة وقبرص

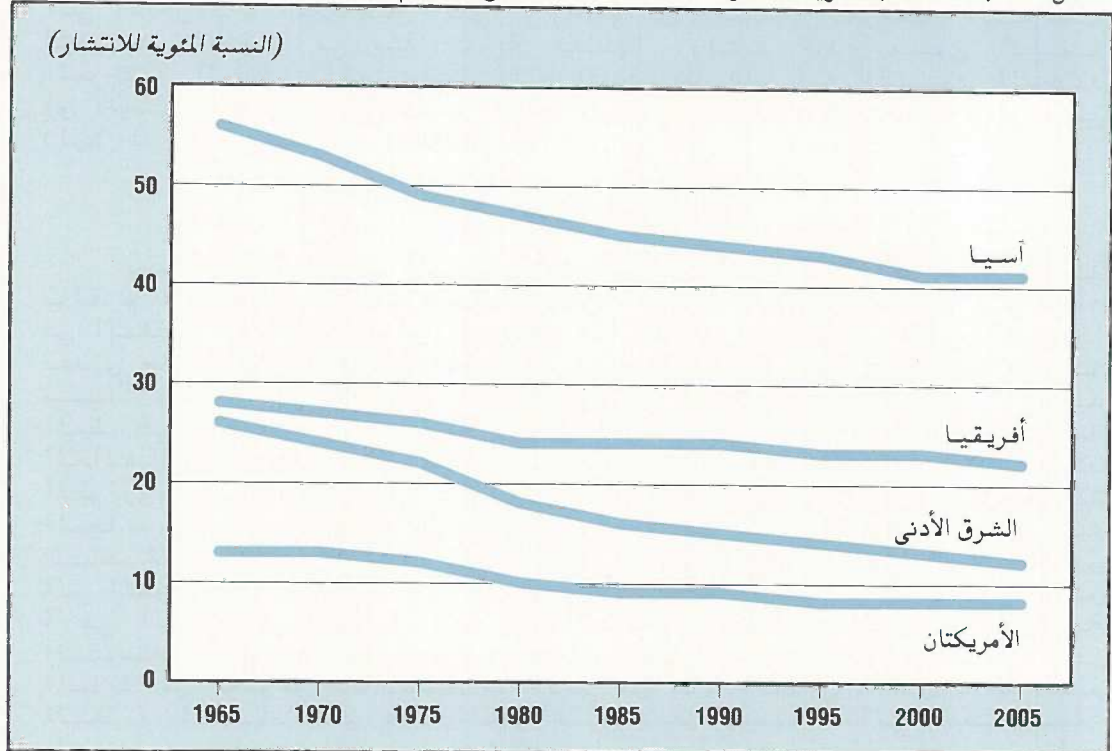
٢٢- وقد بلغ عدد الاطفال ناقصي الوزن في آسيا في عام ١٩٩٠ نحو ١٥٥ مليونا يمثلون ٤٤ في المائة من الاطفال دون سن الخامسة. الا أن العدد الكلي لهؤلاء الاطفال ونسبتهم المئوية انخفض من ١٩٧٥ الى ١٩٩٠ ويتوقع استمرار هذا الاتجاه في المستقبل. وفي أفريقيا كان هناك مايقرب من ٢٠ مليونا من الاطفال ناقصي الوزن في عام ١٩٧٥، وقد ازداد هذا الرقم الى أكثر من ٢٧ مليونا في عام ١٩٩٠ ويتوقع

الشكل ٣ : اتجاهات أعداد الأطفال ناقصي الوزن في كل اقليم



المصدر: منظمة الأغذية والزراعة / منظمة الصحة العالمية

الشكل ٤ : اتجاهات النسبة المئوية لانتشار نقص الوزن بين الأطفال في كل اقليم



المصدر: منظمة الأغذية والزراعة / منظمة الصحة العالمية

أن يزداد إلى ٣٦ مليون نسمة بحلول عام ٢٠٠٥. وعلى الرغم من أن العدد الفعلي للأطفال ناقص الوزن يزداد باستمرار فقد حدث انخفاض طفيف في نسبتهم المئوية إذ انخفضت من ٢٦ في المائة إلى ٢٤ في المائة. وفي الأمريكتين انخفض عدد الأطفال ناقص الوزن من ٨ ملايين تقريبا في عام ١٩٧٥ إلى ٦.٨ مليون في عام ١٩٩٠ كما انخفضت نسبتهم المئوية من ١٢ في المائة إلى ٩ في المائة. وعلى الرغم من انخفاض نسبة الأطفال ناقص الوزن في الشرق الأدنى من ٢٢ في المائة إلى ١٥ في المائة فإن عددهم الفعلي ظل في حدود ٢.٩ مليون أثناء تلك الفترة، وهي خمسة عشر عاما. (يبين الشكلان ٣ و ٤ اتجاهات نقص التغذية عند الأطفال من عام ١٩٦٥ إلى الرقم المتوقع في عام ٢٠٠٥).

الأرقام الدليلية الأنثروبومترية

توفر الأرقام الدليلية الأنثروبومترية تعبيراً تقريبياً عن حالة التغذية. والمؤشرات المستخدمة في معظم الأحيان هي وزن الجسم وطوله، في علاقتهما بعمر الشخص وجنسه. وتشمل المؤشرات الأخرى محيط الذراع والرأس والفخذ وسمك ثنيات الجلد. والأرقام الدليلية الأنثروبومترية الرئيسية المستخدمة هي: نسبة الوزن إلى الطول، ونسبة الطول إلى العمر، ونسبة الوزن إلى العمر، والرقم الدليلي لكتلة الجسم (وهو يساوي واط أي الوزن بالكيلوغرامات مقسوماً على مربع الطول بالأمتر). والمعيار الذي تستخدمه منظمة الصحة العالمية هو البيانات الخاصة بالمركز الوطني للإحصائيات الصحية في الولايات المتحدة، حيث أن دراسات كثيرة قد أوضحت أن نمو الأطفال الطبيعيين الأصحاء الذين يحصلون على قدر وافٍ من الغذاء يكاد أن يقارب دوماً هذه القيم المرجعية. ويفضل أن يشار إلى البيانات الأنثروبومترية الخاصة بالأطفال بقيم حسابية تستند إلى الانحرافات القياسية أعلى أو أدنى من القيمة المرجعية المتوسطة لشخص من الأشخاص في فئة عمرية بعينها. ويتخذ عادة مستوى القيمة المرجعية الوسطى ناقصاً وحدتي انحراف قياسي على أنه المستوى المحدد أو العتبة الدنيا التي تعتبر حالة التغذية أدناها غير مرضية، أي تعد دليلاً على وجود نقص في التغذية.

نسبة الوزن إلى الطول

يستخدم هذا الرقم الدليلي لكل من الكبار والأطفال في ضوء علاقته بالقيم المرجعية المتفق عليها. فلدى الفئات التي تعاني من نقص حاد في التغذية (الذين تناولوا متحملاً غذائية غير كافية أو الذين أصيبوا بعدوى حادة خلال الأسابيع الأخيرة)، يكون الانخفاض في وزن الجسم سريعاً نسبياً؛ ويظل الطول كما هو دون تغيير في الكبار، ويتغير تغيراً شديداً البطء في الأطفال. وتعد نسبة الوزن إلى الطول مقياساً «النقص التغذوي الحاد» أو «للهمال» وهي تشكل الرقم الدليلي الأكثر استخداماً في حالات الطوارئ التغذوية وفي حالات نقص التغذية طويلة الأجل، مثل حالات المجاعة. ونسبة الوزن إلى الطول مفيدة في تقييم الحالة التغذوية عند الأطفال، والكبار. ولدى الأطفال يمكن أن تستخدم نسبة الوزن إلى الطول دون معرفة عمر الشخص. وفي معظم الأحوال يكون أقل من ٢ في المائة من الأطفال تحت سن الخامسة أدنى من القيمة المرجعية المتوسطة مطروحاً منها وحدتي انحراف قياسي. فإذا كان ٥ إلى ١٠ في المائة من مجموعة سكانية ما أدنى من هذا المستوى، فإن درجة نقص التغذية الحاد لدى هذه المجموعة يمكن وصفها بأنها معتدلة؛ ولكن إذا تجاوزت النسبة ١٠ في المائة فإنها تشير بوجه عام إلى خطورة الحالة.

نسبة الطول الى العمر

يستخدم هذا المقياس في تقييم «نقص التغذية المزمن» لدى الأطفال. ويسبب نقص التغذية الطويل تأخر نمو الطول والوزن بدرجة متماثلة تقريبا. ويسمى فقدان الطول هذا «التقزم». ويتأثر النمو في الطول أكثر ما يتأثر بالعوامل البيئية والاجتماعية الاقتصادية طويلة الأجل، ومن هنا فإنه يعد تعبيراً عن الظروف الاجتماعية الاقتصادية العامة. وفي البلدان النامية، ينتشر نقص التغذية المزمن على نطاق واسع، وتتراوح نسبة الأفراد الذين هم أدنى من القيمة المتوسطة مطروحا منها وحدتي انحراف قياسي بين ٢٠ و ٦٠ في المائة، مما يشكل نسبة متوسطة تقارب ٤٠ في المائة. والسكان الذين يضمنون نسبة تتراوح بين ٢٥ و ٥٠ في المائة من الأطفال تحت سن الخامسة تقل نسبة الطول الى العمر لديهم عن القيمة المرجعية مطروحا منها وحدتي انحراف قياسي يعتبر تأثرهم معتدلاً، في حين يعتبر السكان الذين تزيد في صفوفهم هذه النسبة على ٥٠ في المائة متأثرين تأثراً شديداً.

نسبة الوزن الى العمر

في كثير من البلدان النامية، تتراوح نسبة الأطفال تحت سن الخامسة، الذين هم أدنى من المعدل الوسيط ناقص ٢ وحدة انحراف قياسي (الوزن مقابل العمر)، بين ١٠ و ٥٠ في المائة، مع نسبة متوسطة تناهز ٢٠ الى ٢٥ في المائة. والسكان الذين يضمنون نسبة تتراوح بين ٢٠ و ٤٠ في المائة من الأطفال الذين يعانون من نقص الوزن بالنسبة للعمر يمكن أن يعتبروا متأثرين تأثراً معتدلاً، أما الذين تزداد في صفوفهم هذه النسبة على ٤٠ في المائة، فيعتبرون متأثرين تأثراً شديداً. ومؤشر الوزن الى العمر يتوافر أكثر من توافر نسبة الوزن الى الطول أو الطول الى الوزن، ولكن تفسيره ينسجم بمزيد من الصعوبة لأنه يمكن أن يتأثر سواء بنقص التغذية الحاد أو المزمن. وتوضح قياسات الوزن المتتابة مقادير التغير في الوزن، وتعطي صورة أكثر دينامية لسرعة النمو وللحالة التغذوية. وهذه في الواقع طريقة أفضل كثيراً لتقييم التغذية وان كان تنفيذها أكثر صعوبة.

الرقم الدليلي لكتلة الجسم

يوفر هذا الرقم الدليلي، الذي يساوي وطاً، مقياساً لنحافة الجسم. وهو يعبر عن العلاقة بين وزن الجسم ومساحة سطح الجسم أكثر من تعبيره عن العلاقة بين وزن الجسم وطوله. وقد وجد من الناحية التجريبية أن معظم الأشخاص يتراوح الرقم الدليلي لكتلة أجسامهم بين ١٨ر٥ و ٢٥. ويعتبر الأشخاص الذين يزيد لديهم هذا الرقم الدليلي على ٣٠ بدينين، والذين يقل لديهم عن ١٨ر٥ ناقصي الوزن. وقد أوضحت بعض الدراسات تزايد معدل الوفيات في كلتا الحالتين. وتعكف منظمة الصحة العالمية والمنظمة في الوقت الراهن على دراسة هذا المقياس بغية استخلاص الأرقام المحددة اللازمة لتفسير هذا الرقم الدليلي على نحو علمي أدق. كما يمكن، فيما يبدو، تطبيق هذا المقياس على الأطفال، ولكن الأرقام المحددة لم تعين بعد في هذا الصدد.

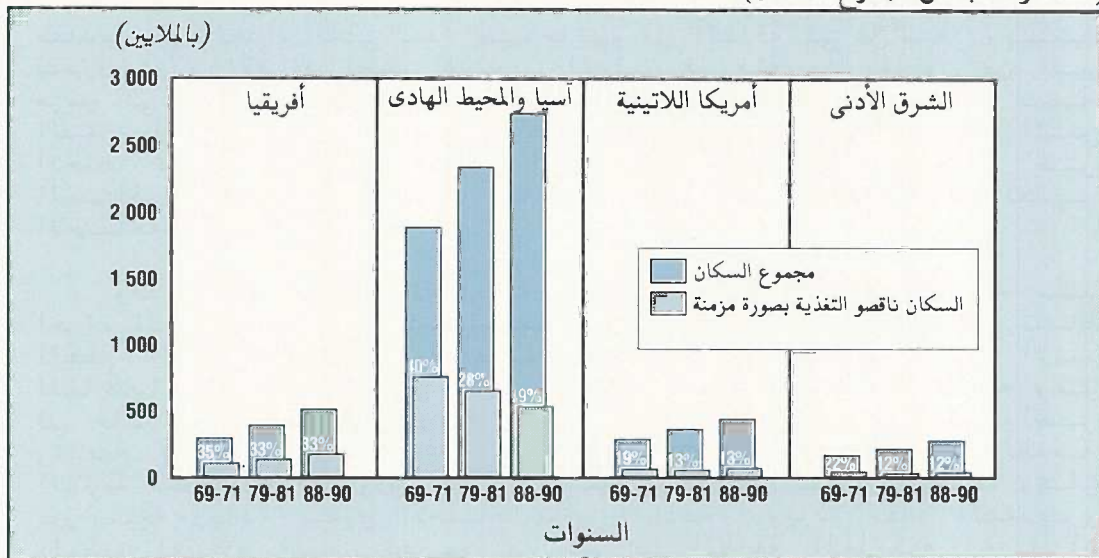
المصدر: جماعة العمل التابعة لمنظمة الصحة العالمية والمعنية باستخدام وتفسير المؤشرات الأنثروبومترية الخاصة بالحالة التغذوية. نشرة منظمة الصحة العالمية، العدد ٦٤: الصفحات ٩٢٩-٩٤١ من النسخ الانكليزي (١٩٨٦).

١٧- وتتيح القياسات البدنية التي تستخدم في تقدير كتلة الجسم وتوقف النمو - والتي ترتبط في أغلب الأحيان بالعمر - وضع مؤشرات معينة توضح خصائص الأفراد والمجموعات السكانية، وتستخدم تعبيرات (الهزال أو النحافة) و (التقزم أو القصر) و (السمنة) في وصف الحالة التغذوية للأفراد ويتم التعبير عنها كمياً بواسطة عدة مؤشرات قياسية مختلفة.

١٨- وينبغي تفسير التقديرات العالمية والقطرية لمدى انتشار الهزال والتقزم بحذر، حيث أنها لا توفر أساساً كافياً للتقييم ولاتخاذ الإجراءات المناسبة على المستوى المحلي. فمثل هذه المتوسطات لا تكشف عن الفوارق بين المناطق الجغرافية أو المجموعات الاجتماعية الاقتصادية فيما يتعلق بالوضع التغذوي. كما أنها لا تحدد العوامل المسؤولة عن سوء التغذية المرتبط بنقص البروتين والطاقة والتدابير التي يلزم اتخاذها لحل هذه المشكلة. ولكن البيانات التجميعية قد توضح بعض الاتجاهات العامة التي يمكن أن تتخذ أساساً مفيداً في التخطيط للتدابير الملائمة ولتقييم تأثير البرامج القطرية الواسعة النطاق.

١٩- وثمة دلائل كثيرة موثقة على تدهور الحالة التغذوية أثناء (موسم الجوع) وغير ذلك من فترات العجز في الغذاء: فالنساء الحوامل يفقدن جزءاً من وزنهن وينجبن أطفالاً ناقصي الوزن كما أن معدلات المرض والوفاة تملأ إلى ذروتها وتقل

الشكل ٢: تقديرات عدد السكان ناقصي التغذية ^(١) بصورة مزمنة في الأقاليم النامية (العدد والنسبة من مجموع السكان)



المصدر: منظمة الأغذية والزراعة
(١) عرفوا بأنهم أولئك السكان الذين تقل تقديرات المتوسط السنوي من منتجهم اليومية من الطاقة، على مدار العام، عن المتاحلات للمحافظة على وزن الجسم ومساندة النشاط الخفيف.

من الحالات على معدلات الوفيات بين الأطفال من سن ١ إلى ٤ سنوات، ويمثل هذا المعدل مؤشرا غير مباشر ولكنه مفيد جدا عن الحالة التغذوية للأطفال الصغار.

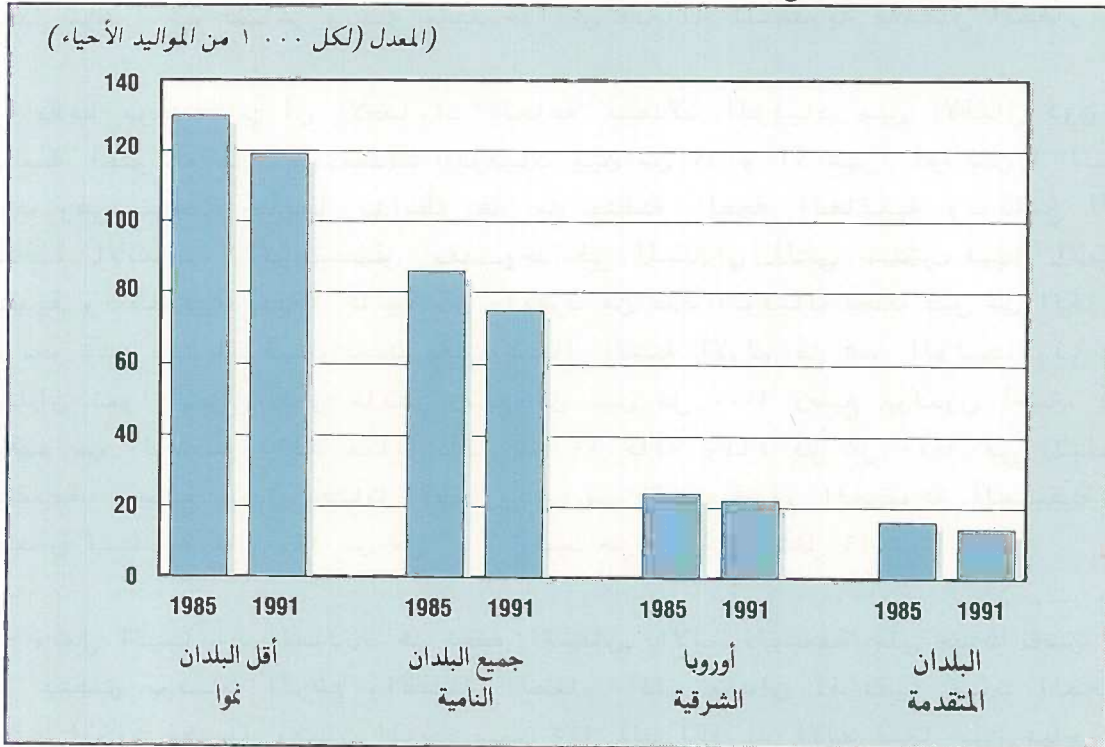
٢٧ - يلاحظ بوجه عام أن الاحصاءات الخاصة بمعدلات الوفيات بين الأطفال دون سن الخامسة أكثر توافرا من معدلات الوفيات بين سن ١٢ و ٢٣ شهرا أو بين ١ إلى ٤ سنوات وهي تستخدم حاليا بواسطة كل من منظمة الصحة العالمية وبرنامج الأمم المتحدة الانمائي واليونسيف. وقد وجد في البلدان التي تنتشر فيها الأمراض المعدية والطفيلية بدرجة عالية أن ما يقرب من نصف الوفيات تحدث قبل سن الخامسة وأن نحو ثلث تلك الوفيات يحدث بعد اكتمال السنة الأولى من عمر الوليد. وفي أقل البلدان نموا يتوفى نحو مائتي رضيع من بين كل ١٠٠٠ رضيع يولدون أحياء قبل بلوغهم سن الخامسة وذلك مقابل أقل من ٢٠ حالة وفاة في كل ١٠٠٠ في البلدان المتقدمة، ويبلغ معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة في المجموعة المتبقية من البلدان النامية نحو ١٢٠ من كل ١٠٠٠ وليد حي (أنظر الشكل ٦).

٢٨ - وتدل البيانات الصادرة عن شعبة السكان بالأمم المتحدة على حدوث تحسن عام فيما يتعلق يوفيات الرضع والأطفال الصغار. ففي بلدان أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى انخفض معدل وفيات الرضع من ١٦٥ إلى ١٢١ في الألف فيما بين عام ١٩٦٠ و ١٩٨٣. وفي جنوب آسيا انخفض ذلك المعدل من ١٥٧ إلى ١١٥ حالة وفاة بين الرضع في كل ألف مولود حي. كما انخفضت هذه المعدلات في الاقاليم الأخرى إلى أقل من مائة في الألف.

٢٩ - مؤشر كتلة الجسم - جرت العادة على استخدام قياسات وزن الجسم وطوله عند البالغين، مع مقارنتها بمعايير مرجعية مختلفة، في تقدير مدى الوزن الزائد أو السمنة، بينما تستعمل مثل هذه القياسات بين الرضع والأطفال في تقدير مدى الإصابة بنقص التغذية. غير أنه ظهر اهتمام في الفترة الأخيرة باستخدام مقياس لوزن وطول الجسم عند البالغين كمؤشر لنقص التغذية أيضا. وتكشف كثير من القرائن التي تدل على ملائمة استخدام مزيج من القياسات البدنية لكل من البالغين والأطفال في تقدير مدى نقص التغذية داخل مجموعة سكانية معينة.

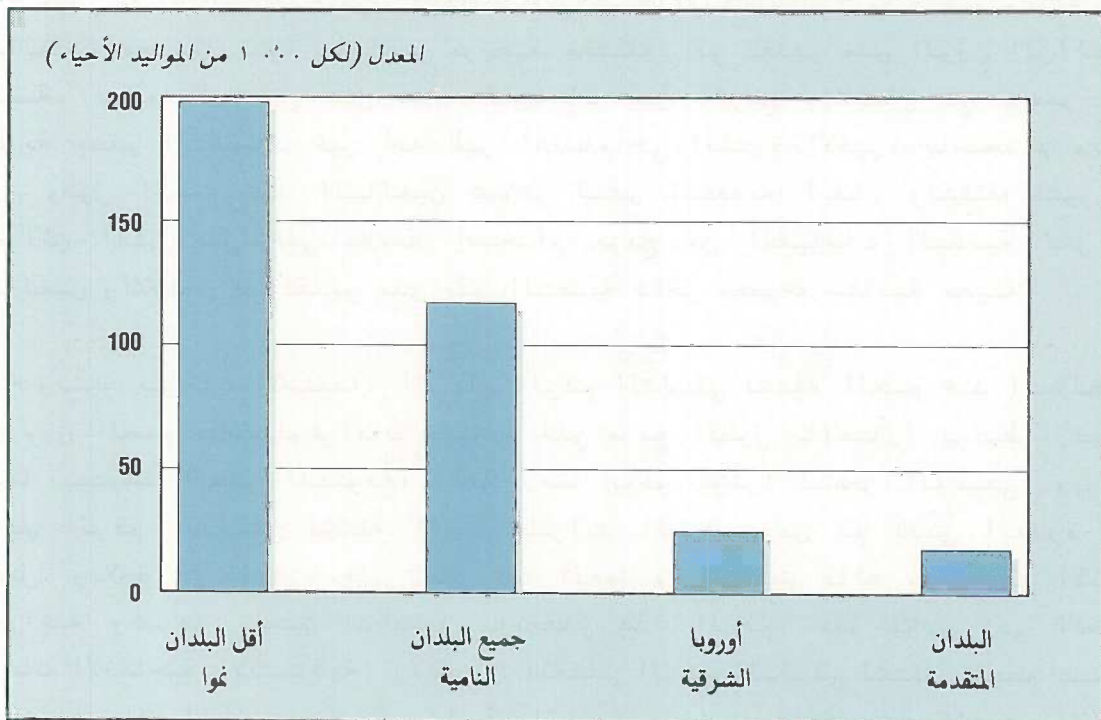
٣٠ - وتشير بيانات الاستقصاء إلى أن الرقم الدليلي لكتلة الجسم عند البالغين (أي وزن الجسم بالكيلوغرامات مقسوما على مربع الطول بالأمتار) يرتبط ارتباطا وثيقا بمتوسط العمر المتوقع، وأنه ربما يوفر مؤشرا للعجز الوظيفي. ويرتبط تناقص الرقم الدليلي لكتلة الجسم بتزايد المرض، ومن ثم تدنى القدرة على العمل. ويلاحظ أن القدرة على تحمل عبء العمل وبذل أقصى طاقة ممكنة في الأنشطة الزراعية وغيرها تنخفض تدريجيا بانخفاض هذا الرقم، مما يؤدي إلى انخفاض قياسات الانتاجية الاقتصادية. ولا يقرن انخفاض الرقم الدليلي لكتلة الجسم بتناقص مدى كثافة العمل البدني فحسب، بل أيضا بتدنى نوعيته. فقد يضحي الفرد بالأنشطة

الشكل ٥ : معدل الوفيات بين الرضع



المصدر: منظمة الصحة العالمية

الشكل ٦ : معدل الوفيات بين الأطفال قبل سن الخامسة (احتمالات الوفاة قبل سن الخامسة)، ١٩٩١



المصدر: منظمة الصحة العالمية

المرتبطة بالمجتمع المحلي والعمل المنتج المجهد في سبيل مواصلة الأنشطة الزراعية والمنزلية الحيوية.

٣١- ومن أشكال الإعاقة الوظيفية الخطيرة المترتبة على انخفاض الرقم الدليلي لكتلة الجسم، تأثير هذا الانخفاض على الحمل وازدياد مخاطر انجاب طفل ناقص الوزن عند الولادة، ومن مظاهر انخفاض هذا المؤشر عند الأمهات، الولادة قبل اكتمال فترة الحمل وتأخر نمو الجنين داخل الرحم. وتتفاقم الحالة إذا ما كانت الأم نحيفة ولا تزال في طور المراهقة.

٣٢- وحيث أنه لم يجر حتى الآن سوى عدد قليل نسبياً من الدراسات النموذجية الرامية إلى البحث في مدى انتشار انخفاض الرقم الدليلي لكتلة الجسم في البلدان والمجتمعات المختلفة، فإنه لا يوجد حالياً كثير من التقديرات القطرية أو الإقليمية القابلة للمقارنة. غير أنه جمعت مؤخراً بيانات في بعض بلدان أمريكا اللاتينية، وآسيا وأفريقيا، وجرت مراجعتها للتحقق من مدى فائدتها في تقدير مدى انتشار نقص الوزن أو زيادته عن الحد المناسب في تلك البلدان. وتتم التقديرات على أساس أرقام محددة، بحيث يعتبر الرقم الدليلي الذي يقل عن ١٨.٥ مؤشراً على نقص الوزن، والرقم من ١٨.٥ إلى ٢٥ مؤشراً على المدى الطبيعي، والرقم الذي يزيد على ٢٥ مؤشراً على الوزن الزائد، أما ما زاد عن ٣٠ فهو مؤشر على السمنة.

٣٣- وقد وجد في جميع الأقطار التي تمت دراستها أن الرقم الدليلي لوزن السكان الطبيعي، باستثناء الهند التي تعتبر أغلبية السكان فيها دون الوزن الطبيعي (أقل من ١٨.٥). وفي خمسة من بلدان أمريكا اللاتينية الستة التي تمت دراستها وجد أن معدل انتشار السمنة يتراوح بين ٢٢ و ٤٥ في المائة، على حين يعد ١٠ في المائة من السكان ناقصي الوزن. وكانت هايتي هي الحالة الاستثنائية الوحيدة في أمريكا اللاتينية، حيث تبين أن أكثر من ربع السكان الذين شملتهم الدراسة ناقصو الوزن. وما زالت الدراسة مستمرة للبحث في دلالة وملاءمة استعمال الرقم الدليلي لكتلة الجسم عند البالغين كمقياس للكفاية الغذائية العامة داخل المجتمع.

٣٤- وتتكشف تدريجياً فائدة الجمع بين مقياس لكتلة الجسم عند البالغين، والحالة التغذوية للأطفال. ففي الحالات التي تكون فيها الأرقام الدليلية لكتلة الجسم عند البالغين ملائمة بينما نمو الأطفال دون المستوى الطبيعي، يمكن توجيه الاهتمام نحو التعليم، والحد من احتمالات العدوى، وتشجيع الرعاية من جانب الوالدين، وذلك بغض النظر عن الحلول المتعلقة بتعزيز الإنتاج الزراعي، وتحسين الامدادات الغذائية على مستوى الأسرة، وضمان الأمن الغذائي.

٣٥- نقص الوزن عند الولادة - يعتبر نقص الوزن عند الولادة من المشكلات الصحية الخطيرة في البلدان النامية، وهو ظاهرة ترتبط بالوفاة عند الولادة أو بعدها.

ولأغراض المقارنات الدولية، فإن منظمة الصحة العالمية تعرّف نقص الوزن عند الولادة بأنه «أقل من ٢ ٥٠٠ غرام، أى حتى ٢ ٤٩٩ غراما». ولكن لكل بلد أن يختار رقما آخر للأغراض الإكلينيكية. ويرتبط نقص الوزن عند الولادة بالولادة المبكرة (أى فترة حمل تقل عن ٣٧ اسبوعا، وتأخر النمو داخل الرحم عن المئين العاشر للمعيار المرجعى للوزن عند الولادة وفترة الحمل). وتشير تقديرات منظمة الصحة العالمية الى أن ١٧٤ فى المائة من المواليد الجدد فى العالم يولدون ناقصى الوزن، منهم ٦٥ فى المائة فى الدول المتقدمة و ١٨٨ فى المائة فى الدول النامية. وتبين التحليلات الاقليمية معدلات بالغة الارتفاع فى جنوب آسيا الوسطى (٣٣ فى المائة) وفى افريقيا جنوب الصحراء الكبرى (١٥ فى المائة).

٣٦ - وأسباب نقص الوزن عند الولادة متشابكة وترجع الى عوامل متعددة. وتبين من التحليلات أن من أهم عوامل نقص الوزن عند الولادة فى البلدان النامية، بحسب

الجدول ٤ - عدد السكان المهددين بسوء التغذية بسبب نقص المغذيات الدقيقة أو المصابين بالفعل من هذا النقص

الاقليم (١)	اضطرابات نقص اليود		نقص فيتامين أ	
	مهددون	مصابون	مهددون (٢)	مصابون (٢)
	(تضخم الغدة الدرقية)	(تضخم الغدة الدرقية)	(جفاف الملتحمة)	أو الأنيميا
(بالملايين)				
افريقيا	١٥٠	٣٩	١٨	١٣
أمريكا	٥٥	٣٠	٢	٠.١
جنوب شرق آسيا	٢٨٠	١٠٠	١٣٨	١٠.٠
أوروبا	٨٢	١٤	—	—
شرق البحر المتوسط	٣٣	١٢	١٣	١.٠
غرب المحيط الهادى (٣)	٤٠٥	٣٠	١٩	١.٤
المجموع	١ ٠٠٥	٢٢٥	١٩٠	١٣.٨

المصدر: منظمة الصحة العالمية، ١٩٩٢

(١) الاقاليم حسب تقسيم منظمة الصحة العالمية

(٢) الاطفال قبل سن المدرسة فقط

(٣) يشمل الصين

ترتيب أهميتها: انخفاض المتحصل من السرعات الحرارية أو الوزن المكتسب أثناء الحمل، وانخفاض الوزن أثناء الحمل، وقصر القامة، والملاريا، والجنين الأنثى. أما في البلدان المتقدمة فإن هذه العوامل تشمل: تدخين السجائر، وانخفاض المتحصل من السرعات الحرارية والوزن المكتسب أثناء الحمل، والولادة المبكرة، والجنين الأنثى، وقصر القامة.

نقص المغذيات الدقيقة

٣٧ - أهم حالات نقص المغذيات الدقيقة التي لها تأثير ملموس على الصحة العامة: الاضطرابات الناجمة عن نقص اليود، ونقص فيتامين أ، والأنيميا الناجمة عن نقص الحديد. ويبين الجدول ٤ توزيع نقص المغذيات الدقيقة في كل اقليم.

٣٨ - الاضطرابات الناجمة عن نقص اليود - يعيش أكثر من ١٠٠٠ مليون من البشر في مناطق تفتقر تربتها الى اليود. ومن بين هؤلاء ٢٠٠ مليون مصابون بالدراق (تضخم الغدة الدرقية)، و ٢٦ مليونا مصابون بعيوب عقلية ناجمة عن هذا النقص، من بينهم ٦ ملايين مصابون بالفدامة. والأفراد المصابون موزعون في ٩٥ قطرا، ويعيش أكثر من نصفهم في الصين والهند. ونقص اليود لا يؤدي فقط الى الدراق، بل أيضا الى عرقلة النمو البدني والعقلي، وهو السبب الرئيسي في العلل العقلية التي يمكن الوقاية منها. كما يؤدي في الحالات الحادة الى الصمم والبكم، وإلى الفدامة وغير ذلك من العواقب الخطيرة، وخاصة الى تعطيل مقاومة الجسم للعدوى في مرحلة الطفولة، ومن ثم زيادة وفيات الأطفال، ويؤدي كذلك الى تعطيل وظيفة الانجاب، مما يزيد من معدلات الاجهاض، ونزول المولود ميتا، والعيوب الخلقية، وما الى ذلك.

٣٩ - نقص فيتامين أ - هناك ١٩٠ مليون طفل على الأقل يعيشون في مناطق لا تتوافر فيها الاغذية التي تحتوي على فيتامين أ بقدر كاف، منهم ٤٠ مليون طفل يعانون من نقص هذا الفيتامين (كما يظهر من زاوية الكيمياء الحيوية)، كما أن من بينهم ١٣ مليونا ظهرت عليهم بالفعل بعض أعراض ضعف البصر. ويصاب بالعمى الجزئي أو الكلي كل عام ما بين ربع مليون ونصف مليون طفل بسبب نقص فيتامين ألف، ويموت ثلثا هذا العدد بعد بضعة أشهر من اصابتهم بالعمى. وهناك بالاضافة الى هؤلاء أعداد أخرى كبيرة - ربما عشرة أضعاف عددهم أو عشرون ضعفا - تعيش مهددة بسبب ضعف مقاومة المصابين بنقص فيتامين ألف للعدوى. ويتوزع هؤلاء في ٣٧ بلدا نصفها في أفريقيا. وتعيش الأغلبية العظمى من هؤلاء الأطفال في جنوب وجنوب شرقي آسيا. ويتسبب نقص فيتامين ألف في العمى الليلي، ومرض جفاف الملتحمة الذي يؤدي الى العمى. كما يساهم هذا النقص في إضعاف النمو البدني وتعطيل مقاومة الجسم للعدوى، مما يؤدي الى زيادة الوفيات بين الأطفال الصغار.

٤٠ - نقص الحديد - يصيب نقص الحديد أكثر من ٢٠٠٠ مليون من البشر، في جميع بلدان العالم تقريباً. وأكثر الفئات تأثراً بنقص الحديد النساء والأطفال في سن ما قبل الالتحاق بالمدرسة، وعادة ما يكون أكثر من نصفهم مصابين بالأنيميا. ولكنه يصيب أيضاً الأطفال الأكبر سناً والرجال. ويعيش أكثر السكان المصابون بهذا النقص في أفريقيا وجنوب شرق آسيا، وتتقترن الإصابة بالأنيميا بين الرضع والأطفال بتأخر نمو الجسم وتطور القدرات الإدراكية، وضعف المقاومة للعدوى، ويسبب نقص الحديد عند البالغين الإرهاق وتدنّي القدرة على العمل، كما يعرقل بصورة خطيرة الوظائف التناسلية. وتزيد الأنيميا التي تصيب الأمهات من احتمالات تعرضهن للنزيف والأمراض المعدية قبل الولادة وأثناءها وبعدها، كما أن نقص الحديد هو السبب الرئيسي في نحو ٢٠ في المائة من الوفيات بين الأمهات. كذلك تؤدي الأنيميا التي تصيب الأمهات إلى تأخير نمو الجنين داخل الرحم، وقلة الوزن عند الولادة، وزيادة معدلات الوفاة أثناء الولادة.

٤١ - بعض أوجه النقص الأخرى في المغذيات الدقيقة - تحدث في بعض الظروف الخاصة عدة حالات أخرى نتيجة نقص المغذيات الدقيقة، وأهم هذه الحالات البري بري، والبلاجرا، والاستقربوط، والكساح (لين العظام)، وهي ترجع بوجه عام إلى عدم كفاية المغذيات الدقيقة في الغذاء، كما ونوعاً.

٤٢ - أما نقص فيتامين ب ١ فقد يكون حاداً أو مزمنياً، ويصيب البالغين والرضع على حد سواء. ويلاحظ وجود هذا النقص لدى الأفراد الذين يتكون غذاؤهم الرئيسي من الأرز الممقول بدرجة عالية. ويقتصر في بعض الحالات بآدمان الكحوليات بين البالغين. ويتسبب نقص هذا العنصر الغذائي في الإصابة بالبري بري. وينتشر هذا المرض في آسيا بين تجمعات اللاجئين والسجناء وتظهر أعراضه على القلب والجهاز العصبي.

٤٣ - وقد يتسبب نقص النياسين أو التربتوفان في الإصابة بالبلاجرا التي تتمثل أعراضها المعروفة في الإسهال والتهاب الجلد والعتة. ويحدث هذا النقص لدى الأفراد الذين يعتمدون اعتماداً شديداً على غذائهم على الذرة أو الذرة الرفيعة، ولا تزال حالات النقص توجد أحياناً بين التجمعات السكانية في المناطق النائية في آسيا وأفريقيا، وبين اللاجئين.

٤٤ - وهناك أيضاً نقص فيتامين ج (حامض الاسكوربيك)، أو الاستقربوط، وقد يصيب البالغين أو الأطفال أو الرضع. وهو يصيب بوجه خاص اللاجئين والمشردين الذين يعتمدون في غذائهم على الحمص الغذائية وغيرهم ممن لا تتاح لهم فرصة لاستهلاك الفاكهة والخضراوات نتيجة للجفاف الشديد في أغلب الأحيان. ومن مظاهر الإصابة بنقص هذا الفيتامين نزيف اللثة، والنزيف الداخلي، وخاصة تحت السمحاق، والأنيميا.

٤٥ - ولايزال الكساح (لين العظام) يمثل مشكلة في بعض المجتمعات المحلية التي لا يحتوي غذاؤها على كميات كافية من فيتامين د، والتي لا تتعرض بالقدر الكافي لأشعة الشمس، وخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة. ويوجد هذا المرض أساسا في شمال أفريقيا والشرق الأوسط، وجنوب وشرق آسيا.

٤٦ - وتفتقر التربة والمياه في عدة مناطق في معظم البلدان إلى الفلوريد، وهو عنصر ضروري لنمو الأسنان بصورة سليمة ولمقاومة التسوس. ويؤدي تدنى مستويات الفلورين في مياه الشرب إلى زيادة احتمالات الإصابة بتسوس الأسنان. وقد يحدث في مناطق أخرى إفراط في استهلاك الفلوريد مما يؤدي إلى تبقع الأسنان وإلى تشوهات في الهيكل العظمي.

٤٧ - ومن المعروف أن الزنك والسلينيوم من العناصر النزرة الضرورية التي يؤدي الإفتقار إليها إلى مشكلات صحية عامة في التجمعات السكانية الكبيرة. فنقص الزنك يزيد من تأخر النمو واحتمالات الإصابة بالإسهال بين الأفراد الذين يعانون من نقص التغذية، ويعرقل عمل الجهاز المناعي. ويقترن نقص السلينيوم بالإصابة بمرض "كيشان" وهو مرض يصيب عضلات القلب، ولاسيما بين الأطفال والنساء، وكذلك مرض "كاشين-بك" وهو مرض متوطن يصيب المفاصل عند الأطفال، خاصة في التجمعات السكانية في الصين وأقاليم آسيا الوسطى في الإتحاد السوفييتي السابق. وقد نشرت تفاصيل عن نقص عناصر الموليبيدينوم والنحاس والكروم، ولكن لم تحدد جيدا أهمية تلك العناصر بالنسبة للصحة العامة.

الأمراض غير السارية المرتبطة بالنظام الغذائي

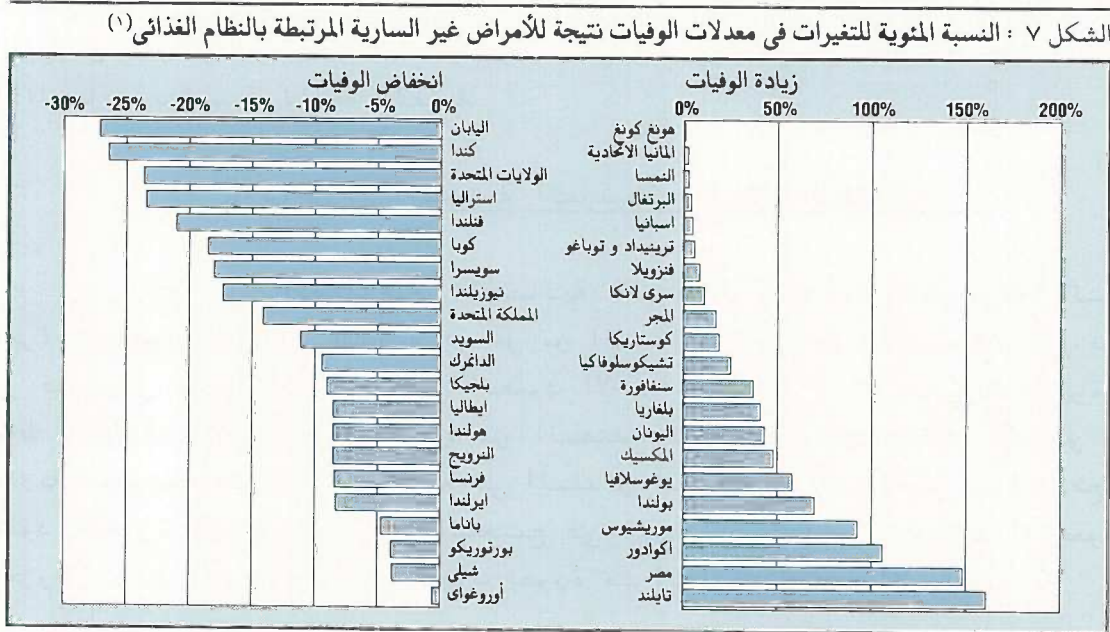
٤٨ - أدت التغيرات الاجتماعية الاقتصادية الواسعة، بما في ذلك سرعة التوسع العمراني وتطور الخدمات الصحية في كل من البلدان المتقدمة والنامية، إلى تحول كبير في مجال الصحة والتغذية في العقود الأخيرة، مما أسفر عن تغيرات كبيرة في أنماط الإصابة بالأمراض. فقد كان من المعتقد فيما سبق أن مشكلات الأمراض غير السارية المزمنة قليلة أو معدومة في البلدان النامية. ولكن أصبح من الواضح في العقود الأخيرة أن بعض قطاعات المجتمع في البلدان النامية، وكذلك المجموعات المحرومة اجتماعيا واقتصاديا، تصاب بصورة متزايدة بمثل هذه الأمراض.

٤٩ - وقد أصبح من المسلم به بصورة متزايدة خلال الأربعين سنة الماضية، وخاصة في البلدان الصناعية أن بعض الأمراض غير السارية المزمنة يرتبط ارتباطا وثيقا بالنظام الغذائي وغير ذلك من جوانب أنماط الحياة ولاسيما الاجهاد الانفعالي، وقلة النشاط الجسماني، وتدخين التبغ. وقد وجد أن دور النظام الغذائي له أهمية خاصة في حدوث الأمراض التالية: السمنة، أمراض القلب والأوعية، ارتفاع ضغط الدم والسكتة المخية، البول السكري (النوع الثاني: غير المعتمد على الانسولين)،

تسوس الأسنان، أشكال مختلفة من السرطان، وبعض أمراض المعدة والأمعاء والكبد. وتسبب هذه الأمراض أكثر من ٧٠ في المائة من حالات الوفاة في البلدان المتقدمة.

٥٠ - وقد تبين منذ عشرات السنين أن الزيادة في تلك الاضطرابات ترتبط بالاسراف في متحصلات الجسم من الطاقة ولاسيما في شكل دهون، خاصة الدهون المشبعة، وكذلك باستهلاك الكحوليات والملح الى حد ما. وأدى الوعي بهذه الحقائق في بعض البلدان الى بذل جهود تعليمية لتشجيع السكان على تقليل استهلاكهم من تلك المكونات الغذائية وتجنب أنواع السلوك التي تزيد من الإصابة بتلك الاضطرابات أو احتمالات الإصابة. وقد أسفرت هذه الجهود عن انخفاض في معدلات انتشار هذه الاضطرابات في بعض البلدان المتقدمة. ومن ثم فإن الصورة العامة تفترض فيها الجوانب الايجابية والسلبية إذ نجد أن بعض البلدان تعاني من ارتفاع في معدلات انتشار هذه الاضطرابات بينما تشهد بلدان أخرى انخفاضا في معدلات انتشارها.

٥١ - وقد قامت منظمة الصحة العالمية في ١٩٩٢/١٩٩١ بتحليل لتلك الاتجاهات وحاولت أن تحدد الى حد ما العوامل المسؤولة عن تلك الاتجاهات. وقد أجرى استعراض لاتجاهات الوفيات من الأمراض غير السارية المرتبطة بالغذاء^(٢) في ٤٢ بلدا، وسجلت بيانات شبه كاملة عن الفترة من ١٩٦٠ الى ١٩٨٩. (أنظر الشكل ٧)^(٣)



المصدر: منظمة الصحة العالمية

(١) في البالغين ٦٥ عاما أو أكثر فيما بين ١٩٦٠-١٩٦٤ و ١٩٨٥-١٩٨٩ في ٤٢ بلدا.

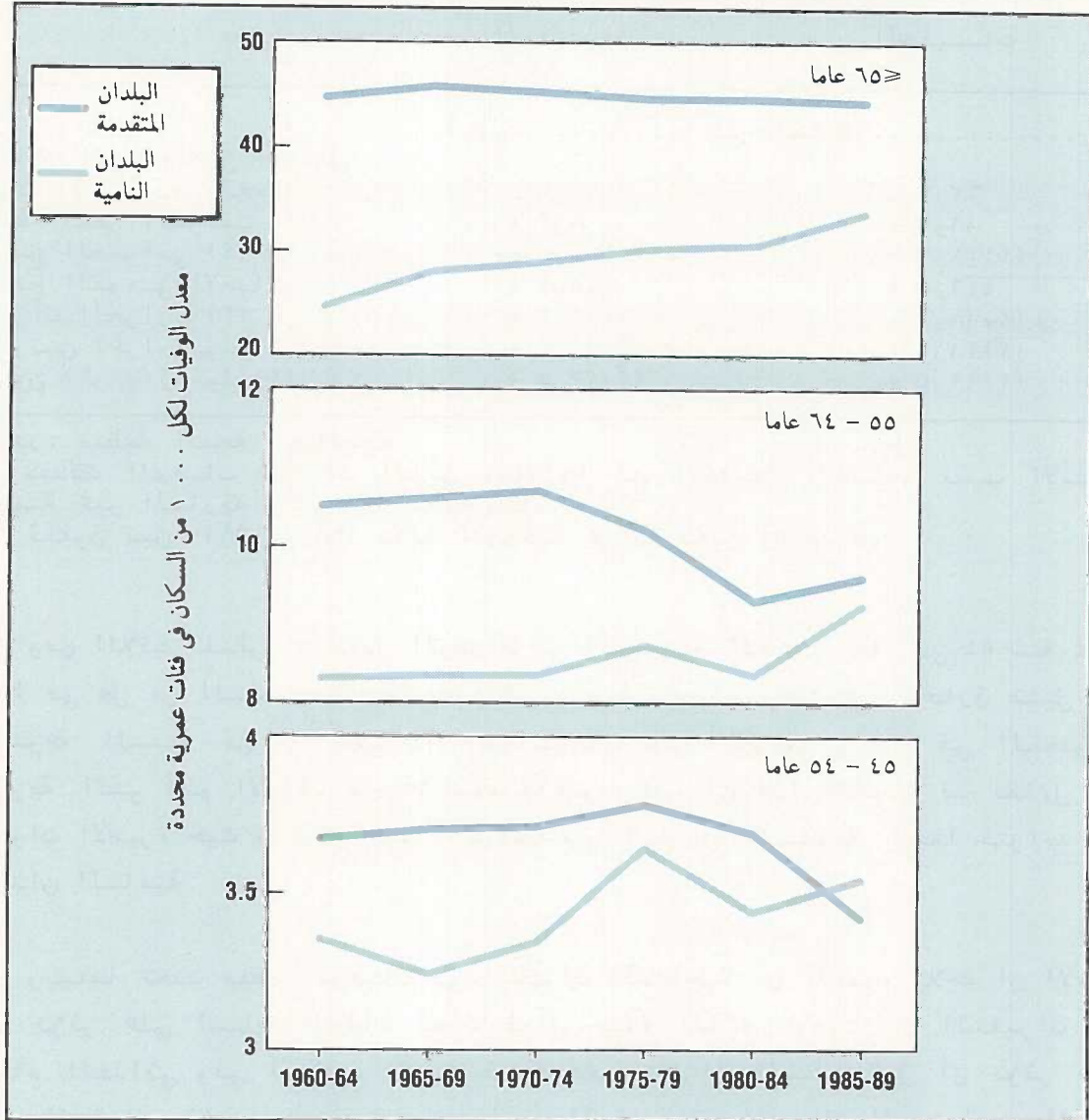
(٢) وتشمل: الأورام الخبيثة، والسكري، والسمنة، وأمراض الجهاز الدوري (عدا الحمى الروماتيزمية) وأمراض الكبد المزمنة والتليف الكبد، وتكون حصوات في الصفراء أو التهابها.

(٣) استخدمت منظمة الصحة العالمية في هذه التحليلات قاعدة البيانات العالمية عن تحليل اتجاهات التغذية، وهي القاعدة التي جمعتها وحدة التغذية بالتعاون مع وحدة مناهج الرصد والتقييم والتنبؤات.

٥٢ - ومن بين هذه البلدان الاثني والأربعين، ٢٦ بلداً تدرج في فئة البلدان المتقدمة و ١٦ بلداً تعد من البلدان النامية. وينبغي ملاحظة أن المجموعة الأخيرة من البلدان لديها خدمات للاحصاءات الصحية وبيانات عن هذه الشؤون أفضل من تلك المتوافرة في كثير من البلدان النامية الأخرى - وعلاها تقريباً من البلدان ذات الدخل المتوسط أو الشريحة الدنيا من البلدان ذات الدخل المتوسط وفقاً لتعريف البنك الدولي. أما مجموعة البلدان المتقدمة، فتضم تقريباً الاقتصاديات ذات الدخل المرتفع أو ذات الشريحة العليا من الدخل المتوسط.

٥٣ - ويبين الشكل ٨ اتجاهات الوفيات بحسب المجموعات العمرية (أي عدد الوفيات سنوياً بين كل ١٠٠٠ من أفراد كل مجموعة من المجموعات العمرية) الناجمة عن تلك الأسباب المختلفة. وقد لوحظ عدم حدوث تغيرات هامة في معدلات الوفيات في قطاع

الشكل ٨ : متوسط معدل الوفيات بحسب السن نتيجة للأمراض غير السارية المرتبطة بالنظام الغذائي



السكان بين ٤٥ و ٥٤ سنة في العقود الثلاثة الأخيرة في كل من البلدان المتقدمة والنامية. أما المجموعة العمرية من ٥٥ الى ٦٤ سنة، فقد شهدت انخفاضا في معدلات الوفيات بنسبة ٩ في المائة في البلدان المتقدمة، بينما زادت بنسبة ١١ في المائة في البلدان النامية. وفي المجموعة العمرية أكثر من ٦٥ سنة لم يحدث تغير في البلدان المتقدمة بينما لوحظ حدوث زيادة كبيرة (٣٧ في المائة) في البلدان النامية.

الجدول ٥ - التغيرات في المؤشرات المختلفة في البلدان التي شهدت تناقضا أو تزايدا في معدلات الوفيات^(١) في الفترة الواقعة بين عامي ١٩٦٠ و ١٩٨٥

المؤشرات	البلدان التي شهدت تناقضا في معدلات الوفيات	البلدان التي شهدت تزايدا في معدلات الوفيات
..... في المائة (.....)		
احتمالات الوفاة قبل اكتمال السنة الأولى من العمر	٦٣٧ -	٦٣٢ -
متوسط العمر المرتقب	٨٢ +	١١٢ +
التوسع العمراني (٢)	١٧٥ + (٢)	٢٨٦ + (٢)
الناج القومى الاجمالى	٤٤٥٣ +	٤٤٦٥ +
السرعات الحرارية (٢)	٨٩ + (٢)	١٨٢ + (٢)
البروتين (غرام/يومية) (٢)	١٠٤ + (٢)	٢١٣ + (٢)
الدهون (غرام/يومية) (٢)	٢٣٥ + (٢)	٤٦٢ + (٢)

المصدر: منظمة الصحة العالمية

(١) معدلات الوفيات للأفراد الذين تجاوزوا سن الخامسة والستين بسبب الأمراض المزمنة غير السارية المرتبطة بالتغذية.
(٢) للفرق بين ١٩٦٠ و ١٩٨٥ دلالة احصائية عندما يكون $P < 0.02$.

٥٤ - ومن اللافت للنظر أن معدل الوفيات في المجموعة العمرية ٤٥ الى ٥٤ سنة كان واحدا في كل من البلدان المتقدمة والبلدان النامية. وكان هناك فارق ضئيل في المجموعة السنية من ٥٥ الى ٦٤ سنة بينما كان الاختلاف واضحا في المجموعة العمرية التي تضم الأفراد من ٦٥ سنة فأكثر. غير أن هذا الفارق قد تضاعف في السنوات الأخيرة حيث تتناقص هذه المعدلات في البلدان المتقدمة بينما تتزايد في البلدان النامية.

٥٥ - وبينما تحدث معظم الوفيات في السنوات المتأخرة من العمر، يلاحظ أن الأمور التي تؤثر على أسباب الوفاة تحدث طوال حياة الفرد. وحيث أن التغيرات في النظام الغذائي وفي أساليب العيش قد تستغرق عشرات السنين قبل أن تؤثر على معدلات الوفيات، فانه ينبغي تنفيذ تدابير الوقاية في السنوات المبكرة من العمر.

٥٦ - ويبين الشكل ٧ الانجازات التي تحققت في خفض معدلات الوفيات نتيجة للأمراض غير السارية المرتبطة بالنظام الغذائي. ويظهر هذا الشكل النسبة المئوية للتغير في معدلات الوفيات نتيجة لانتشار الأمراض المرتبطة بالغذاء في الفترة بين ١٩٦٠ و ١٩٦٤ والفترة بين ١٩٨٥ و ١٩٨٩ في ٤٢ بلداً، وذلك بين السكان الذين يتجاوز سنهم ٦٥ سنة. وقد انخفضت هذه المعدلات في ٢١ بلداً من بينها ستة عشر بلداً متقدماً وخمسة بلدان نامية. غير أن الانخفاض كان ضئيلاً في تلك البلدان النامية باستثناء كوبا. وقد حدث انخفاض ملحوظ في هذه المعدلات في كوبا التي تتميز ببذل جهود ضخمة في مجال الصحة العامة والاحصاءات الصحية (التي تضارع جهود واحصاءات البلدان المتقدمة في عدة جوانب أخرى).

٥٧ - ويلاحظ من جهة أخرى أن معدلات الوفيات قد زادت في ٢١ بلداً من بينها عشرة بلدان متقدمة وأحد عشر بلداً نامياً. ومن بين تلك البلدان المتقدمة أربعة بلدان في أوروبا الغربية، ولكن الزيادة كانت أقل من خمسة في المائة، ومن ثم فإنها لا تعتبر ذات دلالة إحصائية. ولم تحدث زيادة كبيرة إلا في بلدان أوروبا الشرقية وفي البلدان النامية حيث كانت معدلات الزيادة أكبر بكثير من معدلات الانخفاض في البلدان المتقدمة.

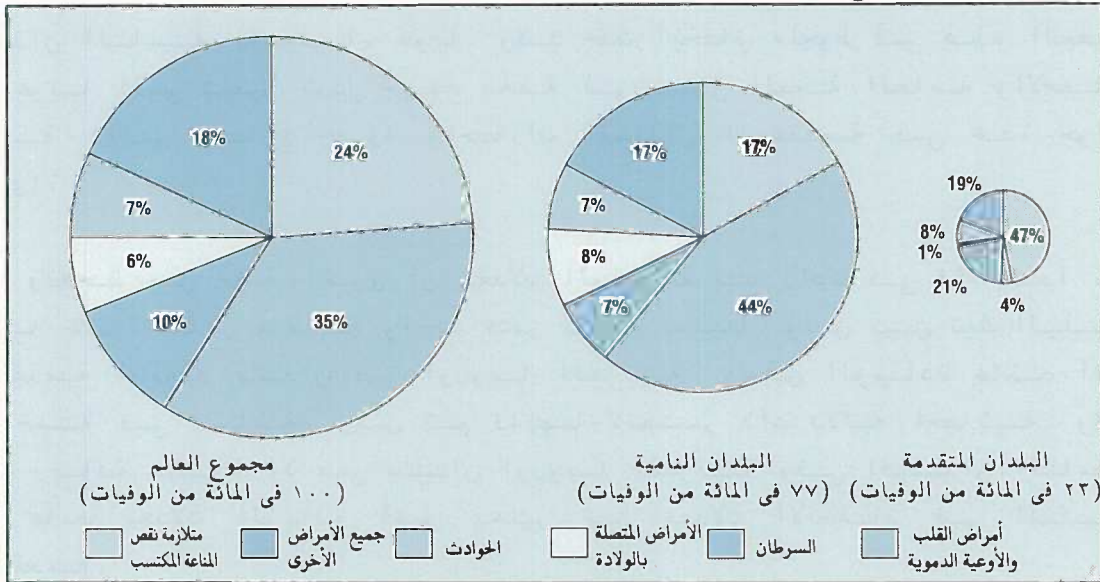
٥٨ - ويبين الجدول ٥ التغيرات المئوية في عدد من المؤشرات المتعلقة بالبلدان مع تقسيمها إلى مجموعة تشهد تناقصاً في الوفيات من تلك الأمراض ومجموعة تشهد تزايداً في معدل الوفيات الناجمة عنها. وكانت الاتجاهات متشابهة في هاتين المجموعتين من البلدان فيما يتعلق بالمؤشرات الخاصة باحتمالات وفاة الرضع قبل اكتمال السنة الأولى من العمر (وفيات الرضع)، ومتوسط العمر المرتقب ونصيب الفرد من الناتج القومي الإجمالي.

٥٩ - ويلاحظ أن العاملين الرئيسيين اللذين يتفاوتان بين هاتين المجموعتين من البلدان هما درجة التوسع الحضري ومدى توافر الغذاء. ويرجح بالنظر إلى بعض القرائن الأخرى أن تكون العوامل الغذائية الرئيسية المؤثرة هي نسبة السعرات الحرارية المستمدة من الدهون ومن الدهون المشبعة.

٦٠ - ويمكن ملاحظة خصائص البلدان الواقعة على طرفي النقيض في الشكل ٧. فقد تحققت أكبر التحسينات (الانخفاضات) في اليابان حيث بلغت نسبة الانخفاض في الوفيات بسبب الأمراض غير السارية المرتبطة بالتغذية ٢٧ في المائة. ويرتبط هذا الانخفاض بتحسين أنماط التغذية والرعاية الصحية والفحص الطبي. كما يعود الفضل إلى جهود التوعية النشطة الرامية إلى التأثير على

المتحصلات الغذائية، ولاسيما الحد من الدهون، والدهون المشبعة والاملاح، والترويج لأنماط الحياة الصحية، في تحقيق الخفض في معدلات الوفيات نتيجة الأمراض غير السارية المتمثلة بالغذاء في البلدان الأخرى.

الشكل ٩ : تقديرات توزيع أسباب الوفيات، ١٩٩٠ (١)



المصدر: منظمة الصحة العالمية (١) تستند هذه التقديرات الى مجموع عدد الوفيات بحسب تقديرات شعبة السكان في الأمم المتحدة، وعدد الوفيات بحسب الأسباب بين الأطفال أقل من ٥ سنوات بحسب تقديرات برامج منظمة الصحة العالمية الموجهة للبلدان النامية، وبيانات أسباب الوفيات التي قدمتها البلدان المتقدمة للنشرة ائلسنوية للإحصاءات الصحية العالمية، واستنادا الى الافتراض بأن نمط الوفيات الشامل في البلدان النامية لم يتغير منذ ١٩٨٥.

٦١ - وفي الطرف الآخر من الشكل تظهر أربعة بلدان نامية شهدت زيادة سريعة في الدخول والتوسع الحضري والأخذ بأنماط غذائية غير مواتية. فقد وصلت معدلات الزيادة في الوفيات أكثر من مائة في المائة في اكوادور ومصر وتايلند.

٦٢ - ويلاحظ أيضا حدوث زيادة في عدد الأشخاص الذين تزيد أعمارهم على ٦٥ سنة في جميع البلدان ومن ثم توجد زيادة مستمرة في الأعداد المطلقة لوفيات الناجمة عن الاضطرابات التغذوية. وتتمثل المشكلة الكبرى التي تشغل الاذهان في أن الزيادات في معدلات الوفيات الناجمة عن أمراض غير سارية مرتبطة بالغذاء سوف تظهر بين الفئات العمرية الأصغر سنا وفي أن نسبة متزايدة باستمرار من السكان المنتجين سوف تتأثر بتلك الأمراض. وسيكون لذلك تأثير سلبي على الأسر والمجتمعات المحلية وعلى التنمية القطرية.

٦٣ - أمراض القلب والأوعية الدموية - تتسبب أمراض القلب والأوعية الدموية فيما يقرب من ٢٤ في المائة (١٢ مليوناً) (٤) من جميع حالات الوفيات في العالم، وتحتل المرتبة الثانية بين أسباب الوفاة جميعاً. وفي البلدان المتقدمة ترجع حوالى ٤٧ في المائة من جميع حالات الوفاة الى أمراض القلب والأوعية الدموية المرتبطة بالسمنة وبمقدار الدهون المشبعة في الوجبات الغذائية وكذلك بعض الجوانب الأخرى المتعلقة بأساليب العيش ولأسيما التدخين والنشاط الجسماني. أما في البلدان النامية فلا تزيد نسبة الوفيات الناجمة عن أمراض القلب والأوعية الدموية عن ١٧ في المائة تقريبا (الشكل ٩). بيد أنه لما كان ٧٧ في المائة من جميع حالات الوفاة تحدث في البلدان النامية، فإن الرقم المطلق لحالات الوفاة الناجمة عن أمراض القلب والأوعية أكبر من مثيله في البلدان المتقدمة.

٦٤ - وتعمل منظمة الصحة العالمية على رصد التغير في معدلات الوفيات والمرض الناجمة عن أمراض القلب والأوعية وكذلك العوامل الفسيولوجية والسلوكية وغيرها من العوامل المرتبطة بهذه التغيرات. ويتضح من التحليلات التي تقوم بها منظمة الصحة العالمية أن معدلات الوفيات المرتبطة بالعمر أعلى بين الرجال منها بين النساء، وأن عدد الوفيات الناجمة عن أمراض أوعية القلب أكبر من تلك الناجمة عن أمراض أوعية المخ. وقد زادت خلال الفترة من ١٩٥٢ الى ١٩٦٧ معدلات الإصابة بأمراض القلب المرتبطة بأوعية القلب زيادة كبيرة بين الرجال في معظم البلدان بينما حدثت زيادة في عدد قليل من البلدان بين النساء. وفي الفترة من ١٩٧٠ الى ١٩٨٥ حدث تناقص كبير في معدلات الإصابة بين الرجال والنساء في جميع البلدان تقريبا باستثناء بلدان أوروبا الشرقية وبعض بلدان جنوب أوروبا.

٦٥ - وبينما تحقق قدر كبير من النجاح في مكافحة أمراض القلب والأوعية في كثير من البلدان المتقدمة، يوجد احساس بالقلق من بدء ظهور زيادة في معدلات الإصابة بأمراض القلب والأوعية في أوروبا الشرقية والبلدان النامية. ويرجع ذلك جزئيا الى التحسينات التي طرأت على متوسط العمر المرتقب. بيد أن تزايد انتشار العوامل التي تؤدي الى الإصابة بتلك الأمراض، لاسيما بين الرجال في البلدان النامية، كان له أيضا دور بالغ الأهمية في هذا الصدد.

٦٦ - ارتفاع ضغط الدم والسكتة المخية - على خلاف الحال بالنسبة لأمراض أوعية القلب حدث نقص مستمر في معدلات الوفيات الناجمة عن أمراض أوعية المخ خلال الفترة من ١٩٥٢ الى ١٩٨٥ في جميع البلدان تقريبا التي شملتها دراسة مونيك، وذلك باستثناء أوروبا الشرقية. وكانت معدلات الانخفاض أكبر بوجه عام خلال الفترة من ١٩٧٠ الى ١٩٨٥.

(٤) يموت سبعة ملايين تقريبا من هؤلاء الاثنى عشر مليونا بسبب أمراض القلب والأوعية الدموية في البلدان النامية.

المشروعات التي تنفذها منظمة الصحة العالمية لمكافحة أمراض القلب والأوعية الدموية

استهلت منظمة الصحة العالمية في ١٩٨٥، مشروعاً مدته عشر سنوات يعرف باسم مونيكا MONICA - وهو اسم مشتق من اللفظين الانجليزيين "Monitoring" بمعنى رصد و "Cardiovascular" بمعنى القلب والأوعية الدموية - من أجل مساعدة السلطات المعنية بالصحة العامة على تقدير فعالية البرامج الوقائية المنفذة في هذا المجال. وتولى مشروع مونيكا - الذي يعد من أضخم المشروعات البحثية المنفذة - تتبع الاتجاهات السائدة لدى سكان تتراوح أعمارهم بين ٢٥ و ٦٤ عاماً في ٢٦ بلداً، وذلك عن طريق شبكة تضم ٣٩ مركزاً بحثياً. ويتولى كل مركز من هذه المراكز متابعة نحو ٢٠٠ ١ شخص يشكلون عينة تتوافر فيها صفة تمثيل ١٥ مليون نسمة من السكان. وقد أظهرت النتائج المحرزة حتى الآن فروقا في معدلات الوفيات بين سكان مدن فرنسية ثلاث هي ليل، وستراسبورغ، وتولوز. فقد سجلت هذه المعدلات أدنى مستوى لها في تولوز لاحتواء الوجبات الغذائية فيها على نسب أعلى من الزيوت والدهون الغنية بالروابط الكيميائية غير المشبعة، والخضر، والفاكهة، وعلى نسب أقل من الدهون ذات الأصل الحيواني، ومن الدهون المشبعة.

وتعكف منظمة الصحة العالمية على تنفيذ مشروعات تستهدف الوقاية من أمراض القلب والأوعية الدموية ومكافحتها، وتشمل هذه المشروعات ما يلي:

- * كاردياك CARDIAC (وهو الاسم المختصر لدراسة معنونة مقارنة بين أمراض القلب والأوعية الدموية والنظام الغذائي)، وتجرى هذه الدراسة في ٢٣ بلداً نامياً ومتقدماً بهدف تحديد الصلات القائمة بين النظام الغذائي وارتفاع ضغط الدم. ويدير الدراسة المركز المتعاون مع منظمة الصحة العالمية في جامعة شيمان، ايزومو، اليابان.
- * مشروع توعية المريض، ويغطي ثمانية بلدان؛ ويتمثل هدفه الرئيسي في تدريب أطباء وممرضات الأسرة على أساليب تعليم مرضى ارتفاع ضغط الدم كيفية مراعاة حالتهم المرضية. ومن الجدير بالذكر أن الاتحاد العالمي لارتفاع ضغط الدم يشارك في المشروع.
- * دراسة عن العوامل الباثولوجية البيولوجية التي تسبب تصلب الشرايين لدى الشباب، وهي دراسة مدتها خمس سنوات تنفذ بواسطة ٢٠ مركزاً في ١٦ منطقة من العالم، ويتمثل هدفها الرئيسي في تحديد كيفية تطور تصلب الشرايين من خلال دراسة انسداد الشرايين لدى الشباب.
- * المشروع العالمي لرصد أمراض القلب والأوعية الدموية والوقاية منها، وهو يركز على شبكة انشئت مؤخراً تضم عدداً من المواقع في بلدان نامية ترتبط بمواقع أخرى تابعة لمشروع مونيكا سالف الذكر، ويستهدف هذا المشروع مساعدة تلك الدول على اكتساب المهارات اللازمة لتنفيذ برامج الوقاية. وتتلقى منظمة الصحة العالمية بيانات من ٢٧ بلداً، يقع معظمها في أوروبا وتضم أيضاً الولايات المتحدة، ونيوزيلندا، وأستراليا، وإسرائيل، واليابان.
- * البرنامج الخاص بالوقاية من الحمى الروماتيزمية ومن أمراض القلب الروماتيزمية، وهو مشروع ينفذ في عدد من البلدان النامية ويستهدف الحد من عدد حالات الإصابة والوفاة بهذه الأمراض التي تؤثر على الأطفال. ومن الجدير بالذكر أن الجمعية والرابطة الدولية لأمراض القلب تشارك في هذا المشروع.

ومن الواضح أن إظهار البلدان للالتزام قوى بتوفير ما يلزم من برامج الوقاية من أموال ومعدات وموظفين هو وحده الكفيل بدرء التفشي الوبائي الوشيك لأمراض القلب والأوعية الدموية.

٦٧ - وثمة علاقة قوية بين ارتفاع ضغط الدم وكل من أمراض أوعية القلب والسكتة المخية. ويتبين من الدراسات القائمة على الملاحظة أن ارتفاع ضغط الدم الانبساطى بمقدار ٧٥ ملليمتر فقط يزيد من مخاطر التعرض لأمراض أوعية القلب بنسبة ٢٨ فى المائة واحتمال الإصابة بالسكتة المخية بنسبة ٤٤ فى المائة.

٦٨ - ويؤثر ارتفاع مؤشر كتلة الجسم وزيادة متحمل الجسم من الكحول تأثيرا قويا على ضغط الدم. كما تبين أن ثمة علاقة ايجابية بين متحملات الجسم من الملح خاصة اذا زادت عن ستة جرامات للفرد يوميا وبين الارتفاع التدريجى فى ضغط الدم الذى يلاحظ مع تقدم السن لدى بعض الأفراد فى بعض البلدان. ويخفف من هذا التأثير الى حد ما استهلاك كميات أكبر من البوتاسيوم والكالسيوم.

٦٩ - وتشير الدراسات الوبائية دون استثناء الى انخفاض ضغط الدم بين النباتيين عنه بين غير النباتيين، وذلك بغض النظر عن السن أو الوزن أو سرعة النبض. ويلاحظ فى بلدان نامية شتى (مثل غانا وكينيا وبابوا غينيا الجديدة) أن تأثير ارتفاع ضغط الدم الأصلي يزداد أهمية بين سكان الحضر عنه بين سكان الريف. وتبين من دراسات أجريت فى كينيا أن زيادة متحملات الجسم من الملح هي السبب الرئيسى فى هذه الظاهرة.

٧٠ - السمنة - تصيب السمنة ما بين ٧ و ١٥ فى المائة من البالغين الذين تقترب أعمارهم من الأربعين فى البلدان الصناعية. غير أن السمنة لا تقتصر على المجموعات السكانية الموسرة أو البلدان ذات الدخل المرتفع. فقد أصبحت السمنة منتشرة فى العالم النامى وخاصة بين الفقراء فى البلدان ذات الدخل المتوسط وبين الصفوة فى البلدان ذات الدخل المنخفض. ومن ذلك مثلا أن معدل انتشار السمنة بين النساء المقيمات فى الحضر فى عدد من بلدان الكاريبى يتجاوز ٣٠ فى المائة. كما يلاحظ ارتفاع معدلات زيادة الوزن بين الاطفال (أنظر الشكل ١٠). وتعد السمنة من العوامل التى تزيد احتمالات التعرض للأمراض المرتبطة بالغذاء بما فى ذلك أمراض القلب وارتفاع ضغط الدم والسكر وبعض أشكال السرطان مع تزايد احتمالات التعرض لتلك الأمراض بتزايد السمنة.

٧١ - وترجع السمنة الى حد كبير الى عوامل بيئية وخاصة النظام الغذائى ومستوى النشاط البدنى. وكلما أصبحت المجتمعات أكثر ثراء وأصبحت التكنولوجيا المستخدمة فيها أكثر ميكة، تناقصت متطلبات النشاط البدنى. وهذا الأسلوب فى الحياة يمكن أن يؤثر على كل من البالغين والاطفال. وقد يرجع الاسراف فى متحملات الجسم من الطاقة بما لا يتناسب مع ما ينفق منها الى

زيادة منتجات الجسم من أى عنصر من العناصر المغذية الكبيرة، إلا أنه يلاحظ أن الدهون الغذائية تؤدي بوجه خاص إلى زيادة الوزن. وتتفق التحليلات القطرية والدولية مع الرأى القائل بأن مشكلة السمنة تتزايد بتزايد نسبة الطاقة المستمدة من الدهون.

٧٢ - مرض السكر - أن مرض البول السكرى غير المعتمد على الانسولين يعد أكثر أنواع السكر شيوعاً وهو يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالسمنة وأمراض القلب والأوعية. ويلاحظ أن مرض السكر أصبح يشكل وباءً ظاهراً بين البالغين فى جميع أنحاء العالم. ويبدو أن هذا الاتجاه يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالتغير فى أساليب العيش وبالتغيرات الاجتماعية الاقتصادية. ويواجه سكان البلدان النامية وكذلك الأقليات والمجتمعات المحرومة فى البلدان الصناعية فى الوقت الحاضر أشد أخطار الإصابة بمرض السكر.

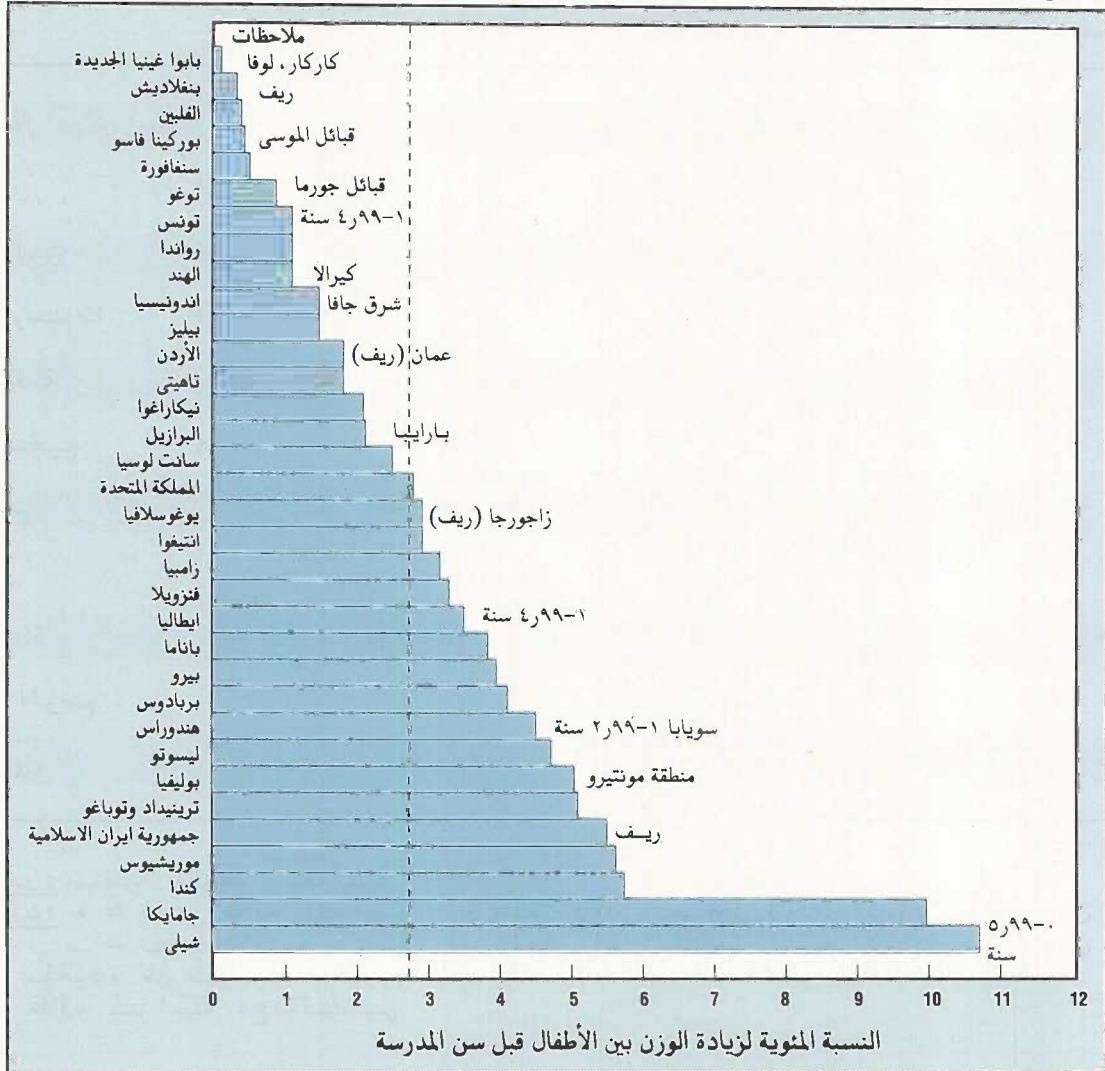
٧٣ - وتشير بيانات الأوبئة المتعلقة بالمجموعات السكانية من سن ٣٠ إلى ٦٤ سنة إلى انعدام الإصابة بمرض السكر أو ندرتها (أقل من ٣ فى المائة) فى بعض المجتمعات التقليدية فى البلدان النامية، كسكان الريف فى تنزانيا. ويلاحظ انتشار هذا المرض بصورة متوسطة (من ٣ إلى ١٠ فى المائة) بين معظم المجموعات السكانية فى أوروبا وأمريكا وفى بعض البلدان النامية. وينتشر المرض بدرجة عالية (من ١٠ إلى ٢٠ فى المائة) بين بعض المجموعات الحضرية فى الهند والصين وموريشيوس وسكان الحضر المنحدرين من أصل أسباني فى الولايات المتحدة وكذلك بين المهاجرين من شبه القارة الهندية عندما يستقرون فى المملكة المتحدة وفى منطقة الكاريبي وسنغافورة وجمهورية جنوب أفريقيا. ولوحظ انتشار الإصابة بمرض السكر بنسبة عالية جداً بين سكان الحضر والريف الهنود فى فيجي، وسكان استراليا الأصليين، ومجموعات الهنود الحمر فى نوروان وبيما.

٧٤ - ويبدو أن مرض السكر غير المعتمد على الانسولين ينجم عن عدد من العوامل البيئية بما فى ذلك أساليب العيش المستقرة التى تفتقر إلى الحركة وبعض العوامل الغذائية والإسراف فى استهلاك الكحوليات، والاجهاد والتوسع العمرانى والظروف الاجتماعية والاقتصادية. وقد لوحظ أن الأفراد الذين يحتوى غذاؤهم على كميات كبيرة من الأغذية النباتية وبوجه خاص النباتيون أقل تعرضاً للإصابة بمرض السكر باعتباره سبباً مباشراً أو غير مباشر للوفاة. لذلك أظهرت دراسات الأوبئة الحديثة أن الرضع ناقصى الوزن عند الولادة يتعرضون بشدة للإصابة بمرض السكر غير المعتمد على الانسولين وأمراض القلب والأوعية فى مراحل حياتهم اللاحقة. وسجلت نتائج مماثلة بين نسل حيوانات التجارب التى تتغذى على أغذية قليلة البروتين.

٧٥ - ويلزم إجراء مزيد من الدراسات عن العوامل الغذائية التي تسهم في انتشار هذا المرض على هذا النحو الوبائي. غير أن هذه النتائج تبعث الى حد ما على القلق من احتمال انتشار مرض السكر في السنوات المقبلة بشكل أكثر وبائية.

٧٦ - السرطان - ويأتي مرض السرطان بعد أمراض القلب والأوعية باعتباره أكثر الأسباب شيوعاً للوفاة في البلدان المتقدمة، كما أنه يتسبب في ١٠ في المائة من جميع حالات الوفيات في جميع أنحاء العالم. وتبين من استعراض الدلائل المتوافرة أن هناك ارتباطات بين مكونات الغذاء ومختلف أنواع

الشكل ١٠ : انتشار زيادة الوزن فيما بين الأطفال قبل سن المدرسة (١) (٢)



المصدر: منظمة الصحة العالمية

(١) تعرف بأنها الوزن الذي يزيد عن معدل انحراف معيارين عن الوسيط المرجعي للوزن مقابل الطول.

(٢) من المتوقع أن يكون وزن نحو ٢٧ في المائة من الأطفال من بين السكان حسنى التغذية أعلى بنحو معدل انحراف معيارين عن الوسيط المرجعي.

السرطان (أنظر الجدول ٦). ومن الواضح أن ثمة علاقة بين ارتفاع متحصلات الجسم من الدهون عامة والدهون المشبعة وبين تزايد احتمالات خطر الإصابة بسرطان القولون والبروستاتا والثدى. تبدو هذه الدلائل أقوى ما تكون بالنسبة لسرطان القولون وأضعف ما تكون بالنسبة لسرطان الثدي. غير أن النتائج الوبائية لا تتسم بالاتساق في جميع الحالات وإن كانت البيانات المخبرية المستمدة من الدراسات عن الحيوانات تؤيد بوجه عام هذه الاستنتاجات.

الجدول ٦ - العلاقة بين بعض المكونات الغذائية ووزن الجسم والإصابة بالسرطان

موضع الإصابة	الدهون	وزن الجسم	الألياف	الفاكهة والخضار	الكحول	المدخنة والمملحة والمخللة
الرئة	-					
الثدى	+	+			-/+	
القولون	++		-			
البروستاتا	++					
المثانة				-		
المستقيم	+			-	+	
الرحم		++				
الفم				-	(٢) +	
المعدة				-		++
عنق الرحم				-		
المريء				-	(٢) ++	+

المصدر: منظمة الصحة العالمية، ١٩٩٠

ملاحظات: + = تعنى علاقة ايجابية، أى كلما زاد المتحصل زادت الإصابة بالسرطان
- = تعنى علاقة سلبية، أى كلما زاد المتحصل قلت الإصابة بالسرطان

(١) مأخوذة عن تقرير «المسؤول الطبى العام عن التغذية والصحة عام ١٩٨٨»

(٢) علاقة متزامنة مع التدخين

٧٧ - وثمة ارتباط بين الوجبات الغذائية التى تحتوى على كميات كبيرة من الاغذية النباتية وخاصة الخضار الخضراء والمفراة والحمضيات وبين انخفاض معدلات الإصابة بسرطان الرئة والقولون والمريء والمعدة. وعلى الرغم من أن الآليات التى تفضى الى هذه الآثار لم تفهم فهما

كاملا حتى الآن، فان مثل هذه النظم الغذائية تكون عادة محتوية على نسبة منخفضة من الدهون المشبعة ونسبة عالية من النشويات والالياف وعدة فيتامينات ومعادن بما في ذلك البيتا - كاروتين وفيتامين أ. غير أنه لا توجد أدلة قاطعة على أن هذه الآثار الحميدة ترجع لارتفاع محتوى الأغذية من الالياف.

٧٨ - وبالإضافة الى ذلك يبدو أن الاستهلاك المستمر لكميات كبيرة من الكحول له علاقة سببية بالاصابة بسرطان القناة الهضمية العليا وسرطان الكبد. ومن الواضح أن الوزن المفرط يعد من العوامل التي تزيد من احتمالات الاصابة بسرطان الرحم وسرطان الثدي بعد انقطاع الحيض، بيد أنه لم يثبت بنفس القدر وجود علاقة بين الاصابة بهذه الأنواع من السرطان وبين الافراط في متحصلات الجسم من الطاقة في حد ذاته.

عواقب التغذية غير السليمة

٧٩- ان نقص التغذية ونقص المغذيات الدقيقة قد يؤديان الى طائفة من الظروف التي تؤثر تأثيراً سلبياً على صحة الأفراد وسلامتهم. وفي الحالات الخطيرة، قد تهدد هذه الظروف حياة المصاب. وسواء اتخذت عواقب التغذية غير السليمة والصحة المتردية أبسط أشكالها أو أشدها، فانها تؤدي الى تدنى نوعية الحياة والى انخفاض مستويات تنمية الطاقات البشرية. كما أن سوء الحالة الصحية المرتبط بسوء التغذية يقلل من موارد الأسر الفقيرة وقدرتها على التكسب ومن ثم يزيد من المشكلات الاجتماعية والاقتصادية التي تواجهها.

٨٠- وكثيراً ما يؤدي سوء التغذية والفقر الى التمدد في الممارسات الزراعية غير القابلة للاستمرار وذلك نتيجة للجهود اليائسة التي يبذلها الفقراء من أجل الحصول على كفايتهم من الغذاء. وفي الوقت نفسه يؤدي تزايد معدلات انتشار الأمراض غير السارية المرتبطة بالغذاء الى القاء أعباء إضافية على عاتق الأسر وعلى عاتق نظم الرعاية الصحية. كما أن سوء التغذية الذي ينجم في حالات كثيرة عن فشل جهود التنمية الاجتماعية والاقتصادية يسهم بدوره في الحد من امكانيات التنمية البشرية والاقتصادية والاجتماعية في المستقبل.

٨١- ويتسبب الجوع وسوء التغذية ونقص العناصر الغذائية وغير ذلك من الأمراض المرتبطة بالغذاء في عدد من صور الاعاقة المؤقتة والدائمة. وهناك أدلة كثيرة على أن التغذية السيئة لها تأثير ملحوظ على الانجاب والنشاط البدني، ونمو الأطفال وتطورهم، والقدرة على التعلم والاداء في العمل، ونوعية الحياة ورفاهية الفرد بوجه عام. وبالإضافة الى ذلك يقلل سوء التغذية من قدرة الفرد على مكافحة الأمراض المعدية، مما يضاعف من مدى وشدة الأمراض بين الأفراد الذين يعانون من سوء التغذية.

٨٢- ويلاحظ أن سوء التغذية الشديد بين الرضع والأطفال الصغار له علاقة مباشرة بارتفاع مستويات الوفيات بينهم. فالأطفال الذين يولدون ناقصي الوزن بسبب سوء التغذية داخل الرحم وسوء صحة الأم وتغذيتها يتعرضون أكثر من غيرهم لاحتمالات تأخر النمو فيما بعد واحتمالات الإصابة بالأمراض والوفاة. وتقترب الانيميا التي تصيب الرضع والأطفال بانخفاض ملحوظ في قدراتهم الادراكية وكذلك انخفاض نشاطهم البدني وقلة مقاومتهم للأمراض. وثمة علاقة بين تأخر النمو داخل الرحم وقلة الوزن عند الولادة وتزايد حالات الوفيات أثناء الولادة وبين إصابة الأم بالانيميا. ويعد انخفاض الوزن عند الولادة أقوى مؤشر على احتمال الوفاة خلال الأشهر القليلة الأولى من عمر الوليد.

٨٣- والى جانب الانيميا الناجمة عن نقص الحديد هناك بعض أوجه النقص الأخرى في المغذيات الدقيقة التي يمكن أن تكون لها تأثيرات خطيرة ومنهكة للصحة، بل وتؤدي للوفاة أحيانا. فالإصابة بنقص اليود في مرحلة الطفولة يمكن أن تؤدي الى التخلف العقلي والى تأخير النمو الحركي وتعثر النمو وتدنى النشاط البدني والإصابة باضطرابات عضلية والشلل كما قد تؤثر على القدرة على الكلام والسمع. ويعد نقص فيتامين أ أكثر الأسباب شيوعا على مستوى العالم في العمى الذي يصيب الأطفال والذي يمكن الوقاية منه. ونظرا للدور الذي يلعبه فيتامين أ في تنظيم الجهاز المناعي للجسم، فإن النقص في هذا الفيتامين حتى لو كان طفيفا، يمكن أن يؤدي الى زيادة التعرض للأمراض المعدية والى التقزم وارتفاع معدلات الوفيات بين الأطفال. ويبدو أن النقص في فيتامين أ يتفاعل مع عدد من الأمراض ولاسيما الحصبة.

٨٤- وتؤثر التغذية على النمو الذهني والقدرة على التعلم والتحصيل الدراسي للأطفال. كما يؤثر تأخر النمو الناتج عن نقص التغذية على تطور الوظائف الحركية والعقلية، على حين أن نقص التغذية الشديد يؤثر على نمو المخ وعلى مستويات النشاط. وتشير النتائج المستمدة من متابعة حالة الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية منذ السبعينات ولمدة عشرين عاما الى تعرض النمو الذهني لهؤلاء الأطفال لأضرار لايمكن تداركها في مرحلة مبكرة بسبب سوء التغذية. ويؤدي سوء التغذية في فترة ما قبل الالتحاق بالمدرسة الى التقزم، كما أن الجوع أثناء اليوم الدراسي يؤثر على مدى تنبه الأطفال وقدرتهم على التعلم. وقد يؤدي سوء الحالة الصحية وسوء التغذية المزمن، خاصة الانيميا، أثناء السنوات المبكرة الحاسمة في مرحلة التعليم الى عرقلة القدرة على التعلم.

٨٥- وبالنسبة للنساء يمكن أن يكون لتردى الحالة التغذوية انعكاسات خطيرة كما يتبين من المؤشرات المتعلقة بصحتهن، بما في ذلك الإصابة بالانيميا. ويؤدي الاجهاد البدني المترتب على الحمل والرضاعة الى زيادة المتطلبات التغذوية اللازمة لتأمين صحتهم ورفاهيتهن. وقد تؤدي إصابة الأم بالانيميا الى الوفاة كما أنها تسهم في تأخير نمو الجنين داخل الرحم وفي نقص وزن الوليد وزيادة احتمالات الوفاة أثناء الولادة. ويؤدي نقص اليود أثناء فترة الحمل الى حدوث الاجهاض التلقائي ونزول الوليد ميتا والى حالات وفاة بين الرضع كما أنه قد يؤدي الى الإصابة بالفدامة والى عرقلة نمو المخ عند الجنين.

٨٦- ويؤدي سوء الحالة التغذوية للأم الى نقص وزن الوليد ومايرتبط بذلك من تزايد معدلات الوفاة بين الرضع. وعلى الرغم من أن كثيرا من العوامل تؤثر على وزن الطفل عند الولادة (صحة الأم العامة وصفاتها الوراثية وقيامها

بأعمال بدنية شاقة أثناء الحمل والأمراض التي أصيبت بها والسن والقدرة على الحمل ومدى تباعد الولادات والتدخين ووجود الخدمات السابقة على الولادة وطول مدة الحمل وكذلك التغذية)، ويلاحظ أن ما يصل إلى ٨٠ في المائة من حالات نقص الوزن عند الولادة تكون ناجمة عن سوء تغذية الأم. ويؤدي الحرمان الشديد من التغذية أثناء فترة الحمل إلى تأخر مزمّن في نمو الجنين داخل الرحم وقد يفضي إلى الحد من القدرة على النمو. كما أن النساء اللاتي كن يعانين من سوء التغذية في طفولتهن يتقزم نموهم وهذا يؤثر بالتالي على وزن أطفالهن عند الولادة، وهكذا تستمر دورات نقص النمو.

٨٧- وبالنسبة للبالغين تعرقل الأنيميا المرتبطة بنقص الحديد أو الفولات مقاومة الجسم للأمراض وتحد من النشاط البدني والقدرة على العمل، بما لذلك من تأثيرات سلبية على الانتاجية وعلى الدخل. وتؤدي الأمراض غير السارية المرتبطة بالنظام الغذائي - بما في ذلك أمراض القلب والأوعية وبعض أنواع السرطان والسمنة وارتفاع ضغط الدم - إلى تدهور الحالة التغذوية والصحية أو إلى الوفاة.

٨٨- وقد يترتب على سوء الحالة التغذوية انخفاض في الانتاجية، إما مباشرة أو بطريق غير مباشر نتيجة للتغيب عن العمل وقلة الحافز لدى العمال. وفي البلدان النامية التي يحتاج فيها كثير من الأعمال إلى مجهود بدني شاق يمكن أن يؤثر سوء التغذية على القدرة الجسمانية وعلى كفاءة المجهود. وثمة أدلة مستمدة من الدراسات المختلفة تشير إلى تدهور الأداء الجسماني مع تناقص التغذية وإلى انخفاض القوة العضلية ومدى المثابرة على العمل مع انخفاض وزن الجسم. وقد تبين من استخدام القياسات البدنية للبالغين للتعرف على مدى سوء التغذية أثناء الطفولة، أن ثمة علاقة بين سوء التغذية المزمّن وتناقص انتاجية العمال.

مراجع الفصل الأول

- ACC/SCN. 1987. *First report on the world nutrition situation*. Geneva.
- ACC/SCN. 1989. *Update on the nutrition situation: recent trends in nutrition in 33 countries*. Geneva.
- ACC/SCN. 1990. *Appropriate uses of anthropometric indices in children*. State-of-the-art series. Nutrition policy discussion paper no. 7. Geneva.
- Doll, R. & Peto, R. 1981. *The causes of cancer*. Oxford, Oxford University Press.
- FAO. 1982. *Malnutrition: its nature, causes, magnitude and policy implications*. Committee on Agriculture. Rome, FAO. (COAG/83/6)
- FAO. 1984. *Integrating nutrition into agricultural and rural development projects: six case studies*. Nutrition in agriculture no. 2. Rome, FAO.
- FAO. 1985. *The fifth world food survey*. Rome, FAO.
- FAO. 1992. *The State of Food and Agriculture 1991*. Rome, FAO.
- Gillespie, S., Kevany, J. & Mason, J.B., eds. 1991. *Controlling iron deficiency*. ACC/SCN State-of-the-art series. Nutrition policy discussion paper no. 9. Geneva.
- Government of the United Republic of Tanzania, WHO & UNICEF. 1988. *The joint WHO/UNICEF nutrition support programme in Iringa, Tanzania: 1983-1988 evaluation report*.
- Gurney, M. & Gorstein, J. 1988. The global prevalence of obesity - an initial overview of available data. *World Health Stat. Quar.*, 41:251-254.
- Haddad, L. & Bouis, H. 1991. The impact of nutritional status on agricultural productivity: wage evidence from the Philippines. *Oxford Bull. Econ. Stat.*, 53(1): 45-67.
- Hetzel, B. 1988. *The prevention and control of iodine deficiency disorders*. ACC/SCN State-of-the-art series. Nutrition policy discussion paper no. 3. Geneva.
- James, W.P.T. 1991. *Body mass index: an objective measure for the estimation of chronic energy deficiency in adults*. Aberdeen, Rowett Research Institute.
- Keller, W.D. & Kraut, H.A. 1962. Work and nutrition. In G.H. Bourne, ed. *World Rev. Nutr. Dietetics*, Vol. 3:65-81.
- Keller, W.D. & Fillmore, C. 1983. Prevalence of protein-energy malnutrition. *World Health Stat. Quar.*, 38: 331-347.
- Keys, A. et al. 1984. The seven countries study: 2289 deaths in 15 years. *Prev. Med.*, 13: 141-154.
- King, H. & Rewers, M. 1991. Diabetes in adults is now a Third World problem. *Bull. World Health Organ.*, 69(6): 643-648.
- King, H. & Rewers, M. Global estimates for prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance. (in press)
- Klein, R., Freeman, H., Kagan, J., Yarbrough, C. & Habicht, J. 1972. Is big smart? The relation of growth to cognition. *J. Health Soc. Behav.*, 13:219.
- Kramer, M.S. 1987. Determinants of low birth weight: methodological assessment and meta-analysis. *Bull. World Health Organ.*, 65(5): 663-737.
- Levin H. 1986. A benefit-cost analysis of nutritional programmes for anaemia reduction. *World Bank Res. Obser.*, 1: 219-246.
- Martorell, R. 1975. Acute morbidity and physical growth in rural Guatemalan children. *Amer. J. Dis. Child.*, 129: 1296 - 1301.
- Mason, J.B., Habicht, J-P., Tabatabai, J. & Valverde, V. 1984. *Nutritional surveillance*. Geneva, WHO.
- McGuire, J. & Austin, J. 1987. Beyond survival: children's growth for national development. *Assignment Children*. New York, UNICEF.
- Monteiro, C. et al. 1991. Nutritional status of Brazilian children: trends from 1975 to 1989. Nutrition Unit. Geneva, WHO. (mimeo)
- Pollitt, E. 1990. *Malnutrition and infection in the classroom*. Paris, UNESCO.
- Reutlinger, S. & Selowsky, M. *Malnutrition and poverty: magnitude and policy options*. World Bank staff occasional papers no. 23. Washington, DC.
- Sahn, D. & Alderman, H. 1988. The effects of human capital on wages, and the determinants of labour supply in a developing country. *J. Devel. Econ.*, 29:157-183.
- Spurr, G. 1984. Physical activity, nutritional status and physical work capacity in relation to agricultural productivity. In E. Pollitt & P. Amante, eds. *Energy intake and activity*. New York.

- Strauss, J. 1986. Does better nutrition raise farm productivity? *J. Pol. Econ.*, 94: 297-320.
- UNICEF. 1991. *State of the world's children*. New York.
- Uemura, K. & Pisa, Z. 1988. Trends in cardiovascular disease mortality in industrialised countries since 1950. *World Health Stat. Quar.*, 41: 155-178.
- US Department of Health and Human Services. 1988. *The Surgeon General's report on nutrition and health*. Washington, DC.
- WHO. 1982. *Prevention of coronary heart disease*. WHO technical report series no. 678.
- WHO. 1986. *Community prevention and control of cardiovascular diseases*. WHO technical report series no. 732.
- WHO. 1987. *Evaluation of the strategy for health for all by the year 2000*. Geneva.
- WHO. 1988. Noncommunicable diseases: a global problem. *World Health Stat. Quar.*, 41(3/4).
- WHO. 1990. *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*. WHO technical report no. 797. Geneva.
- WHO. 1991. *Country studies on nutritional anthropology Brazil 1989*. Geneva.
- WHO. 1992. *World Health Stat. Ann. 1991*. Geneva.
- WHO. 1992. Implementation of the global strategy for health for all by the year 2000, second evaluation; and Eighth report on the world health situation (document A45/3).
- WHO. 1992. National strategies for overcoming micronutrient malnutrition (document A45/17).
- WHO. 1992. Medium and long term forecasts of prevalence and numbers of malnourished children: global and regional level models. A report submitted to FAO/WHO by A. Kelly.
- WHO/FAO/UNU. 1986. *Expert consultation: energy and protein and requirements*. Geneva.
- Woigemuth, J., Latham, M., Hall, A., Cheshier A. & Crompton D. 1982. Worker productivity and the nutritional status of Kenyan construction workers. *Amer. J. Clin. Nutr.*, 36: 68-78.

الفصل الثاني

العوامل المؤثرة في حالة التغذية

١ - ثمة عوامل عديدة وشتى تؤثر في الحالة التغذوية لأي فرد من الأفراد. ونستطيع أن نقول أن كل ما يسهم في نقص حصيلة الفرد من العناصر الغذائية أو زيادتها عن الحد المناسب، وكل ما يعرقل الاستخدام الأمثل لتلك الحصيلة الغذائية، يؤدي إلى سوء التغذية. ويمكن تقسيم العوامل التي تؤثر بصورة مباشرة على التغذية إلى مجموعات عريضة هي الغذاء والصحة والرعاية. وتضم هذه المجموعات عدداً من القضايا، من بينها: توافر غذاء مأمون وذو نوعية جيدة وفرص الحصول عليه واستهلاكه؛ والحالة الصحية للفرد، وأنماط الحياة، والاستفادة من خدمات الرعاية الصحية؛ وقدرة الأسرة والمجتمع المحلي على توفير الرعاية والوقت والعناية والدعم والمهارات اللازمة لتلبية احتياجات الأفراد المعرضين للمخاطر.

٢ - وكل مجال من هذه المجالات الرئيسية - الغذاء والصحة والرعاية - ضروري للتغذية الجيدة. ويلاحظ مثلاً أن الأساليب السليمة لتغذية الطفل الرضيع تتوقف على هذه العناصر الثلاثة مجتمعة - توافر الغذاء وإمكانية الحصول عليه، والممارسات الصحية، والرعاية في المنزل. كما أن هذه العناصر مترابطة فيما بينها، ومن ثم فإن التدابير التي تؤثر في مجال منها قد تكون لها عواقب مهمة في مجال آخر. من ذلك أن الأخذ بتكنولوجيات زراعية قابلة للاستمرار وتفتصد في استخدام اليد العاملة قد يؤثر على التغذية، لا من حيث زيادة الإمدادات الغذائية والدخل فحسب، بل ومن حيث تأثير ذلك على المرافق العامة والصحة، وعلى الوقت المتاح لتوفير رعاية كافية لأفراد الأسرة. وعادة ما لا تندرج السياسات الانمائية - التي تؤثر على الاقتصاد وعلى المجتمع ككل - في مجال التغذية في حد ذاته. غير أن لكثير من هذه السياسات تأثيراً كبيراً على الحالة التغذوية للسكان، ويمكن متابعة هذا التأثير عن طريق رصد نتائج تلك السياسات بالنسبة للغذاء والصحة والرعاية.

٣ - بيد أن الفقر هو السبب الأساسي في معظم حالات سوء التغذية. ويلاحظ أن نقص التغذية الحاد والمزمن كليهما، ومعظم حالات النقص في المغذيات الدقيقة، تصيب في المقام الأول الأسر الفقيرة والمحرومة التي لا يستطيع أفرادها إنتاج أو تدبير ما يكفيهم من الغذاء. والتي تعيش في بيئات حدية أو لا تتوافر فيها الاشتراطات الصحية دون أن تتاح لهم إمكانية الحصول على المياه النظيفة أو الاستفادة من الخدمات الصحية الأساسية، ودون أن يتاح لها القدر المناسب من التعليم والأعلام، أو تعاني بأى صورة أخرى من الحرمان الاجتماعي. ومع ذلك، يلاحظ أن الإفراط في التغذية واختلال التوازن الغذائي، اللذين قد يؤديان إلى أمراض مزمنة، لا يتقيدان بكثير من الحدود الاجتماعية الاقتصادية. فالإفراط في التغذية لا يصيب فقط الفئات الموسرة نسبياً في كل البلدان، بل قد يصيب أيضاً الفئات الأقل دخلاً من ذلك في البلدان ذات الدخل المتوسط والمرتفع.

٤ - ويتناول هذا الفصل العوامل ذات التأثير المباشر على التغذية مدرجة تحت عناوين فرعية هي: الغذاء، والصحة، والرعاية. ويتناول الفصل الثالث السياسات الانمائية الأوسع نطاقا بما في ذلك سياسات التنمية الاقتصادية، وسياسات الاقتصاد الكلي والتكيف الهيكلي، والسياسات الزراعية، والسياسات الصحية، والسياسات البيئية، والسياسات السكانية، والتوسع العمراني، والمناخ الاقتصادي الدولي.

الأغذية والتغذية

استهلاك الأغذية

٥ - تتأثر الحالة التغذوية بمحتوى الأغذية المستهلكة من العناصر الغذائية، بالمقارنة باحتياجات الفرد التي تتوقف على السن، والجنس، ومستوى النشاط البدني، والحالة الصحية، وكذلك مدى كفاءة استخدام الجسم للعناصر الغذائية. ويلاحظ بوجه خاص أن الأمراض المعدية تؤثر على المتحصل الغذائي وعلى استخدام العناصر المغذية. والواقع أن العلاقة التآزرية بين قلة المتحصل الغذائي والأمراض المعدية من القوة إلى حد يصعب معه تقدير دور كل منهما على حدة.

٦ - وتعتبر الوجبات الغذائية كافية إذا كانت توفر القدر الكافي من الطاقة، والبروتين، والدهون، والكربوهيدرات، والمغذيات الدقيقة (الفيتامينات والمعادن)، وغيرها من العناصر الضرورية، بما في ذلك الألياف الغذائية، لسد احتياجات الجسم على نحو متوازن، ومنوع، ومقبول طبقاً لتقاليد المجتمع. ويحتمل الإصابة بنقص بعض المغذيات إذا ما كانت حصيلة الفرد من الغذاء أقل من الحد المناسب. وعلى العكس من ذلك، قد تنشأ مشكلات أخرى متعلقة بالتغذية إذا كانت حصيلة الفرد من الغذاء أكثر من الحد المناسب. ويحتاج الجسم إلى تحصيل كميات كافية من العناصر الغذائية لتوفير الطاقة اللازمة لعمليات الأيض، والنشاط، والتصدي للأمراض، والنمو، وتزداد الاحتياجات من العناصر المغذية، بما في ذلك الطاقة والبروتين، في حالات الحمل والأرضاع.

٧ - وقد كان هناك حتى وقت قريب في السبعينات اعتقاد شائع بأن نقص البروتين هو السبب الرئيسي في سوء التغذية، وبذلت جهود كبيرة لزيادة الاستهلاك من الأغذية الغنية بالبروتين. كما كان ثمة تركيز في كثير من الأحيان على تشجيع استهلاك البروتين "عالي الجودة" المستمد من مصادر حيوانية. وقد أصبح من المفهوم الآن أن الوجبات الغذائية التي تقوم على الحبوب المستكملة بالبقول تحتوي على أنماط من الأحماض الأمينية التي توفر مستوى كافياً من البروتين، وذلك بافتراض أن الفرد يستهلك كميات كافية من الطعام لسد احتياجاته اليومية من الطاقة. والواقع أن مشكلة نقص الطاقة أخطر شأناً من مشكلة نقص البروتين لدى المجموعات السكانية التي تعاني من سوء التغذية بين الأطفال بسبب عدم كفاية متحصلاتهم الغذائية.

٨ - وحيث أن الرضع والأطفال الصغار لا يستهلكون سوى كمية محدودة من الغذاء كل مرة، فإن كثافة محتويات طعامهم من المغذيات والطاقة تكون لها أهمية خاصة. وحتى في حالة وجود مقادير وفيرة من الطعام، تعتبر الرضاعة أكثر الوسائل فعالية واقتصاداً لسد الاحتياجات الغذائية للأطفال الصغار ولا يحتاج الطفل الطبيعي خلال الـ ٤-٦ أشهر الأولى من حياته إلى أي غذاء أو سائل غير لبن الأم، يل

انه لا يحتاج الى الماء، لسد احتياجاته التغذوية. ومن المزايا الكبرى للبن الأم، التي يمكن أن تكون لها عواقب مهمة بالنسبة للحالة التغذوية للرضيع، أنه يحمي الطفل من العدوى.

٩ - وينبغي ابتداء من سن ٤ الى ٦ أشهر تقريبا - علما بأن التوقيت الدقيق يتوقف على الظروف الفردية - أن يتناول الرضيع، بالإضافة الى لبن الأم، أنواعا شتى من الاغذية المتاحة محليا والمعدة بطريقة مأمونة والغنية بالطاقة لسد احتياجاته التغذوية المتغيرة. وقد لا توفر الاغذية الكبيرة الحجم والغليظة، التي لا تحتوي على نسبة عالية من الطاقة، السرعات الحرارية الكافية للطفل ما لم تستكمل بالزيت. وتنصح الأمهات بمواصلة الرضاعة الطبيعية لأطفالهن حتى سن السنتين أو بعد ذلك، اذا أردن ذلك.

١٠- وفي حالات كثيرة تؤدي المتحصلات الغذائية المفرطة وغير المتوازنة الى زيادة مخاطر الاصابة بعدد من الامراض الرئيسية المزمنة غير السارية المرتبطة بالغذاء، ومنها امراض الشريان التاجي، وارتفاع ضغط الدم، والسكتة المخية، والسكر، وبعض أنواع السرطان. وبالإضافة الى ذلك، تتفاقم مشكلات المتحصلات المفرطة وغير المتوازنة بسبب عدة عوامل أخرى مثل تعاطي الكحول واستهلاك التبغ، والاجهاد، وقلة مستوى النشاط البدني نتيجة لتغير أنماط الحياة، ولاسيما في المناطق الحضرية. كما أن الاستعداد الوراثي يعد من العوامل المهمة، حيث يختلف الأفراد في مدى حساسيتهم للآثار السلبية لمختلف العوامل.

١١- وكثيرا ما يستهلك الأفراد في فترة الانتقال من أنماط الحياة في الريف الى أنماط الحياة أكثر تحضرا، وجبات غذائية تتسم عادة بارتفاع محتواها من البروتين والدهون والكربوهيدرات المكررة، وقلة محتواها من الكربوهيدرات المعقدة ومن الالياف الغذائية. وكثيرا ما تتواكب هذه الاتجاهات في استهلاك الغذاء مع زيادة فرص الحصول على أغذية أكثر تنوعا في المناطق الحضرية وتوافر تلك الأغذية. ويلاحظ بوجه عام أن استهلاك الفواكه والخضر المختلفة واللحوم والأسماك ومنتجات الالبان والزيوت النباتية والسكر والحبوب المكررة يكون أكثر بوجه عام في المناطق الحضرية، على حين ينخفض استهلاك الدرنات والحبوب الكاملة والخشنة والبقول والقطانيات في تلك المناطق. غير أن الفقراء من سكان المناطق الريفية كثيرا ما لا يستطيعون تحمل أثمان الطائفة الواسعة من الأغذية المتاحة للبيع، ويضطرون الى الاعتماد على عدد محدود من الأغذية ذات الأسعار الزهيدة.

توافر الاغذية وفرص الحصول عليها

١٢- يعتبر توافر الاغذية الاساسية على المستويات القطرية والاقليمية وعلى مستوى الاسرة حجر الزاوية في الرفاهية التغذوية. لذلك يعد تعزيز قاعدة الانتاج

الغذائي شرطاً لازماً لتحسين التغذية في معظم بلدان العجز الغذائي ذات الدخل المنخفض. وفضلاً عن ذلك، توفر الزراعة، بما في ذلك مصائد الأسماك والغابات والصناعات الريفية المرتبطة بها، الدخل للمعديين ولأسرهم، وهم عادة من أشد الفئات تعرضاً للأخطار من الناحية التغذوية. ومن بين المشكلات الأكثر إلحاحاً التي ينبغي التصدي لها: الحاجة إلى زيادة الانتاجية ورفع المستويات المعيشية للمنتجين الصغار والمحرومين من حيث التربة والمناخ والإقامة في مناطق نائية؛ والحاجة إلى أن تضمن للمنتجين عائدات تمكنهم من الأخذ بتكنولوجيات تزيد من الانتاجية وتحقق الاستخدام الأمثل لليد العاملة؛ والحاجة إلى تقديم دعم كاف للزراعة في ميزانيات التنمية التي تنوء بالفعل بأعباء ثقيلة، ولإسبيل إلى إيجاد حلول دائمة للمشكلات التغذوية إلا عن طريق الجهود المتضافرة في سبيل الحد من الفوارق الاجتماعية وتخفيف وطأة الفقر.

١٣- ومشكلات التغذية لا ترتبط فقط بالحجم الكلي للامدادات الغذائية، فكثيراً ما تكمن المشكلة في أن الفقراء لا تتوافر لديهم القوة الشرائية اللازمة للحصول على حاجتهم من الغذاء. وهكذا فعلى حين يلزم توافر مستويات كلية كافية من الأغذية المأمونة وذات القيمة الغذائية لمقابلة احتياجات السكان، فإنه يتعين في الوقت نفسه توفير فرص كافية كي تحصل كل أسرة على حاجتها من تلك الامدادات. ويعني مفهوم الأمن الغذائي الأسرى أنه يتعين أن تتاح لكل أسرة الامكانيات المادية والاقتصادية للحصول على أغذية كافية من حيث كميتها ونوعيتها ومدى سلامتها. ويتوقف هذا بدوره على امكانية حصول الأسرة على الموارد المختلفة - الغذاء والدخل والأصول - حتى تضمن تغذية كافية دون أن تتعرض بلا داع لخطر فقدان فرص الحصول على تلك الموارد. ومما يساعد على تحسين التغذية زيادة الانتاج الغذائي بغرض الاستهلاك الشخصي، أو كمصدر للدخل أو للمساعدة على تثبيت الأسعار.

١٤- وفي البلدان النامية، التي يعيش فيها ما يقرب من ثلثي السكان في مناطق ريفية، يعتبر انتاج المحاصيل والانتاج الحيواني والسمكي والحرثي من المصادر المباشرة للغذاء ولتوفير الدخل اللازمة لشراء الطعام. وتكاد تكون كل المجتمعات المحلية في العالم، مهما كانت نائية، تعتمد على الأسواق إلى حد ما. ومن ثم فإن تسب التبادل التجاري وكفاءة نظم التسويق ووجود أسعار عادلة للمنتجين والمستهلكين وحالة الأسرة كمشتري أو بائع صافية للغذاء وما تملكه الأسرة من أصول، بما في ذلك مساحة ونوعية الأرض المتاحة لها، تعد كلها من العوامل الهامة المحددة للحالة التغذوية. ويعد العمال الزراعيون المعتمدون وأسرهم، الذين يحصلون على الغذاء من أجورهم التي تنسم في أكثر الأحيان بعدم الانتظام وعدم الاستقرار، من أكثر الناس تعرضاً لخطر انعدام الأمن الغذائي. وفي البلدان التي لم تنفذ فيها الإصلاحات الزراعية اللازمة يشكل المستأجرون للمزارع الصغيرة فئة أخرى من الفئات المعرضة بشدة للأخطار. وفي المناطق الحضرية التي

يشترى فيها الأفراد معظم حاجتهم من الغذاء يتعرض الفقراء لمخاطر تقلبات أسعار الأغذية وتغير ظروف العمالة ومستويات دخل العمال.

١٥- ويرتبط تحسين مستوى تغذية الأسر الفقيرة ارتباطاً وثيقاً بزيادة دخولها وممتلكاتها. بيد أن الفقر لا يعنى فقط انخفاض الدخل وقلة الممتلكات مما يؤدي الى انخفاض مستويات الاستهلاك، بل يتمثل أيضاً في هبوط مستويات التعليم وسوء حالة المساكن وظروف الصحة العامة. وتوقف درجة تحويل الدخل الإضافي الى تحسين استهلاك الأغذية والرعاية الأسرية في الأمد القصير، على المستوى الحالي للدخل والتعليم، وخاصة بالنسبة للأم، وكذلك على السمات الاجتماعية والثقافية للجماعة السكانية، مما قد يؤثر على اتخاذ القرارات. وعندما يكون للأم قدر من السيطرة على مصروفات الأسرة، فإن الأطفال يحصلون على قدر أكبر من المزايا.

١٦- كذلك تؤثر موسمية الانتاج في البلدان النامية على فرص الحصول على الغذاء من حيث أنها تؤدي الى خلق أنماط مختلفة لتوافر الامدادات الغذائية وتدفق الدخل النقدية على الأسر، سواء من بيع المحاصيل أو من أجور العمل الزراعي، ومن حيث فترات الذروة بالنسبة للعمل الزراعي (ومن ثم استهلاك الطاقة) وأسعار الأغذية. وقد تؤدي الأنماط الزراعية الموسمية الى فترات من الاجهاد فيما يتعلق بميزان الطاقة، وهذه الفترات تقترب في كثير من الأحيان بانتشار الأمراض المعدية. وفي الحالات التي تتركز فيها الأمطار السنوية في موسم واحد، كما هو الحال في غرب أفريقيا، يبلغ سوء التغذية أشده أثناء الموسم المطير السابق للحصاد، حينما تكون المخزونات الغذائية قد استنفدت. وهكذا يقترب أشد انخفاض في مستويات المتاحلات الموسمية زمنياً مع أكبر انفاق للطاقة في العمل الزراعي، ومع ارتفاع أسعار الأغذية ومستويات العدوى، وكذلك مع شدة المديونية في حالات كثيرة.

١٧- وتتأثر فرص الحصول على الغذاء في المناطق الريفية أيضاً بتركيبة المحاصيل، بما في ذلك المحاصيل الأساسية والمحاصيل الثانوية والنقدية غير الغذائية. ويتبين من البحوث التي أجريت مؤخراً أن الاتجاه الى زراعة محاصيل نقدية غير غذائية يكون له بوجه عام تأثير ايجابي على التغذية، من حيث أنه يؤدي الى زيادة دخول المنتجين الريفيين، ومن ثم زيادة قدرتهم على شراء الغذاء عند الضرورة. وقد كانت نتائج زيادة التدفقات النقدية بوجه عام ايجابية، رغم أن بعض تأثيراتها - مثل الحد من تنوع المحاصيل الغذائية، وعدم انتظام التدفقات النقدية، ومخاطر التسويق والانتاج، وتخفيض كثافة أو نوعية الأراضي المستخدمة في زراعة المحاصيل الغذائية، وتحول الدخل النقدية من العوامل الاناث الى الذكور- قد تكون سلبية. وعادة ما تكون المحاصيل النقدية مكملية للمحاصيل الغذائية. ويمكن استخدام الدخل المتأني من بيع المحاصيل النقدية في استكمال الانتاج الغذائي الذاتي بأغذية تشتري من الأسواق.

١٨- ولنمط النظم الزراعية المستخدمة تأثيراته في العمالة، ولاسيما بالنسبة للعمال الزراعيين والمعدمين الذين يكونون في أغلب الأحيان أكثر أفراد المجتمع فقرا وأشدّهم تعرضا للأخطار من الناحية التغذوية. ويعتبر توفير فرص العمل وامكانية الحصول على دخول من العمل الزراعي في المناطق الريفية من العوامل الرئيسية المحددة للحالة التغذوية للفقراء. كما أن بذل الطاقة في الأعمال الزراعية والمنزلية له جانب تغذوي مهم، من حيث أن ارتفاع مستوى الطاقة المبذولة قد يؤدي إلى سوء التغذية. وقد يكون للتكنولوجيات الموفرة لليد العاملة فائدتها، ولكنها لا ينبغي أن تؤدي إلى تقليل فرص العمل في المناطق التي تعاني من مستويات عالية من البطالة. كما أن الممارسات الزراعية قد تؤثر بصورة محسوسة على التغذية من خلال تأثيرها على البيئة وعلى الحالة الصحية (أي تأثيرات الهجرة واستخدام مبيدات الآفات) وكذلك تأثيرها على الممارسات الخاصة بالرعاية وتقديم الطعام.

جودة الاغذية وسلامتها

١٩- يتعين وجود نظام فعال لمراقبة جودة الأغذية بغية ضمان سلامة الغذاء والمحافظة على جودته أثناء مراحل الانتاج والمناولة والتوزيع والتعبئة. كما أن التدابير السليمة لمراقبة الأغذية تساعد على الحد من خسائر الأغذية وتشجع النظم الغذائية الصحية. وفضلا عن ذلك، يؤدي التأكد من جودة الأغذية وسلامتها إلى تشجيع التجارة العالمية في الأغذية، كما يؤدي إلى خلق فرص عمل جديدة وزيادة الدخل، وإلى تحسين الحالة التغذوية في نهاية المطاف.

٢٠- ولمراقبة جودة الأغذية أهميتها بالنسبة لسكان الريف والحضر على السواء. ذلك أن المحافظة على سلامة الغذاء وعلى جودته تتوقف على الاحتياطات والضوابط التي تطبق على مختلف مراحل سلسلة انتاج الأغذية. والوقاية من التلوث الميكروبي والكيمائي للأغذية أمر ضروري في كل مكان. وإذا ما تم تصنيع الأغذية بطريقة غير سليمة، فإن ذلك قد يعرض المستهلكين لأنواع شتى من الملوثات. وبالإضافة إلى ذلك، ينبغي اعداد الأغذية المصنعة وتعبئتها على نحو يضمن استيفاءها للمعايير الأساسية الخاصة بجودة الأغذية وسلامتها. بما في ذلك اجراءات التدعيم بالعناصر المغذية اللازمة، حيثما يكون ذلك مناسباً.

٢١- وهناك أيضا تعبير واسع النطاق عن القلق من الملوثات التي توجد في البيئة، مثل مخلفات المبيدات وغيرها من الكيماويات الزراعية. وبينما لا تزال المستويات التي توجد بها هذه الملوثات في معظم الأغذية تعتبر مأمونة حتى الآن، فإنه يلزم بذل الجهود لضمان جودة وسلامة الأغذية باستمرار بغية حماية المستهلكين وتشجيع التجارة الدولية.

٢٢- والواقع أن التوعية بأساليب المناولة والتصنيع الصحي للأغذية لا تقل أهمية في المنزل عنها في صناعة الأغذية. فهناك احتياطات بسيطة يمكن أن تساهم إلى حد كبير في بقاء الأغذية سليمة في المنزل وفي المتاجر الصغيرة وفي أماكن تناول الطعام. كما أن التعليم والتدريب، تدعمهما قواعد مطبقة جيدا في مجال الممارسة، يمكن أن يحققا مثل هذه النتائج في صناعة الأغذية. وهناك أهمية خاصة لتوعية المستهلكين بمختلف الطرق، مثل وسائل الاتصال الجماهيرية، والبطاقات الملصقة على عبوات الأغذية التي تبين مستويات الأغذية والتغذية، وبرامج التغذية.

٢٣- ومن الممكن أن يؤدي تدنى جودة الأغذية وانتشار الأمراض التي تنقل بواسطة الغذاء إلى عواقب اجتماعية واقتصادية وخيمة. وفي بعض الحالات تكون العواقب الاجتماعية والاقتصادية بالغة الخطورة، لاسيما بالنسبة للبلدان ذات الموارد المحدودة. فالأمراض المنقولة بواسطة الغذاء في حد ذاتها تتسبب في تناقص الدخل وإنتاجية العمل وتزايد تكاليف الرعاية الطبية. وقد تُرفض الأغذية التي تحتوي على ملوثات تتجاوز الحدود التي تسمح بها البلدان المستوردة. كما أن اشتهاار بلد ما بسوء نوعية الأغذية التي ينتجها قد يؤدي إلى تناقص عائداته من التجارة والتصدير، ومن السياحة.

الصحة والتغذية

سوء التغذية والعدوى والصحة البيئية

٢٤- ان الصحة الجيدة وتدابير الاصحاح ضرورية للتغذية الجيدة، الا أنها لاتزال بعيدة عن متناول أغلبية سكان العالم. فتوافر مقادير كافية من المياه النظيفة، والتدابير الفعالة للصحة البيئية، والممارسات المنزلية التي تلتزم بقواعد النظافة الصحية ومكافحة ناقلات الأمراض واستخدام الخدمات الصحية، كل هذه الأمور تسهم في تحسين الحالة التغذوية. وعلى العكس من ذلك، يلاحظ أن زيادة التعرض للمخاطر الصحية تؤدي الى زيادة احتمالات سوء التغذية. والأمراض المصاحبة للاسهال، والحمية وأنواع العدوى الحادة التي تصيب الجهاز التنفسي، والدرن، يضاف اليها في عهد قريب نسبيا متلازمة نقص المناعة المكتسب (الايدز)، تؤثر عليها تأثيرا كبيرا على الحالة التغذوية. وتعد الملاريا والدودة الخطافية والاسكارس والأميبا والبلهارسيا من أهم الأمراض الطفيلية من حيث تأثيرها على التغذية.

٢٥- وتؤدي العدوى بفيروس نقص المناعة - المسبب لمرض الايدز - وما يصاحبها من أعراض العدوى؛ مثل الاسهال المزمن، الى تناقص وزن الجسم وتدهور الحالة التغذوية بصورة واضحة، لدرجة أن هذا المرض كان يعرف في أول الأمر باسم «مرض الهزال». وسوف يشهد العقد المقبل زيادة في معدل العدوى بهذا الفيروس الى عشرة أضعاف ما هو عليه الآن. ومن المتوقع أن تزداد مستويات سوء التغذية وأن يكون لها انعكاسات غير مباشرة على انتاج الأغذية بسبب تناقص عدد القوى العاملة. وقد يتعرض سائر السكان (غير المصابين بالفيروس الايجابي) في آخر المطاف لسوء التغذية، وخاصة اليتامي الذين مات آباؤهم وأمهاتهم ضحية لمرض الايدز.

٢٦- وعادة ما تكون حالات المرض واعتلال الصحة أكثر تواترا وشدة وأطول أمدا بين الأشخاص الذين لا يحصلون على تغذية جيدة. وتزداد الاحتياجات التغذوية للجسم أثناء وبعد فترات العدوى التي تكون مصحوبة بالحمى، والتي تزيد بوجه خاص من احتياجات الجسم من الطاقة. والواقع أن الأمراض المعدية المزمنة أو تكرر فترات التعرض للعدوى الحادة قد تجعل من المستحيل المحافظة على مستوى تغذوى كاف بمجرد زيادة متحملات الجسم الغذائية. كما أن سوء التغذية له هو الآخر دور مهم في التعرض للإصابة بالأمراض من حيث أنه يضر بسلامة الأنسجة الظهارية ويقلل كفاءة النظام المناعي.

٢٧- وتؤدي الأمراض المعدية الى الإضرار بالحالة التغذوية للأطفال من خلال عدة آليات من بينها تقليل متحمل الجسم من الغذاء والماء بسبب ضعف الشهية للطعام؛ وقلة امتصاص الجسم للأغذية المهضومة واستفادته منها؛ وزيادة الفاقد من المغذيات والماء؛ وزيادة المتطلبات الأيضية للجسم ومن ثم زيادة احتياجاته

التغذوية؛ وتبديل المسالك الأيضية؛ وكذلك من خلال التخفيض العمدي أو الكلي لما يتناوله الفرد من طعام. وثمة اعتبارات تغذوية خاصة ترتبط بحالات مرضية مختلفة. فالجفاف الذي يحدث أثناء الإصابة بالاسهال يعتبر من أهم الأسباب التي تؤدي بحياة الأطفال. كما أن نقص فيتامين أ قد يتفاقم بسبب فترات التعرض للعدوى وخاصة بالنسبة للأمراض المصحوبة بالاسهال والحصبة وربما يؤدي إلى العمى والوفاة. كما تؤدي الإصابة بالدودة الخطافية إلى فقدان الحديد في الجسم. وتتسبب الملاريا في البداية في نوع من الأنيميا الدموية، ولكن عادة ما يحدث نقص في الحديد أثناء فترة النقاهة من الإصابة بالملاريا. كذلك تؤثر حالات النقص في فيتامين أ واليود والحديد والزنك جميعها على النظام المناعي للجسم.

٢٨- ويصعب في كثير من الحالات معرفة ما إذا كان المرض المعدي أو قلة الوجبات الغذائية هو السبب في تأخر النمو عند الأطفال. والواقع أن هذين العاملين يتآزران معا ويؤدي كل منهما إلى تفاقم تأثيرات العامل الآخر، ومن ثم يؤدي إلى ما نسميه بمركب سوء التغذية والعدوى. وقد لا يكون للتأثير المركب للأمراض المعدية وعدم كفاية النظام الغذائي أثناء المرض عواقب خطيرة بالنسبة للأطفال الذين يحملون على تغذية جيدة. أما في حالة الأطفال ناقصي الوزن، فإن نوبات العدوى تكون أشد خطرا وأطول أمدا. ولابد من كسر مركب سوء التغذية والعدوى هذا إذا كنا نريد تحقيق تحسينات دائمة في الحالة التغذوية.

٢٩- وتنتشر الإصابة بالأمراض المنقولة بواسطة الغذاء في كل من البلدان المتقدمة والنامية. وترجع الأمراض الحادة التي من هذا النوع إلى البكتيريا والفيروسات والطفيليات المسببة للأمراض، أو إلى التسمم الحاد بالملوثات الكيماوية. وتؤدي هذه الأمراض المعدية سنويا إلى ما يقدر بنحو ١٥٠٠ مليون من حالات الاسهال بين الأطفال دون سن الخامسة، التي تفضي إلى وفاة أكثر من ثلاثة ملايين من بينهم.

٣٠- وتشير تقديرات منظمة الصحة العالمية إلى أن نسبة حالات الاسهال الراجعة إلى أمراض منقولة بواسطة الغذاء تصل إلى ٧٠ في المائة. وتسهم أطعمة الفطام الملوثة ببكتريا E.Coli فيما يقرب من ٢٥ في المائة من حالات الاسهال. ويؤدي الاسهال عادة إلى تهتك الأنسجة وقلة الشهية للطعام مما يتسبب في نقص التغذية خاصة لدى الأطفال الصغار. كما أن بعض العوامل الممرضة قد تؤدي إلى الإجهاد والوضع قبل احتمال الجنين أو تشوه الجنين.

٣١- كما أن نوبات الاسهال المزمنة أو المتكررة قد تؤدي إلى سوء التغذية الناجم عن نقص البروتين والطاقة، وإلى الأنيميا ونقص فيتامين أ، ولاسيما بين الأطفال الصغار، مما يتسبب في تعثر النمو وإعاقة الجهاز المناعي، ومن ثم إلى إضعاف مقاومة الجسم للأمراض المعدية الأخرى.

٣٢- ويعد الاسهال (الراجع في أكثر الأحيان الى عدوى منقولة بواسطة الغذاء) أخطر الأمراض تأثيراً على نمو الرضع. كما تمثل الأمراض المنقولة بواسطة الغذاء إحدى المشكلات الصحية المهمة بالنسبة للبالغين أيضاً. ويتسم المسنون والأفراد الذين يعانون من تعطل فعالية الجهاز المناعي (مثل مرض السرطان والايديز) بحساسية خاصة للآثار الصحية التي تسببها العوامل الممرضة المنقولة بواسطة الغذاء.

٣٣- ويعتبر الإصحاح البيئي والامداد بالمياه وسلامة الغذاء من العوامل المهمة المحددة للحالة التغذوية والصحية. ويلاحظ أن تلوث مصادر المياه يتوقف على العادات الصحية مثل وسائل التخلص من الفضلات والنفايات، وإن كانت وفرة المياه في حد ذاتها هي العامل الأهم في معظم الحالات. ويلاحظ أن تحسين الامداد بالمياه ومرافق الإصحاح يقترن بانخفاض في معدلات الإصابة بأمراض الاسهال وتحسين للحالة التغذوية وانخفاض في معدلات وفيات الأطفال. ويتوقف تأثير هذه التحسينات على عوامل أخرى مثل مستويات الدخل والمستوى التعليمي. ومن المزايا المهمة التي تتأتى من توفير المياه الصالحة للشرب بالقرب من المنازل التقليل من الوقت الذي تقضيه النساء في جلب المياه وما يبذله من طاقة في سبيل ذلك.

٣٤- ويساعد التفتيش على الأغذية على حماية المستهلكين في الريف والحضر من الأخطار الصحية للأغذية القابلة للتلف التي تطرح في الأسواق من خلال شبكات التوزيع المحلية. وثمة أخطار صحية بالغة تترتب على استهلاك لحوم الحيوانات المريضة والألبان المخلوطة بماء ملوث وكذلك انعدام مرافق التبريد في معامل صناعة الألبان في المناطق الريفية. وتلوث الأغذية الذي يتسبب في بعض الأمراض المعدية مثل التيفود والاسهال الحاد يمكن أن يؤدي إلى تدهور الحالة التغذوية، ولاسيما بالنسبة للأفراد المعرضين مثل الأطفال الصغار. ويلزم لتجنب الإصابة بالأمراض التي تنقل بواسطة الغذاء الاهتمام بالمناولة السليمة للأغذية والالتزام باشتراطات النظافة الصحية داخل المنازل. ويلاحظ في المناطق الحضرية التي ينتشر فيها استهلاك أطعمة الطريق المجهزة أن بعض الكائنات الممرضة يمكن أن تلوث المواد الخام وسائر مكونات تلك الأطعمة نتيجة لسوء تناولتها.

٣٥- وللممارسات الزراعية تأثيرات مهمة على صحة المجتمعات الريفية. من ذلك مثلاً أن مشروعات الري زادت من المواقع التي تتكاثر فيها الناقلات المسببة لمرضى الملاريا والبلهارسيا. ويلاحظ بصورة متزايدة أن هناك تنافساً على الماء بين أغراض الري وبين الاستخدامات البشرية لهذا المورد الضروري. بل إن هناك في الواقع معضلة لا بد من حلها، حيث أنه ينبغي الموازنة بين الآثار الضارة التي يحتمل أن تنجم عن الري، وبين مزايا زيادة الامدادات الغذائية والدخول التي يمكن أن تتحقق عن طريق الري. يضاف إلى ذلك أن الاستخدام غير السليم للكيماويات الزراعية يؤدي إلى كثير من المخاطر الصحية.

أنماط الحياة والنظام الغذائي

٣٦- ان أنماط الحياة الصحية التي تساعد على زيادة احساس الفرد بالرفاهية يمكن أن تكون سدا واقيا من المرض. وتشمل هذه الأساليب تناول وجبات غذائية متوازنة، وممارسة الرياضة البدنية بانتظام، والتقليل من الاجهاد، وتجنب اساءة استعمال الكحول والتبغ. ولايزال تدخين التبغ يمثل هاجسا صحيا في جميع أنحاء العالم، حيث أنه مرتبط ارتباطا مباشرا بزيادة معدلات الوفيات بسبب السرطان، وأمراض القلب، وبسبب تأثيراته على الحالة التغذوية للجنين.

٣٧- وتؤكد القرائن التي جمعت عن مجموعات سكانية شتى في الدراسات الوبائية الحديثة أهمية النظام الغذائي وأنماط الحياة فيما يتعلق بالأنماط المتنقلة لسوء التغذية. وتتجلى العلاقة الدينامية بين التغيرات في النظام الغذائي وانخفاض معدلات الإصابة بالأمراض المعدية، وبين أنماط الحياة التي تفتقر بصورة متزايدة الى الحركة والنشاط، في تبدل الصورة العامة لمعدلات الأمراض والوفاة في كثير من المناطق التي تتعرض حاليا لتغيرات اجتماعية واقتصادية سريعة. ومن الأمثلة الواضحة في هذا الصدد أوروبا الشرقية، حيث تبين من الدراسات التي أجريت مؤخرا انخفاض متوسط العمر المرتقب في المناطق الأقل تقدما في ذلك الاقليم، حتى وان كانت معدلات وفيات الأطفال لاتزال في تناقص مستمر.

٣٨- وعلى الرغم من أن الأمراض غير السارية المرتبطة بالغذاء توجد أساسا بين المجموعات السكانية الموسرة، فقد أصبحت تلك الأمراض من الشواغل التي تقلق الطبقات الفقيرة والمتوسطة في البلدان الصناعية. كما أنها بدأت تمثل مشكلات في مجال الصحة العامة في كثير من البلدان النامية. وقد حدث في كثير من تلك البلدان تحول ملحوظ من مشكلات نقص التغذية الى التعرض لمشكلات الاسراف في المتحصلات الغذائية وعدم توازنها.

٣٩- ويلاحظ أن الوجبات الغذائية التي تحتوى على مقادير كبيرة من الفاكهة والخضر والبقول والحبوب الكاملة تقترن بانخفاض في معدلات الإصابة بالأمراض المزمنة المرتبطة بالنظام الغذائي. وتتسم النظم الغذائية التي تقترن بانخفاض خطر الإصابة بأمراض القلب وبعض أنواع السرطان بعدم الاسراف في الاطعمة الغنية بالطاقة والدهون (خصوصا الدهون المشبعة والكوليسترول) وبأنها تشتمل على أطعمة بها كميات كافية من الكربوهيدرات المعقدة والالياف الغذائية والفيتامينات والمعادن، وعلى كميات متوسطة من الملح.

٤٠- والسمنة، التي ترتبط في كثير من الأحيان بزيادة حميلة الجسم من الطاقة والدهون عن الحد المناسب، تزيد من مخاطر ارتفاع ضغط الدم والإصابة بالسكتة

المخية ومرض السكر وأمراض الشريان التاجي. كما يرتبط الاسراف في تناول الكحول بعدة مشكلات صحية، فضلا عن المشكلات الاجتماعية المتعلقة بالادمان. وتقترن زيادة حميلة الجسم من الأملاح لدى بعض الأفراد بارتفاع في ضغط الدم، كما يرتبط ارتفاع منتجات الجسم من الدهون الغذائية، خصوصا الدهون المشبعة، بزيادة الكوليسترول المصلي، وهو من العوامل التي تزيد من احتمالات التعرض لمرض الشريان التاجي. أما العلاقة بين النظام الغذائي والسرطان، فانها لم تثبت بنفس القدر من التأكد، وان كانت الدلائل تشير الى أن النظم الغذائية التي تحتوى على مقادير كبيرة من الدهون مرتبطة ببعض أنواع السرطان، بما في ذلك سرطان القولون والبروستاتا. ويلاحظ في بعض التجمعات السكانية وجود ارتباط بين سرطان المعدة وبين النظم الغذائية التي تحتوى على مقادير كبيرة من الأغذية المدخنة والمحفوظة بطريقة التمليح. يضاف الى ذلك أن ثمة علاقة قوية بين كثرة استهلاك السكر وغيره من الكربوهيدرات المكررة وبين الاصابة بتسوس الأسنان.

توافر الرعاية الصحية وامكانيات الحصول عليها

٤١- ثمة خدمات صحية شتى يمكن أن تحسن الحالة التغذوية: فالتحصين (التمنيع) يساهم في كسر ذلك التحالف الخطير بين سوء التغذية والعدوى؛ والخدمات العلاجية تقلل من فترات المرض؛ كما أن معالجة الجفاف عن طريق الفم تقلل من شدة أمراض الاسهال ومن عواقبها. والتغذية الكافية أثناء نوبات الاسهال وبعدها تعجل بالشفاء. كما أن الاقترار على الرضاعة الطبيعية يقلل كثيرا من مخاطر الاصابة بالاسهال ومن شدته وتأثيره في الأشهر الستة الأولى من حياة الرضيع. ويمكن عن طريق الرعاية السابقة على الولادة تحسين وزن الطفل عند الولادة. كما أن الأساليب المتبعة في التوليد عند حلول وقت الولادة لها تأثير كبير على بداية عملية الرضاعة الطبيعية واستقرارها، وقد تمثل البرامج التي تستهدف تكملة النظام الغذائي لفئات معينة بالحديد وفيتامين أ واليود تدخلات صحية فعالة في هذا الصدد.

٤٢- وتتوقف الاستفادة من الخدمات الصحية على توافر تلك الخدمات ووجود الأفراد المدربين والبنى الأساسية والأدوية الضرورية، وعلى رغبة السكان في الحصول على تلك الخدمات. وهذه العوامل تتفاعل فيما بينها وتتوقف على ما يحصل عليه المساعدون الصحيون من دعم ومدى قدرتهم على العمل ومدى رضاهم عن الوظائف التي يشغلونها. ومن العوامل المهمة التي تؤثر على استخدام الخدمات الصحية مدى تقبل المجتمع لها، ونوعيتها، وفرص الحصول عليها، والعلاقة بين القائمين على تقديم الخدمة الصحية وبين المرضى.

٤٣- وتؤدي الخدمات الصحية الأولية وخدمات المرتبتين الثانية والثالثة دورا حيويا في الوقاية من سوء التغذية وتحسين الحالة التغذوية. فبينما يكون الشاغل

اندونيسيا تحشد جهودها للنهوض بالتغذية وتنظيم الأسرة

في اندونيسيا، يدرك راسمو السياسات أن ارتفاع مستويات الخصوبة يفاقم الصعوبات المصادفة في تلبية الطلب على الأرض وفرص العمل والخدمات، ويضع عوائق خطيرة أمام بلوغ الغايات التغذوية. ولذا يعكف البلد على وضع استراتيجيات تستهدف اشباع حاجات العدد المتزايد من السكان، وتشجيع تكوين الأسر الصغيرة في آن واحد.

ويرى الاختصاصيون الصحيون الاندونيسيون أن تحسين التغذية وتنظيم الأسرة غايتان جوهريتان ومتلازمتان لتحسين نوعية الحياة. ففي ١٩٩٠، وصل عدد سكان اندونيسيا الى ١٧٩٣٢٢ مليون نسمة. ومع أن معدل النمو قد انخفض انخفاضاً كبيراً من ٢٣٢ في الفترة ١٩٧١-١٩٨٠ الى ١٩٧ في الفترة ١٩٨١-١٩٩٠، فإن ارتفاع عدد الشباب بين سكان اندونيسيا (أكثر من ٦٤ مليون نسمة تقل أعمارهم عن ١٥ عاماً) يشير الى أن النمو السكاني سيكون سريعاً خلال القرن المقبل.

وقد حقق البرنامج الاندونيسي لتنظيم الأسرة، الذي يشرف عليه المجلس التنسيقي الوطني، نجاحاً ملحوظاً في خفض معدل الخصوبة. فعندما بدأ برنامج تنظيم الأسرة جهوده منذ عشرين سنة، كانت النسبة الاجمالية للمواليد ٤٣ في الألف، أما الآن فهي تبلغ ٢٨ في الألف. ومع أن عوامل اجتماعية كثيرة قد أسهمت في خفض معدل المواليد، فالمعرفة بالوسائل الحديثة لمنع الحمل واستخدامها كانا السبب الرئيسي لانخفاض الخصوبة.

وعلى الرغم من تحسن المتحصلات الغذائية وأساليب الرعاية التغذوية للأطفال، مازالت اندونيسيا تواجه مشكلات تغذوية خطيرة في أربعة مجالات هي: سوء التغذية المرتبط بمتحصلات البروتين والطاقة، ونقص فيتامين أ، والاضطرابات الناجمة عن نقص اليود، وفقر الدم الناجم عن نوعية التغذية.

المتطوعون في مجال تحسين الصحة عنصر رئيسي في الجهود الوطنية

يعد «مشروع تحسين تغذية الأسرة» من أهم الآليات التي تسعى الحكومة الاندونيسية عن طريقها الى معالجة مشكلات التغذية. ونظراً للمعوقات التي يصادفها الموظفون الفنيون في خدمة سكان يناهز عددهم ٢٠٠ مليون نسمة، ويعيش كثيرون منهم في المجتمعات المحلية الريفية في جميع أرجاء الأرخبيل، فإن اندونيسيا تعتمد على المتطوعين في مجال تحسين الصحة، المعروفين باسم القديرين.

ويمكن الى حد كبير أن يعزى نجاح برامج التغذية وتنظيم الأسرة الى هؤلاء المتطوعين الذين يعملون في مراكز صحية على مستوى المجتمع المحلي تعرف باسم يوسياندو. وقد زاد عدد هذه المراكز زيادة سريعة في السنوات الأخيرة حتى بات يوجد الآن ٥٨٩ ٢٣١ مركزاً في جميع أنحاء البلد، ويقدم المتطوعون خدمات تغذوية شتى مثل رصد النمو وتعبئة الامدادات الغذائية، بما في ذلك الجرعات التكميلية من الحديد، وكبسولات فيتامين أ، والأوراليت. كما يقومون بتسجيل وتبليغ المعلومات لأغراض الرقابة التغذوية، وبترويج شعارات التوعية التغذوية. ويقوم المتطوعون أيضاً، الى جانب جهودهم الرامية الى تحسين التغذية، بترويج الرسائل الخاصة بتنظيم الأسرة مثل مفهوم الحجم الأمثل للأسرة (الأسرة السعيدة المزدهرة المؤلفة من الوالدين وثلاثة أطفال) واسداء المشورة فيما يتعلق بمنع الحمل. ولما كان هؤلاء المتطوعون ينتمون الى المجتمعات المحلية التي يخدمونها ويوالون عدداً صغيراً من الحالات فانهم يملكون معرفة وثيقة بالمتنفعين بخدماتهم، مما يجعل مناقشة المسائل الشائكة المتعلقة بالتغذية ومنع الحمل أقل صعوبة.

تطويع القيم التقليدية للحياة الحديثة

تسعى الاستراتيجية الاندونيسية الى الاستفادة من الهياكل والعلاقات الاجتماعية القائمة في تعزيز برامجها. وتحظى السياسة السكانية بتأييد واسع النطاق، إذ تشترك زوجات المسؤولين على كل مستويات الحكومة في تنفيذ البرنامج. وتبذل جهود نشطة لكسب التأييد العام للزعماء الدينيين وللقادة القرويين التقليديين. وتسهل القيم الثقافية التقليدية مثل اقتسام المسؤوليات والتآزر والتعاقد تنفيذ البرامج التغذوية والسكانية. وفي الوقت نفسه، لا تتردد اندونيسيا في أن تشجع تغيير الممارسات الثقافية عند الضرورة.

ومع أن اتجاهات الاعتماد الكلي تؤثر حتماً على قدرة بلد من البلدان على مواجهة مشكلات التغذية وتسبب تغيراً ديموغرافياً، فإن خبرة اندونيسيا توضح أن تحسين التغذية وخفض معدلات الخصوبة لا يقتضى انتظار حدوث تحولات اجتماعية اقتصادية واسعة النطاق. والواقع أن الاسقاطات السكانية والمؤشرات التغذوية والاحصائيات الزراعية قد اقنعت القائمين على التخطيط ورسم السياسات في اندونيسيا بأن هذه التدخلات لا يمكن ارجاؤها اذا ما أُريد الحفاظ على المكاسب التي حققت حتى الآن وضمان ألا تتجاوزها التطورات.

الأول للمريض هو الحصول على الخدمات العلاجية على مستوى المركز الصحي القائم في الحي الذي يقطن فيه، يلاحظ أن هناك عناصر أخرى للرعاية الصحية الأولية لابد من توافرها للمحافظة على مستوى تغذوي كاف. وهذه العناصر هي: التثقيف الصحي، وتوفير مياه الشرب المأمونة وخدمات الإصحاح الأساسية، والرعاية الصحية للأمومة والطفولة، بما في ذلك تنظيم الأسرة وحملات التحصين ومكافحة الأمراض المتوطنة وتوفير الأدوية الضرورية. وتعد خدمات رعاية الأمومة والطفولة المحور الرئيسي للخدمات الصحية المحلية فيما يتعلق بالتغذية. ويعتبر إنشاء شبكة لخدمات رعاية الأمومة والطفولة تركز على أساليب رصد نمو الأطفال والعمل على تشجيع ذلك الرصد من أهم تدابير الصحة العامة الرامية إلى الوقاية من نقص التغذية، فعندما يتعثر النمو يتم تحديد أسباب ذلك التعثر، سواء كانت متعلقة بالنظام الغذائي أو متصلة بأساليب التغذية أو بمشكلات اجتماعية اقتصادية معينة، وبعد ذلك تتخذ الإجراءات المناسبة. وبالنظر إلى الظروف الاقتصادية الحالية التي تواجهها كثير من البلدان الفقيرة، فإن النطاق الذي تغطيه مثل هذه الخدمات الصحية المحيطية لا يزال محدوداً جداً. وقد اضطرت كثير من الحكومات بسبب المعوقات المالية إلى إلغاء الخدمات المتنقلة التي كانت شائعة في الماضي. وفي بعض الحالات تؤدي المصاعب الراهنة إلى تدهور نوعية تلك الخدمات، وكل هذه الظروف تعد من العوامل التي تزيد من مخاطر سوء التغذية.

٤٤- ومن المسلم به أن الخدمات الصحية النظامية لا تغطي سوى نسبة محدودة من المجتمعات المحلية. والمحور الذي يدور حوله مفهوم الرعاية الصحية الأولية هو مشاركة المجتمعات المحلية في العناصر الرئيسية للرعاية الصحية الخاصة بها وتنظيمها لتلك العناصر، وذلك بدعم من أقرب مركز صحي. وقد اتسع نطاق هذه الرعاية منذ انعقاد مؤتمر ألما أتا حتى أصبحت تغطي عدداً كبيراً من المجتمعات المحلية في معظم البلدان، وإن كان من الضروري أن تصل إلى أعداد أكبر. وكثيراً ما يتم ذلك عن طريق إنشاء لجان صحية قروية وتدريب المساعدين الصحيين في المجتمع المحلي. ويعتبر مدى وعي المجتمع المحلي بالقضايا الصحية وقدرته على وضع برنامج صحي على المستوى المحلي من العوامل المهمة الأخرى التي تحدد الحالة التغذوية، حيث أن كل جوانب الرعاية الصحية يمكن أن يكون لها تأثيرها على التغذية. ومن ثم فإن وجود مثل هذه الأنشطة الشعبية المحلية يعتبر من العوامل المهمة التي يتوقف عليها مستوى تغذية الأطفال الصغار والأمهات.

الرعاية والتغذية

على مستوى الأسرة

٤٥- تعتبر الرعاية في حد ذاتها عنصرا ضروريا من عناصر التغذية السليمة والصحة الجيدة. فقد يحدث سوء التغذية حتى لو كانت الأسرة تستطيع الحصول على الطعام بالمقادير والأنواع الملائمة، والاستفادة من خدمات الاصحاح والخدمات الصحية المناسبة. وعلى الرغم من أن تحسين التغذية يستلزم توافر دخول كافية ومقادير أكبر من الغذاء وخدمات صحية موسعة، فإن هذا في حد ذاته لا يمكن أن يحقق التحسينات اللازمة ما لم تتمكن الأسر من الاستفادة من هذه المزايا. وبالإضافة إلى الحاجة إلى تعزيز قدرة الأسرة على رعاية أفرادها، فإن تحسين الحالة التغذوية للفئات المحرومة والحساسية قد يتوقف أيضا على قدرة المجتمع على مساعدة تلك الفئات ومدى استعداده لذلك.

٤٦- ويقصد بالرعاية القيام داخل الأسرة والمجتمع المحلي بتوفير الوقت والعناية والدعم من أجل تلبية الاحتياجات الجسدية والعقلية والاجتماعية للطفل في مرحلة النمو ولسائر أفراد الأسرة. وهي تؤدي إلى الاستخدام الأمثل للموارد البشرية والاقتصادية والتنظيمية. وفيما يتعلق بتغذية الأطفال بوجه خاص، تتيح الرعاية أفضل استخدام للموارد الغذائية الأسرية في تغذية الطفل. وهي تعنى ضمنا الاستخدام الفعال للموارد في حماية الأطفال من العدوى، ورعاية الطفل أثناء فترات المرض، وكذلك مساعدة سائر الأفراد الذين قد لا يتمكنون من الاعتناء بأنفسهم بسبب العجز أو الشيخوخة. وتشمل الرعاية بوجه أعم تعزيز التطور السيكولوجي والوجداني للفرد. وهذه الأهداف في حد ذاتها يمكن أن تعود بالنفع على التغذية وعلى الصحة. ومن المعلوم أن الموازنة الوجدانية، بما تكفله من احساس بالأمان، تعد من العوامل المهمة التي تؤثر في تغذية الطفل في المراحل المبكرة من حياته.

٤٧- ويعتبر توفير الرعاية الفردية داخل الأسرة من الجوانب المهمة للسلوك البشري. ويعتمد نوع الرعاية المقدمة على موارد الأسرة ومواقف أولئك الذين يتخذون القرارات فيما يتعلق باستخدام تلك الموارد. ويحتاج الأفراد كي يتمكنوا من حماية رفاحتهم التغذوية وتحسينها، وكذلك من هم في رعايتهم، إلى معلومات أساسية عن الاحتياجات التغذوية والصحية وكيفية تلبيتها على النحو الأمثل في حدود الموارد المتاحة. ويحتاج أرباب الأسر والقائمون على توفير الرعاية الأولية، بالإضافة إلى الموارد الاقتصادية، إلى الوقت والطاقة والحافز الذي يكفل العمل من أجل خير جميع أفراد الأسرة دون تفرقة، والتطبيق العملي لما لديهم من معلومات ومعارف. وتتوقف التغذية الجيدة على توافر أنواع شتى من الأغذية والسلع

والخدمات، ولكن الأهم من ذلك أنها تتوقف على الأفراد الذين لهم القدرة على استخدام تلك الموارد استخداما فعالا.

٤٨- وتتوقف الحالة التغذوية للأسرة الى حد كبير على معارف أفرادها ومواقفهم وممارساتهم، ولأسيما رب الأسرة والمسؤول الأول عن تقديم الرعاية. وربما نشأ سوء التغذية عن فهم قاصر للاحتياجات التغذوية المتغيرة لجسم الانسان خلال دورة حياته وكيفية تلبية تلك الاحتياجات على أفضل نحو باستخدام الاغذية المتوافرة. ومن ثم فان المحرمات والبدع الغذائية، وعادات الأكل غير السليمة، وقصور أساليب اعداد الطعام، وعدم كفاية الادراك بالمخاطر الصحية، والاحتياجات الغذائية والحالات الفسيولوجية الخاصة، تسهم كلها فى سوء التغذية. ورغم أنه ليس من السهل تغيير أى من تلك الممارسات، فان التوعية التغذوية يمكن أن تمثل تدخلا مناسباً فعالاً فى المساعدة على الوقاية من المشكلات التغذوية وتداركها.

٤٩- وقد يقوم على توفير الرعاية للأسرة الأم والأب وربما بعض أفراد آخرين. بيد أنه يلاحظ أن طابع نشاط الأم فى كثير من البلدان، بما يتسم به من كثرة الأعباء واحتياجا للوقت (الجمع بين أعمال المنزل وبين أنشطة الحصول على الدخل) له تأثير كبير على أنواع الأطعمة التى تأكلها الأسرة وكيفية اعدادها، وعلى مقدار الدعم الوجدانى للأطفال الصغار والاستجابة لاحتياجاتهم. وكل هذه الجوانب التى تميز الحياة اليومية للأسرة تؤثر على الحالة التغذوية، كما أن لها فى المجتمعات الفقيرة جدا تأثير بالغ الأهمية فى الوقاية من سوء التغذية بين الأطفال. لذلك فان من الضرورى الاهتمام بدور المرأة، ومعارفها، وحوافزها، والوقت المتاح لها، ومدى سيطرتها على الموارد، بما فى ذلك دخل الأسرة. ويلاحظ أن الأمهات اللاتى يتمتعن بقدر من التعليم والموارد أقدر على الاستجابة لاحتياجات الأطفال فى حالات المرض وغير ذلك من المشكلات. كما أن تبعية المرأة فى كثير من المجتمعات قد تكون من الأسباب الأساسية المهمة لسوء التغذية. ويعد الأطفال والنساء من أول ضحايا الفقر وسوء التغذية فى الحالات التى تضافى فيها المعتقدات السائدة نوعاً من الشرعية على مركزهم المتدنى فى المجتمع.

٥٠- وتعتبر الرضاعة الطبيعية من أول أنشطة الرعاية وأكثرها تأثيراً، فهى تكفل للرضيع فى آن واحد الحصول على الغذاء والحماية من العدوى، والرعاية المقترنة بالحنان. وبالنسبة للأم، تعنى الرضاعة الطبيعية تقوية الصلة بينها وبين طفلها كما أنها فى حالة عدم تناول الطفل لأى غذاء أو سائل غير لبن الأم، تساعد على حماية الأم من التعرض للحمل مرة أخرى فى الأشهر الستة الأولى بعد الوضع. كما أن المباشرة بين الولادات تؤدى بدورها الى حماية الحالة الصحية والتغذوية للأم ولسائر أفراد الأسرة.

أدوار المرأة في مجال التغذية

هناك طرق عديدة تسهم بها المرأة، أو تحدد بها في الواقع، الحالة التغذوية لجميع أفراد الأسرة. وفي حين أن هذه الأسهامات تكون كبيرة في جميع أنحاء العالم النامي، فإنها تكون حاسمة بوجه خاص في الأسر الريفية والفقيرة، وفي الأسر التي تشرف على رعايتها الإناث.

ومن الطرق الرئيسية التي تسهم بها المرأة في التغذية، الدور الذي تؤديه بوصفها عاملة زراعية. وكثيراً ما تسهم النساء بما يزيد على ٥٠ في المائة من قوة العمل المستخدمة في إنتاج المحاصيل النقدية، ويؤدي نسبة تصل إلى ٨٠ في المائة من العمل المكرس لإنتاج المحاصيل الغذائية اللازمة للاستهلاك المحلي. كما تقمن بمعظم العمل اللازم للعناية بالحدائق المنزلية التي تزود الأسرة بخضروات وفواكه إضافية، وكذلك بالحيوانات الصغيرة.

وتقوم المرأة بالجزء الأكبر من أنشطة ما بعد الحصاد، مثل التسويق، والتصنيع (في المنازل والمصانع)، وبيع الأغذية في الطريق، والتخزين. كما أنها تتولى في العادة مهمة اختيار الأغذية التي ستستهلكها الأسرة، وهي التي تقوم بشرائها وإعدادها.

وتسهم المرأة في التغذية عن طريق الدخل الذي تحققه. ويندرج ما يقرب من ٤٢ في المائة من النساء اللاتي تزيد أعمارهن عن ١٥ عاماً في قوة العمل المأجور، كما تقوم النساء بالقسط الأعظم من النشاط في القطاع الاقتصادي غير النظامي. وبذلك تسهم النساء بنسبة كبيرة في دخل الأسرة اللازم لشراء الأغذية واستمرار الرفاهية التغذوية.

وتؤثر النساء على التغذية عن طريق العادات الغذائية التي يتبعنها. فالنساء هن خزان المعارف المتعلقة بالأغذية والتغذية، والتي قد تتراوح بين معرفة ما يصلح للأكل من المنتجات الحرجية غير الخشبية والمهارات الخاصة بالطهي. وتتولى النساء المسؤولية الرئيسية عن إطعام الأطفال، وتعليم الأطفال أمور التغذية، وتكوين أنماط تناول الطعام، وتعليم الأطفال التقاليد المرعية المتمثلة بالأغذية.

وتؤثر المرأة على التغذية عن طريق الرعاية الصحية التي تمنحها وتتلقها. وتتولى النساء المسؤولية الرئيسية عن رعاية الأمومة والطفولة، ويشمل هذا متابعة مراحل الحمل، والتوعية التغذوية أثناء الحمل، وتوفير الأغذية والمكملات المغذية، والتوعية الصحية، وحضور عملية الولادة، وحماية الرضاعة الطبيعية، والوقاية من الأمراض الشائعة ومكافحتها، وكفالة النظافة العامة داخل الأسرة.

وتسهم النساء في التغذية عن طريق جلب الوقود والمياه الصالحة للشرب. وفي معظم أجزاء العالم النامي، تتولى النساء مسؤولية جمع واستخدام ما يلزم للاستهلاك المحلي من الوقود والمياه الصالحة للشرب، ولا تخفى أهمية الوقود ومياه الشرب فيما يتعلق بإعداد الأغذية، والحالة التغذوية، والصحة، فضلاً عن تأثيرهما على السلامة البيئية في الأجل الطويل.

٥١- وتأتي بعد ذلك المرحلة الحرجة التالية، وهي مرحلة الفطام، عندما يتراوح عمر الطفل بين ستة أشهر وأربعة وعشرين شهراً. وفي هذه المرحلة يتعرض الرضع لأشد الأخطار التغذوية التي تتخذ شكل تلوث الغذاء، وقلة كثافة ما يحصلون عليه من طاقة، وتباعد فترات تناول الغذاء، وفقدان الطفل للأمان الذي كان يجده في حضن أمه. وربما اسندت مهمة رعاية الطفل في تلك المرحلة إلى فرد أكبر سناً من أفراد الأسرة قد لا يستطيع رعاية الرضيع بالطريقة السليمة، مما قد يؤدي إلى سوء التغذية بل والوفاة في بعض الحالات. كما أن قسوة الحياة في المناطق الريفية والحضرية الفقيرة قد تؤدي إلى قلة الاتصال بين الأم والطفل بعد الفطام. وتؤثر معارف القائم بالرعاية وحوافزه تأثيراً مباشراً على طبيعة الاستجابة لاحتياجات الأطفال. ويلاحظ في هذا الصدد أن مشكلات الرعاية للبنات في سن المراهقة كثيراً ما تهمل، رغم أن الفتيات في هذه السن يمثلن إحدى الفئات المعرضة للخطر من الناحية التغذوية والتي تحتاج إلى الرعاية.

٥٢- وثمة علاقة إيجابية بين المستوى التعليمي للأم في حد ذاته، بغض النظر عن دخل الأسرة، وبين تحسن الحالة التغذوية للأطفال وانخفاض معدل الوفيات بين الرضع. وتتجلى آثار المستوى التعليمي للأم على صحة الطفل من خلال إدارتها لموارد الأسرة على نحو أفضل. وفي كثير من الحالات يقترن ارتفاع المستوى التعليمي للأم بمزيد من الإقبال على استخدام خدمات الرعاية الصحية، وتناقص معدلات الخصوبة، واتباع أنماط سلوكية أكثر تركيزاً على تقديم الرعاية للأطفال. ومع ارتفاع المستوى التعليمي، تتمتع المرأة بقدر أكبر من النفوذ داخل الأسرة فيما يتعلق بتخصيص الموارد اللازمة للغذاء وغير ذلك من الاحتياجات المهمة بالنسبة لصحة الأطفال ورفاهيتهم.

٥٣- ويمثل تخصيص الطعام داخل البيت إحدى القضايا المهمة ذات الصلة المباشرة بإمكانات الحصول على الطعام والرعاية. وقد جرت العادة في بعض المجتمعات على أن يحصل عدد معين من أفراد الأسرة على طعام أكثر مما يحصل عليه غيرهم، وذلك بالمقارنة باحتياجاتهم التغذوية. من ذلك ما أظهرته البحوث في بعض البلدان من محاباة للذكور على حساب الإناث.

٥٤- وهناك طائفة واسعة من العوامل الأسرية والسكانية المرتبطة بسوء التغذية بين الأطفال، مثل طبيعة المسكن والامداد بالمياه، وترتيب الطفل بين أخوته من حيث تاريخ الميلاد، وسن الأم، وسن الفطام، ووجود أو غياب أخوة آخرين. وقد يؤدي تكرار الولادات إلى استنفاد المخزونات التغذوية للمرأة. ففي حالة استهلاك الأم لمنتجات غذائية محدودة يستجيب جسمها لاحتياجات الجنين أولاً. كما أن وجود عدد كبير من الأطفال الصغار في البيت قد تكون له تأثيرات سلبية على هؤلاء الأطفال، وذلك بغض النظر عن العوامل الاجتماعية الاقتصادية الأخرى.

على مستوى المجتمع المحلى

٥٥- تم فى الفقرات السابقة تسليط الضوء على أهمية الرعاية التى يكفلها الافراد والأسر فى تحديد المستوى التغذوى. بيد أن المجتمعات المحلية تمارس هى أيضا تأثيرات مهمة على التغذية. فالحالة التغذوية هى حميلة نسيج معقد من العوامل الاجتماعية والاقتصادية والسكانية والبيئية. ومعروف أن من الغرائز الأساسية فى المجتمعات غريزة البقاء. ومن أهم مقومات هذا البقاء التغذية الكافية. ويتعين على كثير من المجتمعات المحلية، خاصة فى البلدان النامية، أن تتواءم مع بيئة طبيعية واقتصادية شديدة القسوة. وتتوقف قدرتها على العيش فى تلك البيئة جزئيا على مواردها الطبيعية التى قد تكون أقل بكثير مما يكفى لسد احتياجاتها. فمثلا قد تكون احدى القرى قد أنشئت لأسباب تاريخية على أرض لاتلائم الزراعة أو تعرضت لدرجة عالية من التعرية أو نضبت خصوبتها، أو تقع فى مناطق تنفشى فيها عوامل ممرضة أو ناقلات أمراض. ويعتمد بقاء المجتمع على قدرته على التغلب على هذه المعوقات من خلال موارده الذاتية أو عن طريق مساعدات من الحكومة وموارد خارجية أخرى.

٥٦- وقد تكون البيئة الاقتصادية هى أيضا حافلة بتحديات مماثلة. من ذلك مثلا أن القرى المعزولة تجد صعوبة فى منافسة القرى التى تقع فى المناطق الأقرب الى أحد الأسواق، وربما تعين عليها أن تقبل تخفيض أسعار بعض منتجاتها الأولية.

٥٧- وتتوقف قدرة المجتمع المحلى على التمدى لمثل هذه التحديات على بنيته وتنظيمه وقدرات قادته، واستعدادهم للتعاون معا وخدمة مصالح المجتمع المحلى ككل. وعادة مايوجد نوع من الحكومة الرسمية أو غير الرسمية للقرية فى شكل مجلس أو غير ذلك من التنظيمات. ولمدى ملاءمة مثل هذا الهيكل ومايحصل عليه من تشجيع ودعم من أقرب مركز تابع للحكومة المحلية، تأثير مهم على قدرة المجتمع المحلى على التعامل مع بيئته ومع مشكلاته الداخلية.

٥٨- كما أن للتنظيم الاجتماعى والقدرات القيادية أثر مهم على الحالة التغذوية للمجتمع المحلى. من ذلك مثلا أن القادة النشطين يمكنهم تنظيم بعض الأنشطة الجماعية اللازمة لميانة طرق القرية وجسورها. ويمكن لجماعات المزارعين تسهيل الاتصالات التجارية مع العالم الخارجى حتى يتسنى تسويق منتجاتهم والحصول على الخدمات الحكومية.

٥٩- وفى حالة توافر قدر كاف من الوعى التغذوى والصحى والاجتماعى، فانه يمكن للجنة القرية أو للمجموعات غير الرسمية فيها، خاصة المنظمات النسائية داخل المجتمع المحلى، أن تحدد أحيانا الافراد الذين لا يحصلون على تغذية كافية والأسر التى تعاني من المشكلات، والأشخاص المشردين أو الأسر المعدمة وغيرها من الأسر

المحرومة. وعادة ما يوجد تنظيم محلي يعنى بهذه المشكلات في المجتمعات المحلية ذات التنظيم الجيد. وغالبا ما تكون الحالة التغذوية لأفراد المجتمع وكذلك التدابير الأخرى المتعلقة بنوعية الحياة، أسوأ بصورة ملحوظة في المجتمعات التي لا توجد فيها مثل هذه التنظيمات.

نظم الضمان الاجتماعي

٦٠- وبالإضافة الى أنواع الرعاية التي توفرها المجتمعات المحلية، توجد آليات لتوفير الرعاية بطريقة أكثر انتظاما، فمثلا تقدم الحكومات أو المنظمات غير الحكومية الرعاية من خلال نظم الضمان الاجتماعي. وتقام مثل هذه النظم على مستوى الحكومات الوطنية أو الحكم المحلي. وهي أكثر انتشارا في المناطق الحضرية.

٦١- وتتم عملية توفير الرعاية في شكل استجابة منظمة اجتماعيا للاحتياجات التغذوية بمرحلة انتقالية في الوقت الحاضر. ذلك أن الهياكل التقليدية لتوفير الرعاية داخل الأسر والمجتمعات المحلية باتت تضعف تدريجيا مع تحديث المجتمعات المحلية وانتقال السكان الى المناطق الحضرية. وينطبق هذا بوجه خاص على نظام الأسرة الممتدة، وقد يؤدي ذلك الى تكون مجموعات سكانية تفتقر الى الرعاية، ما لم تتدخل الحكومات أو غيرها من المؤسسات لمساعدة تلك الفئات. وتعمل المنظمات الطوعية في كثير من البلدان على سد هذه الثغرات في هياكل توفير الرعاية. وتوفر الدولة الضمان الاجتماعي للمحافظة على المستويات الدنيا للدخل في عدد من البلدان المتقدمة.

٦٢- وتختلف أشكال الضمان الاجتماعي من حيث علاقتها بالتغذية في البلدان المتقدمة والنامية. فهناك عدد من البلدان النامية التي تدعم أسعار السلع الغذائية التي يشتريها المستهلكون، لاسيما، بالنسبة لسكان الحضر، مما يساعد على زيادة متحملات الفقراء من الأسعار الحاررية. وتقام في بعض البلدان برامج لاطعام الأمهات والرضع وتلاميذ المدارس. وتطبق بعض أشكال الضمان الاجتماعي (مثلا التأمين الطبي والتأمين ضد العجز ومدفوعات البطالة) في بعض البلدان النامية. ولكن مثل هذه الأشكال نادرة وتقتصر على قطاع العمالة النظامي. ومعظم البلدان النامية لا تتوافر لها الموارد اللازمة لاقامة نظام رسمي للضمان الاجتماعي الا بعد أن يصل فيها مستوى الدخل الى المستويات المتوسطة. وفي كل من البلدان المتقدمة والنامية، يلاحظ أن المسنين يكونون معزولين اجتماعيا الى حد ما. وفي بعض البلدان توجد برامج خاصة، مثل برامج توزيع السلع الغذائية والوجبات الغذائية، لتوفير الرعاية لتلك الفئات المعرضة للخطر. وعلى نفس المنوال، يمكن اعتبار البرامج التي تخدم بعض الفئات الأخرى، مثل المعوقين، من قبيل أشكال الرعاية. وبالإضافة الى ذلك، تلتزم الوكالات الدولية في حالة عبور اللاجئين للحدود الدولية بحماية حالتهم المعيشية وتصبح الموارد التي توفرها تلك الوكالات في شكل أغذية وبيع أخرى جزءا من استراتيجية للرعاية.

اللاجئون: من أكثر الفئات المعرضة للأخطار

من الناحية التاريخية، دفعت الحاجة الاقتصادية المهاجرين - الذين ربما كانوا أفقر سكان العالم - الى الانتقال داخل البلد الواحد وعبر الحدود القطرية الى حيث يوجد طلب على قوة العمل. وشيئا فشيئا، أخذ اللاجئون السياسيون، وضحايا الجفاف وغيرهم من الفارين من الأخطار البيئية والاضطرابات الداخلية أو الدولية يسهمون في تشكيل أنماط الهجرة. ومع أن عدد اللاجئين لا يمثل سوى جزء صغير من سكان العالم، فقد يكون لهم تأثير هام على استخدام الموارد، بما فيها الامدادات الغذائية وخدمات الرعاية الصحية. وقد تزايد العدد الكلي للاجئين المعتمدين على المساعدة الدولية تزايدا سريعا خلال العقدين الماضيين. وقد قدرت مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين عدد اللاجئين في نهاية ١٩٧٠ بنحو ٨٢ مليون لاجئ، بيد أن هذا العدد قد زاد بعد عشر سنوات الى ٨٢ مليون لاجئ. وبحلول عام ١٩٩٢، ارتفع العدد الكلي المقدر للاجئين المعتمدين على المساعدة الى ١٩٥ مليون لاجئ. ومن هذا العدد يقيم ٦ ملايين لاجئ في مخيمات اللاجئين في افريقيا، و يتواجد ٨ ملايين لاجئ في الشرق الاوسط وشمال افريقيا وجنوب غربى آسيا. وارتفع عدد اللاجئين في امريكا الشمالية وأوروبا من نحو ٢ مليون لاجئ في ١٩٩١ الى ٣ مليون لاجئ في ١٩٩٢ بسبب الصراعات العرقية الدائرة في أوروبا الشرقية، وخاصة في يوغوسلافيا. ويوجد بقية اللاجئين في امريكا اللاتينية وآسيا واوسيانيا. وأصبح حل مشكلات اللاجئين مسألة متزايدة الصعوبة. ونتيجة لذلك يظل عدد متزايد من اللاجئين لفترات أطول من الزمن في حالة اعتماد جزئى، على الأقل على المعونة الغذائية.

ولوحظت لدى اللاجئين في أفريقيا، بوجه خاص، خلال العقد الأخير، مستويات مرتفعة من سوء التغذية الحاد الذى يعزى الى نقص متحصلات البروتين والطاقة. وتتباین الأسباب المباشرة لسوء التغذية هذا. ففي عدد من حالات الطوارئ يكون اللاجئون مصابين بالفعل بسوء التغذية عند وصولهم الى الاماكن التى يلجأون اليها. وأحيانا ينتج سوء التغذية هذا عن نقص الاغذية قبل عملية الفرار، وذلك يرجع لعوامل طبيعية أو سياسية أو لمزيج منهما معا، كما هو الحال فى القرن الافريقى. وفى كثير من الأحيان يكون نقص التغذية عاملا يسهم فى اعتزام الفرار. وفى حالات أخرى يكون سوء التغذية عند الوصول الى مخيم اللاجئين نتيجة نقص التغذية أثناء عملية الفرار ذاتها. ويفر معظم اللاجئين من ديارهم سيرا على الأقدام ويقضى كثيرون منهم أسابيع فى الطريق مفتقرين الى الاغذية الكافية. واللاجئون الذين يصلون مصابين بسوء التغذية فى المراحل

المبكرة لحالة الطوارئ يواجهون مشكلات حادة، لأن الآليات اللازمة لتلبية حاجاتهم لا تكون قد أنشئت بعد. وعندما تكون الحصص الكاملة غير متوافرة في البداية، فإن الحالة التغذوية للاجئين الذين كانوا يتمتعون بتغذية جيدة نسبياً عند الوصول تتدهور لا محالة. والأخطار الصحية الناجمة عن الازدحام الشديد وعدم كفاية أماكن الإيواء وامتدادات المياه، وغيرها من المخاطر المهددة للصحة العامة، تكون بوجه عام أشد وطأة في المراحل الأولى. ولذا فإن تدهور الحالة التغذوية يمكن أن يكون سريعاً، ومصحوباً بزيادات سريعة في معدلات الإصابة بالأمراض والوفيات.

وقد وصل انتشار سوء التغذية الحاد إلى نسبة مرتفعة للغاية بلغت ٥٠ في المائة بين اللاجئين الإثيوبيين في شرق السودان في ١٩٨٥، في أعقاب فرارهم من المجاعة والحرب الأهلية. وظلت معدلات سوء التغذية عالية لمدة ثمانية أشهر بعد وصولهم، إلى أن نظمت خدمات فعالة لتقديم الحصص الغذائية وتوفير الرعاية الصحية. ولوحظت أيضاً معدلات مرتفعة نسبياً من سوء التغذية الحاد (٤٥ في المائة) بين اللاجئين الوافدين من جنوب السودان إلى غربي إثيوبيا في ١٩٩٠، بسبب العقوبات التي اعترضت توفير الحصص الغذائية الكافية والمياه والمرافق والخدمات الصحية في الوقت المناسب. وتدهورت الحالة التغذوية بين اللاجئين الصوماليين في شرق إثيوبيا تدهوراً حاداً خلال الأشهر الستة الأولى بعد وصولهم إلى البلد المضيف (١٩٨٨/١٩٨٩). وكان المحتوى المتوسط اليومي للطاقة في الحصص الغذائية الموزعة من فبراير/شباط إلى مايو/أيار ١٩٨٩ يبلغ ١٤٦٣ كيلو كالوري للشخص، بينما يبلغ الحد الأدنى الموصى به ١٩٠٠ كيلو كالوري للشخص يومياً. واشتد الافتقار إلى الأغذية الكافية بسبب الازدحام الشديد والنقص الحاد في المياه وسوء مستوى النظافة العامة، مما أدى إلى ارتفاع مستويات الأمراض السارية ومعدل الوفيات.

ولوحظت بالمثل مستويات مرتفعة من سوء التغذية بين اللاجئين الصوماليين في شمال كينيا وجيبوتي خلال ١٩٩١ والنصف الأول من ١٩٩٢. وتمثلت آلية الاستجابة لهذه الحالات في إنشاء برامج تغذوية انتقائية لتأهيل من يعانون من سوء التغذية ولوقاية الآخرين منها. وعلى الرغم من أن التأهيل التغذوي عن طريق تنفيذ برامج تغذوية انتقائية قد يكون فعالاً، فإن هذه البرامج تعتمد على توفير حصة عامة مناسبة لجميع اللاجئين، وعلى أنها تعد تكميلاً لهذه الحصة لا بديلاً لها.

وفي بعض الحالات ظلت معدلات نقص التغذية منخفضة أو انخفضت انخفاضاً سريعاً كما حدث في تايلند (١٩٧٩) وباكستان (١٩٨٠). وفي هذه الحالات، نظمت على وجه السرعة عمليات اغاثة طارئة، وانشئت في الوقت المناسب

نظم فعالة لتقديم الأغذية والرعاية الصحية للوقاية من المشكلات الصحية والتغذوية في الأجل الطويل. وفي آونة أقرب عهدا، تسنى في ١٩٩٠، تجنب انتشار سوء التغذية على نطاق واسع في غينيا بغربي إفريقيا، عندما قدم القرويون الغينيون عوناً سخياً للاجئين الليبيريين في ظرف لم تتيسر فيه مساعدة دولية فورية.

وكان انتشار سوء التغذية الحاد بطيئاً بين اللاجئين الموزامبيقيين الوافدين إلى ملاوي، غير أن جودة الحصص الغذائية لم تكن كافية لتجنب تفشي البلاجرا عدة مرات على نطاق واسع (١٩٨٩/١٩٩٠). وكان الأسقربوط مشكلة تكرر حدوثها في مخيمات اللاجئين بالقرن الإفريقي، كالمخيمات الموجودة في إثيوبيا والصومال والسودان، حيث اقتصرت الحصص الغذائية على صنفين أو ثلاثة أصناف وكان محتواها من فيتامين «ج» أقل كثيراً من الجرعة اليومية الموصى بتناولها. والافتقار إلى التنوع في حصص الأغذية الأساسية عامل يشكل خطراً كبيراً يهدد بالإصابة بأمراض نقص المغذيات الدقيقة، كالبلاجرا والأسقربوط. ويبلغ الخطر أشده في حالات الاعتماد المزمّن والكامل على المعونة الغذائية الخارجية. ويعتبر استعداد الحكومة المضيفة لتكامل الخدمات، وتشجيع الاكتفاء الذاتي، وإتاحة الحصول على فرص العمل حيثما وجدت، من العوامل المهمة في الحد من تعرض اللاجئين لتلك الأخطار.

وتثور قضية هامة تتعلق بالسياسات عندما لا يكون بمقدور حكومة البلد المضيف تحمل مسؤولية المهاجرين وتكون المنظمات الدولية مفتقرة إلى الموارد اللازمة لإشباع حاجاتهم. ولن يتسنى مواجهة هذه الحالات المفجعة إلا بسياسات وترتيبات وموارد دولية.

المصدر: مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين.

مراجع الفصل الثاني

- Abdullah, M. & Wheeler, E. 1985. Seasonal variations and the intra-household distribution of food in a Bangladeshi village. *Amer. J. Clin. Nutr.*, 41: 1305-13.
- Alderman, H. 1990. *Nutritional status in Ghana and its determinants, social dimensions of adjustment in sub-Saharan Africa*. Working paper no. 5. Washington, DC, World Bank.
- Behrmann, J.R., Deolalikar, A.B. & Wolfe, B.L. 1988. Nutrients: impacts and determinants. *World Bank Econ. Rev.*, 2(3): 299-320.
- Berg, A. 1981. *Malnourished people: a policy view*. Washington, DC, World Bank.
- Chambers, R., Longhurst, R. & Pacey, A., eds. 1981. *Seasonal dimensions to rural poverty*. London, Frances Pinter.
- Chen, L. 1983. Interaction of diarrhoea and malnutrition. In L.C. Chen & N. Scrimshaw, eds. *Diarrhoea and malnutrition: interaction, mechanisms and interventions*, p. 3-19. New York, Plenum Press.
- Chen, L., Huq E. & Huffman, S. 1981. A prospective study of the risk of diarrhoeal diseases according to the nutritional status of children. *Amer. J. Epidemiol.*, 114: 284.
- Haaga, J.G. & Mason, J.B. 1987. Food distribution within the family: evidence and implications for research and programmes. *Food Policy*, 12(2): 146-160.
- Heller, P. & Drake, W. 1979. Malnutrition, child morbidity and the family decision process. *J. Dev. Econ.*, 6: 203-235.
- Hornik, R. 1985. *Nutrition education*. ACC/SCN State-of-the-art review. Nutrition policy discussion paper no. 1. Geneva.
- Kielmann A. *et al.* 1983. Child and maternal health services in rural India: the narangwal experiment. *Integrated nutrition and health care*, vol. 1. Baltimore, MD, Johns Hopkins Press.
- Lipton, M. 1983. *Poverty, undernutrition and hunger*. World Bank staff working paper no. 597. Washington, DC.
- Longhurst, R. 1984. *The energy trap: work, nutrition and child malnutrition in northern Nigeria*. Cornell international nutrition monograph series no. 13. Ithaca, NY.
- Martorell, R., Leslie, J. & Moock, P. 1984. Characteristics and determinants of child nutritional status in Nepal. *Amer. J. Clin. Nutr.*, 39: 74-86.
- Mata, L.J. 1978. *The children of Santa María Cauqué: a prospective field study of health and growth*. The MIT Press international nutrition policy series no. 2. Cambridge, MA.
- Rowland, M. *et al.* 1977. A quantitative study into the role of infection in determining nutritional status in Gambian village children. *Brit. J. Nutr.*, 37: 441-450.
- Rowland, M., Rowland, S. & Cole, T. 1988. Impact of infection on the growth of children for 0 to 2 years in an urban West African community. *Amer. J. Clin. Nutr.*, 47: 134-138.
- Sahn, D.E., ed. 1989. *Seasonal variability in Third World agriculture: the consequences for food security*. Baltimore, MD, Johns Hopkins Press.
- Sahn, D. 1990. *Malnutrition in Côte d'Ivoire: social dimensions of adjustment in sub-saharan Africa*. Working paper no. 3. Washington, DC, World Bank.
- Scrimshaw, N., Taylor C. & Gordon J. 1968. *Interaction of nutrition and infection*. Geneva, WHO.
- Tomkins, A. 1981. Nutritional status and severity of diarrhoea among preschool children in rural Nigeria. *Lancet*, 1: 860-862.
- Tomkins, A. & Watson, F. 1989. *Malnutrition and infection: a review*. ACC/SCN State-of-the-art series. Nutrition policy discussion paper no. 5. Geneva.
- Wolfe, B. & Behrman, J. 1982. Determinants of child nutrition, health, and nutrition in a developing country. *J. Devel. Econ.*, 11:165-193.

الفصل الثالث

السياسات الانمائية والتغذية

١ - إن الروابط بين السياسات الإنمائية والمستويات التغذوية عديدة ومتشعبة. فكثيراً ما تنبع الأسباب الأساسية لمشكلات نقص التغذية وحلولها خارج مجال التغذية. وفي الكثير من الحالات كانت الإستراتيجيات الحكومية الأكثر فعالية في تخفيض معدلات سوء التغذية وتفشيها على النطاق القطري، هي الاستراتيجيات التي ركزت على تحقيق نمو الدخل القومي المقترن بالعدالة بدلاً من الاستراتيجيات التي استهدفت سوء التغذية بشكل محدد.

٢ - وعلى الرغم من هذه الروابط، فإن مسؤولي التخطيط القطريين وواضعي السياسات قلما أولوا الإهتمام الكافي لتأثيرات السياسات الإنمائية على التغذية. وبناءً على ذلك، فإن هذه السياسات أخفقت في تحقيق ما كان يمكن أن تحققه من منافع تغذوية قصوى. ولقد كان للسياسات العريضة، في بعض الحالات، تأثيرات سلبية على التغذية السليمة. ومن ذلك، على سبيل المثال، أن الحرص على التصنيع على حساب القطاع الزراعي ساهم، في عديد من الحالات، في خلق مشكلات تغذوية. والسياسات الإقتصادية الشاملة التي تسعى إلى إصلاح الاختلالات ما بين الامدادات الكلية والطلب، وتغفل عن إيلاء الإهتمام الكافي لنتائج الاجتماعية والاقتصادية، حرية بأن تفضي إلى نشوء مشكلات تغذوية خطيرة، وخاصة بالنسبة للأسر الفقيرة والمعرضة. وبغض النظر عن أن النهوض بالمستوى التغذوي قد لا يكون هدفاً أولياً من أهداف السياسات الإنمائية القطاعية وشبه القطاعية، فإنه لا بد لواضعي السياسات من إيلاء اهتمام خاص لمسألة تحديد ماهية تأثيراتها المحتملة على التغذية.

٣ - وفي ذات الوقت، ومن منظور التدخلات الموجهة التي تستهدف علاج مشكلات محددة تعوق النهوض بمستوى الأوضاع التغذوية، ثمة حاجة إلى تصميم هذه البرامج وتحليلها ضمن إطار السياسات العريض. ولربما حقق برنامج بعينه لتحسين الأوضاع الغذائية والصحية أو الرعاية، النجاح في مراميه، إلا أنه قد يخفق في إحداث أي تأثيرات ملموسة في النهوض بمستوى الأوضاع التغذوية إذا لم تكن السياسات الإنمائية تستهدف إحداث تأثيرات تغذوية إيجابية.

تأثيرات السياسات الإنمائية على التنمية

٤ - ويبحث هذا الفصل التأثيرات التغذوية المترتبة على أنماط السياسات التالية: النمو الإقتصادي والسياسات الإقتصادية الشاملة، السياسات الزراعية، السياسات الصحية، السياسات البيئية، والسياسات السكانية والتوسع العمراني، والسياسات المتعلقة بالبيئة الاقتصادية الدولية.

٥ - ويتفاوت تأثير السياسات المختلفة على التغذية تبعاً لخصائص الفئات المعرضة، والآليات التي تحدث من خلالها هذه التأثيرات. وقد يحدث ذلك من خلال أحد

العوامل المباشرة، أو جميعها، وهي على وجه التحديد عوامل الأغذية والصحة، والرعاية، ومن خلال تفاعلاتها مع بعضها البعض. والتنفيذ السليم للسياسات الإنمائية يمكن أن يؤدي إلى زيادة الدخل من طريق توليد فرص العمل وزيادة الدخل، و/أو التأثير على أسعار السلع والخدمات، وخاصة الأغذية. فالكثير من الحكومات، على سبيل المثال، يدعم أسعار الأغذية، وهي عملية يستفيد منها، أساساً، في أحوال كثيرة، المستهلكون في المناطق الحضرية. فالسياسات المتبعة يمكن أن تحافظ على إنتاجية الموارد، مثل موارد الأراضي والعمالة لدى الفئات المعرضة، أو تعززها، أو كليهما. ومن الممكن إنجاز ذلك بفضل التشريعات المرتبطة بالسياسات الزراعية والبيئية، أو من طريق السياسات المحية التي تساهم في زيادة إنتاجية العمل. كما يمكن للسياسات أن تنشئ بعض الخدمات وتتوسع فيها، مثل خدمات الإرشاد الزراعي، والعيادات المحية، ودور الحضانة، والمدارس، ومراكز وأسواق المستلزمات الزراعية، فضلاً عن البنيات الأساسية، مثل الطرق، والجسور والآبار، وشبكات مياه الشرب؛ والتي يمكن أن تكون لها تأثيرات مفيدة على التغذية.

٦ - وتؤثر البيئة الاقتصادية الدولية بشكل جوهري على آفاق التنمية في بلد ما والموارد التي يمكن تكريسها للانفاق الحكومي على جميع القطاعات التي تؤثر على الأغذية والصحة والرعاية، ولها تأثير عميق على التغذية.

النمو الاقتصادى والسياسات الاقتصادية الشاملة والتغذية

٧ - يقاس النمو الاقتصادى عادة تبعا لنصيب الفرد من إجمالى الناتج القومى. بيد أن مقياس إجمالى الناتج القومى يتعرض للانتقاد نظرا لأنه لا يشمل بعض السمات الخاصة للتدفقات الدخلية القطرية التى تحدد، إلى درجة بعيدة، إلى أى مدى يمكن لإجمالى الناتج القومى أن يعكس على نحو دقيق ما يحظى به الأفراد من رعاية اجتماعية داخل البلد المعنى. وبوجه خاص، فإن نصيب الفرد من إجمالى الناتج القومى يحجب قضية التوزيع: وهى أن ذات المستوى من الدخل القومى يعطى نتائج متباينة للغاية للرعاية الاجتماعية إذا ضمن توزيعه بشكل متكافئ نسبيا فيما بين المواطنين، عنه فى حالة قصره على بعض الفئات وحدها دون غيرها. ومن ثم فقد اقترح مقياس آخر وهو، بالتحديد، الرقم الدلى للثمنية البشرية والذى يشمل نصيب الفرد من إجمالى الناتج القومى ومعدل العمر المرتقب والإلمام بالقراءة والكتابة. بيد أن هذا المقياس يحتاج إلى مزيد من التنقيح والبلورة.

٨ - بيد أن هناك، مع بعض الإستثناءات، علاقة وثيقة ومتناسكة بين نصيب الفرد من إجمالى الناتج القومى ومؤشرات الرعاية الاجتماعية. ومن ذلك، على سبيل المثال، أن معدلات الوفيات بين الأطفال دون سن الخامسة تنخفض تبعا لارتفاع نصيب الفرد من إجمالى الناتج القومى. علاوة على ذلك، يتبدى هذا التأثير قويا على الفئات ذات الدخل المنخفض، ويتضاءل حسب زيادة مستوى الدخل.

٩ - ويمكن لنمو الدخل أن يساهم، بطرق عديدة، فى تحسين المستوى المعيشى والرعاية الاجتماعية للأفراد، وبالتالي المستوى التغذوى. إذ أنه مع زيادة الدخل الحقيقى يتماعد الطلب على السلع والخدمات، وتزيد فرص العمل المتاحة مما يكفل للمزيد من السكان إمكانيات تلبية احتياجاتهم من الأغذية والرعاية الصحية، والسكن المأمون والصحى. بيد أن الضرورة تقتضى وجود سياسات حكومية محددة تضمن وصول المنافع المستمدة من النمو إلى الفقراء والفئات المعرضة. وعندما تبدو مؤشرات الرعاية الاجتماعية فى بلد ما متردية كثيرا بالمقارنة مع معظم البلدان التى تتميز بذات مستوى نصيب الفرد من إجمالى الناتج القومى، يمكن القول بأن نموها "غير موجه". وهى البلدان التى تتميز بالتوزيع غير المتكافئ، إلى حد بعيد، للدخل القومى المرتفع نسبيا، ويكون الإنفاق الحكومى على القطاع الاجتماعى فيها منخفضا نسبيا.

١٠ - وفى المقابل هناك بلدان تتميز بمؤشرات للرعاية الاجتماعية أفضل مما قد تنبئ به مستويات إجمالى الناتج القومى. وهى البلدان التى التزمت فيها الحكومة التزاما قويا بتوفير الاحتياجات الأساسية (مثل الأغذية زهيدة التكاليف

والرعاية الصحية الأولية). كما ركزت بلدان أخرى على تشجيع النمو الإقتصادي المقترن بالعدالة، سعياً إلى ضمان قدر أكبر من التوزيع المتكافئ للدخل، والمزيد من الإستثمار في تنمية الموارد والمهارات البشرية.

١١ - وبدون النمو الإقتصادي المستمر، يكون تأثير إعادة توزيع الدخل والأصول المادية محدوداً عادة من زاوية ضمان التحسن المستمر وطويل الأجل في الرعاية الإجتماعية للمواطنين. ومن ثم فهناك حجة قوية لتأييد التركيز على العدالة مع النمو كجزء لا يتجزأ من استراتيجية التنمية. ولقد أثبتت التجربة أنه لا يوجد تناقض بين العدالة والنمو الإقتصادي، بل إن الجمع بينهما يحقق أفضل النتائج.

١٢ - وثمة عدد من الخيارات المتاحة للحكومات لتحقيق النمو المقترن بالعدالة لضمان النهوض بالمستويات التغذوية. ويمكن لاستراتيجيات التنمية أن تفضي إلى تأثيرات مختلفة على فئات السكان المختلفة: فقد تفيد منها بعض الفئات، بينما تحرم منها فئات أخرى. والمسألة الأهم هي ضمان تحقيق زيادة ملموسة في الدخل الفعلي للفقراء والفئات المعرضة، عند تحقيق النمو.

١٣ - والسياسات الإقتصادية الشاملة، أي السياسات النقدية، والمالية، وأسعار الصرف، والأجور، والأسعار، والتجارة الخارجية، تقدم نموذجاً هاماً لكيفية تأثير القرارات المتعلقة بالسياسات على الأوضاع التغذوية لفئات السكان المختلفة. ومن ذلك، على سبيل المثال، أن السياسات الإقتصادية الشاملة يمكن أن تحدث تأثيراً معاكساً على التغذية إذا تحيزت ضد قطاع الأغذية والزراعة والمناطق الريفية، والفقراء والفئات المعرضة، أو أنها انتقمت من الخدمات الإجتماعية، مثل الخدمات الصحية والتعليمية والدعم الموجه للأغذية وغيرها. وقد تنشأ هذه التأثيرات المعاكسة، بوجه خاص، في الكثير من البلدان النامية التي تشهد تنفيذ برامج التكيف الهيكلي والتي كثيراً ما انطوت على إلغاء دعم الأغذية وتخفيض الخدمات الصحية الحكومية بغية تخفيض العجز في الميزانيات، وتحقيق التوازن في الإقتصاد بين العرض والطلب التجميعيين. كما قد تنشأ التأثيرات التغذوية من خلال تأثير برامج التكيف الهيكلي على النمو الإقتصادي، والعمالة وتوزيع الدخل. وفي معظم الحالات، فإن العبء الأكبر المترتب على التكيف الهيكلي يقع على عاتق الفقراء والفئات المعرضة من الوجهة التغذوية.

١٤ - والقضية ليست قضية ما إذا كان التكيف ضرورياً أم لا: إذ أن الفقراء والفئات المعرضة هم الذين سيظلون، على المدى الطويل، يقاسون، بل وربما تزيد معاناتهم، إذا استمر الإختلال في الإقتصاد الكلي. فالسؤال هو كيف يمكن تصميم برامج التكيف وترتيب مراحلها و/أو اقترانها ببرامج "شيكات أمان"، كيما تحقق إجراءات السياسات التوازن في الإقتصاد الكلي والنمو الإقتصادي المنشود، مع حماية الفقراء والفئات المعرضة في ذات الوقت. ولقد اتبع عموماً منهاجاً في هذا

الصدد، وإن كانت هناك سمة مشتركة تجمع بينهما تتمثل في ضرورة تحديد الفئات المعرضة من الوجهة التغذوية، وتلبية احتياجاتها ضمن إطار عملية التكيف. ويركز المنهاج الأول على الجوانب الاجتماعية، هادفاً، على وجه التحديد، إلى تخفيف وطأة التأثيرات المعاكسة لعملية التكيف على الفقراء، وهو منهاج ينطوي على اختيار سياسات اقتصادية تقلل فيها التأثيرات التضخمية على المدى المتوسط وتدعم عملية توزيع الموارد بقدر أكبر من العدالة فيما بين القطاعين الإنتاجي والاجتماعي، مع زيادة الكفاءة في كليهما، وتعزيز عملية توجيه التدخلات والإعانات، ورصد مستويات المعيشة والأوضاع الصحية والتغذوية للفقراء.

١٥ - أما المنهاج الثاني فيركز على مبدأ إنشاء برامج تعويضية بغرض المساعدة في تخفيف وطأة التأثيرات السلبية على الفقراء عند حدوثها. وهي عادة ما تشمل برامج التغذية التكميلية، وتخفيف حدة زيادة الأسعار أو تخفيض الإعانات، والتوسع في الرعاية الصحية، وإنشاء البرامج المدرة للدخل، وبرامج "شبكة الأمان". بيد أن البرامج التعويضية عادة ما تكون باهظة التكاليف وتحتاج إلى دعم إضافي من الجهات المتبرعة في أغلب الأحيان، وثمة احتمال في معظم حالات التكيف، أن يؤدي تركيز الاهتمام على الاحتياجات التغذوية للفقراء، إلى إجراء تعديلات هامة في السياسات ينتظر لها أن تساهم في توفير الرعاية الاجتماعية لهذه الفئات.

١٦ - وفي ظل المساعي المبذولة في سبيل الاستقرار الإقتصادي والتكيف الهيكلي، والإصلاحات الإقتصادية الجارية في الكثير من البلدان النامية، وبلدان وسط وشرق أوروبا، ثمة قلق بالغ حيال تأثيرات هذه السياسات على التغذية، وخاصة إزاء تأثيراتها السلبية المتوقعة على الصحة والتغذية. ومن ذلك، على سبيل المثال، ما تشهده الآن بلدان وسط وشرق أوروبا من تجربة التحول من نظام التخطيط الإقتصادي المركزي إلى نظام السوق المفتوحة. إذ شهدت معظم هذه البلدان تحرير الأسعار، وإلغاء الدعم أو تخفيضه بشكل جذري، وإرساء الإئتمان على أسس تجارية. وفي معظم هذه البلدان ترافقت عملية الإصلاح المذكورة، في بدايتها، مع الارتفاع النسبي في مستويات استهلاك الأغذية، ولقد حدث بعض الانخفاض في هذا الاستهلاك يمكن أن تترتب عليه تأثيرات معاكسة بالنسبة لبعض الفئات المعرضة، وإن لم تظهر بعد أي بوادر على حدوث حالات نقص واسعة النطاق. كذلك تراجعت المشتريات من العناصر غير الغذائية للإستهلاك، في حين شهد البلد الأول الذي سبق في تطبيق هذه العملية، وهو بولندا، العودة إلى المستويات السابقة لاستهلاك الأغذية. كما كانت هناك ضغوط بالغة، على المدى القصير، من أجل زيادة واردات الأغذية. ومن المنتظر أن تؤدي التوقعات المتزايدة بتوافر طائفة أوسع من المنتجات الغذائية، إلى تكثيف هذه العملية مع نجاح هذه الإقتصاديات في التغلب على الصدمات قصيرة الأجل التي تعرضت لها.

السياسات الزراعية والتغذية

١٧ - يمكن للسياسات الزراعية أن تحدث تأثيرا إيجابيا ملموسا على التغذية بفضل تأثيراتها على حالة الإنتاج الغذائي واستقراره على مستوى المزرعة، ومستوى واستقرار دخل الأسر المهددة من الناحية التغذوية، وأسعار الأغذية، وأعباء العمل على المرأة وتوزيع وقتها، بالإضافة إلى تأثيرها على المحتوى التغذوي للإنتاج الأغذية. بيد أن التنمية الزراعية كثيرا ما انصبت على الإهتمام بزيادة الإنتاج التجميعي من بعض السلع الغذائية وغير الغذائية المختارة، عنها بالإهتمام بزيادة مستويات الإستهلاك لدى الأسر الفقيرة، وتوليد أسباب المعيشة على نحو قابل للإستمرار أو المساهمة في توفير نظام غذائي صحي. وبالتالي، فإن بعض الفئات الإجتماعية قد لاتفيد، سواء بسبب فقرها وما يتبعه من انعدام فرصها في الحصول على الأغذية أو نتيجة بعض المعوقات الأخرى، من الزيادة الشاملة في الإنتاج الزراعي. وهناك نماذج عديدة على بلدان تتمتع بما يعتبر مستوى كافيا من الإمدادات الغذائية التجميعية، ومع ذلك يسودها سوء التغذية الخطير في أوساط الفئات الفقيرة والمعرضة من السكان.

١٨ - وتتجاوز تأثيرات القطاع الزراعي على التغذية بصورة كبيرة مجرد مسائل الإنتاج والإمدادات الغذائية، فالإعتبرات التغذوية يمكن أن تكون عاملا مؤثرا في تصميم واختيار شتى أنماط السياسات والبرامج الزراعية. وينبغي أن يكون الدور النهائي للقطاع الزراعي هو ضمان استمرارية سبل المعيشة والنهوض بالمستوى التغذوي، لا أن يكون قاصرا على مجرد الإنتاج المحصولي والحيواني. ومغزى ذلك أن معرفة من هو المنتج، وماذا ينتج، وكيفية إنتاجه وموقعه، تتساوى في أهميتها مع مقدار ما ينتج. وبالتالي، فإن سياسات تحديد فرص الحصول على الأراضي والمستلزمات الزراعية وتأمين حيازات الأراضي، هي عوامل هامة في تحديد ماهية التفاعلات بين الزراعة والتغذية. وما زالت حقوق ملكية الأراضي في بعض البلدان، ولاسيما في أفريقيا، قائمة على الأعراف التقليدية، إلا أن السياسات الحكومية اكتسبت، في ظل تصاعد الضغوط السكانية، تأثيرا متزايدا. ولربما كان إصلاح نظم الحيازة خطوة أساسية في تلبية الإحتياجات التغذوية لبلد ما. ويتساوى في ذلك أهمية كيفية تصنيع الأغذية والسلع الأخرى وتوزيعها. وينبغي تأكيد أهمية الدور الذي يلعبه القطاع الخاص في انجاز الأهداف المنشودة من السياسات.

١٩ - وقد يكون للسياسات الزراعية، كما أشير سلفا، تأثيرات على التغذية من خلال عدد من الآليات بخلاف الإنتاج الغذائي، من بينها فرص العمالة والدخل، والأسعار، والقيود الزمنية، والطلب على الأيدي العاملة واستهلاك الطاقة، والظروف البيئية والمعيشية، وقضايا المرأة، وغيرها من شتى العوامل الإجتماعية. ومن المنظور

التغذوي، تدعو الحاجة إلى معرفة من سيتأثر بأى سياسات بعينها من السياسات الزراعية ومدى تأثيرها عليه، ومن ثم السعى إلى ضمان أن يستفيد منها الفقراء والمصابون بسوء التغذية بدورهم، وتخفيف وطأة تأثيراتها السلبية إلى حد ما الأدنى. وعندما يكون من المحتم فيها حدوث بعض التأثيرات المعاكسة، فلا بد من إنشاء الآليات التى تضمن الحماية للفئات التى قد تتضرر من جراء هذه السياسات.

٢٠ - أما تأثيرات إدخال التكنولوجيات الزراعية الجديدة على التغذية، فمن الممكن أن تكون سلبية وإيجابية معا. ومن ذلك، مثلا، أن التوسع فى الميكنة يمكن أن يؤدي إلى زيادة الإنتاجية للوحدة من مدخلات العمالة، وبالتالي إلى زيادة الإنتاجية الزراعية، فى حين أن صانئ تأثيراتها قد تكون مضرة من الوجهة التغذوية فى بعض البلدان، إذا أفضت هذه العملية إلى تناقص الطلب على الأيدي العاملة والقضاء على فرص العمالة الزراعية، وخاصة فرص العمالة للمرأة. فالخسائر فى فرص العمالة للمرأة ودخلها، بوجه خاص، قد تترتب عنها تأثيرات معاكسة مباشرة بالنسبة لدخلها الذى يكرس عادة لشراء الأغذية.

٢١ - وفى الكثير من المناطق الريفية، فإن المشكلات التغذوية الأكثر إلحاحا ترتبط ارتباطا وثيقا بنقص فرص العمل أكثر من ارتباطها بنقص الأغذية. وكثيرا ما تكون الحاجة الملحة، هى إلى خلق فرص العمل فى المناطق الريفية من خلال الأنشطة المرتبطة بالزراعة. كما أن زيادة فرص العمالة غير الزراعية، وخاصة فى الصناعات الزراعية للإقتصاديات الزراعية، ضرورة أساسية للنهوض بالمستوى التغذوي. ولابد من إيلاء اهتمام دقيق لتأثيرات التكنولوجيات المطبقة فى الصناعات الزراعية والصناعات الريفية الأخرى، على العمالة والدخول، وسعيا إلى حماية فرص العمل الزراعي وغير الزراعي معا فى حالات الأيدي العاملة الزائدة، لابد من توخي الحرص على ألا تفضى السياسات الإقتصادية الشاملة، مثل المغالاة فى قيمة العملة الوطنية، إلى انخفاض مصطنع فى التكاليف المحلية للسلع الرأسمالية المستوردة وتضخيم تكاليف العمالة المحلية.

٢٢ - كذلك لابد من أن تركز قرارات السياسات الزراعية الأخرى على الإعتبارات التغذوية. فالمستهلكون لمحاصيل الأغذية التقليدية هم، فى غالب الأحيان، الفقراء والفئات التى تفتقر إلى الأمن الغذائي فى المناطق الزراعية الحدية. بيد أنه، ولأسباب شتى، قلما استغلت إمكانات محاصيل الأغذية التقليدية، مثل الدرنات والجذور، والبقول، استغلالا كاملا، ومن هذه الأسباب المشكلات المرتبطة بالتخزين والنقل والتصنيع، والواردات الغذائية الزهيدة التكاليف التى تضعف من الحافز على إنتاج الأغذية وتسويقها؛ فضلا عن الإفتقار إلى بحوث زيادة الإنتاجية، وزيادة إنتاج هذه الأغذية بواسطة صغار المنتجين حري بأن يساهم بشكل مباشر فى تحسين أوضاع الإمدادات الغذائية من أجل الفئات المعرضة من الناحية التغذوية. وفى حين أن بعضا من هذه الأغذية، ولاسيما الدرنات والجذور، تصلح كأغذية أساسية، فإن

بعضها الآخر ومنها شتى أنواع البقول والبذور الزيتية والخضر والفاكهة، تشكل مصادر أولية لاحتياجات الفيتامينات والأملاح المعدنية للنظم الغذائية للكثير من الناس. وتخفف هذه الأغذية التقليدية من حدة المشكلات الناشئة عن التقلبات الموسمية للإمدادات الغذائية، نظرا لأنها تتكيف مع بيئاتها المحلية ويمكنها سد الفجوات الغذائية الموسمية.

٢٣ - وزيادة تكثيف إنتاج الأغذية التقليدية واستهلاكها يمكنه، علاوة على منفعه المباشرة بالنسبة للأوضاع التغذوية، أن يسفر أيضا عن مكاسب اقتصادية هامة. فعلى الصعيد المحلي، يمكن لزيادة استخدام الأغذية المحلية أن تؤدي إلى زيادة دخل المشتغلين بإنتاجها وتصنيعها وتسويقها - والكثير منهم من النساء. وعلى الصعيد القطري، فإن التشجيع على إنتاج هذه الأغذية وتصنيعها وتسويقها، قد يؤدي إلى تقليل الطلب على الأغذية المستوردة.

٢٤ - بيد أن تشجيع إنتاج الأغذية التقليدية يقتضى انتقاء وتربية أصناف محسنة من النباتات التي تتميز بانتاجيتها العالية، وقدرتها على مقاومة الآفات والأمراض، وفائدتها التغذوية، فضلا عن الحاجة إلى تشجيع البحوث والإبتكارات التكنولوجية المساندة في مجال تصنيع الأغذية وإعدادها. ولابد للسياسات الزراعية التي تركز على الجوانب التغذوية، من أن توجه الجهود الإرشادية صوب إكثار الأصناف المحسنة من المحاصيل التقليدية، مع تقديم المشورة الفنية الملازمة بشأن تصنيعها. بيد أن هذا المنهج قد ينطوى على إعادة توجيه نفقات البحوث والإرشاد بصورة جذرية، مما يقتضى إتخاذ قرارات واعية في مجال السياسات.

٢٥ - وتنطوى زراعة المحاصيل النقدية على توازن معقد للمبادلات فيما بين الاعتبارات المختلفة، والمتعارضة في أغلب الأحيان. إذ بالإضافة إلى زيادة حصة النقد الأجنبي العائدة من تصدير المحاصيل النقدية، فمن المتوقع لها أيضا أن تساهم في زيادة الدخل الأسرى وربما استقراره، سواء بصورة مباشرة أو من خلال ما تولده من فرص العمل الزراعى أو غير الزراعى، مما يساعد في زيادة مستويات استهلاك الأغذية، والمنافع المستمدة من تقنيات الإنتاج المحسنة مثل استخدام مواد الغرس والمدخلات الزراعية الأفضل، والتي كثيرا ما تطبق على المحاصيل النقدية، يمكن أن تمتد لتشمل قطاع محاصيل الأغذية والمساهمة كذلك في زيادة الإنتاج الغذائى. من جهة ثانية، فإن زيادة الدخل قد لا تؤدي إلى زيادة المتحصلات الغذائية في حالة عدم إنفاق الدخل الإضافى على الأغذية. ومن المحتمل كذلك تحويل موارد الاراضى والعمالة عن إنتاج الأغذية، إلى إنتاج المحاصيل النقدية. وبوجه خاص قد تكون هناك حاجة إلى تكريس المرأة لوقتها في المشروعات المدرة للنقد ومع ذلك ثمة احتمال ألا تستفيد المرأة من حصة العائدات المتحققة أو التحكم في أوجه انفاقها على الرغم من أنها المسؤولة عادة عن الإمدادات الغذائية للأسرة. علاوة على ذلك، ثمة احتمال بأن يترتب على ذلك ارتفاع أسعار الأغذية في

الأسواق المحلية، مما قد يزيل، جزئياً أو كلياً، تأثير زيادة الدخل ويلحق الضرر، بوجه خاص، بالفئات التي لا تستفيد من المحاصيل النقدية سواء لأنهم معدمين أو متعطلين عن العمل. وبالتالي، إذا كانت السياسات الزراعية تنطوي على إدخال المحاصيل النقدية أو شكل آخر من أشكال المشروعات الزراعية المولدة للنقد، فلا بد من إجراء تقدير متأن للنتائج الاجتماعية والإقتصادية المحتملة، وتنفيذ التدخلات الموازنة المقابلة حيثما يكون ذلك ضرورياً.

٢٦ - وكثيراً ما كانت عمليات النهوض بإدارة مابعد الحصاد عاملاً هاماً في تخفيض خسائر الأغذية وزيادة الإمدادات الغذائية الشاملة، كما يمكن أن تؤدي إلى انخفاض التكاليف بالنسبة للمنتجين والموزعين، فضلاً عن انخفاض الأسعار للمستهلكين. ويقدر أن هذه الخسائر تبلغ، في المعتاد، قرابة عشرة في المائة في حالة الحبوب الغذائية والبقول والأسماك، وتصل إلى عشرين في المائة بالنسبة للأغذية الأساسية النشوية. وأغلب الاحتمالات أن أهم الخسائر تنحصر، في عمليات مابعد الحصاد، في مراحل التخزين والتسويق والمناولة المنزلية للأغذية. ولئن كان من المهم توفير مرافق التخزين الملائم في المناطق الحضرية حيث تتم عملية التوزيع بالتجزئة للأغذية وتسويقها، فإنها ضرورية في المناطق الريفية، وخاصة وسط الأسر المشغلة بزراعة شبه الكفاف والمعتمدة بشكل مباشر، فيما يتصل بأمنها الغذائي، على مخزونات الأغذية. وبالإضافة إلى ذلك، يمكن أن تؤثر أساليب التخزين المتبعة على مستوى الأسرة على جودة الأغذية وسلامتها، ومن ذلك على سبيل المثال أن التجفيف والتخزين الفعالين للفلول السوداني والحبوب يعدان شرطين ضروريين لتقليل إنتاج سموم الفا والسموم الفطرية الأخرى إلى أدنى حد.

٢٧ - ووجود المرافق التسويقية يساهم، بوجه عام، في تحسين المستوى التغذوي. فالأسر التي تقطن على مقربة نسبية من أسواق الأغذية تتاح لها فرصة الحصول باستمرار على أغذية زهيدة الثمن، وتتمتع بقدر أكبر من التنوع في نظامها الغذائي، وما يتبعه من أوضاع تغذوية أفضل بالمقارنة مع الأسر البعيدة عن هذه الأسواق. كما أن البنيات الأساسية - مثل الطرق والجسور، والسكك الحديدية - ووسائل النقل ومرافق التسويق، والسياسات المتحررة البعيدة عن التدخلات الحكومية في مجال التجارة الداخلية، هي عناصر أساسية لضمان أداء أسواق الأغذية على الوجه الأفضل. إذ ينبغي أن يكون بمقدور الجميع من مزارعين، وصائدي أسماك، ومستهلكين في المناطق الريفية والحضرية، الوصول إلى الأسواق دون الحاجة إلى تبديد الوقت والمال في سبيل ذلك. والواقع، أن الجهود الرامية إلى التخلص من أوجه القصور وتخفيض تكاليف المعاملات قد تزيد، في بعض الحالات، مردوديتها التكاليفية فيما يتعلق بزيادة إمدادات الأغذية عنها فيما يخص زيادة الإنتاج. ومن الميسور نسبياً تنفيذ هذه الجهود - ومن ذلك مثلاً، تحرير السياسات بشأن تراخيص النقل أو إزالة القيود التي تعوق حركة نقل السلع الغذائية.

السياسات الصحية والتغذية

٢٨ - السياسات الصحية هي مجموعة المبادئ التي تسعى الحكومات من طريقها إلى تنظيم الأنظمة الصحية بما يكفل تلبية الاحتياجات الصحية للسكان، والنهوض بأوضاعهم المادية والعقلية والاجتماعية على نحو سليم. ويمكن لهذه السياسات أن تحدث تأثيرات واسعة النطاق على الأوضاع التغذوية.

٢٩ - وتمثل الرعاية الصحية الأولية الإستراتيجية المتبعة في جميع أرجاء العالم لضمان الصحة لكل. وتنفذ هذه الإستراتيجية بدرجات متفاوتة في البلدان المختلفة من خلال قيام أنشطة المجتمعات المحلية، ودعمها من طريق النظم الصحية في المقاطعات وتعبئة ورصد الموارد الإضافية لها. ولا بد من أن تكون الأنشطة التغذوية جزءاً أساسياً من الرعاية الصحية الأولية. بيد أن الجوانب التغذوية للرعاية الصحية الأولية كثيراً ما تكون، في الواقع، قاصرة للغاية. فبعض التدابير البسيطة، مثل معالجة حالات العدوى، والتحصين، ومكافحة الإصابات بالإسهال، وتعثر النمو والإصابة المبكرة بسوء التغذية نفسه، كثيراً ما كانت غير كافية، وخاصة في البلدان ذات الدخل المنخفض التي تتميز بضعف البنى الأساسية الصحية. بيد أنه من الجلي أن الخدمات الصحية الفرعية والمركزية، في غالبية البلدان، تساهم بدور فعال في النهوض بالتغذية من خلال شتى الخدمات وأنشطة المجتمعات المحلية. ويركز الاتجاه الحالي على دمج الأنشطة التغذوية في الأنشطة الصحية الجارية على المستوى المحلي، بما في ذلك المستشفيات والمراكز الصحية والمجتمعات المحلية، وكذلك على إدراج التغذية في أنشطة التنمية الريفية الشاملة حسب الخطط الموضوعية لها وإدارتها على مستوى المقاطعات.

٣٠ - ومن الممكن أن تؤثر السياسات الصحية على التغذية من خلال تأثيراتها على البيئة الاجتماعية والثقافية. إذ أن تحسن الأوضاع الصحية ينطوي على تغييرات سلوكية. ويتحقق هذا الإنجاز من خلال شتى عمليات الاتصالات الاجتماعية بما فيها التوعية الصحية والتغذوية، والتعليم النظامي، وتبادل المعلومات والترويج. وتستهدف أشكال الاتصالات المذكورة عامة السكان، وخاصة المستهلكين، والمرضى والفئات المهددة بالخطر؛ والقطاع الصحي وغيره من القطاعات الحكومية الأخرى المعنية بالصحة والتغذية؛ والقطاع الخاص بما فيه صناعة الأغذية؛ والمنظمات غير الحكومية. والاتصالات الملائمة تؤدي إلى تعميق الوعي بالمشكلات التغذوية. ويمكن لهذه الاتصالات، رهناً بفعاليتها وقدرة الأنظمة على الاستجابة لها، أن تؤدي إلى بروز سلوك ملائم بقدر أكبر (من جانب الأفراد) واتخاذ التدابير المناسبة (من جانب المؤسسات) لتخفيف وطأة حالات نقص التغذية والإفراط فيها على حد سواء. وتضطلع المنظمات غير الحكومية بدور رئيسي في تنفيذ السياسات الصحية.

٣١ - وتعد مكافحة الأمراض السارية من المجالات الهامة الأخرى لتأثيرات السياسات والبرامج الصحية. إذ أن حصر انتشار الأمراض المعدية يساهم إلى حد كبير في تعزيز الاتجاهات الحالية للنهوض بالأوضاع التغذوية في معظم البلدان النامية.

٣٢ - كما تهدف السياسات الصحية إلى المساهمة في الإرتقاء بالبيئة المادية، مثل شبكات المياه، والنظافة العامة، وسلامة الأغذية والمساكن. وينطوي ضمان سلامة البيئة على سن التشريعات الملائمة التي تعالج، على سبيل المثال، مسائل تنقية شبكات مياه الشرب ونوعية الأغذية. وجميع هذه التدابير لها منافعها التغذوية.

٣٣ - ويمكن للسياسات الصحية أن تضطلع بدور مؤثر للغاية في الأوضاع الديمغرافية. ولقد تبنت معظم البلدان سياسات البرامج المتكاملة لتنظيم الأسرة ورعاية الأمومة والطفولة بهدف ضمان المباشرة مابين فترات الحمل من أجل الوقاية الصحية للأمهات والرضع، بما في ذلك أحوالهم التغذوية.

٣٤ - ومن الجوانب الهامة للسياسات الصحية إزالة أسباب عدم التكافؤ في الأوضاع الصحية والتغذوية، والتفاوت في إمكانيات الوصول إلى الخدمات الصحية والتغذوية. ويعرض التقرير المقدم لجمعية الصحة العالمية في ١٩٩٢ (A 45/3) الخطوط العريضة لما أحرز من تقدم صوب تحقيق التكافؤ من خلال تبني السياسات والإستراتيجيات والأهداف التي تكفل إزالة أسباب عدم التكافؤ فيما بين بعض فئات السكان. وتشمل هذه الفئات معظم سكان المناطق الريفية؛ وسكان الأحياء الفقيرة في المدن؛ والنساء الحوامل؛ وبعض الفئات المعرضة الخاصة؛ مثل الرُّحْل والمهاجرين والنازحين، واللاجئين، وسكان المناطق النائية. وجميع هذه الفئات يتهددها سوء التغذية، وبالتالي فإن توجيه السياسات والبرامج الصحية بغرض الوصول إليهم حرى بأن يحمى مستوى أوضاعهم التغذوية وتعززها إلى حد كبير. ونظرا للضعف النسبي لحالة الأمهات الصحية ولدور الهام الذي تؤديه النساء في رعاية الأسرة، بل وفي الانتاج الزراعي أيضا في أحيان كثيرة في العديد من البلدان النامية، فإن وضع سياسات قوية تعزز الخدمات الصحية المقدمة للأمهات، ومن بينها خدمات تنظيم الأسرة، أمر سيكون له تأثير هام على تغذية الأسرة والمجتمع المحلي بأسرها.

٣٥ - ويعتبر نقص الموارد من جوانب القصور التي تعاني منها النظم الصحية وعناصرها التغذوية. فجميع البلدان النامية تقريبا كان لابد لها من تطبيق تدابير التكيف الهيكلي، التي أدت، عموما، إلى تخفيض اعتمادات الميزانية المخصصة للقطاع الصحي. وفي حين أن تمويل المجتمعات المحلية للأنشطة الصحية قد بلغ مرحلة متقدمة للغاية، كما تشهد بذلك مبادرة باماعو في أفريقيا، مازالت تغطية أنشطة الرعاية الصحية الأولية ونوعيتها دون مستوى الحاجة إليها بكثير.

٣٦ - كما أن عدم كفاية الموارد البشرية وعناصر القيادة فيها، عامل آخر يحد من الأعمال الصحية والتغذوية التي قد تنبثق عن السياسات الصحية. ففي بعض البلدان يقتصر وجود العاملين الحاصلين على التدريب في مجال التغذية، على مستوى المقاطعة أو شبه المقاطعة فقط، وكثيرا ما يكون تدريبهم غير كاف لتمكينهم من العمل بفعالية على تخطيط وتنفيذ التدابير اللازمة للتغلب على المشكلات التغذوية. وهناك فوارق كبيرة في درجات تطبيق سياسات وبرامج تنمية الموارد البشرية التي تركز، بوجه محدد، على المهام التي ينتظر أن يضطلع بها العاملون في هذا المضمار. وهذه السياسات والبرامج تشكل عاملا هاما في تحديد قدرة النظام الصحي على الإستجابة للتحديات التغذوية. ويحتاج الأمر إلى تعزيز القدرات اللازمة لإدارة الأعمال المرتبطة بالتغذية على مستوى المقاطعات، إلا أن هناك نقما في أعداد المدربين في المستويات العليا للنظام الصحي لتولى مهمة التدريب. ويمكن تحقيق التوعية التغذوية على أفضل وجه من خلال اتباع منهج تكاملي فيما يتعلق بدعم الصحة بأعمال المجتمعات المحلية المقترنة بدعم مشترك بين القطاعات. ولربما كان مناهج حل المشكلات القائم على تحليل المشكلات التغذوية للمجتمع المحلي المعنى أو المشكلات المرتبطة بتنفيذ التدابير الرامية إلى تحسين الأوضاع التغذوية، هو أفضل طريقة إلى معالجة مسألة التدريب التغذوي والبحوث العملية.

٣٧ - وفي جميع البلدان التي تعاني فيها الصحة العامة من الإضطرابات المزمنة المرتبطة بالنظام الغذائي، وبالبلغة قرابة ١٢٠ بلدا، يفتقر العاملون في المضمار الصحي إلى التدريب الذي يكفل لهم تقديم التوجيه والقيادة الملائمة، سواء للأفراد أو للمجتمع ككل.

٣٨ - وفي حين أن العمل المشترك بين القطاعات، وخاصة مع القطاع الزراعي، هو مناهج آخر مقبول عموما، فإن من الصعب تنفيذه، إذ كثيرا ما ينقصه التنسيق الكافي اللازم للتعاون الناجح على شتى المستويات من أجل تخفيف حدة نقص التغذية أو الإفراط في التغذية.

٣٩ - وفي بعض البلدان هناك تعاون فعال بين الأقسام الجامعية والمنظمات غير الحكومية المحلية أو الدولية، وبين القطاع الصحي في الأعمال الرامية إلى الترويج لعمليات النهوض بالتغذية. بيد أن القدرة على توليد هذا التعاون أو الإستمرار فيه تظل، في معظم الأوقات، ضعيفة حتى في الحالات التي يكون فيها هذا التعاون جزءا من السياسات الصحية.

٤٠ - ولئن كان الإلتزام السياسي ضروريا فيما يتعلق بوضع السياسات الصحية، فانه كثيرا ما يكون، في ظل كافة المعوقات القائمة، غير كاف لأن يؤدي إلى عمل فعال. فالأهمية النسبية للقطاع الصحي وأثره في إطار ميزانية الدولة هي، غالبا، منخفضة، كما قد تكون الموارد المالية نادرة وموزعة بشكل غير متكافئ، والتكيف

الهيكل، الذي يركز بشكل كبير على التمويل الذاتي و "مشاركة" المجتمعات المحلية، أدى إلى تخفيض الأموال المتاحة للقطاع الصحي في الكثير من البلدان. ويشعر العاملون في الخدمات الصحية الفرعية بأنهم لا يحصلون على اهتمام كاف من جانب السلطات المركزية، وخاصة عندما تحول الموارد الشحيحة لدعم الخدمات المتقدمة، بقدر أكبر، في المناطق الحضرية. وفي إطار النظم الصحية، فإن التغذية تحظى في غالب الأحيان بأولوية منخفضة للغاية فيما يتمل بأنشطتها، كما توضع معظم الوحدات التغذوية في مستويات منخفضة من سلم الأولويات دون توفير الموارد البشرية والمالية الكافية لها للعمل بفعالية.

٤١ - وفي جميع البلدان، فإن النجاح في تنفيذ السياسات الصحية الهادفة إلى تعزيز الأوضاع التغذوية، يقتضى توافر التصميم السياسى والموارد البشرية والمالية الكافية. ومن المعوقات المعهودة التى تحول دون قيام القطاع الصحى بمبادرات فعالة بقدر أكبر فى المجال التغذوى، عدم تحديد الأهداف بشكل واضح، والقصور فى صياغة الإستراتيجيات، وإلقتقار إلى الرصد والتقييم. والأولوية ينبغى أن تكون لتعزيز القدرات الإدارية فى القطاع الصحى، وخاصة فى الجوانب المرتبطة بتصميم وتنفيذ الأنشطة التغذوية فى جميع المستويات.

٤٢ - وثمة حاجة إلى دمج الأهداف التغذوية فى السياسات الصحية بصورة صريحة بقدر أكبر. فمن المؤكد أن استعراض الأدوار المؤسسية، على المستوى المركزى والمحيط الفرعى معاً، وتحديد الأفضل لعمليات إتخاذ القرارات والأعمال المطلوبة (بما فيها العلاقات مع القطاعات الأخرى) تعزّز من فعالية السياسات الصحية القائمة المرتبطة بالتغذية.

السياسات البيئية والتغذية

٤٣ - يلزم أن تتصدى السياسات البيئية للأسباب الرئيسية للتغيرات البيئية التي تؤثر على الصحة والأغذية والتغذية. فالآثار الناجمة عن التغيرات البيئية موضع اهتمام مشترك. ومن بين هذه الآثار: الإفراط في استخدام الكلوروفلوروكربون، وانتشار استخدام المواد الكيميائية الخطرة، والافتقار إلى الكفاءة في إحراق الأنواع المختلفة من الوقود الأحفوري، وتراكم النفايات السامة، والاستخدام غير السليم لتكنولوجيات أو أساليب الإنتاج الزراعي، والتمحر، والإفراط في الصيد. وتعزى هذه الأسباب إلى غياب الوعي الكافي لدى واضعي السياسات بالتكاليف المباشرة وطويلة الأجل المترتبة على إساءة إدارة الموارد الطبيعية، وعلى إخفاق الأسواق في استيعاب تلك التكاليف، وعلى وجود تعريف قاصر لحقوق الملكية أو لإنهيار هذه الحقوق، وعلى افتقار الفقراء إلى سبل الحصول على الموارد الكافية أو على فرص العمل البديلة.

٤٤ - وتتوقف الصحة البشرية في نهاية المطاف على قدرة المجتمع على التحكم في التفاعل بين الأنشطة البشرية والبيئة المادية والبيولوجية بطرق تصون وتعزز الصحة دون أن تهدد سلامة النظم الطبيعية التي تعتمد عليها البيئة المادية والبيولوجية. وتمارس البيئة المادية تأثيرا كبيرا على الصحة البشرية لا من خلال التربة والماء والهواء والمناخ فحسب، وإنما أيضا من خلال تفاعلها مع نوع النباتات والحيوانات الموجودة (البيئة البيولوجية) ونمط توزيعها. وتؤثر البيئة البيولوجية تأثيرا كبيرا على الإمدادات الغذائية وعلى مستودعات أمراض كثيرة وآليات انتقالها. وتشمل العوامل البيئية الضارة بالصحة العوامل البيولوجية الضارة (الفيروسات، البكتيريا، الفطريات المسببة للعفن، الطفيليات) وناقلاتها ومستودعاتها، والعوامل الفيزيائية والكيميائية الموجودة في البيئة بمعزل عن الأنشطة البشرية، ويمكن أن تضر بالصحة سواء بوجودها ذاتها (مثل النويدات المشعة الموجودة في الطبيعة، والضوء فوق البنفسجي) أو بنقصها النسبي (مثل اليود، والسليسيوم)، والعوامل الفيزيائية والكيميائية التي تضيفها الأنشطة البشرية إلى البيئة (مثل أكاسيد النيتروجين، والهيدروكربونات العطرية متعددة الحلقات، والجسيمات الناتجة عن حرق الوقود الأحفوري وعن النفايات الغازية والسائلة والصلبة التي تولدها الصناعة، وعن النفايات المشعة). ويمكن لتدخل الإنسان أو الأعمال التي يقوم بها أن تزيد من هذا الأثر أو تقلل منه.

٤٥ - وتلحق الضغوط السكانية في كثير من بلدان العالم النامي، إلى جانب الكفاح اليومي الذي يخوضه الفقراء في سبيل الحصول على الحاجات المعيشية الأساسية، ضرا هائلا بالموارد الطبيعية التي يعتمد عليها استمرار الحياة.

وتتناول السياسات البيئية قضايا من قبيل تدهور التربة، والتعرية، والتصحر، والافراط في الرعي، وحماية الموئل، وتملح التربة، والتوسع العمراني، وتنوعية الهواء والمياه والأغذية. فكل عام يزال ما لا يقل عن ١١ مليون هكتار من الغابات الاستوائية، بأيدي مزارعين فقراء في المقام الأول، في جهد يائس لاجاد حيز للزراعة أو الرعي أو للحصول على الوقود اللازم للطهي والتدفئة. كذلك فان فقدان الأراضي الصالحة للزراعة بسبب تدهور التربة يعد ظاهرة منتشرة على نطاق واسع، بل ربما كانت - من المنظور التغذوي - ظاهرة أشد خطرا. وتوضح الدراسات التي أجرتها المنظمة أن مساحة الأراضي الصالحة للزراعة التي تفقد كل عام تتراوح بين خمسة وسبعة ملايين هكتار يوجد معظمها في العالم النامي. وتتمثل الأسباب الرئيسية لتدهور التربة في تعرية التربة بفعل عوامل متصلة بالمياه والرياح، وفي تزايد ملوحة التربة، وتعرضها للفيضانات. وتواجه المناطق القاحلة وشبه القاحلة خطر تصحر مستمر. وتبين التقديرات الراهنة أن ما يربو على ٨٠ في المائة من المراعي في أفريقيا والشرق الأدنى تواجه خطرا، يتدرج بين الاعتدال والشدة، للتحويل الى أراض غير صالحة للزراعة.

٤٦- ويعد التدهور البيئي الناجم عن الممارسات غير المناسبة لاستخدام الأرض سببا رئيسيا للطوارئ الغذائية وعاملا يقوض سلامة الامدادات الغذائية في الأجل الطويل. فممارسات مثل التوسع الزراعي بلا تخطيط، وقصر فترات الراحة، والافراط في استخدام الخشب كمصدر للوقود (وخاصة بالقرب من المستوطنات البشرية في المناطق القاحلة وشبه القاحلة) ممارسات تسهم في التدهور البيئي. ويحدث هذا التدهور اما على نحو غير مباشر عن طريق تعرية التربة وتراصها والتغيرات في مستوى الماء الأرضي وجريان المياه، واما على نحو مباشر عن طريق نقص توافر الأغذية والوقود والاعلاف وغيرها من المنتجات الحرجية. ويفضي التوسع العشوائي في استئصال الغابات الى التصحر المقترن بانخفاض الانتاج الزراعي، مما يؤدي الى نقص كمية الأغذية التي تنتجها الغابات بشكل طبيعي والى تسارع معدلات تعرية التربة واستنفاد قاعدة الموارد المائية.

٤٧- وقد أصبحت القضايا البيئية في السنوات الأخيرة محل اهتمام متزايد في معظم البلدان النامية بفضل تنامي الوعي بالطبيعة التراكمية لمشكلات معينة مثل تلوث الأغذية والمياه الناجم عن أساليب الانتاج الزراعي غير المأمونة والمتسمة بكثافة مفرطة. والاستخدام العشوائي للكيماويات الزراعية، ومن بينها مبيدات الآفات والأعشاب والفطريات، التي قد يتخلف عنها أثر يبقى لفترة طويلة، فيلوث الاعلاف والأغذية، ويسهم اسهاما كبيرا في التلوث البيئي، واختلال التوازن الايكولوجي. والاستخدام المفرط أو غير السليم للأسمدة المعدنية، وخاصة الأملاح الآزوتية والفوسفاتية، يلوث المياه الجوفية والأنهار والبحيرات ويخل بالتوازن الدقيق للنظام الايكولوجي ويؤدي الى تكون مركبات خطيرة. ولم تعد هذه المشكلات قاصرة على البلدان المتقدمة وحدها، فالبلدان

النامية التي تعكف على تكثيف نظم إنتاجها الزراعى تعاني بدورها على نحو متزايد من هذه المشكلات.

٤٨- وللتدهور البيئى الذى يفضى الى تناؤل المخزونات من الحطب - الذى يشكل مصدر الطاقة الرئيسية المستخدمة فى الطهى فى معظم البلدان النامية - تأثيرات عميقة ومباشرة على حالة التغذية. ففي المناطق التى يندر فيها حشب الحطب، لايجرى عادة اعداد الطعام اعدادا كافيا وبالتالي فانه يؤكل وهو مطهى طهيا جزئيا. ويتعين على النساء فى المناطق الريفية أن تقطعن مسافات طويلة لجمع الحطب، مما يفرض أعباء اضافية كبيرة على وقتهن وطاقتهن. وقد أوضحت دراسة أجريت فى نيبال أن الوقت الذى تقضيه الأمهات فى جمع الحطب يشكل عاملا رئيسيا يحدد الحالة التغذوية للأطفال. وتظهر مخاطر عدم احتمال الطهى على المصحة والحالة التغذوية ظهوراً ساطعاً فى حالة عدد من الأغذية الأساسية الهامة، مثل الكسافا، التى يجب أن تطهى جيداً حتى يكون استهلاكها الآدمى مأموناً، وتغدو أطيب مذاقاً وأيسر هضمًا، أو حتى يتسنى الحد من خطر الإصابة بالعدوى.

٤٩- ويحذر الخطر بالموارد السمكية أيضاً نتيجة الظروف البيئية المناوئة، بينما يؤدى سوء الادارة والصراعات على سبل الانتفاع بالملكية المشتركة الى الاستغلال المفرط لمصايد الأسماك. وفى مناطق كثيرة يواجه الصيد فى المياه الداخلية تهديداً ناجماً عن الضغوط السكانية وتلوث الأنهار والبحيرات، وتحويل المياه بغرض استخدامها فى المناطق الحضرية لمصلحة الصناعة والزراعة. وتخضع الموارد السمكية شأنها شأن موارد الغابات والأراضي، لضغوط شديدة فى معظم الأقاليم. فالافراط فى صيد الأسماك، الذى يمارس فى أجزاء كثيرة من العالم، يستنفد المخزون السمكى بوتيرة أسرع من وتيرة تجدد، مما يقوض هذا المصدر الهام من مصادر البروتين وفرص العمل.

٥٠- ومن بين القيود التى تعوق تنفيذ البرامج البيئية، الطابع طويل الأجل للمشكلات؛ وعدم التكافؤ فى فرص الانتفاع بالأرض وغيرها من الموارد الطبيعية؛ وتفتت الحيازات؛ وانحياز النظم التقليدية لادارة الموارد انحصاراً واسع النطاق تحت وقع الضغوط التجارية والسكانية؛ والإشارات الاقتصادية غير المناسبة التى توحى بها القرارات الحكومية والقوى التجارية.

٥١- ويمكن تحديد عدد من مجالات العمل الرئيسية. فأولاً، توجد حاجة الى زيادة التكامل بين الاعتبارات التغذوية والصحية والاقتصادية والبيئية. والخطوة الأولى فى هذا المدد تتمثل فى تعيين المجالات التى يلزم أن تنسق فيها أهداف السياسات البيئية مع الغايات التغذوية والصحية والاقتصادية. فإذا ما أُريد، على سبيل المثال، التوفيق بين الشواغل البيئية والحاجة الى زيادة الامدادات من الأغذية ومن السلع الزراعية الأخرى لتلبية احتياجات متزايدة، سيلزم استحداث نظم

وتكنولوجيات زراعية بديلة وإيجاد توازن سليم بين كل من التكثيف والتنويع لدى اختيار النظم والتكنولوجيات والممارسات المنتقاة. كما سيتعين، إذا ما أضيفت تكاليف حماية البيئة وصون قاعدة الموارد إلى تكاليف الإنتاج والتصنيع والتوزيع، أن يراعى تأثير هذه الإضافة مراعاة دقيقة على أسعار الأغذية وعلى التغذية. ويلزم أيضا الحذر من أن تؤدي الشواغل البيئية إلى فرض ضغوط متزايدة لصالح الأخذ بحواجز جديدة أمام التجارة في المنتجات التي تعتبر غير سليمة من الناحية البيئية. ويلزم أيضا التصدي لقضايا بيئية أخرى مثل إمكان حدوث تغيرات مناخية بسبب الاحترار العالمي وفقدان الموارد الوراثية، وذلك تجنباً لآثارها المعاكسة على التغذية في الأجل الطويل.

٥٢- وثانياً، يعد فهم آلية اتخاذ القرارات على صعيد الأسرة شرطاً مسبقاً أساسياً لصياغة الاستراتيجيات والسياسات، لأن فقراء الريف هم الذين يحددون في أحيان كثيرة نتيجة الأعمال الحكومية الرامية إلى تشجيع التنمية القابلة للاستمرار وذلك عن طريق ما يتخذونه من قرارات بشأن تخصيص الموارد والممارسات الانتاجية والاستهلاك. ويواجه فقراء الريف عديداً من الخيارات الصعبة في كفاحهم اليومي في سبيل البقاء. وتنطوي استراتيجيات البقاء التي يتبعونها على كثير من الأعمال التي تؤثر على الموارد البيئية: مثل التربة والكتلة الحيوية الخشبية والمراعي والمياه. وبعض من تلك الخيارات يؤدي إلى أنشطة قابلة للاستمرار، في حين أن بعضها الآخر لايفضى إلى ذلك. وكثيراً ما لا يجد فقراء الريف أمامهم خياراً سوى الإفراط في استغلال الموارد الطبيعية في سبيل البقاء. فكفالة الأمن اليومي أمر يحظى لديهم بالأولوية على الانشغال بالمستقبل. بل إن الوفاء بحاجات الأمن الغذائي المباشرة تتجاوز هي ذاتها قدرة كثير من فقراء الريف. وبالتالي يحدث تدهور كبير في الموارد الطبيعية لاضطرار فقراء الريف إلى اللجوء إلى ممارسات زراعية ورعوية تسبب تدهور البيئة. فالحاجة الماسة تلجئهم إلى تجريف مغذيات التربة أو زراعة الأراضي شديدة الانحدار أو الإفراط في استخدام المراعي وذلك كيما يدبروا ما يلزمهم من غذاء. كما ينبغي تحليل شتى المهام المنزلية التي تضطلع بها النساء لمعرفة تصورهن واستجابتهن لاستنفاد موارد طبيعية مثل خشب الوقود والمياه. ولذا يلزم أن تعالج السياسات البيئية هذه القضايا الأساسية من منظور كفالة زيادة انتفاع الفقراء بالموارد والتكنولوجيات المناسبة أو بفرص رزق بديلة.

٥٣- وثالثاً، يلزم تعميق الوعي لدى الأفراد والمنظمات والحكومات بأدوارهم ومسؤولياتهم فيما يتعلق بالصحة والبيئة. ويقتضى تحقيق الأهداف الصحية والتغذوية أن يعيش الناس في بيئة مواتية للتطور البدني والذهني والاجتماعي الصحي. وفي المناطق الريفية تشجع البيئة، وخاصة في ظروف المناخ الاستوائي، انتشار كثير من الممرضات البيولوجية مثل الممرضات التي تسبب أشكالاً كثيرة من الاسهال، والعدوى التنفسية، والأمراض المعدية لدى الأطفال، والملاريا، والديدان

المعوية، والبلهارسيا، وداء المثقبيات، والانكوسرعية (داء كلابية الذنب). وعلاوة على ذلك يسبب التوسع العمراني، خاصة حيثما وجد نقص شديد في الموارد، تهديدات كثيرة للصحة نتيجة انتشار النفايات المنزلية والمنتجات الصناعية السامة. أما حيثما تكون الموارد المالية كافية فيمكن تصميم المباني والمرافق على نحو يتيح تقليل المخاطر الى أدنى حد، مما يخفف بدرجة كبيرة من أخطار الأمراض المنقولة عن طريق الأغذية والمياه والغائط ومن مشكلات صحية أخرى كثيرة، ويقتضى الأمر اصدار تشريعات خاصة بالصحة والأغذية تأمينا لصون جميع جوانب الصحة البيئية، ومن الجوهرى فى هذا المقام انشاء آليات محددة تكفل تنفيذ هذه التشريعات وتضمن الامتثال لها.

٥٤ - ورابعا، يلزم أيضا، بغية توفير بيئة مواتية لصحة الجميع، تشجيع أنماط الحياة وأساليب الاستهلاك التى تتفق مع مقتضيات استمرار التوازن الايكولوجى. كما سيلزم أن تختار البلدان المتقدمة وجهة جديدة لانماطها الانتاجية والاستهلاكية، وأن تواصل البحث عن سبل تتيح بلوغ الغايات الاقتصادية والتغذوية دون أن تنطوى هذه السبل على المستويات الراهنة غير المقبولة من الضرر البيئى الذى يلحق بتلك البلدان المتقدمة وبغيرها من الأمم.

٥٥ - وأخيرا، يلزم الاعتراف بالدور الرئيسى الذى تضطلع به البحوث والتكنولوجيا فى توجيه هذه الأنشطة نحو تحقيق الأهداف البيئية والتغذوية والزراعية والصحية. ويقتضى الأمر ايلاء اهتمام خاص للنظم الانتاجية ولاحتياجات صغار المزارعين، باستخدام كل من التكنولوجيات المحلية التقليدية والبحوث الاستراتيجية. وينبغى أن يتمثل الهدف العام فى تهيئة ظروف يكون فيها صون الموارد أكثر نفعا من تدميرها. وينبغى أن تستهدف البحوث والتكنولوجيا استحداث نظم انتاجية قابلة للاستمرار لمختلف أنماط ونوعيات موارد الأرض والمياه مثل الأراضى الزراعية والغابات ومصايد الأسماك ذات الامكانات المنخفضة والمرتفعة. ويلزم بوجه خاص استحداث تكنولوجيات تصلح للأراضى الحدية التى تشكل مناطق شاسعة يعيش فيها أغلبية من يعانون من الفقر وسوء التغذية فى العالم، وهى أراض كانت البحوث قد أهملتها فى الماضى الى حد كبير.

٥٦ - وستحتاج جميع البلدان، فى عالم يتسم بالترايط، الى أن تبحث، فرادى ومجموعة، عن سبل تتيح بلوغ الغايات التغذوية والانمائية دون التسبب فى أضرار بيئية يتعذر اصلاحها. والتكاليف التى يستلزمها تحقيق هذا الهدف مرتفعة بلا ريب، لكن تكاليف التقاعس أشد ارتفاعا. وينبغى أيضا الاعتراف بأن الموارد والتكنولوجيات اللازمة لبلوغ هذه الأهداف تتجاوز قدرة بلدان نامية كثيرة. وبمقدور المنظمات الدولية والمجتمعات المحلية والمنظمات غير الحكومية أن تقدم اسهاما كبيرا فى هذا المقام لكن جهودها يجب أن

تندرج فى السياق الوطنى والدولى العام السليم. ويجب أن يتوافر على المعيد القطرى وعى أعظم والتزام بالعمل.

٥٧- وللمجتمع الدولى دور حاسم فى دعم الجهود القطرية وذلك بتقديم المساعدة المالية والتقنية وتحسين فرص الوصول الى الأسواق وضمان أسعار عادلة. وفى هذا السياق، ينبغى أن توفر القرارات والالتزامات التى يتوصل اليها مؤتمر الأمم المتحدة المعنى بالبيئة والتنمية الاطار اللازم للعمل على المعيين القطرى والدولى.

السياسات السكانية والتوسع العمراني والتغذية

٥٨- للسياسات السكانية آثار هامة على التغذية، وخاصة في بلدان العجز الغذائي حيث يتواصل النمو السكاني ويزداد التوسع العمراني. وعلى الرغم من أن التوازن العام بين السكان ومدى توافر الأغذية ليس العامل الوحيد الذي يحدد المستوى التغذوي، فإن هذا التوازن يمارس تأثيرا كبيرا. ذلك أن وجود مزيد من السكان على المستوى العالمي أو القطري أو الأسري أمر يعنى ببساطة تامة أنهم يحتاجون الى مزيد من الأغذية ومزيد من السلع ومزيد من الخدمات. وهذه قضية حاسمة في بلدان نامية كثيرة، وخاصة في البلدان التي ينتظر أن يتضاعف سكانها في السنوات العشرين أو الخمس والعشرين المقبلة وحيث تعاني الأرض من الضغوط الواقعة عليها. ومثلما هو الحال مع قضايا البيئة يعد التصدي للشواغل السكانية أمرا أساسيا إذا ما أريد تحقيق تحسينات قابلة للاستمرار في مجال التغذية. وسوف تشمل السياسات الناجحة التي تتناول قضية السكان تشجيع التنمية الاقتصادية الأكثر انصافا وتوفير فرص انتفاع أفضل بالخدمات الصحية والتعليمية وخدمات تنظيم الأسرة.

٥٩- وتهدف معظم السياسات السكانية التي تتناول الخصوبة الى خفض مستوياتها. ويتحقق الانخفاض العام في مستوى الخصوبة عن طريق خفض عدد الأطفال الذين تنجبهم كل امرأة الى جانب زيادة فترات المباشرة بينهم في حالات كثيرة. ولكلتا الظاهرتين أثر ايجابي على الحالة التغذوية للأطفال والأمهات. وفيما يتعلق بحجم الأسرة، لوحظ في مسوحات مختلفة أن الأطفال في الأسر المندرجة ضمن فئة معينة من فئات الدخل يكونون أشد تعرضا لخطر نقص أغذية الطاقة إذا كانوا ينتمون الى أسر كبيرة.

٦٠- والحالة التغذوية للأم تؤثر على حالة الاخصاب لديها، أي على قدرتها الفسيولوجية على الحمل، ومن ثم تؤثر في خصوبتها. وقد لوحظت هذه العلاقة في مظهرها السلبي أثناء المجاعات، حيث انخفضت معدلات المواليد انخفاضاً ملحوظاً ثم عادت لترتفع ارتفاعاً شديداً بعد انقضاء هذه المجاعات. وتظهر تلك العلاقة السلبية أيضاً في ظروف أخف وطأة، ففقر الدم ونقص اليود يقترنان بارتفاع معدلات فقدان الأجنة والوفيات قبل الولادة، كما يؤدي نقص التغذية المزمن ونقص الفيتامينات الى آثار مماثلة.

٦١- وعلاوة على التفاعل العام بين الخصوبة والتغذية، تمارس الرضاعة الطبيعية تأثيراً خاصاً. فالإقتران على الرضاعة الطبيعية لمدة تتراوح بين أربعة وستة أشهر بعد مولد الرضيع يعد أمراً هاماً لتغذيته كما أنه يؤخر عودة الخصوبة الى الأم مما يسهم في زيادة فترات المباشرة بين المواليد. ويحدث هذا بسبب توقف الطمث

ديناميكية السكان

ستؤدي الاختلافات في معدلات نمو السكان إلى تغييرات كبيرة في بعض المناطق الجغرافية خلال القرن القادم. فباستثناء القارة الأفريقية، هبطت معدلات نمو السكان من ٢١ في المائة سنوياً في أواخر الستينيات إلى نحو ١٧ في المائة عام ١٩٩٢. ومن المتوقع أن يستمر هذا الاتجاه. وبحلول عام ٢٠٢٠، سيصبح المتوسط السنوي لمعدل زيادة السكان نحو ١ في المائة. ويلاحظ أن معدلات نمو السكان السنوية خلال أواخر الثمانينات كانت أعلى في البلدان النامية (٢١ في المائة) منها في البلدان المتقدمة (١٦ في المائة). وقد كان معدل النمو السنوي في أقل البلدان نمواً، خلال الفترة نفسها ٢٨ في المائة.

وتستند هذه الاسقاطات إلى الاتجاهات المتوقعة في معدلات الولادة والوفيات. ويلاحظ أن تغير أساليب العيش فيما يتعلق، على سبيل المثال، بالتناسل، يمكن أن يؤثر على الأنماط الديمغرافية. وهناك عوامل أخرى يمكن كذلك أن تغير من حجم السكان وتركيبه أعمارهم في المستقبل. من ذلك على سبيل المثال، أن النهوض بالرعاية الصحية قد يقلل من معدل الوفيات. كما أن انتشار متلازمة نقص المناعة المكتسب (الايدز) في الوقت الحاضر سيكون له تأثير ملموس، على الخصوص في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى حيث أن أكثر المصابين من الأطفال والشباب.

وقد حققت كل من البلدان المتقدمة والبلدان النامية تحسناً فيما يتعلق بمتوسط العمر المرتقب عند الولادة، ولكن مازالت توجد فروق حادة بينهما، إذ أن متوسط العمر المرتقب في البلدان المتقدمة هو ٧٥.٨ سنة، بينما يبلغ في البلدان النامية ٦٢.٨ سنة. وعلاوة على ذلك، فإن متوسط العمر المرتقب في أقل البلدان نمواً في العالم لا يتجاوز ٥٠.٧ سنة.

التغيرات في نمط توزيع العمر

إن نسبة الأطفال إلى البالغين أعلى بكثير في البلدان النامية (٥٩.٢ في المائة) منها في البلدان المتقدمة (٣٢.٩ في المائة). أما في أقل البلدان نمواً فتصل هذه النسبة فيها إلى ٨٤.٧ في كل مائة.

ومن الملاحظ أن نسبة السكان الذين تتجاوز أعمارهم ٦٥ عاماً قد ارتفعت في البلدان المتقدمة من ١٢ في المائة إلى ١٢.٨ في المائة، بينما تغيرت هذه النسبة في البلدان النامية من ٤.٢ إلى ٥.٤ في المائة. وزاد العدد الفعلي للسكان المسنين الذين يعيشون في البلدان النامية من ١٥.٢ مليون إلى ١٨.٢ مليون نسمة، بينما يعيش في البلدان المتقدمة ١٤.٥ مليون نسمة من السكان المسنين. وبحلول عام ٢٠٠٠، قد يصل عدد السكان المسنين (أى الذين تجاوز سنهم ٦٥ سنة) إلى ٢٥.٠ مليون نسمة في البلدان النامية، و ١٧.٣ مليون نسمة في بلدان العالم المتقدم.

زيادة الكثافة السكانية

تؤدي الزيادة في عدد السكان إلى تزايد الكثافة السكانية، وخاصة في جنوب وجنوب شرق آسيا. فخلال الفترة بين ١٩٨٥ و ١٩٩٠، ارتفع عدد السكان في الكيلومتر المربع الواحد من ٤٧ إلى ٥٢ نسمة في البلدان النامية، ومن ٢٤ إلى ٢٨ في أقل البلدان نمواً. أما الكثافة السكانية في البلدان المتقدمة فبقيت ثابتة نسبياً في حدود ٢٠ نسمة في الكيلومتر المربع الواحد.

أثناء الرضاعة الطبيعية التي تثبط الهرمون اللازم للخصوبة، ويكون هذا التأثير أكثر فعالية عندما تستخدم الرضاعة الطبيعية بصورة كلية أو جزئية. وتتيح المباشرة بين فترات الحمل استمرار الرضاعة الطبيعية، كما أن المباشرة لفترات أطول، بين المواليد تؤدي إلى تحسين تغذية الطفل. والتقارب الشديد في فترات الحمل يجهد صحة الأم ويلقى على الأسرة أعباء تتعلق باستخدام الوقت واكتساب الرزق. كما تتأثر المباشرة بين فترات الحمل ببقاء الطفل حياً حيث أن وفاته تخلق في بعض المجتمعات ضغوطاً فورية لتعويضه بحمل جديد.

٦٢- وسيكتب لبرامج التغذية ورعاية الأمومة والطفولة وتنظيم الأسرة قدر أكبر من النجاح إذا ما ترابطت معاً وتكاملت. ففعالية الرضاعة الطبيعية كوسيلة من وسائل منع الحمل تقل بمرور الوقت، وينبغي النظر إليها على أنها وسيلة تكميلية للوسائل الأخرى لتنظيم الأسرة. وينبغي أن تراعى هذه الوسائل الأنماط والمعتقدات المحلية المتمثلة بالرضاعة الطبيعية بحيث لا تتعارض وسائل منع الحمل الأخرى مع إدرار اللبن. غير أن الرضاعة الطبيعية وتنظيم الأسرة لا يبحثان معاً في معظم الأحيان.

٦٣- وقد زادت نسبة سكان العالم الذين يعيشون في المناطق الحضرية من ٣٩ في المائة في ١٩٧٥ إلى ٤٣ في المائة في ١٩٩٠، ومن المتوقع أن تصل هذه النسبة إلى ٥١ في المائة بحلول عام ٢٠٠٠. وهذه الهجرة الجماعية للسكان تنطوي على آثار جوهرية تتعلق بالتغذية وبفرص الحصول على الأغذية وبالرعاية الصحية الوقائية. وقد أدى التوسع العمراني في البلدان النامية - خلافاً للتوسع العمراني في البلدان الغنية الذي نجح في استيعاب قطاعات واسعة من السكان - إلى ضغوط اقتصادية واجتماعية أجبرت أعداداً غفيرة من السكان على العيش في مساكن رثة مزدحمة وحدث من فرص حصولهم على الرعاية الصحية والأغذية.

٦٤- وتعنى عملية التوسع العمراني الدينامي أن على المنتجين في الريف أن يلبوا طلباً متزايداً على المنتجات الزراعية. وتقتضي تلك العملية زيادات في الانتاج الغذائي تتراوح بين ١٦ في المائة في آسيا و ٢٤ في المائة في أفريقيا، وذلك بين عامي ١٩٨٠ و ٢٠٠٠، إذا ما أريد إطعام سكان المدن الإضافيين من الانتاج المحلي. وفي الوقت الراهن تلبى الاحتياجات الغذائية لسكان المدن في بلدان كثيرة عن طريق الاعتماد بقدر أكبر على الواردات، ويعزى ذلك في كثير من الأحيان إلى أن الأغذية المستوردة تسوق بأسعار مدعومة لا تقوى المنتجات المحلية معها على منافستها.

٦٥- وتترك الظروف الاجتماعية الاقتصادية الناجمة عن التوسع العمراني آثاراً إيجابية وسلبية في آن واحد على الحالة التغذوية. فمن الآثار الإيجابية تحسن المتاحلات الغذائية بفضل توافر المزيد من الأغذية وتنوعها وتحسن فرص الحصول

على الخدمات الصحية والخدمات الاجتماعية الأخرى، فالوجبات الغذائية أكثر تنوعاً في المدن عنها في الريف، وخاصة من حيث مكوناتها من الدهون والمنتجات الحيوانية والحديد وفيتامين أ، وإن كانت المتحصلات الإجمالية من الطاقة ليست أعلى في الوجبات الحضرية بالضرورة. وقد يعزى ذلك إلى إخفاق المسوحات في مراعاة تزايد استهلاك الوجبات الخفيفة في المناطق الحضرية. والتفسير الأقرب للمحة هو أن انفاق الطاقة يقل في المناطق الحضرية، ومن ثم تقل الاحتياجات من أغذية الطاقة.

٦٦- وتؤدي أنماط استهلاك الأغذية في المدن إلى الاستعاضة عن أغذية أساسية، مثل الجذور والدرنات والحبوب الخشنة، بمصادر أخرى للطاقة، ولاسيما القمح والأرز. وتفضي هذه التغييرات في كثير من الأحيان إلى تزايد الاعتمادات المخصصة للاستيراد كما تؤدي في بعض الأحيان إلى وجود فوائض من الأغذية التقليدية. ويظهر في الوجبات الغذائية الحضرية اتجاه عام نحو الاستعاضة تدريجياً عن الكربوهيدرات المركبة بالكربوهيدرات النقية والسكر والدهون. وقد أكدت المسوحات التي أجريت في الآونة الأخيرة على صعيد الأسر في أمريكا اللاتينية وأفريقيا أن أنماط الاستهلاك في المناطق الحضرية من البلدان النامية تشير إلى تزايد المتحصلات من السكر والكحول والمشروبات الغازية والحبوب الفاخرة النوعية والأغذية المصنعة، ولكنها أظهرت أيضاً تحسناً في الحالة التغذوية والصحية وانخفاضاً في معدل وفيات الأطفال وزيادة في طول العمر. كما يفرض التطور الحضري السريع ضغوطاً على الهياكل الأساسية والخدمات الرامية إلى حماية نوعية الأغذية، علاوة على إنتاجها.

٦٧- وفي المناطق الحضرية يجري التبكير بوقف الرضاعة الطبيعية أو بتكميلها بمصادر أخرى. وفي آسيا، تمارس الرضاعة الطبيعية في المناطق الحضرية بقدر أقل عنها في المناطق الريفية، وعلى الرغم من أن هناك اتجاهات إلى انخفاض اللجوء إلى هذه الرضاعة في الحضر والريف كليهما، فإن التغييرات التي تعتري توقيت الفطام متماثلة في المنطقتين. وفي معظم البلدان انخفض عدد النساء اللاتي تواصلن الرضاعة الطبيعية بعد ٦ أشهر من الوضع انخفاضاً أشد حدة في المناطق الحضرية. ولم تلاحظ انخفاضات فعلية في استهلاك الرضاعة الطبيعية بالمناطق الحضرية إلا في الفلبين. وقد لوحظت الاختلافات في أنماط الرضاعة الطبيعية بين كل من الحضر والريف في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي في حين لم تكن الاختلافات ظاهرة بهذه الصورة في كل من أفريقيا والشرق الأدنى.

٦٨- كما قد يكون للتوسع العمراني آثار سلبية أخرى على التغذية. من ذلك على سبيل المثال أن النمو السريع لسكان الحضر قد يؤدي إلى انتشار المساكن المؤقتة وعدم كفاية إمدادات المياه وتراكم النفايات البشرية والقمامة مما

يسبب ترددا للحالة الصحية. وحتى عندما يمكن التحكم في هذه الظروف ويتسنى بالتالي الحد من انتشار الأمراض، تحدث زيادة ملحوظة في الظروف الصحية المرتبطة بالغذاء، أو بعبارة أخرى تحدث زيادة في الأمراض غير السارية التي تقترب بأنماط استهلاك الأغذية وبأساليب العيش الأكثر اتساما بالركود. ولم ينتفع جميع سكان المدن بنفس القدر من تزايد مدى توافر السلع والخدمات، بل أن عدد من يعانون من الفقر المطلق والنسبي في المدن ما برح يتزايد في بلدان كثيرة. وترتب على ذلك انتقال بؤرة الفقر في بعض الأقاليم من المناطق الريفية إلى المناطق الحضرية وشبه الحضرية.

٦٩- ويلزم إيلاء اهتمام خاص لمجموعات محددة من سكان المدن الذين تكون أوضاعهم أشد تنوعا بالقياس إلى سكان الريف. وعلى الرغم من أن سوء التغذية يعد في المتوسط أقل انتشارا في المدن، فإن حالات سوء التغذية تكون أكثر شدة بين فقراء المدن، ولاسيما بين الأطفال الصغار.

٧٠- وتعتمد الأسر في المدن اعتمادا يكاد يكون تاما على عمليات الشراء في الحصول على ما تحتاجه من أغذية، وجزء كبير من هذه الأغذية قد يخضع لعمليات أعداد تجارية ليبيع في الشوارع أو الأسواق. وينطبق هذا أحيانا على أغذية الرضع. ويكون فقراء المدن أكثر حساسية للعوامل الاقتصادية التي تؤثر على أسواق الأغذية التجارية لأنهم ينفقون نسبة عالية من ميزانيتهم على الأغذية ويعتمدون في دخلهم على العمل المأجور. وعلاوة على ذلك، قد تفتقر الأسر في الحضر إلى شبكة التعاضد الاجتماعي المتاحة للأسر في الريف، وخاصة للمفتقرين إلى المأوى وللأسر التي ترعاها النساء. وعادة ما توجد أسواق الأغذية بعيدا عن مناطق السكن العشوائية التي يعيش بها الفقراء.

٧١- وتتناول السياسات السكانية أحيانا مشكلة توزيع السكان بين الريف والحضر، ويحدث ذلك بوجه عام بغية التخفيف من معدل النزوح إلى المدن، والحد بالتالي من الضغط الواقع على البنى الأساسية والخدمات الحضرية. وتستند هذه السياسات إلى استراتيجيات مختلفة تستهدف تضيق الفجوات الإنمائية بين المناطق الحضرية والريفية. غير أنه لما كانت هذه السياسات تعد بحكم طبيعتها طويلة الأجل ولما كانت لا تتسم بفعالية كبيرة في كثير من الأحيان، فمن الصعب البرهنة على أن لها تأثيرا محددًا على الحالة التغذوية سواء لفقراء الريف أو لأقرانهم من فقراء المدن.

٧٢- ومن جهة أخرى، يمكن للسياسات الغذائية أن تؤثر بدورها على التوسع العمراني. إذ تولى لدى صياغة السياسات الغذائية العناية لسكان المدن. ومن ذلك على سبيل المثال تحديد أسعار الأغذية الأساسية في مستويات منخفضة ودعم هذه الأسعار، وتشجيع تسويق الأغذية لدى سكان المدن، وإخضاع أسعار الأغذية

وجودتها لرقابة أفضل في المدن. ويؤدي هذا الى ميزة نسبية اضافية لصالح سكنى المدن بالقياس الى سكنى الريف، مما يوجد دافعا اضافيا يشجع فقراء الريف على النزوح الى المدن. ويكون هذا الدافع أشد الحاحا اذا ظلت أسعار الاغذية التي يحصل عليها المنتجون، وبالتالي دخول المزارعين، منخفضة.

البيئة الاقتصادية الدولية والتغذية

٧٣- يمكن، على سبيل التبسيط، وصف قضايا السياسات المتعددة الأطراف التي تؤثر على التغذية ومستوى معيشة البشر بأنها القضايا التي تؤثر على ظروف التجارة الدولية في السلع والخدمات، إلى جانب السياسات التي تؤثر على حرية انتقال الأفراد والعمالة؛ والاستراتيجيات الدولية الرامية إلى خفض الديون؛ وعمليات نقل الموارد على الصعيد الدولي، وخاصة المساعدة الإنمائية الدولية بما في ذلك مكوناتها المتمثلة بالمعونة الغذائية. وباستثناء ذلك الجزء من المعونة الغذائية الدولية الذي يقدم بصورة مباشرة إلى المستفيدين النهائيين، فإن هذه الفئات الثلاث من السياسات تترك أساساً تأثيرات غير مباشرة على التغذية من خلال تأثيرها على فرص العمل والدخل والأسعار ومخزون الأصول الانتاجية والموارد المالية المتاحة للبلدان المعنية. وبالتالي فإن اتباع نهج أكثر تحراً في مجالات التعاون متعدد الأطراف هذه، أمر من شأنه أن يسهل، بوجه عام، تعزيز معايير التغذية، مع بعض التحفظات، وعلى العكس، فإن اتباع نهج تقييدية في هذه المجالات الثلاثة أمر من شأنه أن يعوق التنمية. وتتناول الفقرات التالية هذه المجالات الثلاثة بترتيب تعاقبها.

السياسات المتمثلة بالتجارة الدولية

٧٤- تتوافر، من منظور عام، دلائل كثيرة على أن نمو الدخل يسير جنباً إلى جنب مع نمو التجارة. وهناك أيضاً دلائل على أن إزالة الحواجز التي تعترض التجارة، وهي حواجز واسعة الانتشار، أمر يمكن أن يساعد على زيادة العائدات من النقد الأجنبي، والعمالة، والنواتج القومي الإجمالي. وتوضح التحليلات التي أجريت مؤخراً لنتائج إزالة الحواجز أن قيام البلدان المتقدمة بإزالة الحواجز أمام التجارة في السلع يمكن أن يؤدي إلى زيادة صافية في عائدات البلدان النامية من النقد الأجنبي قدرها ٤٠ مليار دولار أمريكي سنوياً، وهذا أمر كفيل بتحقيق زيادة قدرها ٣ في المائة في الناتج القومي الإجمالي، أو ما يمثل ٧٥ مليار دولار أمريكي سنوياً. وقدرة قطر من الأقطار على الاستفادة من هذه المكاسب ستتوقف، بطبيعية الحال، على سياساته الداخلية مثل أسعار الصرف، والضرائب المفروضة على الصادرات، والتعريفات الجمركية المفروضة على الواردات، وكذلك على الحوافز المقدمة إلى المنتجين ومدى ما يلقونه من تشجيع على الاستثمار وعلى إنتاج منتجات يستطيعون تصديرها.

٧٥- غير أن إزالة القيود المفروضة على التجارة لن تحقق بالضرورة مكاسب للجميع. فبقدر ما يفترض تحرير التجارة من الترتيبات التجارية التفضيلية، فإن بعض البلدان والقطاعات السلعية التي تستفيد من هذه الترتيبات في الوقت

الحاضر يمكن أن تتعرض للخسائر. وبالمثل، قد تنجم عن تحرير التجارة آثار متباينة، حيث إن الاختلالات التجارية القائمة وتأثيراتها على أسعار الأسواق التجارية الدولية تختلف اختلافاً بيناً من قطاع إلى آخر.

٧٦- فالسياسات الزراعية للبلدان الصناعية تمارس تأثيراً كبيراً، ربما دون قصد، على مستوى تغير الأسعار العالمية للسلع الزراعية وعلى حجم ونمط التجارة الدولية، والدعم المتمثل الذي يلقاه المنتجون المحليون على مدى فترة طويلة من الزمن يترك أثراً كبيراً على هيكل التدفقات التجارية الزراعية، وعلى توزيع الدخل، وعلى الرخاء الاقتصادي العام. وعلاوة على ذلك، كثيراً ما ينجم عن السياسات التي تستهدف تحقيق الاستقرار للمزارعين والمستهلكين المحليين عواقب واضحة على الأسعار والتجارة على الصعيد العالمي.

٧٧- والآثار المناوئة التي تمارسها السياسات الزراعية التي تنتهجها البلدان الصناعية على القطاعات الزراعية في البلدان الأخرى المصدرة للمنتجات الزراعية آثار عديدة. فأولاً، تنخفض الواردات الزراعية في البلدان الصناعية التي تدعم الإنتاج المحلي. وثانياً، عندما يفيض الإنتاج المحلي على الحاجات المحلية ويجرى تصدير الفائض إلى الأسواق العالمية، يتقلص حجم صادرات المصدريين الآخرين. وثالثاً، يؤدي تشبع الأسواق العالمية بفوائض كبيرة إلى انخفاض الأسعار العالمية وبالتالي تنخفض أيضاً عائدات المصدريين الآخرين نظير حجم بعينه من الصادرات. وأخيراً، يمكن أيضاً أن تتسم الأسعار في الأسواق العالمية بقدر من عدم الاستقرار يفوق حالتها لو لم تكن في هذا الوضع، ومن ثم فإنها تؤثر تأثيراً مناوئاً على المصدريين الأكثر حساسية لقوى السوق الحرة.

٧٨- والسياسات الزراعية التي تنتهجها البلدان الصناعية تترك على بلدان العجز الغذائي النامية آثاراً إيجابية وسلبية في آن واحد. وتتعلق الآثار الإيجابية، بوجه عام، بالمكاسب التي تعود على مستوردي الأغذية نتيجة حصولهم على امدادات غذائية بأسعار منخفضة، وكذلك نتيجة توافر المعونة الغذائية. وبالنظر إلى العجز الغذائي الهيكلي الكبير الذي تعاني منه عدة بلدان نامية، فإن توافر الأغذية الرخيصة في السوق العالمية يوفسّر لها فرصة لتنفيذ برامج تستهدف زيادة فرص الفقراء في الحصول على الغذاء وتسهم في التخفيف من حدة مشكلاتها المباشرة المتعلقة بميزان المدفوعات. غير أن أثر السياسات الزراعية التي تنتهجها البلدان الصناعية على الحل طويل الأجل للمشاكل الغذائية للبلدان النامية، سواء عن طريق تحقيق الاعتفاء الذاتي من الغذاء أو اتباع سياسة اعتماد على النفس ذات وجهة تجارية، ليس أثراً إيجابياً بوجه عام.

فانخفاض أسعار الاغذية السائدة في الأسواق العالمية، تشجع كثيرا من البلدان النامية على اتباع سياسة الاعتماد على الاغذية الرخيصة.

٧٩- فبالنسبة للبلدان النامية التي تحدد الأسعار الزراعية على ضوء الأسعار العالمية المنخفضة انخفاضا مفرطا بسبب الحماية، يتمثل الاثر في خفض الأسعار المحلية الى أدنى من مستواها المفترض لو لم تطبق هذه الحماية. وفي تلك الظروف، تقل ربحية الاستثمار المحلي والأجنبي في الزراعة، وتحول الموارد الانتاجية الى قطاعات أخرى أقل اتساما بالطابع التنافسي ويتأخر الأخذ بتكنولوجيات جديدة وتطبيق تدابير لتحسين الانتاجية. ويكون الاثر طويل الأجل هو ادامة مشكلة العجز الغذائي والاعتماد على الاغذية المستوردة، بما في ذلك المعونة الغذائية.

٨٠- وقد قيمت عدة دراسات في الآونة الأخيرة أثر تحرير السياسات الزراعية للبلدان الصناعية على الأمن الغذائي للبلدان النامية، فأوضحت الواجهة التي يحتمل أن يأخذها هذا الاثر وعواقب تحرير التجارة على الأمن الغذائي العالمي. فمن المقدر أن يؤدي تحرير السياسات الزراعية للبلدان الصناعية الى زيادة الأسعار في الأسواق العالمية وإلى تنشيط نمو التجارة العالمية. وتشمل الآثار الايجابية التي تعود على البلدان النامية تحقيق زيادات في المستوى العام للدخل الحقيقية فيها، وتحسن معدلات تبادلها التجاري، وتحقيق مكاسب كبيرة فيما يتعلق بالدخل الريفية.

٨١- والمنافع التي ستحققها البلدان النامية من تحرير السياسات الزراعية للبلدان الصناعية ستعود في المقام الأول على البلدان التي تعد من البلدان المصدرة الرئيسية الأساسية للسلع التي ستحرر التجارة فيها. كما ستتوقف المنافع المحتملة على استجابة البلدان المصدرة لبيئة تجارية دولية أكثر انفتاحا. ومن شأن المنافع العامة التي تحققها البلدان النامية أن تزداد بصورة أكبر بقدر تعديلها لسياساتها كيما تكمل التغيرات في السياسات الزراعية للبلدان الصناعية.

٨٢- والنتيجة الايجابية التي حققتها المفاوضات التجارية المتعددة الاطراف في جولة أوروغواي، التي بدأت قرب نهاية عام ١٩٨٦، بهدف تحقيق مزيد من التحرير للتجارة الدولية في جميع القطاعات، بما في ذلك المنتجات الزراعية والاستوائية، نتيجة يمكن أن تكون لها بالتالي آثار بالغة الاهمية على الأمن الغذائي والتغذية. وبالمثل، فإن تكاليف اهدار هذه الفرصة المتاحة لتحرير التجارة يمكن أن تكون باهظة من زاوية تحسين المستوى الغذائي لملايين الفقراء.

الدين الدولي

٨٣ - لاتزال حالة المديونية الخارجية للبلدان النامية حالة حرجة. فوفقا للبنك الدولي، زادت ديونها الكلية المستحقة، والتي قدرت في ١٩٩٠ بمبلغ ١٣٤١ مليار دولار أمريكي، بنسبة ٦ في المائة على مستوى السنة السابقة. وفي بلدان افريقيا الواقعة جنوب الصحراء زاد حجم الديون بالقياس الى حجم الاقتصاد زيادة كبيرة في ١٩٩٠، ليمثل نحو ١١٢ في المائة من الناتج القومي الاجمالي لبلدان المنطقة. وفي المناطق النامية الأخرى الأشد معاناة من الأثر المناويء للديون - وهي افريقيا الشمالية والشرق الأدنى، وأمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي - ظلت نسبة الديون الى الناتج القومي الاجمالي مرتفعة بدورها فبلغت ٨٧ في المائة و٤٨ في المائة على التوالي.

٨٤ - وعلى الرغم من أن النسبة العامة لخدمة ديون البلدان النامية الى صادراتها (المدفوعات على الفائدة واستهلاك الدين كحصة من الصادرات من السلع والخدمات) قد انخفضت انخفاضاً طفيفاً في ١٩٩٠، فإن هذه النسبة ظلت مع ذلك عند مستوى مرتفع تاريخياً. فمن المقدر، مثلاً، أن خدمة الديون قد ارتفعت من ١٣,٣ في المائة من عائدات الصادرات في بداية السبعينيات الى ٢٣,٢ في المائة في نهاية الثمانينات بالنسبة للبلدان النامية في مجموعها، ومن ٤,٧ في المائة الى ٢٥,١ في المائة في حالة البلدان الافريقية الواقعة جنوب الصحراء.

٨٥ - ومن الجدير بالذكر أن المؤشرات الاقليمية سألقة البيان تشكل قيماً متوسطة وأن حجم مشكلة الديون، وبالتالي أثرها على التغذية، يختلف اختلافاً كبيراً من بلد الى آخر. إذ أنه بينما حدثت، بصفة عامة، حتى عام ١٩٨٢ تحويلات صافية من الموارد المتصلة بالديون لصالح البلدان النامية، فقد حدثت بعد ذلك تحويلات صافية من هذه الموارد من البلدان النامية الى دائئيتها بلغت ٢٤٢ مليار دولار أمريكي في الفترة ١٩٨٣-١٩٨٩.

٨٦ - وخلال الثمانينات اقترن نمو المشكلات المستعصية لخدمة الديون بانخفاض شديد في عائدات السلع التصديرية التي حققتها بلدان نامية كثيرة. وقد جرى على امتداد العقد التركيز على ضرورة أن تقوم البلدان المدينة باصلاح سياساتها الاقتصادية الكلية المحلية؛ والواقع أن النظريات المتعلقة بحل مشكلة الديون ظلت تدور أساساً حول هذه الفكرة، الى جانب الدعوة الى اعادة جدولة بعض الديون القائمة. ولا ريب في أن القدرة على خدمة الديون تتوقف على السياسات المحلية التي تولد الفوائض؛ ولكن يلزم أن تتيح هذه السياسات أيضاً تحقيق زيادات مرضية في الاستهلاك المحلي، وأن تنشط الاستثمار، وأن تشجع عودة رأس المال الهارب.

٨٧ - غير أن المنهج الذى اتبع فى الثمانينات لمعالجة مشكلة الديون تغافل الى حد كبير عن العوائق الخارجية القاسية التى تواجه البلدان النامية، وهى عوائق يخرج بعضها بصورة واسعة أو بصورة تامة عن نطاق سيطرة هذه البلدان. وتضمنت هذه القيود التى اعترضت توليد قدر كاف من النقد الأجنبى النمو الطفيف، بل والركود، الذى طرأ لأسباب شتى على الطلب على السلع الأولية فى أسواق الاستيراد الرئيسية؛ والسياسات الحمائية التى اتبعتها البلدان الدائنة ذاتها التى قيدت فرص الوصول الى الأسواق أمام بعض السلع التى تصدرها البلدان النامية؛ وآثار برامج التكيف الهيكلى التى كانت تعنى، فى بعض الحالات، أن على البلدان النامية أن تتوسع فى تصدير منتجات لايزيد الطلب الدولى عليها بنفس القدر. وفى هذه الحالة، كان على ضغط الواردات من كل من السلع الاستهلاكية والرأسمالية أن يودى دوراً رئيسياً فى المساعدة على خدمة الديون الخارجية.

٨٨ - وقد ثبت أن التكيف المحلى وادراك قدر كاف من النقد الأجنبى كانا أمرين بالغى الصعوبة فى الثمانينات. وفى الوقت نفسه، لم يحرز العنصر الثالث من عناصر ضمان الادارة الناجحة للديون - ألا وهو خفض المباشر للديون - تقدماً يذكر حتى الآن. غير أن المناهج تغيرت فى اتجاه خفض الديون كمقابل لإعادة جدولتها، وجرى وضع عدد من الخطط المبتكرة (وتطبيقها على بعض البلدان المدينة) فى السنوات القليلة الماضية. وانتفعت عدة بلدان نامية من زيادة فترات السماح فى القروض المتعلقة بالمساعدة الإنمائية الرسمية، لكن الأثر العام لذلك كان ضئيلاً.

المساعدة الإنمائية الخارجية

٨٩ - على الرغم من أن المساعدة الإنمائية الخارجية قد أدرجت ضمن التحويلات الاجمالية للموارد سائلة الذكر المقدمة الى البلدان النامية، فقد يكون من المفيد اختيار المساعدة الإنمائية بصورة خاصة فى السياق الحالى لاجراء تقييم مستقل لها لعدد من الأسباب. فأولاً، يمكن للبلدان المتبرعة أن توجه المساعدة الإنمائية الخارجية، وهذا هو واقع الحال الى حد ما، من أجل تحقيق أهداف خاصة. من ذلك على سبيل المثال، أن وزراء البلدان الأعضاء فى منظمة التعاون الاقتصادى والتنمية ورؤساء المؤسسات المتبرعة متعددة الأطراف قد أدرجوا تنمية الموارد البشرية وتخفيف حدة الفقر ضمن أولويات المساعدة الإنمائية، فى بيانهم بشأن استراتيجية المساعدات الإنمائية فى التسعينات. وثانياً، يمكن لتوجيه المساعدة، وهذا هو واقع الحال أيضاً، أن يميز بين البلدان المستفيدة و/أو بين المستفيدين داخل البلدان ذاتها. وتتضمن أمثلة هذا التمييز الحد من فرص البلدان منخفضة الدخل فى الحصول على الموارد المقدمة بتسهيلات كبيرة فى اطار الرابطة الإنمائية الدولية ومجموعة البنك الدولى، والأولوية التى

أوصتا بها في مبادئهما التوجيهية ومعاييرهما المتعلقة بالمعونة الغذائية لمصلحة بلدان العجز الغذائي ذات الدخل المنخفض.

٩٠ - ويمكن بوجه عام أن تكون المساعدة الإنمائية، إلى جانب توفيرها الدعم للتنمية الاقتصادية والاجتماعية العامة، أداة قوية لبلوغ أهداف خاصة، بما في ذلك الأهداف المتوخاة في مجال التغذية. غير أن تحقيق ذلك يقتضى ادخال عدد من التحسينات. وقد ظلت الأبعاد العامة للمساعدة الإنمائية صغيرة وعلى نحو مخيب للآمال. وبصفة خاصة، تمثل المساعدة الإنمائية التي تقدمها البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية، والتي تبلغ في الوقت الراهن ٥٢ مليار دولار سنوياً، متوسطاً قدره ٣٥- في المائة من ناتجها القومي الإجمالي بالقياس إلى الهدف المعتمد دولياً وهو ٠,٧ في المائة من الناتج القومي الإجمالي. وثانياً، فإن تخصيص المساعدة الإنمائية لتحقيق أهداف مثل التخفيف من حدة الفقر لم يتضح بشكل جلي حتى الآن. وقد لوحظ في هذا الصدد أن البلدان العشرة التي تضم معاً ثلاثة أرباع أفقر سكان العالم لا يخصص لها سوى ربع المعونة. وأخيراً، أوضح عدد من الدراسات الحاجة إلى زيادة كفاءة وفعالية المعونة والسبل التي يمكن اتباعها لتحقيق هذا الهدف.

مراجع الفصل الثالث

- ACC/SCN. 1990. *Women and nutrition*. ACC/SCN Symposium report. Nutrition policy discussion paper no. 6.
- ACC/SCN. 1992. Breastfeeding, birth spacing and nutrition. Annual Symposium on Population and Nutrition. SCN News. Geneva.
- Chenery, H. *et al.* 1974. *Redistribution with growth*. Oxford, Oxford University Press.
- Cooper Weil D., Alicbusan, A., Wilson, J., Reich, M. & Bradley, D. 1990. The impact of development policies on health: a review of the literature. Geneva, WHO.
- Cornia, G., Jolly, R. & Stewart, F. 1987 and 1988. *Adjustment with a human face. Vol. 1: Protecting the vulnerable and promoting growth. Vol. 2: Country case studies*. Oxford, Clarendon Press.
- Demery, L. & Addison, T. 1987. *The alleviation of poverty under structural adjustment*. Washington, DC, World Bank.
- Dreze, J. & Sen, A. 1989. *Hunger and public action*. Oxford, Clarendon Press.
- FAO. 1988. *Urbanization, food consumption patterns and nutrition*. Committee on Agriculture. Rome, FAO. (COAG/89/5)
- FAO. 1991. *Agricultural issues in structural adjustment programs*. FAO Economic and social development paper no. 66. Rome, FAO.
- Gross, R. & Monteiro, C.A. 1989. Urban nutrition in developing countries: some lessons to learn. *UNU Food Nutr. Bull.*, 11(2):14-20.
- Harpham, T. & Stephens, C. 1991. Urbanization and health in developing countries. *World Health Stat. Quar.*, 44(2): 62-69.
- Hicks, N. & Kubish, A. 1983. *The effects of expenditure reductions in developing countries*. Washington, DC, World Bank.
- Jamal, V., ed. 1988. The African crisis: food security and structural adjustment. *Int. Lab. Rev.*, 127(6).
- Kennedy, E. & Cogill, B. 1987. *Income and nutritional effects of the commercialisation of agriculture in Southwestern Kenya*. Research report no. 63. Washington, DC, IFPRI.
- Maxwell, S., ed. 1988. Cash crops in developing countries. *IDS Bull.*, 19(2).
- Maxwell, S., ed. 1990. Food security in developing countries. *IDS Bull.*, 21(3).
- McGuire, J. & Popkin, B. 1990. *Helping women improve nutrition in the developing world: beating the zero sum game*. World Bank technical paper no. 114. Washington, DC, World Bank.
- Pinstrup-Andersen, P. 1985. Food prices and the poor in developing countries. *Eur. Rev. Agri. Econ.*, 12(78):69-81.
- Pinstrup-Andersen, P. 1987. Macroeconomic adjustment policies and human nutrition: available evidence and research needs. *UNU Food Nutr. Bull.*, 9(1):69-86.
- Pinstrup-Andersen, P., ed. 1988. *Food subsidies in developing countries: costs, benefits and policy options*. Washington, DC, Johns Hopkins Press for IFPRI.
- Popkin, B.M. & Bisgrove, E.Z. 1988. Urbanization and nutrition in low income countries. *UNU Food Nutr. Bull.*, 10(1):3-23.
- Prema, K., Bamji, M.S. & Damodaram, M. 1981. *Nutrition, fertility and mortality: a review*. Rome, FAO.
- Szostak, W.B. & Sekula, W. 1991. Nutritional implications of political and economic changes in Eastern Europe. *Proc. Nutr. Soc.*, 50(3):687-693.
- Traill, B. & Henson, S. 1991. The nutritional implications of changing food systems in Eastern Europe. *Proc. Nutr. Soc.*, 50(3):703-718.
- von Braun, J. & Kennedy, E. 1986. *Commercialisation of subsistence agriculture: income and nutritional effects in developing countries*. Washington, DC, IFPRI.
- von Braun J. & Pandya-Lorch, R. 1991. *Income sources of malnourished people in rural areas: microlevel information and policy implications*. Working papers on commercialisation of agriculture and nutrition no. 5. Washington, DC, IFPRI.
- UNDP. 1991. *Human development report*. New York.
- UNICEF. 1990. *Strategy for improved nutrition of children and women in developing countries*. UNICEF policy review no. 1. New York.
- World Bank. 1986. *Poverty and hunger: issues and options for food security in developing countries: a World Bank policy study*. Washington, DC, World Bank.
- World Bank. 1990. *World development report*. Washington, DC, World Bank.
- WHO/WFP. 1988. *Structural adjustment, health, nutrition and food aid in the African region*.
- WHO. 1992. *Our planet, our health: report of the WHO Commission on Health and Environment*. Geneva.

الفصل الرابع

السياسات والبرامج الرامية الى النهوض بأوضاع التغذية

١ - شهدت العقود الأربعة الماضية، تحقيق مكاسب باهرة عموماً، في مجالات التنمية الاقتصادية والرعاية الاجتماعية في العالم قاطبة. غير أن هذه المكاسب العامة تحجب وراءها الواقع المر الذي مازال سائداً في كثير من البلدان، وفي أوساط بعض الفئات السكانية التي ظلت من الناحيتين الاجتماعية والإقتصادية خارج المسار الرئيسي للتنمية دون أن يلبي العديد من احتياجاتها الأساسية.

٢ - وهناك نحو خمسين بلداً من البلدان منخفضة الدخل يقل فيها نصيب الفرد من الناتج القومي الإجمالي عن ٦١٠ دولارات. وينتشر في هذه البلدان نقص التغذية، خاصة بين صغار الأطفال والنساء، مع ارتفاع معدلات الإصابة بالهزال، والتقزم، ونقص المواد المغذية الدقيقة. وتعيش أعداد كبيرة من السكان في مناطق فقيرة ونائية، مما يجعلهم عرضة للنقص المتكرر في الأغذية، ولمختلف الضغوط البيئية والاقتصادية. ويتميز العديد من هذه البلدان بتخلف مستوى البنى التحتية الأساسية، وضعف القطاع الخاص، وعدم قدرة الحكومات، في أغلب الأحيان، على توفير الخدمات الأساسية لتلبية احتياجات السكان. ومع أن المشكلات التغذوية السائدة هي مشكلات تتعلق بنقص التغذية، فإن بعضاً من الفئات السكانية في المناطق الحضرية يعانون من اضطرابات صحية مزمنة ناجمة عن النظام الغذائي.

٣ - غير أن هناك كذلك قرابة ٤٠ بلداً من البلدان ذات الدخل المرتفع التي تسود فيها مشكلات رئيسية مرتبطة بالنظام الغذائي، ولاسيما السمنة، وأمراض القلب والأوعية الدموية، وارتفاع ضغط الدم، ومرض البول السكري لدى البالغين، وتسوس الأسنان. وفي حين أن الامدادات الغذائية في هذه البلدان كافية، ومتوسط الدخل الفردي مرتفع، فإن هناك العديد من الأسر التي تعاني من ذات أنماط مشاكل نقص التغذية الموجودة في بلدان الدخل المنخفض. ويوجد زهاء ثمانين بلداً من بلدان الدخل المتوسط في العالم تمثل فئة ثالثة من البلدان التي تواجه مشكلات خطيرة من جراء نقص التغذية والافراط فيها معاً.

٤ - ولا بد في التصدي لهذه المجموعة الواسعة من المشكلات من وضع الاستراتيجيات القطرية والدولية الملائمة التي تعكس الظروف المختلفة. وبالإضافة إلى مختلف المشاكل التغذوية ومسبباتها، فإن لكل بلد قدراته المختلفة من حيث العاملين المهرة، والبنى التحتية الأساسية، والسياسات والبرامج قيد التنفيذ لمعالجة أسباب سوء التغذية.

السياسات والبرامج الموجهة للتغذية

٥ - يناقش هذا القسم بعض مجالات العمل ذات الأولوية والسياسات ذات الصلة التي لها تأثير هام على التغذية، بهدف التركيز على الجوانب الهامة التي ينبغي للمخططين وواضعي السياسات أن يراعوها عند وضع خطط العمل وتنفيذها بهدف تحسين

مستوى التغذية. وترد السياسات التي تناقش فيما يلي تحت الموضوعات المترابطة التالية:

- تحسين الأمن الغذائي الأسري؛
- حماية المستهلك عن طريق تحسين جودة الاغذية وسلامتها؛
- الوقاية من نقص المغذيات الدقيقة؛
- الترويج لنظم التغذية السليمة ولأنماط الحياة الصحية؛
- الوقاية من الامراض المعدية ومكافحتها؛
- رعاية الفئات المحرومة من الناحية الاجتماعية والاقتصادية والفئات الحساسة من الزاوية التغذوية؛
- تقييم الأوضاع التغذوية وتحليلها ورصدها؛

٦ - وتجدر الإشارة الى أن معالجة القضايا في اطار هذه الموضوعات ييسر التوصل الى تفاهم مشترك بين القطاعات المختلفة لمشكلات التغذية ويتيح التوصل إلى منهج أكثر تحديدا للعمل على ايجاد الحلول. ومن شأن اتباع المنهج المواضيعي في معالجة مشكلات التغذية أن يضمن الإهتمام بكل جانب من جوانب المشكلة، كما يمكن كل قطاع أو جهاز من أن يقيم أفضل أساليب العمل لتحسين الوضع. وقد بحثت هذه الموضوعات أثناء الاجتماعات الاقليمية الثمانية التي عقدت من أجل الاعداد للمؤتمر الدولي المعنى بالتغذية، وتعكس المناقشة التالية الإستنتاجات الرئيسية التي تم التوصل اليها في كل اجتماع.

تحسين الأمن الغذائي الأسري

٧ - يتوقف الأمن الغذائي الأسري أساساً على مدى قدرة الأسرة على توفير قدر كاف من الغذاء لضمان متحصل غذائي كاف لجميع أفرادها، في جميع الأوقات، من أجل التمتع بحياة مفعمة بالصحة والنشاط. وتوجد أشكال مختلفة لانعدام الأمن الغذائي الأسري، يتطلب حلها تبني سياسات مختلفة كذلك. فانعدام الأمن الغذائي المزمّن مثلاً ينطبق على الأسر التي تعاني من نقص الأغذية بصورة مستديمة. وانعدام الأمن الغذائي الموسمي ينتج عن نقص الأغذية وارتفاع الأسعار خلال فترات العجز التي تسبق حصاد المحاصيل أو نتيجة للبطالة الموسمية. أما انعدام الأمن الغذائي المؤقت فينتج عن فشل الإنتاج الحيواني أو المحصولي، وفقدان العمل، وصعوبة الاستيراد، والكوارث الطبيعية والتي من صنع الإنسان، وغير ذلك من الظروف المعاكسة.

٨ - والسبب الأساسي في انعدام الأمن الغذائي الأسري هو الفقر. ويصيب انعدام الأمن الغذائي الأسري مجموعات واسعة ومتنوعة من سكان الريف والحضر. وتشمل الفئات الحساسة المزارعين في الأراضي الحدية، والعاملين المعدمين، والعاملين المؤقتين، وصغار الميادين، وعمال الغابات، والرعاة، والفقراء في المناطق الحضرية، ولاشك في أن رفع مستويات إنتاج هذه الفئات المتنوعة ودخلها يتطلب استراتيجية تشمل تدابير السياسات متعددة الأغراض، وتحقيق التوازن بين المكاسب في الأجل القصير والأجل الطويل.

٩ - ولابد أن يتسق اختيار السياسات مع خصائص مشكلة الأمن الغذائي في البلد المعني، وسمات السكان الذين يعانون من انعدام الأمن الغذائي، ومدى توافر الموارد، وطاقات المنشآت الأساسية والقدرات المؤسسية. وينبغي للسياسات أن تضمن حصول جميع الأسر على الوسائل الضرورية لضمان كسب غذائها على أساس قابل للاستمرار.

١٠ - وتنطوي عملية تحقيق الأمن الغذائي على ثلاثة أبعاد. أولاً، من الضروري ضمان امدادات غذائية كافية على المستوى القطري والأسري معاً. ثانياً، من الضروري وجود درجة معقولة من الاستقرار في الامدادات الغذائية، سواء من عام لآخر، أو خلال السنة نفسها. ثالثاً، وربما كان أشد الأبعاد إلحاحاً، ضرورة ضمان أن تتمكن كل أسرة من الحصول على الغذاء، مادياً واقتصادياً، وأن تكون قادرة على إنتاج ما تحتاجه من أغذية أو شرائها.

١١ - وفيما يلي بعض المجالات الأساسية التي تستلزم اتخاذ تدابير وأعمال لتحقيق الأمن الغذائي.

١٢ - استراتيجية التنمية الشاملة وسياسات الاقتصاد الكلى. من الواضح أن الاستراتيجيات الانمائية المختلفة يمكن أن تؤدي إلى تأثيرات مختلفة للغاية في مجال التخفيف من حدة الفقر وتحقيق الأمن الغذائى. ومن الممكن القيام بأعمال كثيرة من أجل التخفيف من انعدام الأمن الغذائى عن طريق التدابير العامة حتى عندما يكون الدخل الفردى ضعيفا. غير أن من الضرورى خلق الظروف الملائمة للنمو الاقتصادى مع العدالة لكي تكون برامج التخفيف من حدة الفقر وتحقيق الأمن الغذائى قابلة للاستمرار فى الأجل الطويل.

١٣ - وتجدر الإشارة إلى أن تحقيق التوازن الأمثل بين أهداف السياسات الخاصة بالاقتصاد الكلى واحتياجات الأمن الغذائى يمثل اختيارا صعبا بالنسبة لكثير من البلدان النامية، وذلك لأن أسعار العملات، وسياسات الاستيراد والتصدير، والتضخم، والعجز فى الميزانيات، قد تحدث تأثيرات ملموسة على الأسعار، والدخل، والعمالة، خاصة بالنسبة للفئات الفقيرة. ويلاحظ على وجه الخصوص أن برامج التكيف الهيكلى الموجهة لتدعيم التنمية الاقتصادية عن طريق ادخال تغييرات على سياسات الاقتصاد الكلى، تشمل، فى أحيان كثيرة، خفض الإعانات التى تقدم إلى المنتجين والمستهلكين، ويمكن أن تؤثر سلبا على الأمن الغذائى للفقراء فى المدى القريب. وعلى هذا ينبغي أن تهدف برامج التكيف الهيكلى إلى التقليل، إلى أدنى حد، من الآثار السلبية التى تلحق بالأمن الغذائى الخاص بالفقراء. وفى الحالات التى لايمكن فيها تجنب الآثار السلبية، يلزم اللجوء إلى التدابير التعويضية المناسبة للتخفيف من معاناة هذه الفئات الفقيرة.

١٤ - العمل للأسراع بوتيرة النمو فى قطاع الاغذية والزراعة وتدعيم التنمية الريفية مع التركيز بمفء خاصة على الفئات الفقيرة. من الواضح أن نمو قطاع الاغذية والزراعة أمر حيوى لتحقيق الأمن الغذائى. فبالإضافة إلى كون هذا القطاع يضمن امدادات غذائية كافية ومستقرة، فهو يوفر سبل العيش لأغلبية السكان فى معظم البلدان النامية. ومن الملاحظ أن توفير الحوافز للمنتجين وكذلك استخدام التكنولوجيات الجديدة التى تزيد من مستويات الإنتاج وفرص العمالة فى قطاع الاغذية والزراعة، يمكنها أن تخفف من وطأة الفقر وتحسن الأمن الغذائى.

١٥ - والسياسات الرامية إلى رفع مستويات الإنتاج الغذائى والزراعى يمكنها أن تحدث تأثيرا أكبر على الأمن الغذائى عندما تنجح فى زيادة حجم الإنتاج ومستوى الدخل وتعمل على استقرارهما بالنسبة للفقراء. وعلى هذا فإن البرامج الموجهة بصورة خاصة لدعم الانتاجية، مثل تسهيل الحصول على المدخلات، والقروض، والبحوث والخدمات الزراعية الأخرى، والوصول إلى الأسواق عن طريق تحسين المنشآت الأساسية، يمكن أن تقدم مساعدة هامة للغاية لمغار المزارعين، والمزارعين فى الأراضى الحدية. ولاشك فى أن البرامج التى تيسر الحصول على عناصر الإنتاج، ورفع مستوى المهارات، وتوفير القروض والمدخلات الأخرى، يمكن أن تساعد الفئات الأخرى التى

تعاين من انعدام الأمن الغذائي مثل فقراء الحضر، والعاملين في مصايد الأسماك والغابات. ومن العناصر التي تلعب دورا حاسما في هذا المجال تعزيز القيادات المحلية، وإشراك السكان والمجتمعات المحلية في النشاطات، وتمكين النساء من القيام بأدوارهن كمنتجات ومستهلكات على أحسن وجه.

١٦ - تسهيل الحصول على الأرض والموارد الطبيعية الأخرى. ان الاصلاح الزراعي يمكن أن يرفع مستوى انتاجية الفقراء ودخلهم، حيث أن عدم الحصول على الأرض والموارد الطبيعية الأخرى سبب رئيسي من أسباب الفقر وانعدام الأمن الغذائي الأسرى في كثير من البلدان. ومما يزيد من تفاقم هذه الظروف، في أحيان كثيرة، تدهور البيئة وضياح فرص استغلال الأراضي المشاع والغابات ومصايد الأسماك نتيجة للضغط السكاني وما يحدث من تغييرات في السياسات. وتجدر الإشارة الى أن التنفيذ الفعال للإصلاحات المتعلقة بحيازة الأرض، وإعادة توزيع الأراضي حيثما يكون التوزيع بعيدا عن العدالة، وإعادة توطين السكان في أراض جديدة عندما يكون هذا مجديا، كلها عوامل تساعد في تحسين فرص الحصول على الأرض والموارد الطبيعية الأخرى.

١٧ - توفير القروض للأسر الفقيرة. ان تقديم الدعم للأشخاص للقيام بالأعمال لحسابهم عن طريق الاستثمارات الخاصة يمكن أن يكون وسيلة مفيدة لتعزيز الأمن الغذائي. وقد لوحظ أن أكثر برامج الاقراض نجاحا في هذا المجال هي البرامج التي تجمع بين القروض الصغيرة وتحفيز المجموعات وتقديم المشورة والمساعدة الفنية. وتجدر الإشارة الى أن برامج الاقراض الموجهة لمجموعات النساء كانت مفيدة بمفدة خاصة في مجال الأمن الغذائي.

١٨ - زيادة فرص العمالة. بوسع القطاع الخاص أن يضطلع بدور هام للغاية، في مجال التخفيف من الفقر في المناطق الحضرية والريفية، عن طريق زيادة فرص العمل في القطاعين الزراعي والصناعي. فالأشغال العامة كثيفة العمالة يمكن أن تكون وسيلة فعالة ضمن استراتيجية الأمن الغذائي. فهذه الأشغال تكون ذات فائدة مزدوجة، فهي ترفع دخل الفئات الفقيرة في الأجل القصير. كما أنها تعمل في الأجل الطويل على زيادة قدرة هذه الفئات على كسب الدخل بخلق أصول انتاجية مثل مرافق الري، والطرق، وغيرها. ومن الممكن لبرامج الأشغال العامة أن تصل الى من يعانون من انعدام الأمن الغذائي، بالتركيز على المناطق المحرومة التي ينتشر فيها الفقر، ويمكن أن تكون هذه الأشغال ذاتية الاستهداف اذا جرى تصميمها بطريقة سليمة كما هو الحال بالنسبة لمشروع توفير العمالة في مهاراشتراه بالهند.

١٩ - مشروعات تحويل الدخل. من الممكن رفع مستوى الاستهلاك الغذائي عن طريق مشروعات تحويل الدخل مثل اعانات دعم المواد الغذائية. غير أن هذه البرامج تضع أعباء شديدة على موارد البلدان النامية. ولهذا فإنه كثيرا ما تثار الشكوك حول مدى فعالية تعميم اعانات دعم الأغذية من أجل تحقيق الأمن الغذائي على أساس قابل

للاستمرار. ويفضل بدلا من هذه العملية، اعانات دعم الاغذية التي تستهدف فئات معينة من السكان، والقوائم الغذائية، وبرامج التغذية التي توجه للفئات المحددة الحساسة وتلبى احتياجاتهم فقط. ولكن هذه العمليات تتطلب هياكل ادارية أساسية لا تتوافر في الوقت الحاضر في العديد من البلدان النامية. والحل البديل هو تطبيق خطط الاستهداف الذاتي، كأن لا يجرى توزيع سوى المواد الغذائية التي تستهلكها بالدرجة الاولى، الفئات الفقيرة، أو جعل مراكز توزيع الاغذية في المناطق التي يسكنها الفقراء.

٢٠ - استقرار الامدادات الغذائية. تشمل السياسات المتعلقة بهذا الموضوع، في أحيان كثيرة، تخزين الحكومات لكميات كافية من المواد الغذائية لتلبية الاحتياجات خلال فترات عجز المحاصيل أو أثناء الفترات التي تسبق حماد المحاصيل، أو كلا الحالتين معا. ومن المفيد كذلك الاحتفاظ بكميات محدودة من المخزونات الغذائية في شكل احتياطات غذائية للأمن الغذائي كأول خط للدفاع في حالات الطوارئ. ولكن الاحتفاظ بالمخزونات أمر مكلف، ولا بد من الموازنة بين تكاليفه وفوائده. وهناك حل بديل هو الاعتماد على سياسات تركز على التجارة التي تمكن البلاد من الحصول على الامدادات الغذائية من الأسواق العالمية، سواء بالشروط التجارية أو في شكل معونة غذائية. ومن الناحية العملية يمكن لكل بلد على حدة أن يتبنى، وفقا لظروفه، خليطا من السياسات التي تجمع بين الاحتفاظ ببعض المخزونات والاعتماد على الأسواق العالمية.

٢١ - وفي أحيان كثيرة، تتطلب الحاجة الاستثمار في القطاع الزراعي كذلك من أجل تحسين مناولة المحاصيل بعد الحصاد، ومرافق التخزين، والتوزيع، وحفظ الاغذية بهدف التخفيف من الخسائر في جميع المراحل. كما أن توفير الحوافز لتدعيم تصنيع الاغذية المحلية وحفظها، يمكن أن يساهم كذلك في تحقيق الأمن الغذائي الأسري.

٢٢ - وفيما يتعلق بالتقلبات في مجال توافر الاغذية واستهلاكها أثناء الموسم وخلال الفترات فيما بين المواسم، هناك منهج أساسي يتمثل في رفع مستوى القدرة الانتاجية أو فرص كسب الدخل، أو كليهما معا لدى الأسرة. كذلك يمكن أن يساعد تطوير مرافق التسويق على جعل الامدادات الغذائية منتظمة خلال السنة بكاملها. وهناك استراتيجيات متنوعة لانتاج المحاصيل يمكن أن تساعد في هذا المجال، مثل انتاج محاصيل الجذور والمحاصيل الثانوية، والدورات الزراعية، والزراعة المختلطة، وانتقاء الأصناف وتنظيم عمليات الزراعة والحصاد بصورة متداخلة، وتدعيم انشاء البساتين الأسرية، وبساتين المجتمعات المحلية. ولا شك في أن غرس النباتات المعمرة مثل الأشجار التي تنتج الجوزيات والثمار والأوراق أو الفروع المالحة للأكل خلال الموسم الذي تنعدم أو تقل فيه المحاصيل الأخرى، يمكن أن يكون استراتيجية مفيدة للتخفيف من العجز الغذائي الموسمي.

٢٣ - تحسين التخطيط الخاص بالاستعداد لمواجهة الطوارئ: ان الكوارث الطبيعية مثل الجفاف، والفيضانات، والأعاصير، والزلازل، تؤدي الى انعدام الأمن الغذائي الأسرى. وبالإضافة الى ذلك فان اللاجئين، والسكان المشردين كذلك يواجهون انعدام الأمن الغذائي. وجميع هذه المشاكل تتطلب العمل على المستويات القطرية والدولية معا. فعلى المستويات القطرية، تدعو الحاجة الى تعزيز القدرات لمواجهة حالات الطوارئ التي تنجم عن نقص المواد الغذائية. ولأشك في أن العمل على أربعة مستويات يساعد بقدر كبير في هذا المجال، وهي وجود نظام فعال للانذار المبكر، وإقامة احتياطات للأمن الغذائي في مواقع استراتيجية، ومخزونة بالطرق الملائمة، وخطة عمل محددة مسبقا لمواجهة حالات الطوارئ، كاعداد المدونات التي تساعد على مواجهة المجاعات، وتعزيز استحقاقات السكان المتضررين، عن طريق برامج الأشغال العامة، مثلا. ومن الأمور التي تساعد في هذا المجال كذلك تطبيق التدابير التي يمكن أن تمنع حدوث هذه الكوارث مثل شبكات الري في المناطق المعرضة للجفاف، ومشروعات التحكم في الفيضانات.

٢٤ - ويمكن للمجتمع الدولي أن يضطلع بدور هام في مساعدة البلدان على منع حدوث الكوارث ومواجهتها عند حلولها، وللمساعدة كذلك على تلبية احتياجات اللاجئين والمشردين. ويوفر النظام العالمي للإعلام والانذار المبكر عن الأغذية والزراعة في (منظمة الأغذية والزراعة) للمجتمع الدولي المعلومات المستكملة بصورة منتظمة عن الامدادات الغذائية الموجودة والمتوقعة بحسب كل بلد على حدة. وتبذل الجهود حاليا لتعزيز قدرة النظام المذكور في مجال رصد الظروف الاجتماعية والاقتصادية المتغيرة التي يمكن أن تؤثر على الأمن الغذائي بالنسبة للمجموعات الحساسة. ويمكن لآليات مثل الاحتياطي الدولي من أغذية الطوارئ، اذا دعم دعما ملائما أن يضطلع بدور مهم في توفير الإستجابة الفعالة وفي الوقت المناسب من جانب المجتمع الدولي لمواجهة حالات الطوارئ. ولأشك في أنه بوسع المنظمات الدولية أن تضطلع بدور حيوي في مجال التخفيف من انعدام الأمن الغذائي الأسرى، ولاسيما أثناء حالات الطوارئ، وذلك عن طريق الانذار المبكر، ومشروعات مراقبة الأغذية والتغذية، وتعبئة الموارد، وتنفيذ البرامج التي تركز على العمل.

٢٥ - المعونة الغذائية: يمكن للمعونة الغذائية أن تلعب دورا هاما للغاية في مجال تحسين الأمن الغذائي الأسرى أثناء حالات الطوارئ الطبيعية أو التي من صنع الإنسان. كما يمكن لهذه المعونة أن تساعد الحكومات على معالجة مشاكل إنعدام الأمن الغذائي المزمّن. فعلى سبيل المثال يمكن لهذه المعونة أن توفر الدعم لموازين المدفوعات، وأن تعمل على استقرار أسعار المواد الغذائية، والمساعدة على تكوين الاحتياطات

الغذائية، وتسهيل برامج الأشغال العامة، وتوليد الاعتمادات عن طريق بيع السلع. ونظرا الى أن المعونة الغذائية تقتصد في مصاريف استيراد المواد الغذائية، فهي بمثابة منحة من العملة الأجنبية مما يمكن من استيراد المزيد من الأغذية بالشروط التجارية، أو استيراد المدخلات الزراعية، وبذلك تزداد الكميات الإجمالية المتوافرة من المواد الغذائية.

٢٦ - ويلاحظ أن الاتجاه بصورة متزايدة الى بيع سلع المعونة الغذائية، بموافقة الجهات المتبرعة والمستفيدة معا، يمكن من تحويل الأغذية الى نقد، مما يحقق مكاسب اضافية في مجالات التنمية والتغذية. كما تجدر الإشارة الى أن بيع سلع المعونة الغذائية في الأسواق الحرة يؤدي الى هبوط أسعار المواد الغذائية، وبذلك يوفر اعانات غير مباشرة يمكن أن تساعد على تحسين الوضع التغذوي لدى الفئات الحساسة. غير أنه ينبغي الحرص على عدم تعرض الإنتاج الغذائي المحلي للتثبيط نتيجة لانخفاض الأسعار الذي ينتج عن المعونة الغذائية.

٢٧ - تعزيز آليات التمدي التي تلجأ اليها الأسر لمواجهة حالات الطوارئ: يمكن التعرف على ثلاث مراحل أساسية في نمط تصدى الأسر لحالات الطوارئ أو اخفاقها في ذلك، وهي تجنب وقوع الخسائر، واحتواء الضرر الناجم عن الأزمات، وانهايار البنية الأسرية. ومن الأهمية بمكان للتمدي لحالات الطوارئ تصديا فعالا فهم أساليب الأسر السلوكية في التمدي من أجل تعزيز قدرتها على مواجهة حالات الطوارئ. غير أنه لا يكفي بطبيعة الحال ترك الأسر الفقيرة تعتمد اعتمادا كليا على هذه الآليات نظرا لعدم كفايتها في توفير الحماية لها من آثار حالات الطوارئ المهددة للحياة. كما أنه عندما تتواتر حالات الطوارئ ويتسارع تعاقبها، يعترى آليات التمدي ذاتها ضعف شديد مما يعرض الأسر على نحو خطير للعواقب الوخيمة التي تنطوي عليها الحالات المناوئة. وبسبب نقص الموارد وعدم كفاية الدعم المؤسسي وعوامل أخرى، فإن آليات التمدي التي تلجأ اليها الأسر ليست دائما بالكفاية والفعالية التي تتيح التغلب على الأثر المعاكس لحالات الطوارئ، سواء كانت طوارئ طبيعية أو من صنع الانسان. ويلزم في هذا الصدد القيام بجهد على جبهتين. فأولا، يلزم تعزيز قدرات الأسر على حماية أنفسها من أثر حالات الطوارئ، وذلك مثلا عن طريق تخزين الأغذية على مستوى الأسر والمجتمع المحلي، واقامة مرافق لتصنيع الأغذية، وانشاء مشروعات جماعية للدخار والائتمان، وتنويع مصادر الدخل، ودعم القاعدة الانتاجية، وانشاء الطرق وغيرها من مرافق التسويق، وما الى ذلك. وثانيا، يتعين مساعدة الأسر عند حدوث الطوارئ، وذلك مثلا عن طريق الامداد بالبذور، وزراعة محاصيل سريعة النمو اذا أمكن، وتقديم أعلاف للماشية، وتوفير المياه والمعونة الغذائية، وتطبيق تدابير اصلاحية تستهدف تجاوز الآثار المناوئة لحالات الطوارئ.

آليات التصدي لانعدام الامن الغذائي والمجاعة: الدروس المستفادة

من أفريقيا

ما زالت المجاعة التي أمست بخناق القرن الأفريقي ومنطقة السهل الأفريقي منذ سنوات قليلة تهدد بعض البلدان في هاتين المنطقتين. كما يتعرض الآن كثير من الناس في الجنوب الأفريقي لخطر الإصابة بنقص خطير في التغذية. ولا يمكن عزل انعدام الأمن الغذائي والمجاعة عن قضية الفقر. فكثير من الناجين من المجاعة في القرن الأفريقي لا يملكون سوى أصول ضئيلة، كما أن مخاطر متزايدة تحقق بدخلهم الزراعي الأساسي الذي لا يوفر لهم حماية تذكر من أي أزمات قادمة. وفي هذه الظروف، يعاني الناس بصفة مستديمة من انعدام الأمن الغذائي، وتتزايد حساسيتهم وتعرضهم للأزمات القادمة.

وعلى الرغم من أن الخبرات المستفادة من المجاعة تختلف في إثيوبيا عنها في السودان وبوركينا فاسو، فإن العوامل التي تسهم في حدوث المجاعة تتماثل تماثلاً كبيراً وتشمل: التعرض للجفاف، والملكية المحدودة للأصول، ونقص فرص العمل، وانخفاض مستويات التكنولوجيا الزراعية، وضعف الهياكل الأساسية الريفية، وتدهور الصحة البيئية والنظافة العامة. كذلك فإن عجز الأسر عن مواجهة المستويات العالية من انعدام الأمن الغذائي والافتقار إلى الاستعداد اللازم من جانب الحكومات، عاملان يمكن أن يتسببا في المجاعة.

وسلسلة الأحداث التي تفضي إلى حدوث المجاعة هي سلسلة معقدة. فعلى الرغم من وجود علاقة وثيقة بين الجفاف والإنتاج الزراعي في إثيوبيا والسودان، فإن سنة جفاف واحدة لا تؤدي في حد ذاتها بالضرورة إلى المجاعة. وإذا كان من المهم ملاحظة أن المجاعة لا تحدث فجأة، فإن هذا لا يعني أن المجاعات لا يمكن أن تحدث مستقبلاً بسبب سنة جفاف واحدة. فقد استنفدت بالفعل على نحو خطير موارد الأسر في المناطق المعرضة للمجاعات، مما جعل الأسر أشد حساسية عما كانت في الماضي. وهذا يعني أن التعويل على آليات التصدي المحلية وحدها بات لا يكفي، وأن الأمر يقتضي زيادة السياسات والأعمال الحكومية اللازمة لدرء المجاعات والتأهب لمواجهتها.

وعند التعرض لنقص وشيك في الأغذية، تلجأ الأسر المشتغلة بالزراعة إلى مجموعة استراتيجيات تدير بها مواردها - ويشار إلى هذه الاستراتيجيات في كثير من الأحيان بوصفها "آليات التصدي" - وذلك قبل فترة طويلة من تحول المجاعة إلى خطر محقق. وتتألف هذه الاستراتيجيات من مجموعة أنشطة تستهدف النجاة من المجاعة، وتعتبر بمعنى ما امتداداً للأنشطة اليومية التي تساعد الناس على إدارة مواردهم في أوقات الشدة. فخلال الأوقات العادية، تقلل الأسر المخاطر التي يمكن أن تتعرض لها بمجموعة من السبل. إذ يلجأ المزارعون إلى تنويع المحاصيل، واستخدام أصناف من البذور مقاومة للجفاف، وجمع المدخرات وتوظيف الاستثمارات، وتخزين الأغذية. كما أن شبكات التكافل الاجتماعي القائمة على تقديم الهدايا واقتسام الأغذية وتوفير القروض، تساعد الأسر على إدارة مواردها بمزيد من الفعالية لاجتياز فترة الشدة.

وتوضح دراسات أجريت في إثيوبيا والسودان وبوركينا فاسو أن أول ما تلجأ إليه الأسر عند نفاد مخزونات الأغذية هو بيع الحيوانات، ثم بيع الأمتعة المنزلية والحلي، والاقتراض من الأقارب والأصدقاء، والبحث عن فرص العمل غير الزراعي. ومع اشتداد الأزمة، انخفضت مستويات الاستهلاك إلى وجبة واحدة، أو إلى وجبتين يومياً لدى الأسر الأفضل حالاً، ولجأ الناس إلى تناول أغذية الغابات أو "أغذية المجاعة"، مثل الأوراق وثمار التنوت والقوارض البرية. وكان لتقليل عدد الوجبات آثار خطيرة على الحالة التغذوية للأطفال.

وكانت المرحلة الأخيرة في اثيوبيا والسودان، عندما استنفدت استراتيجيات البقاء المتاحة ولم تصل المساعدة الغوثية في الوقت المناسب هي اللجوء الى الخيار الوحيد المتبقى ألا وهو الهجرة الى مخيمات الاغاثة التماسا للمساعدة الغذائية، وكانت عاقبة من لم يحالفه التوفيق في الهجرة التعرض للأمراض والموت.

ويقتضى درء المجاعات المقبلة معرفة أكثر شمولاً بقدرة الناس على التصدي لحالات الطوارئ، الغذائية. فمعرفة أساليب الاستجابة - وخاصة الأساليب التي تنبه الى وجود "حالة عسرة غير عادية" - أمر حاسم لوضع برامج فعالة للاغاثة من المجاعات. وتتطلب الوقاية من انعدام الأمن الغذائي امتلاك معارف عن الناس الذين تعد مصادرهم الغذائية غير مأمونة، فنحن نحتاج أن نعرف على سبيل المثال من هم وأين يوجدون ومدى قدرة أسرهم ومجتمعاتهم المحلية على التصدي للمجاعات.

وتتطلب مشروعات الأشغال العامة كثيفة العمالة بدور حيوى فى دعم القوة الشرائية للفقراء فى أوقات نقص الاغذية، مما يدرأ الهجرة الى المخيمات والمدن هرباً من المحنة. ويتمثل السبيل الرئيسى لتحقيق الأمن الغذائى، وتلافى المجاعات فى الأجل الطويل فى اعتماد سياسات تساند أنشطة من قبيل تشجيع النمو الزراعى عن طريق تحسين التكنولوجيا الزراعية، وتكوين احتياطات استراتيجية من الحبوب، واقامة شبكات فعالة للإنذار المبكر، وتحسين البنيات الأساسية الريفية، وتوفير الخدمات الصحية والتعليمية الأساسية.

المصدر: Food Insecurity, Famines, and Coping Mechanisms: Lessons from Ethiopia, Sudan and Burkina Faso. J. Von Braun, P. Webb, T. Reardon and T. Teklu. IFPRI, Washington. December 1991.

حماية المستهلك عن طريق تحسين جودة الأغذية وسلامتها

٢٨ - يعتبر تعزيز النظم الرقابية التي تكفل سلامة الاغذية وجودتها، وتشجيع ممارسات التصنيع السليمة، وتوعية المستهلكين بالأساليب السديدة لمناولة الاغذية عوامل جوهرية للتغذية الجيدة. وفي هذا الصدد، تقع على عاتق الحكومات ومؤسسات الصناعات الغذائية والمستهلكين والوكالات الدولية جميعا أدوار هامة ومترابطة منوط بهم أدائها.

٢٩ - وضمان سلامة الاغذية والحفاظ على جودتها أثناء الانتاج والمناولة والتصنيع والتعبئة يتطلب نظاما فعالا لمراقبة جودة الاغذية. واتباع أساليب سليمة في مراقبة الاغذية يساعد أيضا على تقليل الفاقد منها وعلى ترويج وجبات غذائية صحية. كما أن ضمان جودة وسلامة الاغذية يمكن أن يشجع التجارة العالمية في المنتجات الغذائية ويفضي الى ايجاد فرص عمل جديدة وتحقيق زيادة في الدخل مما يكفل تحسين الحالة التغذوية في نهاية المطاف.

٣٠ - والحكومات مسؤولة عن تعزيز توافر الإمدادات الغذائية المغذية والمتنوعة وعن ضمان جودتها وسلامتها حتى يتاح للجمهور أن يختار ما يروق له من وجبات غذائية صحية. ويتطلب هذا وضع تشريعات ولوائح ومعايير شاملة، الى جانب وضع برامج تكفل فعالية التفتيش والامتثال والرصد، بما في ذلك اجراء الفحوص والتحليل المخبرية. غير أنه نظرا لمحدودية الموارد المخصصة للتفتيش ولرصد الامتثال، سيتعين على كل بلد أن يقرر أولوياته في مجال حماية الصحة العامة وضمان نزاهة التجارة. وتحقيقا لهذا الغرض، لابد من الرقابة القطرية على الامراض الناشئة عن تلوث الاغذية، ورصد الملوثات وتوفير الموارد اللازمة. ومن ثم يتوجب على الحكومات أن تتولى بصورة منتظمة، جمع وتحليل المعلومات عن نوعية الامدادات الغذائية وسلامتها. وينبغي تشجيع اجراء المسوحات وأعمال الرصد الخاصة بالامراض كلما برزت مشكلات بعينها أو الارتياح في احتمالات نشوئها.

٣١ - وللحكومات دور توديه في توعية المستهلكين واسداء المشورة الى مؤسسات الصناعات الغذائية بشأن قضايا مختلفة تتمثل بجودة الاغذية وسلامتها، بما في ذلك الممارسات الزراعية والتصنيعية السليمة، وممارسات مناولة الاغذية، والتدابير الرامية الى تقليل فساد الاغذية الى أدنى حد، والاجراءات الكفيلة بتجنب التلوث، كما يلزم توعية كل من المؤسسات الصناعية والمستهلكين بالقوانين واللوائح والمعايير الغذائية. وينبغي أن توجه برامج التوعية الى فئات مستهدفة معينة، من بينها الفئات الاقل حظا من الناحية الاقتصادية، والمهاجرون الجدد الى المناطق الحضرية، والنساء بوصفهن أول من يقوم على تقديم الرعاية في نطاق

الأسرة، والأفراد ذوو الحاجات التغذوية الخاصة، ومناولو الأغذية - ولاسيما باعة الأغذية الجائلون، والمزارعون، والمشرفون الصناعيون، والمعلمون، والاختصاصيون المقيمون. وقد يلزم أيضا أن تضع الحكومات لوائح بشأن بطاقات البيانات التي توضع على عبوات المواد الغذائية، وأن تضع أيضا مبادئ توجيهية تنظم الدعاية لمساعدة المستهلكين على اتخاذ قرارات تستند الى معلومات أكثر دقة.

٣٢ - وتشمل المسؤوليات الخاصة للحكومات ضمان ادماج مفهوم الجودة النوعية والسلامة في البرامج الأخرى المتمثلة بالتغذية التي ترعاها، مثل برامج توفير الامدادات الغذائية، وبرامج التوعية التغذوية، والرعاية الصحية الأولية على وجه الخصوص، وغيرها من برامج التدخل. وتتسم برامج المساعدة التي تنفذها الوكالات الدولية في هذه المجالات بأهمية حاسمة في البلدان النامية. ويلزم، في إطار الجهود المبذولة في مجال الصحة العامة والتوعية التغذوية، أن يشار في المناهج التعليمية الى أهمية المناولة السليمة للأغذية في الوقاية من التلوث. وتستطيع الحكومات أن تسهم في تعميق الوعي بالقضايا المتمثلة بجودة الأغذية وسلامتها عن طريق اجراء بحوث في مجالي الصحة العامة والتكنولوجيا الغذائية.

٣٣ - وقلة من البلدان منخفضة الدخل هي التي تملك الهياكل المؤسسية اللازمة لتنفيذ برامج شاملة لجودة الأغذية، على الرغم من وجود حاجة ماسة الى الشروع في انشاء تلك القدرة. ولما كانت الأولوية في كثير من البلدان منخفضة الدخل تتمثل في زيادة فرص الحصول على الأغذية، يتعين التأكيد على أهمية جودة الأغذية وسلامتها في الاسهام في تحسين فرص الحصول على الأغذية على كل من المستوى الأسري والقطري. وتستطيع البلدان التي تملك بالفعل آليات التشريع والتطبيق اللازمة، بما في ذلك خدمات التفتيش والدعم المختبري، أن تساعد البلدان الأخرى في هذا المجال استرشادا بروح التعاون التقني فيما بين البلدان النامية. غير أن معظم البلدان منخفضة الدخل ستضطر الى الاعتماد على الوكالات الدولية لمساعدتها على اقامة البنية الأساسية اللازمة لكفالة المراقبة الغذائية السليمة.

٣٤ - وفي كثير من البلدان متوسطة الدخل التي تمر بمرحلة انتقال من مجتمع ريفي قائم على الزراعة أساسا الى مجتمع حضري تجاري، يتعين تعزيز إجراءات مراقبة الأغذية كيما تفي بالمعايير الصحية الأساسية في اعداد الأغذية. ويلزم اقامة البنية الأساسية اللازمة لتوفير الامدادات الكافية من المياه وإنشاء المرافق الصحية الأساسية الضرورية لكفالة جودة الأغذية وسلامتها على كل من المستوى الأسري والتجاري.

٣٥ - ودور المؤسسات الصناعية في ضمان جودة الأغذية وسلامتها يمتد من الانتاج الزراعي حتى مرحلة إعداد الأغذية وتقديمها للمستهلك النهائي. وتتضمن الممارسات الزراعية السليمة استعمال مبيدات الآفات والأسمدة والعقاقير البيطرية بطريقة

سليمة ثم مراقبة التخزين في مرحلة ما قبل الحصاد، واستخدام المواد الكيميائية وممارسات المناولة والنقل في مرحلة ما بعد الحصاد. ولمؤسسات الصناعات الغذائية دور توديه أيضا في استحداث تكنولوجيات بديلة مجدية التكاليف تستهدف الحفاظ على جودة الاغذية وسلامتها، بتطبيقها للأساليب الحديثة لضمان النوعية (مثل نقاط المراقبة الحرجة لتحليل الاخطار) وتدريب المديرين ومسؤولي مناولة الاغذية.

٣٦ - وبمقدور المنظمات الدولية أن تضطلع بدور فائق الأهمية في اسداء المشورة وتقديم مساعدة الخبراء التقنية الى الحكومات في مجال جودة الاغذية وسلامتها، بما في ذلك الاستخدام المأمون للمواد المضافة الى الاغذية، والمستويات المسموح بها في الاغذية المختلفة، والمستويات القصوى الموصى بها لمختلف الملوثات في الاغذية. وعلى الصعيد العالمي، يلزم أن تواصل المنظمات الدولية تقدير حجم التلوث الغذائي وآثاره الصحية عن طريق رصد مستويات نخبة مختارة من الملوثات في الاغذية ومدى انتشار الأمراض الناجمة عن الاغذية ومعدلاتها.

٣٧ - وللمنظمات الدولية أيضا دور فريد توديه في اسداء المشورة للبلدان الاعضاء فيما يتصل بوضع التشريعات واللوائح، بما في ذلك المعايير والمبادئ التوجيهية المتعلقة بجودة الاغذية وسلامتها وبالبطاقات المتضمنة لبياناتها، مثل المعايير والمبادئ التوجيهية التي وضعتها هيئة الدستور الغذائي، وهي هيئة فرعية تابعة للمنظمة ومنظمة الصحة العالمية. فهذه المعايير الدولية تحمي صحة المستهلكين وتكفل في الوقت ذاته ممارسة تجارية نزيهة. وتؤدي المعايير الغذائية دورا هاما في تشجيع التجارة الوطنية والقطرية في المنتجات الغذائية، ويتعين أن تكون المعايير ومدونات القواعد جزءا لا يتجزأ من نظم الأمن الغذائي القطرية والدولية لتكفل سلامة الاغذية.

تجارة الاغذية ووباء الكوليرا في الأمريكتين

تسهم أسواق الصادرات من المنتجات الأولية وشبه المصنعة ومتقدمة التصنيع، اسهاما أساسيا في النمو الاقتصادي لاقليم أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي، باعتبارها مصدرا هاما للنقد الأجنبي. وفي ١٩٨٩ ساهمت الصادرات الزراعية والحرجية والسكية بنسبة ٣١ في المائة من اجمالي الصادرات، وبما تعادل قيمته الكلية ٣٨ مليار دولار. وفي ١٩٨٨ شكلت الصادرات الغذائية نسبة ١٣١ في المائة من اجمالي الصادرات في البرازيل، و ١٣٤ في المائة في شيلي، و ٤٠٣ في المائة في اكوادور، و ٩١ في المائة بالنسبة للمكسيك، و ٣٢٦ في المائة من صادرات أوروغواي. وفي ١٩٨٩، حققت صادرات الأسماك والمنتجات السكية من أمريكا اللاتينية ما قيمته ٤٠٥ ٣ ملايين دولار، حيث تصدرت قائمة المصدرين كل من شيلي والمكسيك وبيرو واكوادور (٨٦١ مليوناً، و ٤٨٤ مليوناً، و ٤٣٧ مليوناً، و ٤٣٧ مليوناً من الدولارات على التوالي).

بيد أن وباء الكوليرا، الذي وردت أولى تقارير بدء ظهوره من بيرو، في مستهل عام ١٩٩١، يواصل الانتشار في بلدان أخرى في أمريكا اللاتينية ملحقا بها خسائر فادحة في الأرواح. كما أنه اتخذ، علاوة على

ذلك، شكل خسائر اقتصادية جسيمة. وأثر الوباء بصورة عميقة على التجارة الداخلية، وتجارة الصادرات والواردات من الأغذية، وخاصة عند بداية تفشيه حيث ارتبطت شتى السلع الغذائية بظاهرة نقل عدوى الكوليرا. وزاد من الهلع الذي أصاب البلدان المتضررة والبلدان المستوردة للأغذية من أمريكا اللاتينية، الافتقار الى اجراءات الوقاية على المستوى المحلي.

ولقد أفضت الاحتمالات الكبيرة لتلوث الأغذية البحرية الطازجة والمجمدة بميكروب الكوليرا، وبقدر أقل الفاكهة والخضر المعالجة بالمياه عند تجهيزها، الى تشديد اجراءات الرقابة والحجر الزراعي من جانب البلدان المستوردة للأغذية من أمريكا اللاتينية. وترتب عن ذلك تأثيرات سلبية خطيرة بالنسبة لتجارة واقتصاديات العديد من بلدان أمريكا اللاتينية، ولاسيما بيرو. كذلك تضررت التجارة الداخلية في عدة بلدان في أمريكا اللاتينية من جراء ما أصاب المستهلكين من قلق حيال سلامة الامدادات الغذائية. وحددت الأغذية المباعة في الشوارع كعامل هام محتمل لنقل عدوى الكوليرا في بيرو. ومن ثم اتخذت التدابير اللازمة للنهوض بعمليات مناولة الأغذية المباعة وتحضيرها، بل وقيد بيع أغذية الشوارع في بعض الحالات. وثبت أن بعض المنتجات، مثل الأسماك والخضر، تنقل المرض بالفعل مما أدى إلى حدوث انخفاض حاد في استهلاكها. ولقد تعين انقضاء بعض الوقت قبل استعادة مستويات الاستهلاك العادية حتى بعد أن اتخذت الحكومة بعض التدابير في هذا الصدد.

ويلحق الانخفاض في التجارة خسائر بالغة بدخول الفئات التي تفتقر الى الموارد. ومن ذلك أن صغار المنتجين، على سبيل المثال، بوسعهم الاستمرار في استهلاك انتاجهم إلا أنه سيتعذر عليهم بيعه بأسعار تكفل لهم تلبية احتياجاتهم الأساسية الأخرى، بما فيها احتياجاتهم من السلع الغذائية الأخرى، مما يترتب معه حدوث تغييرات في نظامهم الغذائي. وفي حين أنه اتخذت بعض التدابير الرامية الى النهوض بعمليات مناولة الأغذية المباعة وتحضيرها، فقد فرضت قيود، في بعض الحالات، على بيع أغذية الشوارع مما أثر بشكل بالغ على الفئات من السكان التي يعتمد دخلها على بيع هذه المنتجات.

ومما يتوافر من معلومات عن الخسائر الاقتصادية الناجمة عن وباء الكوليرا، ضئيل وغير متكامل. بيد أن الأرقام التي أوردتها التقارير عن بيرو تقدر أن الخسائر التي لحقت بصناعة مصايد الأسماك قد بلغت بحلول ١٩٩١ قرابة ٥ مليارات من الدولارات. ويشير اتحاد الصادرات في بيرو الى حدوث خسائر مباشرة تصل الى ١٣ مليار دولار.

المصدر: FAO/PAHO/WHO Joint Technical Consultation on Food Safety and Trade in View of the Cholera Epidemic in the Americas, FAO's Food Control Programme For the Prevention and Control of Cholera in the Americas, Buenos Aires, Argentina, 6-8 April 1992.

الوقاية من نقص بعض المغذيات الدقيقة

٣٨ - تتوخى ثلاثة أهداف من أهداف خطة العمل التي اعتمدها مؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل، وتبنتها عدة وكالات دولية، التخلي بصورة فعلية من نقص اليود وفيتامين أ والحد من نقص الحديد في غضون هذا العقد. ويمكن بلوغ هذه الأهداف الثلاثة اذا ما بذلت بصفة عاجلة الجهود المتضافرة اللازمة. فالتغلب على نقص المغذيات الدقيقة مجال ذو تكنولوجيايات معروفة يسهل اقتناؤها، كما أن الأهداف المتوخاة فيه يسيرة المنال ويشكل هذا تحدياً وفرصة فريدين لتضافر جهود العلم والتكنولوجيا التغذويين وقوى الحكومات والقطاع الخاص والمجتمعات المحلية.

٣٩ - والأمر الأساسي الذي يتعين أن تقوم به البلدان المختلفة هو صياغة وتنفيذ خطط عمل قطرية ذات استراتيجيات وأنشطة محددة تستهدف معالجة نقص المغذيات الدقيقة. وحتى الآن كانت معظم البلدان التي تتصدى للمشكلات المختلفة المتعلقة بالمغذيات الدقيقة تقوم بمعالجة كل مشكلة منها على حدة. وتوضح التقييمات، بالنسبة لكل عنصر من المغذيات الدقيقة، أن البرامج التي نفذت لم تنجز في كثير من الأحيان الا تغطية محدودة للسكان المعرضين للاصابة. وقلة من البلدان هي وحدها التي وضعت برامج متكاملة ومترابطة وقابلة للاستمرار.

٤٠ - ولما كانت الاستراتيجيات الداخلة في الاعتبار متباينة وتتمثل في كثير من الأحيان بقطاعات مختلفة، سيلزم وضع خطة عمل مستقلة لنقص كل عنصر من المغذيات الدقيقة. بيد أنه يمكن أيضاً ربط هذه الخطط فيما بينها ضمن "خطة اطارية" واحدة. ومن المتطلبات الأولى في معظم البلدان وضع تقييم أكثر تفصيلاً لمظاهر النقص الشائعة من المغذيات الدقيقة. وقد أجريت في معظم البلدان بعض المسوحات المحلية أو الاقليمية، ولكن هذه المسوحات قد تقادم عليها الزمن في كثير من الأحيان. وفضلاً عن ذلك، يطرأ على الأوضاع تغير مستمر نتيجة لتنفيذ البرامج، مما يتطلب اجراء تقييمات دورية جديدة كل ٥ سنوات على الأقل. ويمكن اجراء هذه التقييمات على نطاق قطري (لتحديد المناطق المتضررة على سبيل المثال) أو تركيزها في المناطق التي يعتقد أنها متضررة. ويفضل أن تجرى هذه التقييمات في كل منطقة على حدة، مع مراعاة الحد من التكاليف قدر الامكان. ويمكن تطبيق هذا جزئياً عن طريق الجمع بين التقييمات المتعلقة بالمغذيات الدقيقة ومسوحات غذائية أخرى دون أن تغيب عن البال المتطلبات النوعية للمسوحات الخاصة بالمغذيات الدقيقة. وينبغي أن تحدد الأسباب المباشرة والكامنة لنقص المغذيات الدقيقة في كل حالة بالرجوع الى السكان المتضررين. وتوافر المعلومات الأساسية الوافية، لا بشأن الجوانب الصحية فحسب، وانما أيضاً بشأن العوامل الغذائية

والاجتماعية الثقافية والاقتصادية، أمر ضروري لتخطيط برامج مكافحة نقص المغذيات الدقيقة وتنفيذها وتقييمها بطريقة أكثر مراعاة لفعالية التكاليف.

٤١ - وهناك، من الناحية الأساسية، أربع استراتيجيات رئيسية للتدخلات حسبما يرد شرحه بشكل عام أدناه.

٤٢ - تحسين النظام الغذائي. وذلك على سبيل المثال عن طريق تنشيط انتاج واستهلاك الأغذية الغنية بالمغذيات الدقيقة وخاصة الخضروات الأوراق الخضراء والفواكه الغنية بفيتامين أ والحديد والمغذيات الدقيقة الأخرى. وهذه الاستراتيجيات هي بوجه عام أكثر الاستراتيجيات اتساما بالطابع الجوهري والقابل للاستمرار، على الأقل فيما يخص فيتامين أ والحديد. أما فيما يتعلق باليود، فإن المأكولات البحرية تشكل مصادر غذائية جيدة، وينبغي التقليل قدر الامكان من استهلاك الأغذية المسببة لتضخم الغدة الدرقية.

٤٣ - والوقاية من نقص المغذيات الدقيقة عن طريق تشجيع استهلاك وجبات غذائية متنوعة، تعتبر عادة نهجا طويل الأجل. غير أن الخبرة المكتسبة في الآونة الأخيرة أوضحت أنه يمكن حتى في زمن قصير نسبيا (وذلك مثلا عن طريق تشجيع الانتاج والاستهلاك المحليين لأنواع محددة من الخضروات) تحقيق تغييرات كبيرة في العادات الغذائية. ويوجد في المناطق الريفية، بل وفي المناطق الحضرية، مجال كبير للانتاج المنزلي على الحيازات الأرضية الصغيرة بهدف تحسين الامدادات الأسرية المباشرة من الأغذية الغنية بالمغذيات الدقيقة. أما على المستوى القطري، فإن تخطيط الأغذية والزراعة بمقدوره أداء دور ايجابي في زيادة توافر الأغذية الغنية بالمغذيات الدقيقة. وتكثيف التوعية والاتصال أمر ضروري لايجاد الفهم اللازم والدافع الواجب والمشاركة الشعبية المنشودة. ويعد النهج التغذوي مكونا حاسما ومكتفيا بذاته من مكونات الاستراتيجيات المنفذة على صعيد المجتمع المحلي من أجل كفالة الأمن الغذائي الأسري. وتشكل الاستراتيجية المرتكزة على الأغذية الحل الوحيد القابل للاستمرار الكفيل بالتخلي من سوء التغذية الناجم عن نقص المغذيات الدقيقة ازالة دائمة.

٤٤ - تدعيم الأغذية بالعناصر الأخرى. تشمل اضافة اليود الى الملح (أو الى الأغذية الشائعة الأخرى)؛ أو اضافة فيتامين أ الى الدهون أو الزيوت، أو السكر، أو الملح، وغير ذلك؛ أو اضافة الحديد الى القمح، أو الأرز، أو الملح. كما تم بنجاح تقوية غلوتامين أحادي الموديوم، ومستحضرات الحليب وأنواع مختلفة من أغذية النظام بمغذيات دقيقة متنوعة، وخاصة في البلدان الصناعية. والنتيجة النهائية التي أسفرت عنها برامج تقوية الأغذية في هذه البلدان هي ازالة كثير من أشكال نقص المغذيات الدقيقة أو اختفاؤها تقريبا، على الرغم من أن نقص اليود والحديد مازالا منتشرين بمستويات منخفضة في أوروبا.

٤٥ - والمشكلات الرئيسية التي تواجه تدعيم الأغذية في البلدان النامية هي التكلفة ووسيلة التنفيذ. فتدعيم الملح على سبيل المثال يتطلب عادة تعاون القطاع الخاص؛ ويكون هذا الأمر عسيراً حيثما وجد عديد من صغار المنتجين؛ كما تصادف مشكلات في وضع التشريعات الملائمة واعتمادها وانفاذها. ولابد من تنمية القدرات القطرية من أجل تنفيذ وإدارة هذه التدخلات والاتصال بالجمهور على نطاق واسع. والتعاون النشط من جانب القائمين على إنتاج الملح والأغذية والتجارة بهما وتحفيز المستهلكين والمجتمعات المحلية أمور حيوية. وفي حين أن تدعيم الأغذية يعد يسيراً من الناحية التقنية في البلدان الصناعية، فإن توزيع معظم السلع التي يمكن تدعيمها يكون محدوداً في البلدان النامية؛ ويعتبر الملح الوسيلة العملية الوحيدة تقريباً نظراً لشيوع استهلاكه.

٤٦ - إعطاء مكملات من المغذيات الدقيقة، وذلك مثلاً بواسطة الزيت المدعم باليود (عن طريق الفم أو الحقن)، وفيتامين أ (بجرعات عالية تؤخذ عن طريق الفم) والحديد الطبي، أمر ينظر إليه عادة على أنه تدبير فوري فعال يستعان به في الأجل القصير ريثما تستحدث نظم أطول أجلاً. فهو يستخدم على سبيل المثال كإجراء من إجراءات الطوارئ لصالح السكان النازحين أو كوسيلة تدخل مؤقتة، إلى أن يتسنى تنفيذ تدابير طويلة الأجل. بل إن التدخلات قصيرة الأجل، المنفذة على نطاق واسع، قد يستغرق تنظيمها هي ذاتها سنة أو سنتين. ومكملات الحديد تعطى على نطاق واسع في أغلبية البلدان، عن طريق مرافق رعاية الأمومة والطفولة والمرافق الصحية المحلية، كما تعطى أحياناً عن طريق برامج الرعاية الصحية الأولية على مستوى المجتمع المحلي. غير أن التنفيذ لا يكون في معظم الأحيان تنفيذاً منهجياً، كما أن التغطية تكون محدودة. ويمكن القيام بأعمال كثيرة لتحسين الإمدادات من الأقراص المكملية، والتوسع في تغطية المجتمعات المحلية، وتدريب الموظفين الصحيين، وزيادة الحرص على تنفيذ البرنامج. وقنوات إيصال هذه المكملات قائمة بالفعل، ومن أمثلة هذه القنوات برامج رعاية الأمومة والطفولة والتحصين، ومختلف مراكز الرعاية الصحية الأولية، والمرافق التعليمية، والمصالح المعنية بالإرشاد، والمنظمات غير الحكومية. غير أنه يجب الاعتراف بأن الفئات الرئيسية المستهدفة (مثل النساء الحوامل، والأطفال قبل سن المدرسة وفي سن المدرسة) ليست واحدة بالنسبة لكل عنصر من المغذيات الدقيقة، وأن هناك قيوداً تنفيذية كثيرة تعوق تحقيق التكامل التام مع الخدمات الصحية الأخرى.

٤٧ - تدابير الصحة العامة. هناك مجموعة متنوعة من تدابير الصحة العامة التي يتعين دعمها مثل التشريعات (بما في ذلك النظم المعنية برقابة جودة الأغذية وسلامتها اللازمة لبرامج التدعيم) ومعالجة العوامل البيئية الحاسمة (الماء، والنظافة العامة، والصحة الغذائية)؛ وبرامج التحصين، ومكافحة الأمراض المتوطنة، ورعاية الأمومة والطفولة وتقديم الرعاية الصحية الأولية، وتوفير

التوعية والمعلومات فى مجال الصحة. كما أن تشجيع الرضاعة الطبيعية وتحسين تغذية الام أمران يتسمان بأهمية حاسمة فى هذا المقام.

٤٨ - وفى حين أن بعض هذه التدخلات يتعين أن تتخذ وجهة محددة، مثل تدعيم الملح باليود على سبيل المثال، فمن المتعين تنفيذ معظم التدخلات ضمن الاطار الأوسع نطاقا للرعاية الصحية الأولية والاستراتيجيات الانمائية العامة على جميع المستويات من مستوى الأسرة والمجتمع المحلى وحتى المستويين الجهوى والقطرى. ويستوجب تحقيق المنافع المثلى ايجاد ارتباط وثيق مع تدابير مكافحة العدوى ورعاية الأمومة والطفولة وتنظيم الأسرة، بما فى ذلك تشجيع الرضاعة الطبيعية، وكفالة سلامة الأغذية.

٤٩ - ويمكن من الناحية العملية تنفيذ أنشطة مشتركة بشأن عنصرين أو أكثر من المغذيات الدقيقة. فهذا أمر كفيل بخفض التكاليف وتقوية نظم الرعاية الصحية الأولية وتحقيق أقصى استفادة من الموارد البشرية. ويمكن أن تتضمن هذه الأنشطة المشتركة مايلي:

- * بالنسبة لفيتامين أ والحديد، يمكن بسهولة تحقيق تحسن غذائى حيث ان أغذية كثيرة تعد غنية بكلا العنصرين (وبعناصر أخرى) من المغذيات الدقيقة. كما يمكن فى أحيان كثيرة تحسين متحصلات الأطفال الصغار منها عن طريق التوزيع الأكثر انصافا للأغذية فى اطار الأسرة.
- * زيادة التدعيم بمقدار مثلين أو ثلاثة أمثال، فتدعيم الملح مثلا باليود والحديد أمر ممكن من الناحية التقنية لكنه مازال فى مرحلة تجريبية ويلزم اجراء مزيد من البحوث لخفض تكاليف هذه الطريقة. ومن الممكن تنفيذ التدعيم المتعدد لأغذية مثل اللبن أو مركبات الحبوب والبقول فى برامج المعونة الغذائية.
- * توفر البرامج المترابطة الخاصة بالمكملات الغذائية، التى تدمج فى البرامج الصحية القائمة على النحو سالف البيان، فرصا ممتازة للقيام بأعمال سريعة ومجدية التكاليف؛ ومن المستموب اجراء بحوث تنفيذية فى هذا الاطار.
- * تعد الاتصالات الارشادية التى تركز على التوعية التغذوية للسكان على الصعيد العالمى، والنشاط التثقيفى عنصرين ضروريين لدعم هذه البرامج جميعها؛ ويلزم تكثيف هذين العنصرين بقدر كبير، وهما قمينان بأن يصبحا أعظم مردودا من زاوية جدوى التكاليف اذا ما تكاملا مع جميع البرامج المتعلقة بمراقبة المغذيات الدقيقة.
- * ويمكن أيضا فى بلدان كثيرة الاعتماد على آليات القيادة والادارة العامة التى يمكن أن تساعد على تعبئة الموارد اللازمة - من بشرية ومادية ومالية - من داخل البلد وخارجه سواء بسواء.

* ويمكن أن توفر التقييمات المتزامنة (الأساسية أو الدورية) لحالة المغذيات الدقيقة مجالا آخر للعمل المشترك. غير أن ما يعقد هذه التقييمات أن الفئات العمرية المفضلة لاجراء المسوحات قد تتباين فيما يتعلق بالمغذيات الدقيقة الثلاثة. ويلزم اجراء مزيد من البحوث للتغلب على هذه العقبة.

الترويج لنظم التغذية السليمة ولأنماط الحياة الصحية

٥٠ - يعتبر الترويج للعادات الغذائية الأفضل والأساليب الصحية السليمة من أصعب المهام التي تواجه الجهود الشاملة التي تبذل لتحسين التغذية. فبالإضافة الى الحصول على أصناف عديدة من الاغذية السليمة والمتاحة، يحتاج الناس الى معلومات دقيقة عما يشكل النظام الغذائي الصحي، وعن أفضل طريقة لتلبية احتياجاتهم الغذائية. والى جانب التوعية، ينبغي للاستراتيجيات التي تهدف الى الترويج للنظم الغذائية السليمة أن توفر كذلك الحوافز وأن تخلق الفرص التي تساعد السكان على تغيير عاداتهم وذلك من خلال الاعتراف باختياراتهم الفردية، وأنماط الحياة السائدة فضلا عن المعوقات المرتبطة بالوقت في كثير من الأحيان.

٥١ - وقد بذلت جهود قطرية متنوعة تهدف الى الترويج للنظم الغذائية الصحية وأنماط الحياة السليمة في كل من البلدان المتقدمة والنامية، وقد استطاعت جماعة الدراسة (١٩٩٠) التابعة لمنظمة الصحة العالمية توثيق جانب من هذه المسائل على نحو جيد. وتجدر الإشارة الى أن وقف انتشار الأمراض غير السارية المرتبطة بالنظم الغذائية في عدد من البلدان المتقدمة، انما كان نتيجة الجهود الهادفة الى الترويج لنظم التغذية السليمة وأنماط الحياة الصحية فضلا عن النهوض بالرعاية الصحية والفحص الطبي. ومن المتوقع أن تسهم الجهود المماثلة في وقف انتشار الأمراض المذكورة في البلدان النامية كذلك.

٥٢ - ولا شك في أن الزيادة الحادة في الأمراض غير السارية المرتبطة بالنظم الغذائية في كثير من البلدان النامية تؤكد الحاجة الى ربط الاهتمامات الغذائية بالسياسات والخطط الانمائية. وتتطلب عملية الترويج للنظم الغذائية وأنماط الحياة الصحية القيام بأنشطة في المجالات التالية: توعية السكان وارشادهم فيما يتعلق بالأغذية والتغذية، تدريب المهنيين في مجال الرعاية الصحية والارشاد الزراعي وغير ذلك، اعداد خطوط توجيهية عن الخدمات الغذائية، واشراك مجموعات المستهلكين وصناعات الأغذية، وضمان جودة الأغذية وسلامتها، ورصد وتقييم وضع الأغذية والتغذية في البلاد، والتشجيع على توافر مختلف أنواع الأغذية الضرورية لتلبية احتياجات المستهلك لنظم غذائية صحية.

٥٣ - أصدرت بعض الحكومات والمنظمات الخاصة عددا من الخطوط التوجيهية الخاصة بالأغذية، اثر القيام باستعراضات علمية واسعة النطاق عن العلاقة بين الأغذية والصحة. وعلاوة على ذلك حددت الأجهزة العلمية مقادير العناصر الغذائية المختلفة الموصى بها للسكان. وتركز هذه الكميات الغذائية الموصى بها تقليديا، على متحولات غذائية سليمة وكافية لتجنب حدوث النقص وتغطية احتياجات كافة الاشخاص تقريبا من بين السكان. وقد استخدمت هذه الكميات المحددة على نطاق واسع، وكذلك

للتخطيط للامدادات الغذائية لمجموعات السكان الفرعية وتوفيرها، ولتحديد معايير برامج التغذية، وكأساس لوضع البيانات التغذوية على العبوات.

٥٤ - أصدرت الحكومات والمنظمات الخاصة حديثا ارشادات غذائية تعكس الاهتمام المتزايد بالوقاية من الأمراض غير السارية المرتبطة بالنظم الغذائية. وتوفر البيانات الارشادية المتعلقة بالأغذية الموجهة للسكان النصائح الملائمة لسكان البلاد لكي ينتقوا الغذاء المتوازن ولتحفيزهم على اتباع سلوك حياتي من شأنه أن يدعم الصحة، ومن ذلك التشجيع على الرضاعة الطبيعية. ويتزايد الاهتمام بتوفير المشورة عن أنماط التغذية وأنماط الحياة التي تؤدي إلى زيادة خطر الأمراض غير السارية المرتبطة بالنظم الغذائية. وتحقق الخطوط التوجيهية المتعلقة بالأغذية أكبر قدر من الفائدة اذا كانت تصلح كأساس وتوفر المبادئ التوجيهية لجميع رسائل التوعية الغذائية التي تعمم على نطاق واسع. وسوف يساعد ذلك على تقديم معلومات دقيقة ومنتظمة للمستهلكين.

٥٥ - وفي أحيان كثيرة تدرج الأهداف الغذائية ضمن بيانات الارشادات الغذائية، والتي تتمثل في عرض بعض الأغذية أو مجموعات الأغذية التي ينبغي ادراجها ضمن النظام الغذائي اليومي. ولا بد من مراعاة الامدادات الغذائية المتوافرة، والبيئة، والخصائص الاقتصادية، والاجتماعية، والثقافية، عند وضع الأهداف الغذائية، وعلى هذا ينبغي أن يتم وضع هذه الأهداف بطريقة ملائمة لفئات معينة من السكان.

٥٦ - وبالإضافة الى الارشادات الغذائية النوعية، اقترحت في بعض البلدان كذلك أهداف توفير مغذيات نوعية. وقد أوصت جماعة الدراسة التابعة لمنظمة الصحة العالمية (١٩٩٠) بأهداف تتعلق بتوفير المغذيات للسكان وهي أهداف ينبغي أن يظل متوسط متحصلات البلدان أو المجتمعات المحلية من المغذيات في نطاقها. وتوقعت الجماعة أن تكون الأهداف السكانية وسيلة للتخطيط الشامل بالنسبة لنوع وكمية ونوعية الأغذية التي تنتج، أو تستورد، أو تستهلك، وذلك كوحدة لقياس مدى كفاية الاستجابة للاتصالات الاجتماعية.

٥٧ - وضع البيانات المتعلقة بالأغذية والتغذية على العبوات يمكن أن يساعد السكان على انتقاء الغذاء الصحي. فالمعلومات المتعلقة بالمغذيات التي توضع على العبوات الغذائية تساعد بالفعل على تنفيذ الارشادات الغذائية. وقد وضعت هيئة الدستور الغذائي المشتركة بين منظمة الأغذية والزراعة ومنظمة الصحة العالمية خطوطا توجيهية بشأن وضع البيانات المتعلقة بالتغذية على العبوات لعرضها على الحكومات، وتنطبق هذه الخطوط التوجيهية على جميع الأصناف الغذائية المعبأة مسبقا أو لأغراض البيع. وقد بدأت بعض البلدان في الفترة الأخيرة في إيلاء الاهتمام لموضوع تبسيط وضع البيانات على العبوات الغذائية بتطبيق ذلك فقط

على العناصر الغذائية التي لها أهمية بالنسبة لصحة السكان عامة. وتشير مسوحات المستهلكين في البلدان المتقدمة الى تزايد الاهتمام بمعرفة المحتوى من المغذيات والى الحاجة الى تبسيط صيغة البيانات التي توضع على العبوات الغذائية. وتجرى حاليا بحوث على نطاق واسع لدراسة مختلف صيغ البيانات الغذائية التي يمكن للمستهلك أن يفهمها بسهولة. وبالإضافة الى ذلك، فإن بعض البلدان تنظم بمفلة خاصة المواصفات والادعاءات الصحية التي توضع على عبوات الاغذية مثل "منخفض الدهون"، "سعرات حرارية منخفضة"، لتضمن استيفاء الاغذية المسجل عليها هذه البيانات المعايير المحددة المذكورة.

٥٨ - كذلك تفضل التوعية على جميع المستويات بدور رئيسي في الترويج للنظم الغذائية وأنماط الحياة السليمة. وقد جرى توثيق المناهج الفعالة المستخدمة في التحفيز على تغيير السلوك لتحسين التغذية والتشجيع على اتباع أنماط الحياة الصحية. وقد لوحظ بصورة عامة، أن التوعية الغذائية فعالة في تغيير السلوك عندما يكون تغيير السلوك هو الهدف وليس تعميم المعلومات. وتشمل المناهج الناجحة استراتيجيات مفيدة مستمدة من التعلم الاجتماعي، والتسويق الاجتماعي، ومن استراتيجيات التربية-الترفيه فيما يتعلق بالاتصالات الجماهيرية. وتجدر الإشارة الى أن البرامج التي تبنت هذه المناهج كان لها تأثير ايجابي على تحسين الوضع التغذوي حتى فيما بين فئات الدخل المنخفض.

٥٩ - وتختلف محتويات البيانات الهادفة إلى توعية السكان ومجالات تركيزها فيما بين المناطق الريفية والحضرية، وذلك بحسب تباين أنماط الحياة، والثقافة، والحصول على المواد الغذائية الطبيعية أو المصنوعة. كما تختلف فعالية القنوات المستخدمة لتوعية السكان وتعميم المعلومات عليهم حيث أن سكان الأرياف يسكنون غالبا في مناطق مبعثرة أو في تجمعات صغيرة، وقد يكون مستوى تعليمهم أقل من مستوى سكان المناطق الحضرية، وعلى الخصوص في البلدان النامية. وهكذا يتطلب الأمر التخطيط بصورة دقيقة لجميع تدخلات التوعية الرامية الى الترويج لنظم التغذية السليمة ولأنماط الحياة الصحية. كما يتطلب الأمر توفير المعلومات اللازمة لتحديد الفئات المستهدفة، وأهداف التوعية، والاستراتيجيات، والأساليب والموارد في اطار الظروف المحلية، والسياسية، والاقتصادية، والاجتماعية.

٦٠ - وتهدف جهود الاتصالات الارشادية الخاصة بالتغذية الى تغيير بعض أشكال السلوك الغذائي النوعية التي تسهم في اعتلال الصحة. وتشير الدلائل المتوافرة الى أن الاتصالات في مجال التغذية مجدية من حيث التكاليف أكثر من أنواع التدخلات الأخرى في هذا المجال. وهكذا يعتبر الاحتفاظ ببرامج الاتصالات الإرشادية في مجال التغذية لفترة طويلة أمر ضروري لاجداث تغييرات سلوكية هامة.

٦١ - ويمكن لوسائل الاعلام المحلية والقطرية أن تضطلع بدور رئيسي في مجالات الترويج للتغذية السليمة والصحة. وينبغي ضمان مساهمة وسائل الاعلام مشاركة كاملة عن طريق اشراك المسؤولين عنها في المراحل الاولى من وضع البرنامج. وعندما يطلع مسؤولو وسائل الاعلام على مدى أهمية النظم الغذائية وأنماط حياة معينة، وعلى الأساليب التي تمكن من تعميم هذه التدخلات من طبقة اجتماعية لأخرى، يصبحون في وضع يساعدون على التأثير على زملائهم لتعميم معلومات متوازنة على السكان عندما تقوم المصالح التجارية بالترويج لمنتجات غير ملائمة مثل لفائف التبغ، والكحول، والنظم الغذائية وأساليب الحياة غير الصحية.

٦٢ - وينبغي أن تتوافق مواد التوعية التي يتم وضعها وانتاجها لتعميمها على الجماهير مع المبادئ الراسخة. ويمكن أن تستخدم مهارات الخبراء في مجال وسائل الاعلام لتحقيق هذا الهدف، ولتقييم أفضل الطرق لتنظيم التدابير التي يتخذها المجتمع المحلي. ويبدو من التجارب المكتسبة حتى الآن، أنه يمكن اجراء التعميمات التالية عن الاتصالات الارشادية في مجال التغذية: أشكال السلوك النوعية التي تحظى بأكثر قدر من امكانيات القبول، ضرورة بذل جهود مستمرة لتحقيق النجاح، ضرورة توجيه رسائل اعلامية مباشرة ومتكررة، وقد يحتاج الامر الى اجراء بحوث متعمقة من أجل وضع استراتيجية فعالة في مجال الاتصالات؛ وتحديد الفئات المستهدفة والوصول اليها يعد عاملا حاسما؛ كما أن أذواق المستهلكين تعد المفتاح الى تصميم الحملات الفعالة في مجال الاتصالات الارشادية في مجال التغذية.

٦٣ - ويلاحظ في كل من البلدان المتقدمة والنامية أن العاملين المهنيين بما في ذلك الأطباء، والممرضات، والمعلمين، والمرشدين الزراعيين، وغيرهم من العاملين في المجتمعات المحلية، يضيعون فرص الترويج للنظم الغذائية وأنماط الحياة لصحية لأن ما حصلوا عليه من تدريب لم يؤهلهم للقيام بذلك. ويمكن القول ان كلا من التدريب النظامي والتدريب أثناء العمل من العناصر الجوهرية في الاستراتيجية العامة الرامية إلى تحسين مهارات هؤلاء المهنيين للترويج لنظم التغذية الصحية ولأنماط الحياة السليمة.

٦٤ - ويتحمل قطاع الصحة مسؤولية كبيرة في مجال الترويج للنظم الغذائية وأنماط الحياة الصحية. فلا بد أن تكون هذه العملية جزءا من الاعمال الروتينية التي تقدم من خلال الخدمات الصحية، كما ينبغي أن يكون ذلك جزءا فعالا من الوقاية الصحية والنشاطات الترويجية المقدمة لخدمة الافراد أو المجموعات الحساسة.

٦٥ - ولئن كان نظام التعليم يتحمل مسؤوليات تتركز بالدرجة الاولى على الأطفال والمراهقين، فان مبادرات التوعية الصحية في المدارس يمكن أن تحدث انعكاسات ايجابية على أفراد الأسرة البالغين. ويلزم أن تصبح التوعية الغذائية جزءا أساسيا من برنامج شامل للتوعية المدرسية الصحية يؤثر على الشباب والأطفال

الذين هم في سن الدراسة سواء في المدرسة أو خارجها، ومن العناصر الأساسية في برنامج التوعية الغذائية توافر المناهج الدراسية المتعلقة بموضوع التغذية، واعداد المعلمين، وانتاج المواد التعليمية ذات الصلة، ومواءمة المحيط المدرسي لتعزيز النظم الغذائية الصحية (مثل انشاء الحدائق المدرسية وتلك الخاصة بالمجتمعات المحلية، والأمن الغذائي في المجتمعات المحلية، وغير ذلك)، والتعاون بين المدرسة والآباء والمجتمعات المحلية والخدمات الصحية المحلية والقطاع الزراعي والخدمات الاجتماعية.

٦٦ - ومن الممكن الترويج للتغذية السليمة في مواقع العمل عن طريق دعم الوجبات الغذائية أو التشجيع على بيع الوجبات الغذائية المتوازنة من الناحية التغذوية. وبالإضافة الى ما توفره هذه الممارسات وغيرها، مثل تشجيع الفرق الرياضية، والمرافق الرياضية، والحث على التوقف عن التدخين والمشروبات الكحولية أو المغالاة فيها، وتوفير بيئة نظيفة وظروف عمل آمنة من منافع مباشرة للعاملين، فإنها جميعها تدعم انماط الحياة السليمة بين العاملين.

٦٧ - أما دور الصناعات الغذائية في الترويج للنظم الغذائية الصحية فيكمن، بالدرجة الأولى، في تطوير عمليات تسويق أنواع من الأغذية الجيدة السليمة والتي تساهم في النظام الغذائي السليم. ويتضح من تزايد كميات بعض المبيعات مثل منتجات الألبان قليلة الدهن أن بوسع الصناعات الغذائية أن تستجيب لطلبات المستهلك، بل وستحقق ذلك استناداً الى القرارات الرامية الى تحسين الصحة. ولاشك في أن للتغذية والتوعية الصحية في المجتمعات المحلية دوراً هاماً في توجيه الرسائل الإعلامية الملائمة من أجل خلق هذه الطلبات. وكذلك يمكن للتشريعات والتنظيمات المتعلقة بوضع البيانات على العبوات وبعملات الترويج أن تشجع قطاعي الصناعات والتجارة على تقديم معلومات دقيقة وأمانة عند الترويج لأصناف الأغذية ومزاياها وخصائصها وكذلك المحافظة على معايير السلامة والجودة.

٦٨ - ويمكن للجهات المنتجة للخدمات الغذائية والموردة لها أن تضطلع بدور هام في مجال الترويج للنظم الغذائية الصحية. فبفضل التوجيهات السليمة، والتشريعات الملائمة والإشراف المناسب يمكن أن تصبح خدمات الأغذية وسائل فعالة في الترويج للنظم الغذائية وللجوانب الأخرى لانماط الحياة الصحية، وذلك نظراً الى شعبية هذه الخدمات واستخدامها على نطاق واسع من طرف التلاميذ، والعاملين في التجارة، والمصانع، وغيرهم من الأشخاص الذين يقضون قسماً من يومهم بعيداً عن منازلهم.

٦٩ - وفي داخل البلدان، تنطوي الأهداف الرامية الى تحسين التغذية والترويج للنظم الغذائية الصحية على انعكاسات عديدة على الاقتصاد الزراعي، وعلى السياسات الصناعية والاجتماعية، وعلى التجارة الدولية. ولاشك في أن تنسيق

السياسات والبرامج، وتغيير المواقف الراسخة يتطلب وقتا طويلا. ويلاحظ بالنسبة لبعض البلدان أن الترويج للأغذية التقليدية التي تخفف من خطر الامراض غير السارية المرتبطة بالأغذية أدى الى زيادة التركيز على الترويج لانتاج هذه الأغذية وتسويقها.

الاتصالات الارشادية كوسيلة لتغيير السلوك من أجل تحسين التغذية

شهد العقدان الماضيان ابتكار مناهج فعالة لتغيير السلوك من أجل تحسين التغذية اعتمادا على الاتصالات الارشادية في خدمة التغذية. وتعتمد هذه المناهج على تقنيات عمرية مختلفة في مجال الاتصالات، من بينها مبادئ التسويق وعلم السلوك لتحديد التمرفات التغذوية النوعية ضمن اطار اجتماعي واسع ولإستنباط الرسائل والمواد الملائمة التي يراد إيصالها للجمهور المعنى. ومن الضروري اشراك أعضاء المجتمع المحلي في وضع استراتيجيات الاتصالات وتنفيذها. وقد حققت البرامج التي عملت بهذه المناهج نتائج ايجابية في مجال الأوضاع التغذوية فيما بين الفئات ذات الدخل المحدود وأيضا بالنسبة للفئات الأخرى.

ولتحقيق أقصى قدر من الفعالية، ينبغي أن تولى الاتصالات الارشادية في خدمة التغذية اهتماما لأفضليات المستهلكين، ولمدى توافر ممارسات معينة وتكاليف هذه الممارسات، وللتأثير المتوقع للتغيير السلوكي المقترح. وقد ركزت غالبية برامج الاتصالات الارشادية في خدمة التغذية على التأثير في سلوك المستهلكين ومسؤولي الرعاية لتحسين أساليب تغذية الرضع والأطفال. ولدعم أسلوب الرضاعة الطبيعية، وتمجيد حالات النقص في فيتامين أ والمغذيات الدقيقة الأخرى. اضافة الى ذلك، ركزت بعض البرامج على تدعيم ثقة مسؤولي الرعاية وعلى التأثير في جهات أخرى في نطاق الأسرة أو المجتمع، بغية إعادة تخصيص الموارد والتغلب على مقاومة التغيير.

وفيما يلي الاستنتاجات التي يمكن الوصول إليها اعتمادا على مناهج الاتصالات الارشادية في خدمة التغذية:

- * السلوكيات النوعية الموجهة نحو العمل تحظى بأعباء أكبر فرصة للنجاح.
- * الحاجة إلى جهود طويلة الأجل لتعزيز عملية تغيير السلوك.
- * ضرورة إطلاع الجمهور، بصورة مستمرة، على الرسائل الارشادية المباشرة.
- * ضرورة توفير المعلومات الأساسية عن طريق اجراء البحوث الملائمة، من أجل وضع استراتيجيات فعالة في مجال الاتصالات الارشادية في خدمة التغذية.
- * تحديد الجمهور المستهدف والوصول اليه.
- * دراسة تفضيلات المستهلكين تعد ضرورية من أجل تخطيط حملات فعالة في مجال الاتصالات الارشادية في خدمة التغذية، وتحديد نتائجها.
- * فعالية قادة المجتمع والشبكات الاذاعية في الترويج للحلول الناجمة لمشكلات التغذية.
- * ضرورة دراسة قنوات الاتصال الجماهيرية، والاتصالات الشخصية لتقدير عدد الأشخاص الذين يتلقون الرسائل المقدمة وماهى وتيرة تلقيهم لها. وينبغي أن تجمع معظم الاتصالات بين وسائل الاتصال الجماهيرية والعلاقات الشخصية لكي تحقق فعاليتها المطلوبة.
- * ينبغي تدريب المرشدين تدريباً مناسباً على مهارات الاتصالات الشخصية والجماهيرية، ولابد من توفير سبل الاشراف عليهم.

وبوسع راسمي السياسات والموظفين الحكوميين ومديري البرامج وغيرهم من صناع القرارات عمل الكثير من أجل تعزيز برامج الاتصال الارشادية في خدمة التغذية، بما في ذلك اسناد أولوية متقدمة لوسائل الاتصال من أجل التغذية، وتوفير الموارد الكافية بما فيها الموظفين فضلا عن مديري البرامج الحاصلين على التدريب الرفيع واخصائيي التوعية الصحية، وتطبيق منهج متعدد التخصصات في تحديد المشكلات التغذوية والتخطيط للتدخلات، وربط التدخلات التغذوية ببرامج التنمية الصحية والاقتصادية الاجتماعية الأخرى، ووضع البرامج بالتدرج والترعيز على عمليتين أو ثلاث عمليات تدخل وجوانب السلوك الخاصة التي تحدث قدرا كبيرا من التأثير التغذوي، والاستعانة بمساعدات من الجامعات ووكالات الاعلان وغير ذلك من الفئات التي تتمتع بخبرات ملائمة، وتحديد الحد الأدنى من التكاليف المتكررة لكل مستفيد في ضوء تكاليف بدء البرنامج، وتوفير أطر زمنية كافية والتزام طويل الأجل من جانب الموظفين وغير ذلك من الموارد من أجل تحقيق التغييرات في السلوك على أسس مستمرة.

المصدر: M. Parlato, C. Green and C. Fishman 1992.
Communicating to improve nutrition behaviour: the challenge of motivating the audience to act. "USAID Nutrition Communication Project. Washington, DC. Academy for Educational Development.

الوقاية من الأمراض المعدية ومكافحتها

٧٠ - تستهدف الوقاية من العدوى ومكافحة الأمراض المعدية الحد من انتشار هذه الأمراض، وتقليل مدتها، وتقليل شديتها. وتشمل مجالات العمل ذات الأولوية في هذا المدد: التوعية الصحية، والصحة البيئية والرقابة على الأغذية وعلى الاشتراطات الصحية الخاصة بها، وعمليات التحصين، والرعاية العلاجية، ورصد النمو وتعزيزه، والرعاية الصحية الأولية.

٧١ - ويعزى قدر كبير من انتشار الأمراض المعدية الى أنماط سلوكية. وتسعى التوعية الصحية الى تغيير المواقف وأنماط السلوك، وتوعية الجمهور والمجموعات المعرضة للإصابة بالأمراض بشأن انتقال الأمراض المعدية والطفيلية، ومتطلبات الصحة العامة، والاشتراطات الصحية في الأغذية، والوقاية من الاسهال، والعلاج المنزلي أمر سيحد من انتقال الأمراض. كما أن تشجيع الرضاعة الطبيعية من ثدى الأم يمكن أن يقلل من انتشار وشدة حالات الاسهال لدى الرضع، حتى من تزيد أعمارهم على ٦ أشهر. وينبغي أيضا أن تشمل التوعية الصحية الرامية الى الوقاية من الاسهال التوعية بطرق اعداد أغذية الفطام، واستخدام الأغذية المخمرة، ومعالجة المياه، والنظافة الشخصية والعامة. والتوعية الصحية الموجهة لمجموعات محددة مثل الامهات المترددات على العيادات الطبية، أو التوعية الموجهة عن طريق الاذاعة والتليفزيون، يمكن أن يكون لها تأثير واسع النطاق (منظمة الصحة العالمية، ١٩٨٦، واليونسيف، ١٩٩١). والتوعية الصحية العملية في المدارس يمكن أن يمتد أثرها لآباء الطلاب، كما يمكن أن تشمل البرامج التعليمية غير النظامية، ومن بينها مقررات محو الأمية، موضوعات تتمثل بالتوعية الصحية. وفي اندونيسيا، أوضح مشروع واسع النطاق عن التوعية الاعلامية وأنماط السلوك في مجال التغذية أن التوعية وحدها يمكن أن تحسن الحالة التغذوية لمجموعات حساسة محددة.

٧٢ - وبرامج الصحة البيئية التي تتناول توفير المياه النقية، والتخلص من النفايات البشرية والحضرية، وتهيئة المسكن الملائم، بمقدورها أن تسهم اسهاما كبيرا في تقليل الإصابة بشتى الأمراض المعدية الناجمة عن المياه والغائط. ومن الأمثلة على ذلك، أن مشروعا نفذ في كولومبيا بتمويل من البنك الدولي أوضح أن كل زيادة في عدد المراحيض بمقدار ١٠ في المائة تؤدي الى خفض نسبة الاطفال الذين يعانون من مشاكل تغذوية بمقدار ١٥ في المائة. كما أن امدادات المياه المأمونة يمكن أن تحد بدرجة كبيرة من انتشار الاسهال وشتى الأمراض المعدية الناتجة عن المياه.

٧٣ - والأمراض الناتجة عن الأغذية منتشرة على نطاق واسع وبنسب مرتفعة. فمعظم حالات الاسهال تنتج عن الأغذية، شأنها شأن كثير من الأمراض المعدية الأخرى، وذلك

بسبب ما قد تحتوى عليه هذه الاغذية من بكتيريا وفيروسات وسميات فطرية وطفيليات. وتشمل التدابير الرامية الى الوقاية من هذه الامراض تأمين نظافة الاغذية والنظافة الشخصية، والرقابة على جودة الاغذية، واصدار التشريعات اللازمة مثل اللوائح المتعلقة ببسترة اللبن وبضمان جودة الاغذية المصنعة من الزاويتين الكيميائية والميكروبيولوجية. وتسهم البرامج الرامية الى توفير اغذية مأمونة اسهاما كبيرا فى كسر مركب سوء التغذية - العدوى.

٧٤ - وقد اتسعت مظلة التحصين باطراد فى معظم البلدان النامية خلال السنوات العشر الماضية، ولكنها مازالت قاصرة فيما يتعلق بالتحصينات التى تتطلب زيارات متعددة. ويمكن أن يتزايد اتساع مظلة التحصين بدرجة كبيرة اذا تسنى القيام بوزن وتحصين الأطفال المترددين على العيادات الصحية أثناء نفس الزيارة، مما يقلل من احتمال فقدان الاتصال مع الطفل. ويعتبر اهدار هذه الفرص السبب فى ٦٩ فى المائة من حالات عدم التحصين.

٧٥ - والعلاج المبكر والشافى من الامراض المعدية يمكن أن يكون له تأثير هام على الحالة التغذوية. والمثل الناجح البارز فى هذا المقام هو العلاج المتناول عن طريق الفم لحالات الجفاف المصاحبة للاسهال، وهو علاج بات الآن مقبولا ومستخدما على نطاق واسع. وتناول كميات وافية من الاغذية أثناء وبعد فترات الاسهال، وخاصة الاسهال المزمن، أمر يقلل من أثر الاسهال على الحالة التغذوية ويساعد على استرداد الصحة. وتوفير خدمات علاجية على مستوى المنزل أو العيادات للعدوى التنفسية الحادة، والاسهال، والملاريا، وأمراض الطفولة، والأمراض الطفيلية يسهم فى الوقاية من سوء التغذية. وتوافر العقاقير الأساسية وسهولة الحصول عليها يؤثران على مدى الانتفاع بالخدمات الصحية ومدى نجاحها فى تقليص فترات المرض وفى تحسين الحالة التغذوية.

٧٦ أما ضحايا متلازمة نقص المناعة المكتسب (الايدز)، فلا يتوافر لهم علاج، ولم يطرح بعد فى الأسواق أى مصل يقي من هذا المرض. وحتى اذا ما اكتشفت وسائل علاج فعالة فمن المرجح أن تجعلها تكلفتها خارج متناول عدد كبير من الضحايا. وتشمل الرعاية الصحية السليمة للمصابين بالايدز توفير الغذاء الوافى وتنفيذ تدابير تستهدف الحد من تعرضهم الى أدنى حد للأمراض المعدية الشائعة. وتركز الوقاية أساسا على تجنب التعرض للفيروس من خلال الاصابة أو الحقن أو الاتصال الجنسى. ويجرى فى الوقت الحاضر دمج جهود تبذل فى هذا الميدان مع برامج أخرى من أجل الوقاية من الامراض المنقولة جنسيا، وخاصة لدى مجموعات محددة مثل العاهرات وزبائنهن.

٧٧ - والاكتشاف المبكر لاضطراب النمو عن طريق برامج رصد النمو وتعزيزه هو أحد النهج المتكاملة الرئيسية لمكافحة مركب سوء التغذية - العدوى. ويتعين أولا

تحديد أسباب اضطراب النمو ثم اتخاذ الاجراءات اللازمة، سواء في المركز المحي أو على مستوى المجتمع المحلي، وكثيرا ما تكون العدوى هي السبب الأول لتأخر النمو. ويتعين زيادة قدرة الاخصائيين المحيين وقادة المجتمع المحلي على تشخيص هذا النوع من تأخر النمو وزيادة كبيرة. وتنشئ بلدان كثيرة في الوقت الحاضر برامج لرصد النمو وتعزيزه على مستوى المجتمع المحلي، ويكون ذلك في كثير من الأحيان بمثابة جهد مشترك بين المجتمعات المحلية والمصالح الصحية الحكومية والمنظمات غير الحكومية.

٧٨ - وسهولة الحصول على الخدمات الصحية ودرجة قبولها ومدى كفايتها عوامل تؤثر تأثيرا قويا على انتفاع الناس بتلك الخدمات وتساعد على تغيير أنماط سلوكهم لصالح تحسين حالتهم الصحية. ومد مرافق رعاية الأمومة والطفولة بوجه خاص الى المناطق النائية والمحرومة، يمكن أن يخفف الى حد كبير من العدوى وسوء التغذية.

٧٩ - وتعد الرعاية الصحية الأولية أو الرعاية الصحية المقدمة على مستوى المجتمع المحلي السبيل الأساسي لتلبية حاجات المجتمع المحلي في هذا المجال، ولضمان مشاركته الأنشطة في تخطيط وتنفيذ خدمات الرعاية الصحية الخاصة به، وإيجاد وعي صحي، وتعبئة المجتمع المحلي، والنجاح في الوقاية من العدوى عن طريق اجراء تغييرات بيئية ونبد الممارسات الضارة بالصحة.

٨٠ - وتعتبر الأعمال التي تنفذ خارج قطاع الصحة على نفس القدر من الأهمية في معالجة الأسباب الأساسية والكامنة لسوء التغذية والاصابة بالأمراض. فكل مرض معد وسيلة خاصة لانتقاله، وترتبط معظم هذه الوسائل بالبيئة. من ذلك على سبيل المثال، أن انتشار أمراض الجهاز التنفسي يرتبط بظروف الازدحام الشديد. كما أن تلوث المياه والأغذية، ونقص المياه اللازمة للنظافة الشخصية والمنزلية، والاتصال البشري مع الحشرات وغيرها من أشكال الحياة الحيوانية أمور تسهم اسهاما مباشرا في انتقال أمراض الاسهال. ويعد انتقال الطفيليات المعوية أكثر سهولة نتيجة التخلص غير السليم من الفضلات التي تتيح للطفيليات دخول الجسم عن طريق الجلد أو الفم. وتسهل ناقلات الأمراض انتقال الطفيليات الأخرى، مثل الملاريا والشيستوسوما، عندما تساعد الظروف البيئية، سواء كانت تحدث بشكل طبيعي أو يتسبب فيها الانسان، على نمو تلك الناقلات. ومن ذلك على سبيل المثال، أن الاستراتيجيات البديلة مثل الري المتقطع في الهند والبرتغال قد نجحت في تقليل تكاثر البعوض فانخفض بالتالي معدل انتشار الملاريا. والتصميمات الهندسية الجيدة يمكن أن تقلل من مخاطر انتشار البلهارسيا لدى بناء السدود أو شبكات الري.

٨١ - ويلزم في معظم الحالات وضع برامج صحية محددة تستهدف الوقاية من العوامل المعدية أو الحد من تكاثرها أو انتقالها، بشكل مباشر أو عن طريق ناقلات

الامراض. غير أنه يلزم أيضا اتخاذ الاحتياطات اللازمة ضمانا لعدم تسبب المشروعات أو الأنشطة الانمائية الجديدة أو القائمة في مزيد من المشكلات الصحية. وينبغي أن تتضمن وثائق جميع المشروعات الانمائية المقترحة بيانا عن أثرها التغذوي أو الصحي.

متلازمة نقص المناعة المكتسب (الايدز) والرضاعة الطبيعية

مع تزايد حالات الإصابة بمتلازمة نقص المناعة في جميع أنحاء العالم يتزايد عدد النساء المرضعات اللواتي ينتقل اليهن هذا الفيروس، حيث يمكن أن ينتقل بدوره الى الجنين أو الى الوليد. وتشير التقديرات إلى أن نحو ثلث عدد الأطفال الذين تضعهم أمهات مصابات بهذا الفيروس يصبحون بدورهم مصابين به. وتحدث معظم حالات انتقال الفيروس من الأم الى الطفل خلال فترة الحمل أو الوضع، رغم أن أحدث البيانات تؤكد أن بعض حالات العدوى حدثت أثناء الرضاعة.

وقد اشتركت منظمة الصحة العالمية مع اليونسيف في الدعوة الى عقد مشاوره فنية في ١٩٩٢ لدراسة جميع البيانات المتاحة عن العلاقة بين انتقال متلازمة نقص المناعة المكتسب والرضاعة الطبيعية. وتوصلت المشاورة الى أنه من الضروري تشجيع النساء على ارضاع أطفالهن في المناطق التي تكون فيها الأمراض المعدية وسوء التغذية هما السببان الرئيسيان لوفيات الأطفال، وتكون معدلات وفيات الأطفال عالية. ذلك لأن احتمال إصابة الطفل بمتلازمة نقص المناعة المكتسب من خلال لبن الرضاعة أقل من احتمالات الوفاة لأسباب أخرى في حالة عدم ارضاع الطفل. وعلى النساء اللواتي يعشن في هذه المناطق ويعلمن أنهن مصابات بالفيروس ولديهن خيارات ملائمة لتغذية أطفالهن أن يستعن بمراكز الرعاية الصحية لدى اتخاذ قرارهن بشأن كيفية تغذية أطفالهن بأسلم السبل.

ومن ناحية أخرى، يتعين اسداء النصح للحوامل اللاتي يعلمن باصابتهم بمتلازمة نقص المناعة المكتسب باستخدام بديل مأمون لارضاع أطفالهن بدلا من الرضاعة الطبيعية وذلك في المناطق التي لا تكون الأمراض المعدية من بين الأسباب الرئيسية لوفيات الأطفال خلال مرحلة الطفولة المبكرة، وحيث تكون معدلات وفيات الأطفال منخفضة. ولا بد من أن تتاح للنساء في مثل هذه المناطق وسائل طوعية ومضمونة لاختبار حالة الإصابة بالفيروس، بما في ذلك حصولهن على النماذج والارشادات قبل اجراء الفحوص وبعدها، ولا بد من تشجيعهن على اجراء هذه الفحوص قبل حالات الوضع.

رعاية الفئات المحرومة من الناحية الاجتماعية والاقتصادية والفئات الحساسة من الناحية التغذوية

٨٢ - ينبغي أن تسعى السياسات الرامية الى تحسين رعاية أفراد الفئات الحساسة، مثل الرضع والأطفال الصغار والأمهات، الى أن تعزز بشكل مباشر قدرة الأسرة بوصفها وحدة اجتماعية واقتصادية على توفير الرعاية. كما تعد الرعاية مكوناً هاماً يؤثر على المستوى الصحي والتغذوي لأفراد الفئات الحساسة الأخرى في المجتمع، من كبار السن والمعوقين واللاجئين والنازحين. وتقديم رعاية كافية لهؤلاء الأفراد سيستلزم في كثير من الأحيان تعزيز القدرات على المستوى المحلي والقطري والدولي.

٨٣ - تشجيع الرضاعة الطبيعية: يتعلق أول أنواع الرعاية المطلوبة بالرضيع ويركز على الرضاعة الطبيعية. وتعد هذه الرضاعة أساس العلاقة الدينامية بين الأم والرضيع وتنطوي على أبعاد نفسية واجتماعية علاوة على بعدها المادي ألا وهو إمداد الرضيع بلبن الأم. ومن المهم كفالة اتباع الرضاعة الطبيعية بشكل سليم وواف منذ البداية؛ وضمان ألا يهمل استخدام اللبأ (باكورة لبن الأم) في الأيام الأولى من الحياة؛ وأن تشكل الرضاعة الطبيعية المصدر الوحيد لتغذية الرضيع لفترة تتراوح بين ٤ و ٦ أشهر. وهذا يستدعي إساءة المشورة السليمة للام وتشجيعها وتهيئتها أثناء رعايتها قبل الولادة وبعد مولد الطفل. وبتزايد حالات الولادة في مراكز رعاية الأمومة أو المستشفيات في البلدان النامية، تظهر أهمية أن تساعد المرافق القائمة والممارسات المتبعة على تشجيع الرضاعة الطبيعية. ومن ذلك على سبيل المثال أن الرضيع ينبغي أن يتواجد في نفس غرفة وسرير الأم.

٨٤ - وتعاين المرافق المعنية برعاية الأمومة في كثير من الأحيان من آثار سلبية، منها استخدام بدائل لبن الأم دون حاجة ضرورية، وقد أدى إدراك هذه الحقيقة الى وضع ١٠ معايير بشأن "المستشفيات الحليفة للمواليد". وتنتشر الآن في جميع أنحاء العالم برامج تستهدف استحداث نهج وبرامج تدريبية للمستشفيات الحليفة للمواليد. وتحتاج جميع البلدان تقريباً الى عمل سريع وحاسم في هذا المجال تجنباً لحدوث مزيد من الانحسار في الرضاعة الطبيعية مع تقدم التوسع العمراني. وتدعو الحاجة الى وضع وتنفيذ برامج قطرية لحماية وتشجيع الرضاعة الطبيعية. وقد وضعت أيضاً معايير لتقييم حالة الرضاعة الطبيعية في البلدان المختلفة. ويلزم الاستعانة بها في رصد تلك البرامج. فضلاً عن ذلك، يلزم أن تكثف في جميع المرافق الصحية المشورة والتشجيع المقدمين على الصعيد الفردي للأمهات بشأن مزايا الرضاعة الطبيعية. وينبغي أن تسعى البلدان ذات المعدلات المنخفضة للرضاعة الطبيعية الى أن تعكس مسار الاتجاه النزولي هذا، وأن تسعى البلدان التي تنتشر فيها ممارسات إرضاع طبيعي أكثر ملاءمة الى الحفاظ على الحالة الراهنة بل وتحسينها، وخاصة في المناطق الحضرية.

٨٥ - **تغذية الاطفال الصغار:** بعد فترة تتراوح بين ٤ و ٦ أشهر من حياة الطفل، تبدأ عملية الفطام، عن طريق الاضافة التدريجية لمكملات غذائية تحضر تحضيراً يناسب قدرة الرضيع على الهضم، وفقاً لمدى توافر الأغذية وللتقاليد الثقافية على المستوى المحلي. وفي حين أن بلدانا كثيرة تملك خطوطاً توجيهية قطرية بشأن تغذية الرضع، فإن بلدانا أخرى تفتقر الى ذلك. وأحيانا تكون الخطوط التوجيهية القائمة قد وضعت قبل أن ينشأ وعى كامل بأهمية الاطعام المتواتر (٤-٦ مرات يوميا) واشتمال أغذية الرضيع على كثافة عالية من الطاقة. ويلزم التشديد بمزيد من القوة على أهمية استخدام عصائد من الحبوب المركزة تركيزا كافيا (المزائج التقليدية غالبا ما تكون مخففة تخفيفا زائدا) واطافة قليل من الزيوت النباتية، كما يلزم التشديد على تحسين استخدام أغذية مثل البقول والأوراق الخضراء والخضر الصفراء وغيرها من الأغذية الغنية بالبروتين والمغذيات الدقيقة. واستخدام حبوب مخمرة أو مملتة أثناء فترة الفطام أمر مفيد بدوره وينبغي تشجيعه اذا كان قد جرب بالفعل في بلد من البلدان، أو بحث امكانية الاستعانة به ان كان لم يدرس بعد.

٨٦ - ومن الواضح أن هذه المبادئ التوجيهية الخاصة بتغذية الرضع والاطفال الصغار ينبغي أن تطوع مع مدى توافر الأغذية ومع العادات الشائعة على الصعيد المحلي. وتدعو الحاجة في كثير من الأحيان الى مواءمة خط توجيهي قطري مع مناطق ايكولوجية وأنماط غذائية متباينة داخل البلد الواحد. كما يلزم التشديد بقوة على أهمية أن تستمر الأم، أو من يقوم على تقديم الرعاية، في العناية بالطفل والسهر عليه عن كثب، وخاصة أثناء فترات العدوى، وخلال السنة الثانية بوجه عام في حياة الطفل الصغير التي كثيرا ما يعهد فيها بأمر رعايته الى جدته أو احدى كبيرات الاقارب.

٨٧ - **الارتقاء بمستوى الأم:** في أسر كثيرة، تقوم النساء بالدور الرئيسي فيما يتعلق بتقديم الرعاية. ولذا فإن القدرة على توفير الرعاية على مستوى الأسرة يعتمد اعتمادا كبيرا على صحة الأم وتعليمها ووقتها وطاقاتها، ومدى اشرافها على موارد الأسرة وقدرتها على استخدام هذه الموارد استخداما فعالا. وضمانا لتوافر القدر اللازم من الرعاية على مستوى الأسرة، يلزم من ثم الاضطلاع بعدة أنواع من الأنشطة. فأولا، يلزم تعزيز الصحة البدنية والذهنية للأم بتيسير انتفاعها بالخدمات الصحية والخدمات ذات الصلة، ومن بينها الخدمات المعنية بالصحة العامة، والرعاية أثناء الحمل، والتوليد، وتنظيم الأسرة. كما يلزم وضع مبادئ توجيهية عن تغذية الأم خلال فترة الحمل والارضاع، ونشر هذه المبادئ على نطاق واسع. وتشجيع الوالدين على المباشرة بين مرات الحمل بوقت كاف أمر يعود بالنفع على كل من الأمهات والاطفال. فالتقارب الشديد بين مرات الحمل قد يؤدي الى انخفاض وزن المواليد، وتضاؤل القدرة على رعاية المواليد وغيرهم من الاطفال الصغار. والتكرار الزائد للحمل قد يؤدي الى استنفاد الأم من الناحية التغذوية

ويلقى على كاهلها بأعباء ثقيلة لمهام كثيرة للغاية، منها المطالب المتعلقة برعاية الأطفال. ومن المهم أن تتوجه التوعية بقيمة تخطيط الأسرة الى الرجال بدورهم. ويمكن في هذا السياق أيضا التأكيد على منافع الرضاعة الطبيعية من زاوية الاسهام في اطالة الفترات الفاصلة بين مرات الحمل.

٨٨ - ويلزم القيام بأعمال للتوسع في تعليم الأمهات ومحو أميتهن، لأن التعليم والمعتقدات يؤثران على المهارات والمعارف اللازمة لاتباع أساليب ناجحة في رعاية الأطفال. والتوعية التي تستجيب بعناية لمتطلبات رعاية الطفل تتسم بأهمية خاصة، وينبغي أن تشمل: التوعية بأهمية الاقتصار على الرضاعة الطبيعية في الأشهر الأولى للحياة، وزيادة كثافة الطاقة وجودة الأغذية التكميلية، واتباع أساليب صحيحة في الطعام، والحد من تلوث الأغذية والمداومة على الاطعام المتواتر للرضيع. كما أن تعليم الأم يمكن أن يؤثر على قرارات الوالدين بشأن سبل قضاء الوقت وانفاق الموارد وما الى ذلك. وينبغي أيضا التشجيع على تحسين تعليم الأب ومعارفه حيث ان معتقداته والتزامه بالارتقاء بمستوى أطفاله يؤثران تأثيرا كبيرا على حالتهم التغذوية.

٨٩ - كما أن حجم الوقت المتاح للأم وعبء العمل الملقى على عاتقها، وقدرتها على اكتساب الرزق عوامل تؤثر أيضا تأثيرا كبيرا على تغذية الأطفال. وكثيرا ما يعود الدخل الذي تتحكم فيه المرأة بنفع مباشر أكبر على تغذية الأسرة من الدخل العام الذي يتحكم فيه الرجل. وعجز الأم عن رعاية طفلها بسبب العمل يترك آثارا سلبية على الحالة التغذوية للطفل. ومن جهة أخرى، يمكن للدخل الإضافي الذي تحققه الأم العاملة أن يترك آثارا ايجابية على المستوى التغذوي للطفل. ومن ثم يجب التشجيع على ايجاد توازن سليم بين الوقت المنفق في توفير الرعاية الوافية للأسرة والوقت المنفق في العمل خارج المنزل. واتباع التقنيات الموفرة للجهد قد يساعد على تخفيف حجم العمل الواقع على كاهل المرأة. غير أن الحاجة الأساسية تتمثل في كثير من الأحيان في تعزيز التقاسم المنصف للمسؤوليات المتعلقة بالرعاية، وأعباء العمل بوجه عام بين أفراد الأسرة.

٩٠ - رعاية المسنين والمعوقين: يتحول المسنون بشكل سريع الى نسبة كبيرة من السكان في كل من البلدان المتقدمة والنامية. وتؤدي التغذية السليمة دورا هاما في تأخير الإصابة بالأمراض غير السارية المتمثلة بالنظام الغذائي أو في الوقاية من نشوئها في وقت متقدم من العمر، كما أن تشجيع اتباع النظم الغذائية وأساليب العيش الصحية في فترة الطفولة والشباب يمكن أن تقلل من حدوث تلك الأمراض في وقت لاحق من الحياة. وعادة ما يقل المتناول من الأغذية مع تقدم العمر. ويرتبط هذا في كثير من الأحيان بنقصان الاحتياجات بسبب انخفاض معدل التمثيل الغذائي القاعدي، وانخفاض النشاط الجسماني، وزيادة نحافة كتلة الجسم. ويمكن أن تسهم عوامل أخرى مثل الخمول والاعتئاب في تقليل الشهية، مثلما يحدث عند استخدام بعض

الأدوية والكحول. كما أن الفقر المنتشر بين المسنين يزيد من احتمال إصابتهم بنقص العناصر المغذية.

٩١ - وقد أصبح المسنون في كثير من الأحيان معزولين اجتماعيا، وربما تدعو الحاجة الى وضع برامج لمعالجة هذه المشكلة. وخدمات الرعاية الصحية المقدمة للمسنين على مستوى المجتمع المحلي يلزم دمجها دمجاً كاملاً في خدمات الرعاية الصحية الأولية. ويمكن أن تساعد البرامج التي توفر السلع الغذائية أو الوجبات المجهزة للمسنين على تأمين وجبات غذائية وافية ومتوازنة. وتوفر بوجه عام هياكل الرعاية الأسرية التقليدية الموجودة في معظم المجتمعات للمسنين ما يحتاجونه من دعم ومساندة. ولكن لوحظ أن كثيراً من هذه الهياكل تضعف مع انتشار نمط الحياة الحضرى بين السكان أو مع تزايد فقرهم.

٩٢ - وينبغي أن تستهدف استراتيجيات رعاية المعوقين تجنبهم الاعتماد على الغير وتمكينهم من الاعتماد على النفس. وينبغي أن تشجع وتعزز هذه الاستراتيجيات المنظمات العاملة على صعيد الأسرة والمجتمع المحلي من أجل مساعدة المعوقين على التغلب على مظاهر عجزهم. وقد تدعو الحاجة الى توفير فرص عمل ومهارات تدريبية كيما تصبح هذه الاستراتيجيات أكثر فعالية.

٩٣ - تقديم الرعاية على مستوى المجتمع المحلي: فى كثير من المجتمعات المحلية، تحقق نظم الدعم التقليدية، مثل الأسرة الممتدة، منافع كبيرة فيما يتعلق بتوفير الدعم للأفراد فى فترات الشدة. وتستطيع أشكال الدعم الاجتماعى المقدم من الأسرة أو المجتمع المحلي أن تزيد الرعاية المقدمة لكل من النساء والأطفال عن طريق تقليل عبء العمل، أو تقديم المساعدة الاقتصادية، أو الامداد بالمعارف، أو الدعم المعنوى. كما يعد الدعم الذى يقدمه المجتمع المحلي حاسماً فى حل المشكلات المتصلة برعاية الأطفال أو بعبء العمل، وذلك عن طريق انشاء مراكز لرعاية الأطفال أو مجموعات عمل أو تعاونيات أو عن طريق الاقتسام غير الرسمى للمهام. غير أن هذا الشكل من الدعم آخذ فى التلاشى لانتشار التوسع العمرانى والتغير الاجتماعى السريع. ولذا يلزم القيام بعمل تشترك فيه وسائل الاعلام ومجموعات الدعم من أجل تعزيز المنظمات النسائية، ومساعدة كبريات الأقارب المسؤولات عن الأطفال الصغار، وتشجيع الآباء على المشاركة فى رعاية الأطفال.

٩٤ - والرعاية المقدمة على مستوى المجتمع المحلي عنصر هام آخر فى استراتيجية تحسين التغذية. وفى المجتمعات التقليدية، وخاصة فى المناطق الريفية، تعتمد أمور كثيرة على قدرة ادارة القرية على تحديد المشكلات التغذوية والاضطلاع بالعمل الواجب. وعلى الرغم من أن عملاً فعالاً قد ينفذ من خلال التنظيم السليم لأنشطة زراعية واجتماعية ولأنشطة مدرة للدخل فى القرى على سبيل المثال، حتى عندما يكون هناك افتقار الى الوعى بالقضايا التغذوية أو الى تحليل هذه القضايا، فإن

تعزيز الهياكل القروية يمكن أن يؤدي دورا بالغ النفع فى تقييم المشكلات التغذوية وفى تشجيع الاستجابات اللازمة. وقد تدعو الحاجة الى تقوية الهياكل الحكومية على مستوى القرية عن طريق ترسيخ الديمقراطية، وتحقيق لامركزية المسؤوليات، ووضع برامج تدريبية موجهة لقادة المجتمع المحلى لتزويدهم بالمهارات التحليلية والادارية اللازمة. وينبغى أن يكون تكوين الموارد البشرية المحلية والاضطلاع بعمل نوعى ذى وجهة تغذوية فى كل مجتمع محلى، عنصرين محددين تحديدا جيدا فى اطار الخطط الانمائية الجهوية.

٩٥ - وقد يكون هذا النوع من العمل أكثر صعوبة فى البيئة الحضرية عنه فى المناطق الريفية بسبب انهيار الهياكل والقيم التقليدية وتجزؤ المجتمع. وقد توجد مشكلات تتمثل بكل من الافراط فى التغذية ونقص التغذية جنبا الى جنب، وستتطلب معالجة هذه المشكلات اتباع نهج تنظيمية مختلفة. ولذا فان من المهم أن تدرج الاعتبارات التغذوية فى عمليات التخطيط الحضرى والعمليات الحكومية المحلية.

٩٦ - تقديم الرعاية على المستوى القطرى: يلزم بذل الجهود على المستوى القطرى، لاستحداث تكنولوجيا واقامة هياكل أساسية أفضل بوسعها الحد من الاعباء التى تستنزف، بوجه خاص، وقت النساء وجهودهن. وينبغى أن تستهدف هذه التكنولوجيات والهياكل الاساسية تقليل الاعباء المتصلة بجلب المياه وجمع الحطب، وتيسير الانتفاع بالخدمات الصحية، وتحسين الصحة العامة والنظافة العامة، وكفالة انتفاع المرأة بالتحسينات المدخلة على التكنولوجيا الزراعية وتكنولوجيا تصنيع الاغذية.

مشاركة المجتمع المحلى فى برنامج التغذية فى ارينجا بتنزانيا

تعتبر التعبئة الاجتماعية احدى السمات الأساسية لبرنامج التغذية فى ارينجا بتنزانيا. ووفقا لبرنامج دعم التغذية المشترك بين منظمة الصحة العالمية واليونيسيف، تجمع التعبئة الاجتماعية بين الترويج والتوعية على جميع المستويات التى يتشكل منها الهرم الادارى. وتشمل أنشطة الترويج توسيع نطاق الالمام بمشاكل التغذية وتخصيص الموارد اللازمة لايجاد حلول لها. وتلازم أنشطة التوعية أنشطة الترويج لضمان تزويد أولئك المتحمسين للعمل بالادوات والقدرات اللازمة لأداء أعمالهم بكل فعالية.

ومن بين أهداف البرنامج تحسين مستوى القدرات المتاحة على مستوى جميع طوائف المجتمع حتى تتمكن من تقدير حجم مشكلات التغذية وتحليلها ومن ثم تحديد العمل المناسب لمواجهتها. وفى هذا الصدد، وجد أن رصد النمو على مستوى المجتمع المحلى كان من أكثر الأنشطة نجاحا. فقد استطاعت اللجان المحلية فى القرى بدعم من الموظفين المحليين انشاء نظام لتسجيل الأسر والقرى. وأمكن استخلاص احصاءات مهمة تتعلق بأوضاع

السكان في تلك القرى. وكان لجميع الأطفال دون سن الخامسة أشكالاً بيانية تحدد درجة نموهم، وقامت المراكز الصحية القروية بوزن كل واحد منهم مرة كل ثلاثة شهور على الأقل. ودونت المعلومات المتعلقة بنمو الأطفال في السجلات الخاصة بالأسر، وصنفت التقارير لمعرفة الأداء الكلي لنمو الأطفال في كل قرية. وقدمت اللجان الصحية القروية النصائح والإرشادات إلى آباء الأطفال الذين وجد أن نموهم كان ضعيفاً. كذلك احتفظت اللجان بسجلات عن وفيات الأطفال، بما في ذلك تحديد عمر الطفل وآخر أعراض المرض الذي كان يعاني منه قبل وفاته.

وقد أجرى مسح أسرى لتقدير نتائج أنشطة البرنامج. وقد تم خلاله التحقق من مدى تفهم الأمهات للأشكال البيانية الخاصة بنمو الأطفال ومدى استخدامهن لأملاح معالجة الجفاف عن طريق الفم.

وقد تبين أن المام الأمهات بهذه الأشكال كان جيداً للغاية، حيث أبدى نحو ٨٠ في المائة من الأمهات اللواتي شملهن المسح تفهماً كاملاً لهذه الأشكال. أما مدى استخدام أملاح معالجة الجفاف عن طريق الفم فقد ظهر أنه أقل احتمالاً، حيث تبين أن العدد الأكبر من الأمهات كان لا يفهم إلا قدرًا محدوداً من الطريقة السليمة لخلط تلك الأملاح.

وبعد ثلاث سنوات من أنشطة المشروع، جرى تحليل التأثير العام للمشروع على الحالة التغذوية استناداً إلى مدى انتشار حالات انخفاض الوزن الحاد والخفيف. وفيما بين عامي ١٩٨٤ حيث بدأ تنفيذ المشروع وعام ١٩٨٧ حدث انخفاض ملحوظ في عدد صغار الأطفال الذين يعانون من انخفاض حاد في الوزن (أي عندما يقل الوزن عن نسبة ٦٠ في المائة من القيمة المرجعية للوزن قياساً إلى العمر) من نسبة ٦٣ في المائة إلى ١٧ في المائة، كما حدث انخفاض آخر في عدد الأطفال الذين يعانون من انخفاض خفيف في الوزن (أي عندما يقل الوزن عن نسبة ٨٠ في المائة من القيمة المرجعية) من ٥١ في المائة إلى ٢٧ في المائة في القرى الأصلية التي يبلغ عددها ١٦٨ قرية. وفي ٤٤٤ قرية أخرى في أرينجا لم تشارك في المشروع، ظهر أن نسبة الأطفال الذين يعانون من نقص حاد في الوزن عام ١٩٨٧ تبلغ آره في المائة، بينما بلغت نسبة أقرانهم ممن يعانون من نقص خفيف في الوزن ٥٠٧ في المائة. كذلك انخفضت نسب وفيات الأطفال إلى حد كبير جداً في القرى المشاركة في المشروع. وتؤكد هذه البيانات التأثير القوي لبرنامج التغذية في أرينجا على سوء التغذية الذي يصيب صغار الأطفال، وأنه كان من الانجازات الرئيسية في تنمية قدرات الأسرة والمجتمع المحلي على مواجهة أوضاعهم التغذوية.

المصدر: البرنامج المشترك بين منظمة الصحة العالمية واليونسيف لدعم التغذية في أرينجا بتنزانيا. تقرير التقييم ١٩٨٣-١٩٨٨، ١٩٨٨.

٩٧ - ويتعين تعزيز حقوق المرأة في الملكية والدخل عن طريق وضع التشريعات اللازمة. فينبغي مثلاً تحسين فرص حصول النساء على القروض. وعلاوة على ذلك، ينبغي زيادة إشراف المرأة على دخل الأسرة عن طريق تعزيز فرصها في العمل وزيادة العائدات من الأصول المنزلية.

٩٨ - ويتعين أن تبذل الحكومات الجهود اللازمة لتوفير الأمن الاجتماعي للنساء حيثما أمكن. فالحق في أجازة الوضع، مثلاً، قضية هامة تتعلق بالسياسات وتنطوي على منافع بعيدة الأثر بالنسبة لصحة وتغذية الأم وأطفالها.

٩٩ - رعاية اللاجئين والنازحين: تعمل الاستراتيجيات الرامية الى توفير الرعاية في هذا المجال على المستوى الدولي أيضا. وبصفة خاصة، عندما يعبر اللاجئون حدودا دولية، تدعى الوكالات الدولية الى حماية أوضاعهم. ويعانى اللاجئون على الأرجح من نفس نوع الأمراض المنتشرة لدى الفئات الحساسة الأخرى في البلدان النامية لأنهم أصبحوا معوزين. ونقص التغذية والأمراض المعدية والاضطرابات العقلية والوجدانية بعض من أكثر العواقب انتشارا لنزوح السكان. وعلاوة على ذلك فان من غير المرجح أن يعود كثير من اللاجئين الى أوطانهم.

١٠٠- وينبغي ألا ينظر الى اللاجئين أو النازحين، شأنهم شأن الفئات الحساسة الأخرى، بوصفهم عاجزين أو معتمدين على غيرهم بصفة مستديمة. فانهم يحتاجون الى موارد تمكنهم من التغلب على الحرمان وتلبية حاجاتهم الأساسية والاعتماد على النفس حتى في بيئاتهم الجديدة لو اقتضى الأمر. وينبغي لدى تقديم الحصص الغذائية، توزيعها على أساس الحاجة وليس على أساس التوافر الفوري لبعض الموارد من الجهات المتبرعة.

تقييم الأوضاع التغذوية وتحليلها ورصدها

١٠١- تعتبر المعلومات عنصرا أساسيا لاتخاذ القرارات الفعالة المتعلقة بالسياسات والبرامج الرامية الى النهوض بالأوضاع التغذوية للسكان. وينبغي أن تقدم هذه المعلومات، لكي يستفاد منها الى صانعي القرارات المعنيين على مختلف المستويات، ابتداء من الفرد حتى المستوى الدولي وينبغي توفيرها في الوقت المناسب وبشكل واضح.

١٠٢- ولابد من توفير المعلومات المتصلة بالتغذية لأغراض عديدة، كتحديد مشكلات التغذية المزمنة وأسبابها، والتنبؤ بالمشكلات التغذوية الوشيكة أو الحادة واكتشافها، وتحديد المجموعات المستهدفة من السكان من أجل بذل جهود الاغاثة في المدى القصير، ووضع برامج وسياسات للحد من هذه المشكلات في المدى الطويل، ورصد التغييرات وتقييم تأثير البرامج الانمائية وعمليات التدخل في الأجلين القصير والطويل.

١٠٣- ولما كانت الحالة التغذوية حميلة مجموعة واسعة من الظروف الاجتماعية والاقتصادية، فانها تعتبر مؤشرا دقيقا للمستوى العام للتنمية في المجتمع. وإذا استخدمت المؤشرات المتصلة بالتغذية مثل عدد الذين يعانون من نقص التغذية ومدى انتشار سوء التغذية المرتبط بالمتحصلات من البروتين والطاقة أو توزيع الرقم الدليلي لكتلة الجسم للبالغين، الى جانب مؤشرات اضافية أخرى للتنمية القطرية، كالنتائج القومية الاجمالي، فانها تصبح مقياسا جيدا لمستوى معيشة السكان والتنمية.

١٠٤- وينبغي توجيه الجهود لتجميع المعلومات بشأن مستوى التغذية وتحليلها، لتلبية احتياجات صانعي القرارات. وكثيرا ما تجمع المعلومات ولاستخدم. وما لم يكن هناك تفهم واضح لنسوع المعلومات المطلوبة، ومن يجمعها ومتى ولأية أغراض، فان الوقت والموارد المبذولة فيها ستذهب سدى.

١٠٥- وينبغي، من الناحية المثالية، أن تتناول المعلومات، لكي تكون فعالة ومجدية، عدد السكان الذين يعانون بالفعل من أنماط معينة من سوء التغذية بالإضافة الى الذين قد يصبحون من هذه الفئة. وينبغي توفير معلومات اضافية عن مواقع هذه الفئات والتغيرات في أوضاعها التغذوية مع مرور الزمن، وتجدر الإشارة أيضا الى أن تجميع المعلومات بشأن العناصر المؤثرة في مستوى التغذية، يعتبر عنصرا هاما في وضع البرامج ورصدها.

١٠٦- وتدعو الحاجة الى التمييز، في بادئ الأمر، بين مشكلات التغذية ذات الأولوية الناتجة عن نقص الاستهلاك أو العدوى وهى المشكلات التى تمثل المكافحة الأولى فى معظم البلدان النامية، والأمراض المزمنة غير السارية المتصلة بالتغذية التى تنتشر أيضا فى معظم البلدان. ولابد من التمييز بين الأزمات الغذائية الحادة الناتجة عن حالات الطوارئ الطبيعية أو التى من صنع الإنسان، وحالات سوء التغذية المزمنة أو المتوطنة التى تعتبر، فى معظم الأحيان، مشكلة خطيرة جدا كما أنها تنم عن نقص شديد فى المغذيات الدقيقة. ولابد من اجراء تقدير أولى من أجل تحديد المشكلات ذات الأولوية وتصنيف الفئات السكانية الأشد تضررا. ويعتمد ذلك، بصورة عامة، على تجميع المعلومات الموجودة وتحليلها. الا أنه ينبغى مراعاة احتمال حدوث بعض التحديات اذا استخدمت عينات غير تمثيلية.

١٠٧- تقييم المشكلات التغذوية ورصدها وبصورة عامة، يعتبر استخدام عدد قليل من المؤشرات والتركيز على تلك التى يسهل تقييمها بانتظام أنسب المناهج من الناحية العملية لرصد التغذية. فانتشار ظاهرة نقص الوزن فى أوساط الأطفال قبل سن المدرسة، هو المؤشر الشائع لحالة نقص التغذية فى البلدان المعنية. وتشمل مصادر البيانات: تجميع بيانات رصد النمو فى المجتمعات المحلية، والمستوصفات الصحية أو المدارس، والمسوحات التغذوية التى تعتمد على عينات دورية، أو المسوحات القطرية أو المحلية التى تجرى لمختلف الأغراض. ولا بد من الحصول على بيانات تمثيلية دورية من الوحدات الادارية المعنية مثل المنطقة على سبيل المثال. ومن المفيد التركيز على الاتجاهات باستخدام المؤشرات ذاتها فى المجتمعات المحلية نفسها (مواقع المشاهدة)، التى يمكن الحصول عليها اما من أعمال الرصد الجارية أو المسوحات المتكررة. وكذلك فان توفير بيانات مفصلة على المستوى دون القطرى، بحسب بعض المعايير مثل المناطق الادارية والمناطق الريفية أو الحضرية والمناطق الايكولوجية وبعض العناصر الاقتصادية الاجتماعية المختارة كمصدر الدخل أو القدرة على الحصول على الخدمات والبرامج، سيكون أمرا مفيدا اذا أمكن توفير هذه البيانات.

١٠٨- وتدعو الحاجة الى استعراض أسباب سوء التغذية باستمرار، ويمكن تجميعها بحسب الأمن الغذائى الأسرى والعوامل الصحية والرعاية على النحو الذى تناولته المناقشات فى الفصل الثانى. ويقتضى تقدير الأوضاع الغذائية ورصدها بعض المعلومات عن كل عنصر من هذه العناصر. ومرة أخرى، تجدر الإشارة الى امكانية الحصول على بعض هذه البيانات من المصادر المتوافرة.

١٠٩- وفى الحالات الخاصة مثل الأزمات الغذائية الناجمة عن الجفاف أو الضغوط الاقتصادية أو الهجرة أو حالات الحرب، يقتضى الأمر أن تخصص فى الوقت المناسب الموارد اللازمة لتنفيذ الأشغال العامة، وتوزيع الأغذية. وكثيرا ما يعتمد أهم مؤشرات الانذار المبكر على توقعات توافر الأغذية وعلى المؤشرات السعرية. فمن

رصد التغذية - مؤشرات نمطية

* الازمات الغذائية

- أساليب الانتاج.
- أسعار السوق.
- المخزونات الغذائية.
- النقص في وزن الجسم.

* سوء التغذية الناجم عن نقص الطاقة والبروتين

- قياسات الجسم في الأطفال: (الوزن الى الطول، الوزن الى العمر، الطول الى العمر).
- معدل نمو الأطفال.
- معدل إنتشار الأمراض المعدية.
- المتحمل الغذائي بالمقارنة بالاحتياجات.
- دليل كتلة الجسم.

* الامن الغذائي الأسرى

- مستويات العمالة.
- أسعار السوق.
- التغيرات في الدخل الحقيقي وفي القوة الشرائية.
- امدادات أغذية الطاقة.

* قدرات الرعاية

- توعية الأمهات.
- نسبة الامام بالقراءة والكتابة.
- تشغيل الأمهات.
- الانفاق العام.
- الرضاعة الطبيعية (المدة/النسبة المئوية).

* العلاقة بين سوء التغذية - والاصابة بالامراض

- معدل انتشار الاسهال.
- مدى شمول التحمين.
- المرافق الصحية (نوع المرحاض).
- مدى توافر المياه العذبة.
- وزن الطفل الى عمره.

* مظاهر نقص المغذيات الدقيقة

- نقص الحديد: معدلات الانيميا.
- فيتامين (أ): العشى - جفاف الملتحمة لدى الأطفال.
- اليود : الغدة الدرقية - الفضامة.

* الامراض المزمنة غير السارية

- معدل انتشار المرض/الوفيات: أمراض القلب والأوعية الدموية، والسكري، والسمنة، وبعض أنواع السرطان؛ وعقد مقارنة مع معدلات الأمراض المعدية.
- توزيع السكان بحسب السن.
- معدل الوفيات حسب الأعمال.
- التغيرات في نمط التغذية/في أسلوب المعيشة.

المفيد في البلدان المعرضة للجفاف، الجمع بين البيانات المتعلقة بمعدل هطول الأمطار ومحاصيل الأغذية وظروف الماشية، والمعلومات الأخرى الخاصة بمخزونات الأغذية والاحتياطيات وظروف السوق ومختلف المؤشرات الاقتصادية والاجتماعية من أجل التنبؤ بالازمات الغذائية. وقد أثبتت بوتسوانا والهند وإندونيسيا امكانية التخفيف من حدة الازمات الغذائية حيثما تتوافر الارادة اللازمة لذلك، وأن المعلومات تفضل بدور مهم، وأن النظم القطرية وشبه الاقليمية للانذار المبكر، حيثما وجدت، توفر معلومات قيمة في هذا المجال. وتشمل الأساليب لتعزيز توافر مثل هذه البيانات ما يلي: الاستماع الى اهتمامات السكان، بما في ذلك ما تعبر عنه الصحافة الحرة ومراقبة التغيرات واستخدام أسعار الأغذية كمؤشرات لزيادة توفير استخدام مواقع المشاهدة المتواصلة واجراءات توفير التقييم السريع بالاضافة الى رصد تنفيذ عمليات التدخل.

١١٠- وكثيرا ما تعتمد الجهود لمعالجة حالات نقص التغذية المتوطنة، على تقييم ورصد الأوضاع التغذوية العامة، وتستخدم عادة معايير عديدة كقياس أجسام الأطفال والوزن عند الولادة ووزن النساء بالنسبة للطول ومعدلات الوفيات في بعض الأحيان. ومن الصعب تقييم درجات الأمن الغذائي الأسرى، وإن كان من السهل نسبيا رصد المؤشرات كتقلبات أسعار الأغذية التي ترد في بعض تقارير النظم القطرية للانذار المبكر. وعند انتقاء المؤشرات الملائمة لأغراض الرصد، ينبغي أن تبذل الجهود لاستخدام المؤشرات من البيانات الواردة في المسوحات الموجودة، بما في ذلك تحليل المعلومات المجمعة بانتظام كالأسعار والتقلبات في الانتاج المحلي. ويمكن لنتائج البحوث والمناقشات المحلية والأساليب الأخرى أن توفر معلومات اضافية مفيدة.

١١١- وفيما يتعلق بالأوضاع الصحية، تتركز الاعتبارات الرئيسية على التفاعل بين سوء التغذية والاصابة بالأمراض، والرعاية الصحية الأولية وأنماط الحياة الصحية. ويمكن رصد الأمراض المعدية على مستوى المجتمع المحلي من خلال خدمات الرعاية الصحية الأولية، في حالة ظهور أحد هذه الأمراض، ومن خلال النظم الصحية من طريق الاخطار بالأمراض المعدية. فمن خلال هذه النظم يمكن معالجة انتشار الأمراض وأهمها أمراض الاسهال واصابات الجهاز التنفسي والملاريا والحمية. وفيما يلي أهم عمليات التدخل التي ينبغي للقطاع الصحي أن يرصدها: مكافحة الأمراض المعدية، القيام بعمليات التحصين وعلاج الجفاف بمحلول يعطى عن طريق الفم، والتوعية الصحية والتغذوية، ومراقبة سوء التغذية الناجم عن نقص المغذيات الدقيقة، واتخاذ الاجراءات الصحية البيئية التي تشمل توفير المياه والأغذية السليمة بالاضافة الى تصريف المخلفات. ويتضمن تقييم أنماط الحياة الصحية، رصد الرياضة البدنية والتدخين، بالاضافة الى تناول الأغذية السليمة وانتشار أو هيمنة الأمراض غير السارية المرتبطة بالنظام الغذائي على النحو الذي سيناقش فيما بعد.

١١٢- وينبغي تطوير أساليب تقييم ورصد قدرة الأسر على توفير الرعاية الكافية. وثمة مجموعة رئيسية من القضايا تشمل القيود التي تفرض على النساء والجهود التي ينبغي بذلها للنهوض بأوضاعهن. وينبغي تحليل بعض العناصر بحسب الجنس، حيثما تدعو الحاجة، كالتدابير اللازمة للنهوض بالأوضاع التعليمية وحقوق الحصول على الموارد والتحكم بها والقدرة على استخدام الخدمات الصحية والزراعية وكذلك التكنولوجيا وحقوق الملكية والدخل بالإضافة الى الأعباء. ولا بد من تقييم الأوضاع التغذوية في أوساط النساء، بما في ذلك مراقبة حالات فقر الدم حيثما يمكن ذلك.

١١٣- وينبغي رصد ممارسات الرضاعة الطبيعية والمعوقات التي تواجهها، وذلك في ضوء الأهمية القصوى التي تتميز بها الرضاعة الطبيعية على مستوى تغذية الطفل في بداية حياته، وكذلك تأثير هذا النمط من الرضاعة على صحة الأم، بما تحدثه من تمديد للفترات الفاصلة بين حالات الحمل مثلاً. ولا بد كذلك من تقييم عمليات تغذية الرضع وممارسات الفطام ولو من الناحية النوعية على الأقل.

١١٤- يمكن تقييم ورصد مظاهر نقص المغذيات الدقيقة - وخصوصاً اليود والحديد وفيتامين (أ) - سواء من حيث يمكن تقييم ورصد مظاهر توافر الأغذية واستهلاكها، أو المؤشرات الاكلينيكية لنقص الأغذية، أو الاختبارات الكيميائية الحيوية، أو رصد برامج المراقبة. فالجمع بين بيانات المسح والمعلومات المستقاة من جهاز المحة يمكن أن يوفر المعلومات الضرورية.

١١٥- وهناك من الدلائل على أن بعض الأنماط الغذائية تمثل عوامل خطر الإصابة بالنسبة لبعض الأمراض غير السارية المتعلقة بنوعية النظام الغذائي، بما في ذلك أمراض القلب والأوعية الدموية، وداء السكر، والسمنة، وبعض أشكال السرطان. وقد يكون من المفيد، كمؤشر، اقتفاء الأنماط التغذوية والاتجاهات المرضية. أما الاتجاهات التي غالباً ما تقيّم على المستوى القطري، اعتماداً على بيانات ميزانية الأغذية، فهي ترتبط باجمالي المتحصل من الطاقة، والنسبة المئوية للطاقة من الدهون النباتية، ومن الدهون ذات المنشأ الحيواني كبديل عن الدهون المشبعة. وحيثما يعتقد أن هناك مجموعات سكانية ثانوية يحدق بها الخطر، يفضل اجراء مسوحات دورية لاستهلاك الأغذية لدى هذه المجموعات. وقد يكون من الاجدى لو تستخدم بيانات المسح هذه في المقارنة مع أهداف المتحصل الغذائي المفضلة، ذلك لأن بيانات ميزانية الأغذية لا تعكس الاستهلاك الغذائي الفردي الفعلي أو تتيح تقديرات بحسب المجموعات السكانية الثانوية. ولما كانت البيانات التفصيلية عن الوفيات وانتشار الأمراض، على المستوى القطري، غير متوافرة أو جاهزة في العديد من البلدان النامية، فإن استخدام البيانات من مواقع مختارة بعينها ربما يفيد في الوقت الذي تستقر فيها التغطية المنتظمة عن طريق الجهاز الصحي. ولتقييم الأمراض المتعلقة بالأغذية وغير السارية في المجموعات المعرضة للخطر، يفضل، قدر المستطاع، رصد بعض المؤشرات الصحية الوسيطة مثل ضغط الدم، وغلوكوز الدم،

والكولسترول، ودليل كتلة الجسم. ويمكن الحصول على هذه المعلومات، أساسا، من بيانات العيادات المحية.

١١٦- تدعيم أجهزة معلومات التغذية: وتلزم المعلومات كذلك في تنفيذ البرامج التي تهدف الى حل مشكلات غذائية بعينها، أو التي توجه لمصلحة جماعة معينة أو منطقة جغرافية بذاتها. وأصبحت تجمع، على نطاق واسع، تلك المعلومات المتعلقة ببرامج مراقبة نقص اليود وخلله. كما أخذت هذه المعلومات تتسع في نطاقها لتشمل البرامج الأخرى المتعلقة بالمغذيات الدقيقة. وتم تحديد الأعمال الرئيسية المشمولة ببرنامج مراقبة نقص اليود وخلله، كما تم وضع نظام تقاس بموجبه درجة تنفيذ كل عمل من هذه الأعمال. وقد برهن رصد تنفيذ البرامج على أنه أداة إدارية فعالة، وإن مثل هذا الأسلوب يجب توسيع تطبيقه ليشمل جميع عناصر برامج التغذية.

١١٧- ويجب النظر الى الموارد والتكاليف المتعلقة بجمع وتحليل البيانات في ضوء الاستخدام الكفء للموارد الكبيرة المطلوبة للإجراءات والتدخلات لتحسين الوضع التغذوي. ومن الواضح أنه لن يلزم في مرحلة التحرى والفحص سوى موارد قليلة نسبيا لجمع المعلومات. ومن جهة أخرى، فإن هذه المعلومات لا تكون مكلفة عندما لا تكون مخصصة بوضوح، إذا ما قورنت بمصاريف الأنشطة غير الفعالة أو بالمصاريف المنفقة في حال الافتقار الى التأثيرات. ومن الجانب الآخر، قد تكون التدخلات ذات التأثير المهم على التغذية، لاسيما عن طريق الأمن الغذائي الأسرى، باهظة التكاليف. كما أن الانفاق للحصول على المعلومات المناسبة، بما فيها المعلومات التي تتوافر عن طريق المسوحات الخاصة، قد يكون له ما يبرره من حيث ضمان الاستخدام الفعال للأموال العامة.

١١٨- ولابد من الاستفادة بقدر الامكان من المصادر المتاحة للبيانات، خصوصا عندما تكون الموارد مقيدة جدا. ففي بعض البلدان، تكون برامج رصد النمو مصادر مفيدة للمعلومات. كذلك يمكن جمع وتصنيف الأوزان عند الولادة إذا ما توافرت. ويمثل رصد الأسعار جزءا من العديد من النظم الإحصائية الروتينية، ويمكن استخدام هذا الرصد في تقصى اتجاهات الأمن الغذائي الأسرى. وربما تكون بيانات إدارة البرنامج ذات أهمية كذلك. ومن الشائع أيضا اضافة المقاييس التغذوية الى مسوحات الأسرة. ويلزم تقصى امكانية معالجة بيانات الانفاق الأسرى لتقييم احتياجات الاستهلاك من الطاقة الغذائية. وعندما تكون البيانات المتاحة محدودة جدا، ومن المهم الاسراع في الابلاغ أو تحسين النوعية، يتحتم النظر في امكان استخدام مواقع المراقبة.

١١٩- وتلعب إجراءات التقييم السريع دورا مهما محتملا في جميع مراحل تقييم المجتمع المعنى، من بين ذلك التقييمات الأولية للتقارير المستلمة ومتابعتها. وهذا يضاف الى دورها الراسخ في الحصول على معلومات مفصلة، وأحيانا نوعية، عن تنفيذ البرامج.

رصد حالة التغذية في الولايات المتحدة

يعد رصد حالة التغذية في الولايات المتحدة أمراً مهماً لرسم السياسات واجراء البحوث. اذ يوفر هذا الرصد المعلومات وقاعدة البيانات اللازمتين لاتخاذ قرارات السياسات العامة المتعلقة بالتوعية التغذوية؛ وبرامج التغذية المتصلة بالصحة العامة؛ وبرامج المساعدة الغذائية؛ وبرامج الخدمات الغذائية التي تدعمها الحكومة الاتحادية؛ واللوائح الخاصة بتدعيم الاغذية بالمغذيات الأخرى، وسلامة الامدادات الغذائية والبطاقات المدونة عليها؛ ونتاج الاغذية وتسويقها.

وترجع أنشطة رصد حالة التغذية في الولايات المتحدة الى عام ١٨٩٦. غير أن الحكومة الاتحادية لم تبدأ تطبيق نظام رسمي في هذا المجال، وهو نظام بات يعرف باسم النظام القومي لرصد حالة التغذية، الا في أواخر السبعينات عندما طلب الكونغرس الى وزارة الزراعة ووزارة الخدمات الصحية والبشرية في الولايات المتحدة وضع نظام منسق وشامل للرصد. ويتألف النظام القومي لرصد حالة التغذية من خمسة عناصر - هي قياسات التغذية ومايتصل بها من قياسات صحية؛ واستهلاك الاغذية والعناصر المغذية؛ وتقييم المعارف والمواقف وأنماط السلوك؛ وقواعد البيانات الخاصة باستهلاك الاغذية والعناصر المغذية؛ والعوامل التي تحدد امدادات الاغذية. وبالإضافة الى المسحين الأساسيين (المسح القومي لاستهلاك الاغذية/المسح المستمر لمتحصلات الأفراد من الاغذية، والمسح الدراسي القومي للصحة والتغذية)، هناك نحو ٤٠ مساحاً ونظاماً للرصد يتم في اطارها جمع البيانات وتبليغها.

وفي ١٩٩٠، أصبح مشروع القانون الخاص برصد التغذية على المستوى القومي ومايتصل به من بحوث قانوناً رسمياً. واستهدف هذا القانون تعزيز الرصد القومي لحالة التغذية إذ كلف وزيرى الزراعة والصحة، على التوالي، بأن يعدا وينفذا خطة عشرية شاملة لوضع برنامج منسق يجرى في اطاره بصفة مستديمة اعداد تقييمات وتقارير عن الحالة الغذائية والتغذية للسكان. وركزت جهود الحكومة الاتحادية المبذولة في مجال رصد حالة التغذية على وصف الاغذية والحالة التغذوية لدى عامة السكان، وبحسب العمر والنوع والعرق والمجموعات الاثنية الفرعية. وبالإضافة الى ذلك، تتولى الولايات والحكومات المحلية والمنظمات غير الحكومية رصد بعض جوانب التغذية، ومنها على سبيل المثال القياسات المتعلقة بانعدام الامن الغذائي لدى الأسر منخفضة الدخل التي تعيل أطفالاً.

١٢٠- ويعتبر تعزيز القدرات المؤسسية محور الجهود الرامية الى رصد التغذية. وفي معظم الحالات التي بوشر فيها بتنفيذ نظم الرصد، أتاح الدعم المتواصل للنظام أن يتطور مع مضي السنوات. وفي هذه المرحلة، أصبحت تلك النظم جزءاً من دورة فعالة من المعلومات والأعمال المطلوبة. ولا تزال بلدان عديدة في مرحلة وضع البرامج القطرية المنسقة ووضع نظم معلومات التغذية، منطلقة عموماً من بيانات عن نقص تغذية الأطفال، ويمكن غالباً، من خلال استخدام مصادر البيانات الراسخة ونظم المعلومات المنشأة، استنباط نظام متعدد الأوجه وفقاً لأولويات البلاد ومواردها. ويجب، عند إنشاء مثل هذه النظم، التركيز على المعلومات اللازمة لتنفيذ الأعمال المطلوبة.

١٢١- الدعم العالمي لرصد التغذية: تستند القرارات، التي تتخذ على المستوى العالمي، إلى تقييم حالة الأمن الغذائي. وتنحو هذه القرارات لتحقيق نمطين من الأهداف: أولهما، تبرير تخصيص الموارد للتصدي، على نطاق واسع، للجوع وسوء التغذية؛ لتنبه المتبرعين للآزمات الغذائية الوشيكة، وذلك، أساساً، بهدف تخصيص الامدادات والأموال لمعونات أغذية الطوارئ، والتوقف عن هذه الامدادات حالما تنتهي حالات الطوارئ. وتستند هذه القرارات إلى مصادر مختلفة، إثنان منها هما: اجراءات موازين الأغذية والنظام العالمي للاعلام والانذار المبكر في منظمة الأغذية والزراعة.

١٢٢- فالتقديرات التي تعدها المنظمة انطلاقاً من ميزانية الأغذية، التي تحدد المستويات والاتجاهات المتعلقة بمدى توافر أغذية الطاقة حسب البلدان والسنوات، يمكن دمجها مع المعلومات المستقاة من النظام العالمي للاعلام والانذار المبكر، للوصول إلى تقييم أحدث للاتجاهات المتعلقة بمدى توافر الأغذية. ويمكن لهذا أن يسمح بوضع تقديرات تقريبية للمستويات الراهنة لنقص التغذية على المستوى العالمي يشير إلى مجموعات البلدان أو ربما لكل بلد على حدة مع تباين الوسط التكراري. ومن الممكن أن يفيد هذا في رصد التغيرات التي تطرأ بين سنة وأخرى. ويبدو هذا الأسلوب عملياً من حيث المبدأ، لكننا يلزم اخضاع المنهجية للاختبار.

١٢٣- وهناك مشروعات دولية لرصد الصحة تنفذ عن طريق منظمة الصحة العالمية تشمل عدداً من البلدان مثل مشروع رصد الاصابة بأمراض الأوعية الدموية ومكافحتها "MONICA" ومشروع التغذية الأوروبي "EURONUT". ويجمع المشروع الأول المعلومات المتعلقة باتجاهات أمراض القلب والأوعية الدموية وعوامل الخطر بالاصابة، بما في ذلك المعلومات عن الجوانب النوعية للتغذية. وقد تم توسيع هذا المشروع ليشمل بعض البلدان النامية من خلال الشبكة العالمية لرصد أمراض القلب والأوعية الدموية والوقاية منها. بينما يهدف المشروع الثاني إلى تقصي الأنماط التغذوية فيما بين المسنين في اثني عشر بلداً أوروبياً.

١٢٤- ويشار الى أن البنك العالمي للبيانات التغذوية لقياس جسم الانسان، وأيضا قاعدة البيانات العالمية لتحليل الاتجاهات التغذوية، اللذين أنشأتها منظمة الصحة العالمية، يجرى توسيعهما ليشتملا مجموعة من الجوانب المتعلقة بالتغذية. كذلك يدعى بإنشاء نظام للاعلام عن بيانات المغذيات الدقيقة يتضمن معلومات عن حالة المغذيات الدقيقة ونظرة اجمالية على برامج وتدخلات الرقابة، بحسب كل بلد على حدة. كما بدى بتنظيم أنشطة تدريبية تهدف الى تعزيز نظم هذه المعلومات، على المستويين الاقليمي والقطري.

المنظمة - النظام العالمي للاعلام والانذار المبكر

توجد في مقر منظمة الأغذية والزراعة شبكة عالمية تسهر على مراقبة حالة الأغذية في العالم. اذ يقوم النظام العالمي للاعلام والانذار المبكر بجمع وتحليل ونشر أحدث البيانات المتاحة ذات الصلة بجميع العوامل التي قد تؤثر على حالة امدادات الاغذية والطلب عليها. وتغطي هذه البيانات مجالات واسعة النطاق تتراوح بين الأحوال الجوية الى تفشي الأمراض الحيوانية والنباتية، ومن مشاكل النقل الى السياسات الحكومية التي تؤثر على انتاج واستهلاك الاغذية الأساسية وأسعارها والمتاجرة بها.

ويجمع النظام العالمي للاعلام والانذار المبكر المعلومات من مصادر متنوعة، بما في ذلك المؤسسات القطرية والمكاتب القطرية للمنظمة. كذلك فان وكالات الأمم المتحدة الأخرى وما يزيد على ٥٠ منظمة دولية غير حكومية العاملة في العمليات الميدانية وحالات الطوارئ تعتبر من المصادر المهمة للمعلومات التي يجمعها النظام.

وقد تعزز النظام في السنوات الأخيرة الى حد كبير بفضل الانجازات التي تحققت في مجالات التكنولوجيا، وتوسع مصادر البيانات والتحسينات التي طرأت على أداء الأقمار الصناعية وتكنولوجيات أجهزة الحاسب الآلي وفي نمو مهاراتها التحليلية المعقدة. ويزداد اعتماد النظام تدريجيا على استخدام أجهزة المعلومات الالكترونية مثل شبكة الطوارئ الدولية للأمم المتحدة لتسليم تقارير في الوقت المناسب تتعلق بأي خطر محتمل قد يتعرض له الأمن الغذائي.

وقد يستخدم النظام مصفوفة واسعة النطاق من المؤشرات الاجتماعية والاقتصادية لرصد حالة الأمن الغذائي، بما في ذلك مخزونات الحبوب والامدادات المتاحة في الأسواق ومستوى مرتبات العاملين (في المدن والريف) وأسعار المنتجات الحيوانية ومعدلات الذبح، وطول الصفوف أمام حوانيت الأغذية وحركات السكان ونموهم، وكذلك حالات سوء التغذية الحاد والمجاعات. وتبذل مساع حثيثة لتحسين استخدام المؤشرات الخاصة بالتغذية وبالأوضاع الاجتماعية والاقتصادية في التقارير التي يعدها النظام العالمي للاعلام والانذار المبكر.

ونظرا لأن الأمن الغذائي يعتمد في النهاية على فرص حصول السكان على كميات كافية من الأغذية، فقد تركز البحث لا على طرق تقدير مدى توافر الأغذية فحسب، بل وعلى طرق توزيعها. ومن البدايات المجدية وضع خرائط تحدد مناطق الخطر، وهي تحدد بالنسبة لعدد قليل من البلدان المختارة فئات السكان المعرضة أكثر من غيرها لانعدام الأمن الغذائي واعدادها، وما هي أسباب ذلك، وما هو الوضع الحالي لأنهم الغذائي وحالتهم الغذائية.

مراجع الفصل الرابع

- FAO/WHO. 1992. Improving household food security: theme no. 1. *Major issues for nutrition strategies*. International Conference on Nutrition, Rome.
- FAO/WHO. 1992. Protecting consumers through improved food quality and safety: theme no. 2. *Major issues for nutrition strategies*. International Conference on Nutrition, Rome.
- FAO/WHO. 1992. Caring for the socio-economically deprived and nutritionally vulnerable: theme no. 3. *Major issues for nutrition strategies*. International Conference on Nutrition, Rome.
- FAO/WHO. 1992. Preventing and managing infectious diseases: theme no. 4. *Major issues for nutrition strategies*. International Conference on Nutrition, Rome.
- FAO/WHO. 1992. Promoting appropriate diets and healthy life-styles: theme no. 5. *Major issues for nutrition strategies*. International Conference on Nutrition, Rome.
- FAO/WHO. 1992. Preventing specific micronutrient deficiencies: theme no. 6. *Major issues for nutrition strategies*. International Conference on Nutrition, Rome.
- FAO/WHO. 1992. Assessing, analysing and monitoring nutrition situations: theme no. 7. *Major issues for nutrition strategies*. International Conference on Nutrition, Rome.

الفصل الخامس

مواجهة التحديات في مجال التغذية

١ - تناولت الفصول السابقة حجم المشكلات التغذوية، وطبيعتها، واتجاهاتها، والعوامل التي تؤثر فيها. وجرى إبراز دور التغذية الرئيسي بوصفها أحد مستلزمات التنمية البشرية ونتيجة من نتائج التنمية القطرية، كما استعرضت هذه الفصول السياسات المؤثرة في التغذية. أما هذا الفصل الأخير فيتناول المبادئ الأساسية التي ينبغي مراعاتها من أجل تحسين مستوى التغذية، ويحدد المساهمات التي يمكن أن تقدمها الحكومات والوكالات الأخرى لبلوغ هذه الغاية.

المبادئ الخاصة بادراج التغذية في اطار التنمية

٢ - تتمثل الضرورة الاولى في تهيئة بيئة تتمكن فيها الأسر من تلبية احتياجاتها التغذوية على أساس قابل للاستمرار. ومن الممكن تحقيق هذا باتباع سياسات تستهدف تحقيق النمو الاقتصادي والتنمية الاجتماعية على أساس قابل للاستمرار يستفيد منها الفقراء ومن يعانون من سوء التغذية، بالإضافة الى سياسات تضمن امدادات غذائية ثابتة ومأمونة تلبي جميع احتياجات السكان التغذوية. ومع أن النمو والتنمية الاقتصادية "غير الموجهين" يمكن أن يؤديا كذلك الى خفض معدلات سوء التغذية، فإن هذا أمر يتطلب وقتا طويلا ويمكن أن يتسبب في اطالة معاناة وحرمان عديد من أفقر سكان العالم. وفي المقابل، فإن المحاولات الرامية الى معالجة المشاكل التغذوية، بالاستناد أساسا الى برامج أو تدخلات تغذوية محددة، توجه في أحيان كثيرة للنساء والأطفال، قد تفشل في معالجة الأسباب الجوهرية لهذه المشاكل والتي تتمثل في الفقر، والجهل، والمرض، والتمييز الاجتماعي.

٣ - إن ما يتطلبه الأمر هنا هو الالتزام بالنمو المقترن بالعدالة، وهو منهج يؤكد على ضرورة اتخاذ السكان ورعايتهم محورا للجهود الانمائية القطرية، كما يتطلب آلية تضمن وصول مكاسب هذه التنمية الى الفقراء ومن يعانون من سوء التغذية. ومن شأن ادراج الاعتبارات التغذوية ضمن أهداف جميع القطاعات ذات الصلة أن يضمن أن تكون جهود هذه القطاعات مفيدة من الناحية التغذوية. غير أن الأمر سيظل يتطلب القيام بتدخلات موجهة تركز على مشاكل محددة تعاني منها الفئات الحساسة من الناحية التغذوية، فليس مقبولا أن يسمح باستمرار معاناة الفئات الفقيرة من سوء التغذية وما ينجم عن هذا من خسائر، في انتظار أن تتحقق منافع التنمية الاجتماعية والاقتصادية على نطاق واسع وبدرجة أكبر من العدالة.

٤ - وفي اطار تشجيع النمو المقترن بالعدالة، وكفالة الحماية في الوقت نفسه، للفئات الحساسة من الناحية التغذوية، يكون دور المجتمعات المحلية دورا حاسما. وتكون هذه المجتمعات المحلية عادة واعية تماما بمشاكلها وبالظروف الضرورية لتحسين مستويات معيشتها. ولا شك في أن مشاركة السكان في تخطيط عناصر الاستراتيجية ذات الصلة وتنفيذها أمر ضروري، ينبغي كفالته. والواقع أن السكان أنفسهم هم في نهاية الأمر الذين يتسببون في نجاح أو فشل أي عنصر من عناصر الاستراتيجية. ويلاحظ أن الاتجاه السائد على النطاق العالمي في العقود الأخيرة = وهو اتجاه ينزع الى تحقيق المزيد من الديمقراطية - يوفر فرصا حقيقية لمشاركة المجتمعات المحلية بطريقة أكثر فعالية في الجهود المبذولة من أجل تحسين مستوى التغذية. بل وفي توجيه هذه الجهود ذاتها. والواقع أن منح بعض السلطات للفئات

المحرومة سيرغبها في المزيد من المشاركة في عملية التنمية، ومن ثم في تحسين مستوى تغذيتها. وتجدر الإشارة الى أن تفويض بعض السلطات للنساء أمر له أهمية خاصة في هذا المقام.

٥ - بيد أن المنظمات القائمة على مستوى المجتمعات المحلية وقياداتها تكون بصورة عامة، ضعيفة فنيا ومفتقرة الى معلومات كافية عن المسائل التغذوية، وغير قادرة على تقييم المشكلات وتحليلها على نحو واف، أو على استهلال الأنشطة الضرورية. ولذلك تكون هناك حاجة واضحة لأن تقوم المستويات الحكومية الوسيطة (أى مستوى الجهات والمقاطعات) بدعم المجتمعات المحلية، ولأن تقوم أيضا بدور حلقة الوصل بين المستوى المحلى الذى تنجز ضمنه الأعمال، والمستوى القطرى الذى تتخذ فى نطاقه القرارات المتعلقة بالسياسات وتخص الموارد للبرامج المختلفة. وفى كثير من الأحيان يكون من الضرورى تعزيز القدرات الفنية والادارية على كل من مستوى المجتمعات المحلية والمستوى الوسيط من أجل تحديد المشاكل التغذوية ومعالجتها.

٦ - ولذا فان من المجالات الحرجة التى يتعين بحثها أيضا تنمية الموارد البشرية وتدريبها. ففي العديد من البلدان لا يوجد عدد كاف من العاملين المدربين للقيام بتحليل المشاكل التغذوية ومسبباتها، وللمشاركة فى صياغة استراتيجيات وانشطة فعالة لمكافحة تلك المشاكل. ويلاحظ أن من بين المعوقات التى تعترض وضع البرامج الفعالة، نقص الكفاءات الفنية، سواء بين أخصائى التغذية الذين يعالجون المسائل الانمائية غير التغذوية أو بين مخططي التنمية وواضعى السياسات الذين يعالجون قضايا التغذية. ولاشك فى أن زيادة التركيز على البرامج المحلية والزراعية الجهوية الرامية الى تحسين مستويات التغذية، ستتطلب عددا أكبر من العاملين المدربين تدريباً ملائماً. ومن الواضح أن زيادة الأعداد المطلوبة من العاملين الأكفاء على كل مستوى يتطلب بدوره توسعا مناظرا فى المرافق والفرص التدريبية، والمؤسسات القطرية التى تدير برامج التدريب فى مجالات الاغذية والتغذية تستطيع أن تؤثر بدرجة هامة على تصميم البرامج الملأمة وتنفيذها وتوفير مقومات الاستمرار لها من أجل تحسين التغذية.

٧ - وفى حالات كثيرة يلزم أيضا ايلاء اهتمام خاص للنهوض بمركز المرأة فى الأسرة والمجتمع. والدور الحاسم الذى تضطلع به النساء فى مجال الأمن الغذائى بحكم مسؤولياتهن عن انتاج الأغذية وتصنيعها وتخزينها وتسويقها بات يحظى الآن باعتراف أوسع نطاقا. وبالإضافة الى ذلك، تعد النساء عنصرا حيويا يؤثر على الحالة التغذوية للأسرة بحكم الأدوار التى يقمن بها فيما يتعلق بأعداد الطعام وصون المعارف والمعلومات التغذوية والمساهمة فى كسب المدخل للأسرة. ومع ذلك تفتقر النساء فى كثير من الأحيان، وخاصة النساء الريفيات والفقيرات والنساء ربات الأسر اللاتى يتزايد عددهن، الى تدخلات تغذوية محددة تصمم بهدف تعزيز قدرتهن على

الاستراتيجيات الرامية الى مساعدة المرأة والارتقاء بالمستوى التغذوي

أوصى استعراض رئيسي أجرى عن أدوار ومسؤوليات المرأة في توفير وحماية المستويات التغذوية للأسرة بخمس مجموعات رئيسية من الاستراتيجيات الرامية الى مساعدة المرأة على أداء هذه الأدوار بمزيد من الفعالية والمساواة. وتتضمن المجموعة الأولى الحد من أعباء الحمل والولادة. وتشمل الاستراتيجيتان الأكثر نجاحاً من زاوية انجاز هذا الهدف الجهود المبذولة لزيادة العمر الذي تبدأ فيه المرأة في الانجاب والمباعدة بين فترات الحمل. وتتطلب هاتان الاستراتيجيتان زيادة فرص التعليم المتاحة للفتيات، وتنفيذ حملات توعية، وتغيير العوامل التي تشجع على تكوين الأسر الكبيرة، (ومن ذلك على سبيل المثال، خفض الاحتياجات المتعلقة بالوقت/الجهد المكرس للانتاج، وتخفيف حدة الفقر، والحد من تدهور البيئة).

وتشمل المجموعة الثانية من الاستراتيجيات تقليل الأعباء المتصلة برعاية الأطفال. وتتضمن الاستراتيجيات الرامية الى انجاز هذا الهدف زيادة الفرص التعليمية، وتحسين المعلومات الصحية والتغذوية، وتوفير مزيد من فرص الانتفاع بالتكنولوجيات الموفرة للوقت والجهد، وكفالة أجور أكثر انصافاً للنساء، وإقامة نظم مبتكرة لرعاية الأطفال، مثل دور الحضانة المتنقلة ومراكز الرعاية النهارية التي يشرف عليها المجتمع المحلي.

وتتمثل المجموعة الثالثة من الاستراتيجيات في تحسين الانتفاع بخدمات رعاية صحة الأم وحالتها التغذوية. وتشمل الاستراتيجيات إعادة التركيز على صحة الأم والطفل، وخاصة من حيث زيادة المعارف المتعلقة برعاية الأم قبل وبعد الولادة وبرعاية الوليد ومن حيث مدى توافر أسباب هذه الرعاية، والتوسع في الخدمات التثقيفية والإرشادية، وخاصة في المناطق الريفية، وتحسين نوعية الخدمات المقدمة.

وتشمل المجموعة الرابعة من الاستراتيجيات تحسين مكانة المرأة فيما يتعلق بإنتاج الأغذية والزراعة. وتحقيقاً لهذا الهدف، ينبغي تسليط مزيد من الضوء على الإسهامات الاقتصادية التي تقدمها المرأة في الانتاج الزراعي، وذلك عن طريق تحسين قواعد البيانات والاحصائيات القطرية، كما يلزم تحسين فرص حصول المرأة على موارد إنتاجية مثل الأرض والتكنولوجيا والقروض والتدريب والإرشاد.

وأخيراً تشمل المجموعة الخامسة من الاستراتيجيات تقييم وتحسين مكانة المرأة في المجتمع. وتتضمن الاستراتيجيات الرامية الى تحقيق هذا الهدف زيادة الفرص التعليمية والتدريبية المتاحة أمام الفتيات والنساء، وزيادة فرص النساء في اكتساب الرزق والإشراف على استخدام الدخل، وزيادة نفوذ النساء عن طريق التنظيم والمشاركة السياسية، والاستعانة بالمؤسسات التعليمية والسياسية والقانونية في تغيير المواقف الاجتماعية والثقافية لصالح تحقيق المساواة للنساء.

وفي نهاية المطاف، سيتيح تنفيذ هذه الاستراتيجيات المتنوعة، فرادى أو مجتمعة، مواجهة المشكلات الأساسية التي تصادف المرأة في سعيها الى أن تحقق لأسرتها مستويات تغذوية وصحية تتوافر لها مقومات الاستقرار: وتتمثل هذه المشكلات في الفقر، والجهل، والمرض، والنمو السكاني، وتدهور البيئة، وعدم تكافؤ الفرص في التمتع بالسلطة الاقتصادية والسياسية والتمييز الاجتماعي.

المصدر: "Women, food and nutrition issues in need of a global focus".
Women and Nutrition, ACC/SCN Symposium Report, Nutrition
Policy Discussion Paper No. 6.1990.

أداء مسؤولياتهن المتعلقة بكل من الانتاج الاقتصادي والواجبات المنزلية. والواقع أن هذه التدخلات لا تعالج الأسباب الأساسية لسوء التغذية معالجة وافية على الرغم من أن الاستراتيجيات العملية اللازمة لمكافحة هذه المشكلات باتت معروفة.

٨ - ومن أجل مواجهة التحديات الماثلة في مجال التغذية، يتعين على جميع القطاعات المعنية - أي الحكومات والمنظمات غير الحكومية، والقطاع الخاص، والمجتمع العلمي، ووكالات التمويل الثنائية ومتعددة الأطراف، والمنظمات الدولية - أن تضطلع بالدور المنوط بها. وبوسع كل جهة من هذه الجهات أن تساهم على حدة في تحسين مستوى التغذية، غير أنها إذا ما عملت متعاونة فإن تأثيرها سيكون أكبر وأعمق. ولذلك يلزم استحداث ترتيبات وقدرات مؤسسية ملائمة تدعم هذا التعاون بين مختلف القطاعات. وينبغي بالمثل تعزيز العلاقات، في إطار الحكومات، بين الوزارات المختلفة التي تؤثر سياساتها وبرامجها على التغذية. ويكتسى التعاون بين وزارتي الزراعة والصحة أهمية خاصة في هذا الصدد. وهذا التعاون ضروري ليس فقط على المستوى القطري، بل وكذلك على مستوى المقاطعات والجهات، حيث يجرى بالفعل تنفيذ البرامج.

٩ - وكذلك ينبغي للوزارات الأخرى أن تحدد أحسن الطرق التي يمكن أن تساهم بها في تحسين التغذية من خلال برامجها الخاصة. ويلاحظ بوجه خاص أن بلدانا عديدة يوجد بها مكتب تخطيط مركزي ووحدات متخصصة في التخطيط داخل الوزارات المختلفة، وينبغي أن تتولى هذه الهيئات معالجة الاهتمامات التغذوية. ومن الخطوات الأولية الهامة أن تعتبر تلك الهيئات رفع مستويات التغذية هدفا واضحا من أهداف سياساتها وبرامجها. ويكمن التحدي المطروح على بعض البلدان في جعل وحدات التخطيط المختلفة وواضعي السياسات على وعي تام بالامكانيات العملية الموجودة حاليا والتي تتيح تحديد المشاكل التغذوية وإيجاد حلول لها.

١٠ - كذلك ينبغي مراعاة الإطار الدولي الذي تعمل ضمنه البلدان المختلفة. إذ يتعين على كل من البلدان المتقدمة والنامية أن تناقش القضايا التي تؤثر، في نهاية الأمر، على الوضع التغذوي لسكانها، وخاصة البلدان التي لم تستفد بعض فئات سكانها بدرجة كافية من عملية التنمية. ولكي تحقق التغذية تحسنا منتظما، يتطلب الأمر إظهار التزام مشترك من جانب المجتمعات المحلية، والحكومات القطرية، والوكالات الدولية. كما أن الأدوار التي تضطلع بها المنظمات الثنائية والمنظمات الدولية غير الحكومية أدوار أساسية كذلك لعملية التنمية الشاملة، وبوسع هذه المنظمات أن تشارك في وضع وتنفيذ مناهج مشتركة تعالج مشكلات التغذية.

١١ - وينبغي أن تدرج قضايا التغذية كذلك في جداول أعمال المحافل الدولية المختلفة، حيث ينبغي إيلاء اهتمام للبلدان التي كان تحسن الأوضاع التغذوية فيها

بطيئا، أو لم يحدث فيها أى تحسن في هذا المجال. وينبغي أن تستهدف المساهمات الدولية المقدمة الى كل بلد من البلدان تحديد فئات السكان الهامشية التي تسوء ظروف تغذيتها خلال فترات الأزمات الاجتماعية والاقتصادية، والتي تعاني من سوء التغذية. وكذلك ينبغي أن يساعد الدعم الدولي هذه البلدان على تجنب المعاناة التي واجهتها بعض الفئات نتيجة التكيف الهيكلي. وتوفر منظومة الأمم المتحدة محفلا منطقيا لتدعيم هذه المشروعات وتنسيقها، وينبغي لجهود التعاون فيما بين الوكالات أن تشمل جميع الوكالات المعنية.

١٢ - ونظرا لأن عدداً من أهم العوامل المسببة لسوء التغذية - مثل نمو السكان، وتدهور البيئة، والفقر، وعدم التساوى في توزيع القوة الاقتصادية - يعد في جوهره ذا طبيعة هيكلية، فإن تحسين مستويات التغذية يتطلب اتخاذ تدابير جذرية لمعالجة هذه المشاكل المتأصلة. وفي الوقت الذي تتم فيه معالجة هذه المشاكل، تدعو الحاجة كذلك الى تحقيق تغييرات متصلة بادراج الأهداف التغذوية في السياسات والبرامج ذات العلاقة، وبتعزيز المؤسسات التي تحقق هذا التغيير. ومن الواضح أن هذه الحلول يتعين استنباطها ضمن اطار انمائي طويل الأجل وقابل للاستمرار.

١٣ - ومع أن المبادئ آتفة الذكر تقترح أساسا في سياق نقص التغذية، فإن مبادئ مماثلة تنطبق الى حد بعيد على الوقاية من الأمراض غير السارية المرتبطة بنوعية النظام الغذائي. وتعد هذه الوقاية الى حد كبير مسألة تتعلق بالاتصالات الاجتماعية. ويعتبر دور المستهلك وتوعيته أمرا فائق الأهمية في هذا المجال. وما زال العامل الأساسي هنا هو تمكين المستهلك من تطوير نظامه الغذائي وأسلوب حياته في ضوء المعرفة الأفضل التي باتت متاحة عن مشاكل التغذية. والفرق الرئيسي هو أن السبب الجذري للمشاكل القائمة في هذا الصدد هو عدم كفاية المعلومات أو الدوافع أو كليهما معا وليس الفقر أو المعوقات التكنولوجية. وتعد وسائل الاعلام في أكثر الأحيان الأداة الملائمة لهذه الاتصالات الاجتماعية. ويتمثل الهدف الرئيسي في هذا المقام في تغيير سلوك الفرد وليس سلوك المجتمع. كما ينبغي أن تبذل الجهود، على مستوى القطاعين العام والخاص، لتشجيع على توفير الكميات المتنوعة من الأغذية، اللازمة لتنظيم الغذائية السليمة، مع العمل على ضمان الحصول على هذه الأغذية وخاصة بالنسبة للفقراء. وتوجد في هذا المجال كذلك حاجة كبيرة الى توجيه وتدريب الاختصاصيين الصحيين وغيرهم من قادة المجتمعات المحلية لتمكينهم من أن يضطلعوا بدور مناسب في الوقاية من المشاكل التغذوية. والبلدان التي تواجه مشاكل في مجال نقص التغذية ومجال الأمراض غير السارية المرتبطة بنوعية النظام الغذائي في آن واحد ينبغي لها أن تعالج المشاكل القائمة في هذا المجال الأخير، سريطة ألا يكون ذلك على حساب التدابير التي يجب القيام بها لمعالجة المشاكل الأولى الناجمة عن نقص التغذية.

ادراج الاهداف التغذوية في السياسات الانمائية القطرية :

تجربة تايلند

كان سوء التغذية المرتبط بنقص البروتين والطاقة حتى فترة قصيرة مضت، مشكلة كبيرة في تايلند، تؤثر على نصف أطفال البلد تحت سن الخامسة. وفي ١٩٧٧، أدرجت أول خطة للأغذية والتغذية في خطة التنمية الاقتصادية والاجتماعية القطرية الرابعة. وكانت أهم نتائج تلك الخطة زيادة الوعي في القطاعين العام والخاص بمشكلات سوء التغذية القائمة في البلد. غير أن نقص التعاون بين القطاعات والافتقار الى مشاركة كافية من جانب الفئات الحساسة من السكان كانا عقبتين رئيسيتين أعاقتا تحقيق أهداف الخطة.

وبعد خمس سنوات، أدرجت في خطة التنمية الاقتصادية والاجتماعية القطرية الخامسة خطة أغذية وتغذية أكثر شمولاً صممت على ضوء تجارب الماضي، مع التسليم بأن سوء التغذية يعد في المقام الأول نتيجة للفقر والجهل. ونفذت تدخلات تغذوية محددة لتقديم أغذية مباشرة للسكان المحتاجين، واتخذت تدريجياً تدابير طويلة الأجل تتوافر لها مقومات الاستمرار. وأجريت تدخلات تغذوية محددة شملت تنفيذ برامج تغذية تكميلية في القرى أو المدارس، وشن حملات للتوعية التغذوية، وجمع بيانات عن الحالة التغذوية، والقيام بتدعيم الأغذية بالمغذيات الدقيقة المهمة، وبأنشطة لتنمية الموارد البشرية.

وبالإضافة الى ذلك، نفذت في أشد مناطق تايلند فقراً خطة للتخفيف من حدة الفقر بهدف تحسين ظروف ومستويات المعيشة. وكانت الجوانب الأربعة الرئيسية للبرنامج هي الانتاج الزراعي، وتوفير فرص عمل في الريف، وإقامة الخدمات الصحية الأساسية، وتنمية الأنشطة القروية. واشتركت المجتمعات المحلية اشتراكاً عميقاً في عملية الإعداد والتنفيذ؛ وكان هذا أحد الأسباب الرئيسية لنجاح البرنامج. وأظهرت المستويات العليا التزاماً سياسياً قوياً كفل التنسيق بين قطاعات الزراعة والصحة والتنمية الريفية. وفي ١٩٨٣، بدأ تطبيق مؤشر "الحاجات الأساسية الدنيا" في قياس نوعية حياة سكان الريف، وذلك من أجل تحديد المناطق المحتاجة والأعمال المطلوبة لتحسين ظروف المعيشة.

وأُسفرت كل هذه الأنشطة (خطة التخفيف من حدة الفقر، والتدخلات التغذوية المحددة، ومؤشر الحاجات الأساسية الدنيا) عن تحسن ملموس في ظروف المعيشة، وبالتالي في الحالة التغذوية لأكثر الفئات فقراً وأشدها حساسية. وتسنى القضاء تقريباً على الحالات المعتدلة والشديدة من سوء التغذية المرتبط بالمتحولات من البروتين والطاقة، وانخفضت النسبة الكلية لانتشار هذا النوع من سوء التغذية بين الأطفال قبل سن المدرسة من ١٥ في المائة الى ٢ في المائة. وتتوافر الآن للاستهلاك كميات أكبر، وأكثر تنوعاً من الأغذية، وتجرى تربية المزيد من الحيوانات، وأصبحت الخدمات الصحية تصل الآن الى نحو ٨٠ في المائة من السكان المستهدفين.

وتوضح تجربة تايلند أن الوعي والالتزام السياسي شرطان ضروريان لإعداد برامج سليمة وقابلة للاستمرار للتغلب على سوء التغذية. وتعد مشاركة الناس في جميع خطوات العملية والتعاون بين القطاعات شرطين آخرين لاغنى عنهما لكفالة النجاح خلال مرحلتى الإعداد والتنفيذ.

المصدر: K. Tontisirin. "Kiranondana Public Policy and implementation strategies for alleviation of malnutrition and poverty in Thailand". UNICEF, Florence, Italy, March 1-3, 1990.

مناهج العمل

١٤- يعتمد أى عمل فعال يرمى الى تحسين مستويات التغذية على تصميم الاستراتيجيات والتدخلات الملائمة وتنفيذها. وسوف يتمكن صانعو السياسات، بفضل الرصد المنتظم للعناصر ذات الصلة بالسياسات والبرامج والمقترن بمراقبة الأوضاع التغذوية، من تحديد مدى تنفيذ تلك السياسات والبرامج وتأثيراتها التغذوية مما يتيح لهم اتخاذ اجراءات علاجية عاجلة متى اقتضت الضرورة ذلك. وهذا ما سوف يستلزم وضع آليات واجراءات لمعالجة المشكلات التغذوية ذات الطابع متعدد التخصصات. ولا ينبغي أن يفهم من ذلك أن الضرورة تدعو الى وضع سياسات وخطط أو برامج متكاملة تماما، وانما المقصود هو التأكيد على أن العديد من القطاعات تساهم على نحو مهم في تحسين التغذية. ولا بد من تجهيز هذه القطاعات بالصلاحيات والقدرات اللازمة لأداء دورها.

١٥- ويتضمن وضع الالتزام بتحسين التغذية موضع التطبيق العملى على المستوى القطرى، فى العادة، استحداث أو تنقيح سياسات وخطط عمل موجهة لمعالجة المشكلات ذات الأولوية. وقد قطعت بعض البلدان شوطا متقدما فى هذا الصدد بما لديها من سياسات وبرامج فعالة قائمة بالفعل أو بما استطاعت تحديده من مجالات العمل من خلال الاستعدادات التى أنجزتها تمهيدا لعقد المؤتمر الدولى المعنى بالتغذية. ولا بد أن يتمثل الهدف من عملية التوجيه هذه فى مجال السياسات فى ضمان أن يكون تحسين مستوى رفاه المجتمعات والارتقاء بمستويات التغذية من بين الأهداف الواضحة للسياسات والخطط الانمائية القطرية الشاملة.

١٦- وغالبا ما تدعو الحاجة من الناحية العملية الى تطبيق ثلاثة مناهج متكاملة أثناء معالجة المشكلات ذات الصلة بالتغذية. أولها، الالتزام بتشجيع النمو المقترن بالعدالة على أن يصاحب ذلك ادماج الأهداف والاعتبارات ذات الصلة بالأغذية ضمن خطط التنمية القطرية القطاعية والمتكاملة ذات الصلة، وتخصيص الموارد البشرية والمالية اللازمة لتحقيق تلك الأهداف. وهذا يعنى أن كل وزارة من الوزارات المعنية ستكون بحاجة لاستعراض برامجها بهدف تقييم تأثير تلك البرامج على التغذية ووضع وسائل مجدية للنهوض بمستويات التغذية فى إطار ما تقوم به من أعمال.

١٧- وثانيها، أنه لا بد من تنفيذ تدخلات غذائية موجهة لمعالجة مشكلات بعينها أو لمساعدة جماعات بذاتها. ولا بد من تحديد المشكلات ذات الأولوية، ووضع برامج عملية لمعالجتها. وقد يشمل ذلك على سبيل المثال تنفيذ أعمال لمعالجة مشكلات نوعية تتمثل بحالة انعدام الأمن الغذائى المزمن، والعناية بالأطفال واطعامهم، وانتشار الأمراض المعدية، وتقديم الاغاثة فى حالات

الكوارث، الى غير ذلك. ولا بد من أن تكون مثل هذه البرامج موجهة نحو أهداف محددة وممكنة التنفيذ وسهلة الادارة ومنسجمة على نحو تام مع الأنشطة وتوقيتها ومع الموارد المتاحة. ويعتبر رصد عملية تنفيذ مثل هذه البرامج وحصر تأثيراتها من بين الأعمال الأساسية.

١٨- وثالثها، أنه لا بد من تطوير الأنشطة ذات الصلة المباشرة بالمجتمعات المحلية، نظرا لأنها تساعد في تحديد حجم المشكلات وتنفيذ التدابير الملائمة لعلاجها. وتعتبر مثل هذه المشاركة المحلية ضرورية اذا أريد للمجتمعات المحلية أن تصبح معتمدة على ذاتها وقادرة على تحديد وايجاد الحلول الدائمة لما تعانيه من مشكلات تتمثل بالتغذية. ويمكن أن ترتبط مثل هذه الاعمال بالأنشطة الانمائية الجارية (ببرنامج للإرشاد الزراعي أو برنامج للعناية بصحة أفراد المجتمع المحلي على سبيل المثال) أو أن تكون عنصرا قائما بذاته ضمن خطة انمائية لاقليم أو منطقة محددة.

١٩- وتستلزم جميع هذه المناهج توافر معلومات كافية لتحديد المشكلات ورصد عمليات التدخل. ويتطلب الأمر توافر التزام قوى من جانب الحكومات بتحسين مستويات التغذية حتى يمكن تطبيق هذه المناهج بنجاح، ووجود دعم كاف من جانب مجتمع المهتمين بالتنمية الأوسع نطاقا. وستعالج الأقسام التالية الأدوار والمسؤوليات التي يمكن أن تنهض بها مختلف القطاعات العامة والخاصة لدعم هذه المساعي.

دور الحكومات

٢٠- على الحكومات أن تضطلع بدور قيادي لايجاد حلول لمشكلات التغذية باعتبارها قادرة على ترك أثر ملموس على الحالة التغذوية للسكان. من ذلك على سبيل المثال، أن بإمكان الحكومات التأثير على أسعار الأغذية ومرتبات العمال ومدى توافر الخدمات ونوعيتها من خلال تدخلها على مستوى الاقتصاد الكلي. وكثيرا ما تقدم الحكومات خدمات زراعية وصحية وتنفذ برامج مؤسسية تستهدف حماية الجماعات الحساسة من الناحية التغذوية، ولاسيما خلال حالات الطوارئ. وإذا كانت الحكومات تتحمل مسؤولية مباشرة فيما يتعلق ببعض جوانب التغذية، فإن عليها أن تشجع غيرها من المؤسسات على العمل في مجالات أخرى وأن تسهل عملها.

٢١- وثمة عوامل كثيرة، ليس أقلها شأنا الموارد المتاحة، تلعب دورها في تحديد مدى نهوض الحكومات بمختلف وظائفها أو تشجيعها للمؤسسات الأخرى مثل شركات القطاع الخاص أو المنظمات غير الحكومية على عمل ذلك. بيد أن

الخطوات المقترحة لوضع منهج قطري لتحسين التغذية

- * يتعين تقييم نطاق ودرجة مشكلات التغذية وتحليل أسبابها.
- * ينبغي أن يتوصل القائمون على التخطيط وأخصائيو التغذية الى فهم مشترك للعوامل التي تحدد الحالة التغذوية لمختلف الفئات الحساسة والمتأثرة من السكان، وأن يتفقوا على هذا الفهم.
- * يجب أن يصبح تحسين المستوى التغذوي هدفا صريحا في السياسات والخطط والبرامج والمشروعات الانمائية القطرية والقطاعية.
- * يتعين تعزيز القدرة على تحليل النتائج التغذوية للسياسات والبرامج الانمائية داخل القطاعات ذات الصلة.
- * يتعين تحليل سياسات الاعتماد الكلي والخطط الانمائية ذات الصلة للوقوف على آثارها المحتملة على التغذية، وخاصة على تغذية الفئات الأشد حساسية من السكان. وينبغي تحديد الأعمال اللازمة لزيادة المنافع التغذوية، وادراج هذه الأعمال في شتى البرامج القطاعية.
- * يتعين، حسب الاقتضاء، أن تعزز أو تستحدث داخل مختلف القطاعات القدرات التقنية والآليات اللازمة، على المستويين القطري والوسيط، لتحليل السياسات المتعلقة بالتغذية، ولتنفيذ أنشطة المياغة والتخطيط والتنفيذ.
- * ينبغي وضع وتنفيذ برامج (أو تدخلات) محددة لتحسين امدادات الأغذية والتغذية، وخاصة على المستوى الجهوى ومستوى المجتمع المحلي. وتشمل مجالات العمل ذات الأولوية في هذا الصدد: تحسين الأمن الغذائي للأسرة، والوقاية من نقص متحملات البروتين والطاقة لدى معظم الفئات الحساسة، وتحسين جودة الأغذية وسلامتها.
- * ينبغي مواصلة وتعزيز الأعمال الرامية الى الوقاية من نقص عناصر مغذية محددة (الحديد، اليود، فيتامين أ) وإلى مكافحة هذا النقص.
- * ينبغي أيضا تقييم الأمراض غير السارية المتمثلة بنوعية النظام الغذائي، والمشروع في الأعمال الوقائية أو تكثيفها، لدى ظهور مشكلة هامة تتعلق بالصحة، أو تكثيفها وذلك بتوعية المستهلكين في المقام الأول.
- * ينبغي وضع نظم الرقابة على الأغذية والتغذية على المستويين الجهوى والقطري وتعزيز هذه النظم، وذلك لأغراض اتخاذ القرارات على كل مستوى.
- * ينبغي توفير القدرات اللازمة لإجراء رصد منهجي للأنشطة والتدخلات البرنامجية في كل مجال من هذه المجالات وعلى كل مستوى.
- * ينبغي أن تبذل جهود متضافرة لتوجيه موارد اضافية الى المناطق والمجموعات السكانية التي لم تنتفع انتفاعا كاملا من عملية التنمية الاجتماعية والاقتصادية الشاملة.

الضرورة تستدعي تدخل الحكومات نظرا لأن المنظمات الخاصة المعنية بالرعاية الاجتماعية لا تستطيع توصيل خدماتها الى عديد من الذين يحتاجون حاجة ماسة الى برامج خاصة للتدخل.

٢٢ - الأنشطة القطاعية. يمكن تحديد المؤسسات الرئيسية المعنية مباشرة بشؤون التغذية في اطار القطاع العام بوزارات الزراعة والأغذية والصحة والتعليم والشؤون الاجتماعية. أما المؤسسات الأخرى التي تؤثر تأثيرا ملموسا على ميدان التغذية فهي وزارات المالية والتخطيط الاقتصادي والتنمية والتجارة والصناعة والحكم المحلي. وتوجد في بعض البلدان معاهد للتنمية تجرى بحوثا وتتيح تدريبا، كما يوجد في البعض الآخر منها وعلى نطاق أقل شيوعا مجالس قطرية للتغذية أو أجهزة مماثلة تقدم مشورات للوزارات المعنية بشأن كيفية ادماج الاهتمامات التغذوية ضمن الخطط والسياسات ومختلف المشروعات القطرية. وفي جميع هذه البلدان هناك حاجة لضمان تعاون وتنسيق وثيقين فيما بين الوزارات المعنية بشؤون التغذية من خلال تأسيس لجان فعالة للتنسيق.

٢٣ - وتلعب وزارات الزراعة والصحة دورا رئيسيا في تحسين مستويات التغذية، ويضم أغلبها إدارات أو وحدات متخصصة في شؤون التغذية. وقد تترأى الحكومات، عند الضرورة، توسيع نطاق وتعزيز الموارد الموضوعة تحت تصرف هذه الوحدات التي تتمركز فيها الخبرات المتاحة محليا بشؤون التغذية. غير أن أنشطة الوحدات المعنية بشؤون التغذية في مختلف الوزارات كثيرا ما لا تكون جزءا من الأنشطة الرئيسية ذات الصلة بالسياسات وتخطيط البرامج وتنفيذها ورصدها. وهذه الحالة بحاجة الى تصحيح. يضاف الى ذلك أن جميع الوزارات، ولاسيما وزارات التخطيط الاقتصادي والتنمية، بحاجة الى اجراء استعراض شامل لكيفية تأثير أنشطتها على التغذية. وقد يستلزم ذلك شيئا من اعادة التوجيه المهني والتدريب.

٢٤ - وقد تترأى الوزارة أعداد استعراض يتناول التأثير التغذوي لسياساتها وبرامجها أو مشروعاتها. ومن الممكن اجراء مثل هذه الاستعراضات اعتمادا على البيانات والمعلومات المتاحة وعلى خبرات الموظفين المتمرسين. وفي بعض البلدان أدت الجهود المتعلقة بأعداد الوثيقة القطرية التي سيقدمها البلد الى المؤتمر الدولي المعنى بالتغذية الى وضع الأساس اللازم لاجراء مثل هذه الاستعراضات.

٢٥ - وفي قطاع الصحة، من الممكن الحصول على المزيد من المزايا من خلال الفرص التي تتيحها استراتيجية منظمة الصحة العالمية "الصحة للجميع بحلول عام ٢٠٠٠". كما تتيح خدمات رعاية الأمومة والطفولة والرعاية الصحية الأولية، وخاصة الخدمات المتصلة بتشجيع مراقبة نمو الأطفال على مستوى المجتمعات المحلية، اطارا جيدا للقيام بأنشطة تتعلق مباشرة بالتغذية. ويهتم قطاع الصحة بصفة تقليدية بعنصر

التحصين ضد الأمراض ومكافحة الاسهال، مما يؤثر على نحو ملموس على حالة التغذية. ومن الممكن أيضا أدماج التنوعية التغذوية على نحو يتسم بمزيد من الفعالية ضمن هذه النظم.

٢٦- وينطوي قطاع الزراعة على عدد كبير من الامكانيات تشمل: بذل المزيد من الجهود لتوسيع نطاق انتاج المحاصيل في المناطق التي تعاني من الاهمال، وتشجيع انتاج المحاصيل التقليدية، وتحسين نظم الزراعة وغلة المحاصيل، والترويج لبرامج الانتاج المولدة للعمالة، ولأسيما للنساء، وتخفيض خسائر ما بعد الحصاد الى أدنى المستويات، وتقليل المشاكل الناجمة عن الوفرة الموسمية، وانفاذ القوانين المتعلقة بجودة الانتاج وسلامته، وبناء القدرات اللازمة لمراقبة جودة الاغذية. وبامكان سياسات التنمية الريفية وبرامجها أن تتيح منافع ملموسة في مجال التغذية لو أنها ربطت فيما بين المحة والزراعة.

٢٧- ولا ينبغي أن يقتصر تعزيز المؤسسات العامة المعنية بمعالجة مشكلات التغذية على الأجهزة الحكومية المختصة بالسياسات. ولابد من تطوير قدرات وكفاءات معاهد البحوث والاقسام الجامعية المختصة بميادين الزراعة والمحة والتغذية والاتصالات والعلوم الاجتماعية. ومن بين الجوانب الأساسية تطوير القدرات الادارية لشبكات ايمال الخدمات.

٢٨- ولا يستلزم تعزيز منظمات القطاع العام زيادة الموارد فحسب، بل ويقتضى تدعيم قدراتها على العمل. ومن بين الجوانب الأساسية تطوير الموارد البشرية من خلال التعليم والتدريب مع التركيز بصفة خاصة على المشاكل التشغيلية وعلى الاستخدام الفعال للأشخاص المدربين.

٢٩- وتخصص نسبة كبيرة من المعونة الانمائية المقدمة لوزارات الزراعة والمحة لتنفيذ المشروعات. ولابد من اتخاذ الاحتياطات اللازمة لكي لا تؤدي الأنشطة المرتبطة بالمشروعات الى الانحراف بالموارد المتاحة بعيدا عن المؤسسات القائمة بما يؤدي الى اضعاف تلك المؤسسات. وتبين الاستعراضات التي أجريت مؤخرا للخبرات المكتسبة في هذا المجال إمكانية استخدام المشروعات لتدعيم البنية الأساسية اذا ما كانت الأهداف الموضوعية متواضعة والمسؤوليات محددة على نحو واضح، واذا ما توافرت درجة عالية من مساهمة المستفيدين ووجه اهتمام خاص لمواقف الموظفين ودوافعهم. ومن الملاحظ أن نجاح مشروع تامل نادو للتغذية المتكاملة في الهند الممول من قبل البنك الدولي يعزى الى حد بعيد الى تكامل أنشطة هذا المشروع على نحو تام مع المؤسسات القائمة ولانخفاض مستوى التكاليف والتركيز على عدد من التدخلات الغذائية المتكاملة التي لا تستلزم مهارات ادارية مكثفة. وقد أبقى التكاليف عند مستويات منخفضة بسبب المشاركة واسعة النطاق من جانب المستفيدين، وعلى هذا الأساس أصبح المشروع قابلا للاستمرار ومن الممكن اعادة تنفيذه في مناطق أخرى.

النجاح والقابلية للاستمرار في برامج التغذية

تبين من استعراض أجرى مؤخرا لبرامج التغذية الواسعة النطاق أن هناك ثمانى خصائص تميز البرامج التي تجمع بين النجاح والقابلية للاستمرار. ويمكن تلخيص هذه المقومات فيما يلي: أن تكون متواضعة وواضحة من حيث أهدافها، وأن تستخدم المعلومات استخداما فعالا، وقبل هذا وذاك أن تولي عناية خاصة لـ «إدارة البشر»، بمعنى تشجيع واحترام المستفيدين من المشروع والعاملين فيه.

وينبغي أن تكون الأهداف قابلة للتحقيق ومرتبطة بجدول زمني. وينبغي أن تحدد عند تصميم البرنامج، ثم تحدد بدورها أسلوب التنفيذ والتقييم. وينبغي أن تكون مكونات المشروع محدودة، وأن تركز على عدد قليل من الاحتياجات الحرجة وذات الأهمية.

ينبغي أن تؤدي تعبئة جهود المجتمع المحلي في تصميم البرنامج وتنفيذه إلى تحديد الاحتياجات الملموسة، وجعل أفراد المجتمع يشعرون بأنهم يملكون العناصر التي توفر لهم. ويمكن تفويض بعض عمليات اتخاذ القرار ولكن مع اتخاذ بعض القرارات مركزيا. بيد أن البرنامج لن تكتب له القابلية للاستمرار ما لم يكن هناك قدر من المشاركة المحلية، رغم ما تستهلكه هذه المشاركة من وقت.

ينبغي تقييم نطاق تغطية البرنامج، من حيث عدد المستفيدين المستهدفين على ضوء مدى الفاعلية في الوصول إلى هؤلاء المستفيدين. وينبغي أن تكون هذه المفاضلة واضحة ومفهومة منذ البداية.

إن أساليب تحديد الفئات المستهدفة لها أهميتها، ولكنها تحتاج إلى وقت كي تكتمل فعاليتها، لذا ينبغي تطويرها مع تطور البرنامج.

إن معنى القيادة والإدارة هو الإدارة والاستخدام الفعال للموارد. وكثيرا ما يكون هذا العنصر هو العامل الحاسم.

يعتبر التدريب والإشراف من السمات المشتركة بين كثير من المشروعات والبرامج الناجحة. وهناك دائما حاجة إلى إعادة التدريب. وينبغي أن تكون نسبة العاملين إلى الأفراد المستهدفين ونسبة المشرفين إلى العاملين واقعية.

إن رصد العمليات وتقييمها يكفلان التقييم الفعال. وينبغي أن تركز عمليات إعادة التقييم على الرصد مع توافر المرونة اللازمة لإدخال التعديلات المطلوبة. ورغم صعوبة الرصد والتقييم في أي برنامج، فإن غيابهما يسمح باستمرار البرامج غير الفعالة.

تتسم مواقف العاملين والحوافز التي تدفعهم للعمل بأهمية حاسمة في إدارة المشروع (بدافع من المقومات السابق ذكرها)، وهي ضرورية لتوسيع البرنامج بنجاح.

المصدر: S. Gillespie and J. Mason, 1991, "Nutrition-relevant actions, some experiences from the eighties and Lessons for the nineties, ACC/SCN State-of-the-Art Series Paper No. 10, 1991.

٣٠ - التعاون بين القطاعات : من الممكن زيادة فعالية عمليات تنفيذ السياسات المرتبطة بالتغذية التي تضطلع بها الوزارات المختصة الرئيسية مثل وزارتي الزراعة والصحة، إذا ما كان هناك تعاون بين القطاعات. كما أن تحسين سبل الاتصال بشأن التغذية داخل الوزارات المختلفة يمكن أن يؤدي الى تعزيز التعاون بين الوزارات. وينطبق هذا بوجه خاص على وزارتي الزراعة والصحة، حيث تمثل التغذية في أغلب الحالات أهم الصلات المشتركة بينهما.

٣١ - والزراعة لها تأثيرات على الصحة، ليس أقلها توفير الغذاء والدخل. فالقرارات التي تتخذها وزارة الزراعة بشأن بعض المسائل، مثل مشروعات الري، وإدارة مبيدات الآفات، والتغذية، تؤثر على الصحة حتما. ولما كانت وزارات الزراعة تؤثر على مدى توافر الأغذية وعلى الدخل وأنماط الاستهلاك في إطار نظام موحد لتقديم الخدمات، كما أنها تتمتع بهيكل إداري قوى، فإنه توجد فرص عديدة للتعاون بينها وبين الوزارات الأخرى المعنية بالتغذية، وخاصة وزارات الصحة. وينبغي أن يستهدف التخطيط العملي للتغذية في قطاع الزراعة في المقام الأول التأثير على المنتجين وعلى المنتجات وعلى كيفية توزيع الانتاج والدخل بين الفئات الحساسة من الناحية التغذوية.

٣٢ - كما أن وجود قطاع صحي قوى يمكن أن يسهم في ادخال تحسينات على قطاع الزراعة. فالمزارعون والعمال الأوفر صحة يكونون أكثر إنتاجية وأقل تعرضا للحوادث والإصابات. كما أن الأسرة الزراعية التي تتمتع بمحة جيدة وتغذية كافية تكون أقدر على المخاطرة بزراعة محاصيل جديدة واتباع أساليب زراعية مستجدة. وينطبق هذا بوجه خاص على المزارعات في البلدان النامية، اللاتي يتحملن في أغلب الحالات العبء الأكبر في انتاج الغذاء، وكذلك أعباء اعتلال الصحة المرتبطة بوظيفة الانجاب. ومن الأنشطة الأخرى التي يمكن في إطارها قيام تعاون مفيد بين الصحة والزراعة على المستوى الميداني، تنظيم المجتمعات المحلية، وأنشطة الارشاد والتدريب، ومرافق المياه والأصاح.

٣٣ - وقد يكون من الصعب في أغلب الحالات قيام مثل هذا التعاون القطاعي على المستوى القطري، ولكنه يصبح قابلا للتنفيذ شيئا فشيئا على مستوى المقاطعات والجهات. ويلاحظ أن بعض البلدان أحرزت تقدما في تطبيق اللامركزية فيما يتعلق بالمسؤوليات الحكومية، مما يتيح فرصة ممتازة للتعاون بين القطاعات. من ذلك مثلا أن العاملين في مجالات الصحة وتنمية المجتمع والارشاد الزراعي يمكنهم أن يجمعوا جهودهم، بالاشتراك مع المعلمين في المدارس، للتصدي لبعض المشكلات ذات الأولوية في مجتمعات حساسة مختارة. ومن المفيد البدء بتحليل للتأثيرات التغذوية لمختلف الأنشطة الانمائية الجارى تنفيذها على المستوى الجهوى، وذلك كوسيلة لضمان ادراج التغذية في برامج تنمية المجتمعات المحلية.

٣٤ - ونظرا للامكانات الكبيرة المتاحة للتفاعل على المستوى الفني بين وزارتي الزراعة والصحة، وماء والأنشطة هاتين الوزارتين من أهمية في تحسين المستوى التغذوي للفقراء، فإنه يمكن تحقيق مزيد من التحسن في مجال التعاون بين القطاعات. ويحتاج كل قطر في سبيل بلوغ هذا الهدف الى تقييم تجاربه الخاصة وأنشطته في مجال التعاون بين القطاعات، بغية تعزيزها عند الاقتضاء، وذلك على ضوء احتياجاته وموارده الخاصة.

دور المنظمات غير الحكومية

٣٥ - تمثل المنظمات غير الحكومية أو المنظمات التي لا تسعى الى الربح مجموعة شديدة التباين من المنظمات القطرية والدولية. وهي تضم منظمات المجتمعات المحلية بكافة أشكالها، واتحادات المستهلكين، ونقابات العمال، والاتحادات النسائية، وجمعيات المزارعين، والمنظمات الريفية، والجامعات الخاصة، والكليات ومعاهد البحوث، والاتحادات المهنية - كاتحادات اخصائيي التغذية، والعاملين في المجال الطبي، واخصائيي الاغذية - ومنظمات الغوث والتنمية الدولية غير الحكومية.

٣٦ - وتستطيع المنظمات غير الحكومية القيام بدور بالغ الفعالية على مستوى القواعد الشعبية في البلدان النامية. وهي تعد من الوكالات المهمة في مجال التنمية بحكم دورها في العمل على خدمة أشد الفئات فقرا في اطار برامجها، من خلال تقديم قدر كبير من الدعم العام، وأسلوبها الإداري القليل التكلفة، وما يتمتع به العاملون فيها من حافز كبير على العمل. وتعمل المنظمات غير الحكومية في آن واحد على تلبية احتياجات الفقراء ومساعدتهم على التعبير عن تلك الاحتياجات. كما أنها تعمل في كل من البلدان المتقدمة والنامية على توعية الرأي العام. وتلعب دورا ملحوظا ومباشرا لدى المجتمعات المحلية في كثير من المجالات ذات الأهمية بالنسبة للتغذية، ولاسيما في مجال التدابير الرامية الى تحسين الرعاية، والاصحاح، والرعاية المحية الأولية، واتباع استراتيجيات فعالة لتحقيق الأمن الغذائي. وتستطيع هذه المنظمات القيام بدور شديد الفعالية في ادخال بعض الابتكارات المصغرة النطاق التي يمكن أن تتحول الى تقنيات مستديمة بذاتها وينتشر تطبيقها باستخدام عدد من المستلزمات المتواضعة

٣٧ - وتستطيع المنظمات غير الحكومية زيادة ثقة الفقراء في أنفسهم مما يجعلهم أقدر على المشاركة في البرامج الرسمية. ومن بين المهام العديدة التي تؤديها هذه المنظمات استكشاف الاستراتيجيات الانمائية البديلة التي تشجع على الاعتماد على الذات وعلى مشاركة المجتمع المحلي وتطبيق اللامركزية في اتخاذ القرارات. وفي البلدان المتقدمة قد تشكل منظمات المستهلكين والمنظمات المهنية، وهي أفضل

تنظيماً من مثيلاتها في البلدان النامية، قوة بالغة النفوذ تقوم بدور فعال في مجال الاعلام والمشورة وتمثل وسيطاً يشجع على قيام حوار وتعاون أكثر فعالية بين الحكومة والأوساط العلمية والمستهلكين والصناعة.

٢٨ - كما تستطيع منظمات المستهلكين الدخول في حوار مع صناعة الأغذية وشبكات التوزيع ومنظمات التسويق بحيث تدخل مثلاً بعض مواد التوعية في اعلاناتها. وحيث أنها تقدم معلوماتها الى المستهلكين، فإنها تستطيع أيضاً التأثير على انتاج السلع وعلى منظمات التسويق.

٣٩ - غير أن المنظمات غير الحكومية لها حدودها. فبينما تضطلع كثير من المنظمات غير الحكومية الدولية مثل منظمة منقذى الأطفال ومنظمة "كير" ومنظمة "أو كس فام" بتنفيذ برامج ميدانية واسعة بنجاح، فإن معظم المنظمات غير الحكومية لا تستطيع التنافس مع الجهات المانحة المتعددة الأطراف والثنائية في تنفيذ المشروعات الواسعة النطاق أو في تمويل برامج اصلاح السياسات. وتكتسب قضايا محاكاة المشروعات الناجحة، وتوسيع نطاق تأثيرها أهمية متزايدة مع ندرة الموارد. ومن أوجه القصور الأخرى أن تلك المنظمات تفتقر في بعض الحالات الى الاندماج في النظام القطري ومن ثم تعمل خارجه.

٤٠ - وتستطيع المنظمات غير الحكومية تحقيق فوائد كثيرة من تعزيز التبادل والتعاون فيما بينها. وقد أصبحت لها الآن شبكات دولية وقطرية تمارس ضغوطاً دولية وتؤثر على السياسات القطرية فيما يتعلق بطائفة واسعة من القضايا مثل الحد الأدنى للأجور، واصلح نظم الحيازة الزراعية، وتحقيق الانصاف والصحة بغية زيادة فرص الحصول على الغذاء وتحسين الحالة التغذوية.

٤١ - وتضطلع المنظمات غير الحكومية أيضاً بدور بالغ الأهمية في سد الاحتياجات التغذوية في حالات الطوارئ، سواء كانت طبيعية أو من صنع الانسان، وذلك عن طريق الانذار المبكر وتوفير امدادات الاغاثة ومساعدات اعادة التعمير.

دور المؤسسات الخاصة

٤٢ - تلعب المؤسسات الخاصة دوراً مهماً في تحسين الحالة التغذوية. ففي معظم البلدان يسيطر المزارعون من القطاع الخاص على الانتاج الغذائي والزراعي. كما أن القطاع الخاص هو الذي يدير الجزء الأكبر من أنشطة تخزين الأغذية وتصنيعها وتوزيعها. ويقدم هذا القطاع أيضاً مساهمات كبيرة في تحسين التغذية عن طريق تشجيع تنمية قطاع الصناعات الصغيرة وقطاع الخدمات في كل من المناطق الريفية والحضرية. والصناعات الريفية الصغيرة مهمة كمصدر للدخل حتى بالنسبة لأشد الفئات فقراً، وهي تعود عليهم بفوائد تغذوية مهمة. وكثيراً ما تمثل مصادر

التمويل مشكلة لأن الهياكل المصرفية التقليدية تشترط وجود أصول كضمان للقروض. بيد أن النجاح الذي حققته بعض الأشكال المبتكرة للتمويل الانمائي المحلي، كتلك التي يوفرها بنك غرامين في بنغلاديش واتحاد النساء العاملات لحسابهن الشخصي في الهند، يدل على إمكانية قيام مشاركة فعالة بين وعالات الاقراض والقطاع الخاص الصناعي من أجل التخفيف من وطأة الفقر.

٤٣ - وبوسع القطاع الخاص أيضا أن يساهم في المحافظة على الكثير من العوامل التي تكفل التغذية الجيدة بل والنهوض بهذه العوامل، مثل توفير الاطعمة المغذية السليمة، وتهيئة بيئة صحية ووجبات غذائية صحية والرعاية الصحية. كما تتسم مساهمة الصناعات الخاصة في البحوث في مجال التغذية وعلوم الاغذية وتكنولوجياها بأهمية بالغة. ومن الأمثلة الطيبة على الدور الذي يقوم به القطاع الخاص الصناعي الجهود التي يقوم بها في مجال تدعيم الأغذية بالعناصر المغذية الدقيقة مثل اضافة اليود الى الملح، وتدعيم السكر بفيتامين أ كما يحدث في غواتيمالا؛ والتدعيم بفيتامين د وبالحديد، وتخفيض نسبة الملح والدهون المشبعة في الأغذية المصنعة. وقد تبذل هذه الجهود طوعيا أو التزاما بنصوص تشريعية.

٤٤ - ومع تزايد حركة التوسع الحضري في البلدان النامية، تنفتح للقطاع الخاص الصناعي أسواق أوسع من ذي قبل يستطيع فيها ترويج منتجاته الغذائية حيث انه يتولى الدور الذي كان يقوم به المستهلكون أنفسهم في مجال تصنيع الأغذية. ومن الأمثلة على ذلك، أن جزءا كبيرا من الحبوب التي تستهلك حاليا يتم تجهيزها في المطاحن بدلا من البيوت في معظم البلدان، سواء في المناطق الحضرية أو الريفية.

٤٥ - وتعتبر التشريعات الخاصة بجودة الأغذية وسلامتها وبيان محتويات العبوات الغذائية وتسويقها والاعلان عنها ضرورية. كما يتعين تعزيزها بنظام فعال لمراقبة الأغذية. وتلك مسؤولية الحكومة، ولكن بعض جمعيات المستهلكين أصبح لها هي أيضا دور بالغ الفعالية في مراقبة مدى الالتزام بهذه التشريعات. ويلزم تعاون الصناعة والتزامها من أجل استيفاء الاشتراطات القانونية وضمان تشغيل صناعة الأغذية بكفاءة في جميع البلدان. وينبغي لجميع الأطراف المعنية أن تعمل على تحديد المجالات التي تتداخل فيها المصالح التجارية ومقتضيات حسن تغذية المستهلكين والعمل على تشجيع تلك المجالات. وينبغي للحكومات أن تنظر في تقديم تشجيع مباشر لمثل هذه الأنشطة. أما في حالة اختلاف المصالح، فينبغي أن تنظر الحكومات في اتخاذ التدابير اللازمة، مثل توسيع نطاق أنشطة التوعية التغذوية التي تقوم بها، والتطبيق الفعال للوائح المنظمة لنوعية الأغذية وسلامتها والاشتراطات المتعلقة بدقة وصدق بيانات العبوات وأنشطة الترويج للأغذية، بحيث لا يكون هناك تناقض بينها وبين جهود الحكومة من أجل تشجيع التغذية السليمة. وتعمل صناعة الأغذية في البلدان المتقدمة في ظل ضوابط صارمة فيما يتعلق بجودة

الأغذية وسلامتها والصحة العامة، وهي تؤدي هذا الدور بكفاءة كبيرة. والواقع أن نظم مراقبة الجودة في الصناعة - ابتداء من المزارع ومرورا بمراحل التصنيع والتخزين والتسويق وحتى وصول المنتج الى المستهلك - قد ثبتت فعاليتها الى حد بالغ في التقليل من خسائر الأغذية، وضمان المقومات الأساسية لجودة الأغذية وسلامتها.

٤٦ - ومن الضروري قيام حوار بين كافة الأطراف المعنية - وهي الحكومة والمستهلكون والقطاع الخاص الصناعي - لأنه لا يمكن تحقيق تحسينات مستمرة الا من خلال التعاون بين تلك الأطراف. وتقع على عاتق الحكومات صراحة مسؤولية تبادل المعلومات مع المستهلكين ومع صناعة الأغذية، كما أن المبادلات بين المستهلكين والصناعة من شأنها أيضا أن تعزز دور القطاع الخاص في التخفيف من حدة المشكلات التغذوية.

دور المجتمع الدولي

٤٧ - تغطي الأنشطة التغذوية التي تدعمها وكالات الأمم المتحدة طائفة واسعة من المجالات-إنتاج الأغذية والتنمية الزراعية، وجودة الأغذية ومراقبتها، والمعونات الغذائية، والصحة، والسكان، والبيئة، والمياه والاصحاح، ورعاية الاطفال، ومحو أمية النساء، وتنمية المجتمع المحلي. وكثير من وكالات الأمم المتحدة تتصدى لمشكلات التغذية مباشرة أو تمارس تأثيرا على التغذية من خلال أنشطتها العامة. ومن بين تلك الوكالات منظمة الأغذية والزراعة واليونسيف ومنظمة الصحة العالمية والبنك الدولي، ولديها كلها أقسام أو شعب مختصة بالتغذية، على حين تستعين كثير من المنظمات الأخرى بمستشار متفرغ واحد على الأقل.

٤٨ - ومنظمة الأغذية والزراعة هي الوكالة الرائدة في منظومة الأمم المتحدة المسؤولة عن الأغذية والزراعة والتنمية الريفية وهي مكلفة بتحسين مستوى التغذية في جميع أنحاء العالم والمساعدة على ضمان تحرر الانسان من الجوع. ومن ثم، فإن أنشطة المنظمة المتمثلة بالتغذية تغطي نطاقا واسعا وتشمل تقديم الدعم لكل الجوانب المتعلقة بإنتاج الأغذية والمنتجات الزراعية وتصنيعها وتسويقها دون استثناء تقريبا، وكذلك الجوانب المتعلقة بمعايير الأغذية وجودتها وسلامتها وتحضيرها واستهلاكها. وتعمل المنظمة على تعزيز التنمية الزراعية القابلة للاستمرار وتحسين أحوال الفقراء والمحرومين. وتتحرى جهود المنظمة الرامية الى تحسين التغذية، من خلال تنمية الزراعة ومسايد الأسماك والغابات في البلدان النامية، التركيز على المجالات التالية ذات الأولوية: الأمن الغذائي والانذار المبكر؛ تعزيز نظم مراقبة جودة الأغذية، والتنمية القابلة للاستمرار بيئيا؛ والمحافظة على الموارد الوراثية؛ وتطوير البيانات الزراعية؛ والمشاركة الشعبية، ومشاركة المرأة في التنمية.

٤٩ - وتشمل الأنشطة العديدة التي تضطلع بها منظمة الأغذية والزراعة والتي لها تأثير على التغذية ما يلي: تقييم المشكلات التغذوية ورصدها؛ وضع السياسات والخطط الملائمة؛ تنفيذ برامج ومشروعات تركز على المجتمع المحلي؛ الإنذار المبكر بشأن الطوارئ الغذائية الوشيكة؛ مكافحة أوجه النقص في المغذيات الدقيقة؛ إدراج الاعتبارات التغذوية في المشروعات الزراعية والسمكية والجرجية؛ توفير التوعية والتدريب في مجال الأغذية؛ ضمان جودة وسلامة الامدادات الغذائية المخصصة للاستهلاك والتصدير عن طريق تعزيز النظم القطرية لمراقبة الأغذية. ويضطلع قسم السياسات الغذائية والتغذية، بالتعاون مع الأقسام الفنية المعنية الأخرى، بكثير من أنشطة المنظمة التي تعنى خصيصا بالتغذية.

تدفق موارد المعونة في مجال التغذية

ان مجموع التمويل من المصادر الثنائية ومتعددة الأطراف في مجالات المعونة الغذائية، والسكان، والمياه والشؤون الصحية، والصحة العامة، ورعاية الأطفال، ومحو الأمية لدى النساء، وتنمية المجتمعات المحلية، وكذلك مشروعات التغذية، بلغ ٤٥ مليار دولار في عام ١٩٨٧. أما التقديرات بحسب نصيب الفرد فتتفاوت تفاوتاً واسعاً، فقد بلغت: ٦٦٠ دولار في جنوب آسيا، و ٦٨٠ في جنوب شرق آسيا والصين، و ١٥٥٠ في أمريكا الجنوبية، و ٢١٨٠ في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، و ٢٩٨٠ في الشرق الأدنى وإفريقيا الشمالية، و ٣٣٢٠ في أمريكا الوسطى والبحر الكاريبي.

أما العنصر المتعلق مباشرة بالتغذية فقد بلغ ٧٧٥ مليون دولار، وهو عند حسابه على أساس نصيب الفرد يمثل ٠.٢ دولار (٢ سنت أمريكي)، ويتراوح من ٥ سنتات في أفريقيا، إلى ١٥ سنت في جنوب شرق آسيا والصين، وأقل من سنت واحد في الشرق الأدنى وإفريقيا الشمالية. وقد قدمت الأمم المتحدة ووكالاتها نصف هذا المبلغ، وقدمت وكالات الجهات المتبرعة الثنائية ٣٨ في المائة منه، وقدم البنك الدولي المبلغ الباقي.

المصدر: تقديرات التدفقات الخارجية المتعلقة بالتغذية، اللجنة الفرعية المعنية بالتغذية التابعة للجنة التنسيق الإدارية، ١٩٩١.

٥٠ - وتوفر المنظمة بيانات عن مدى توافر الأغذية (إمدادات الطاقة المستمدة من الغذاء) عن طريق موازين الأغذية التي تنشرها. ويجرى تحليل هذه المعلومات وعرضها في منشورات دورية شتى مثل حالة الأغذية والزراعة، والزراعة عام ٢٠٠٠، والمسح الغذائي العالمي. وتوفر الأعداد المختلفة من المسح الغذائي العالمي معلومات عن نصيب الفرد من الإنتاج الغذائي ومن إمدادات الطاقة المستمدة من الغذاء، كما تتضمن تقديرات لعدد المفتقرين إلى فرص كافية للحصول على الأغذية. وتصدر المنظمة أيضا دراسات التغذية القطرية التي تلخص حالة الأغذية والتغذية في سياق عوامل مترابطة مثل الإنتاج الزراعي، والتنمية الاقتصادية، والتحويلات الديموغرافية، ومدى الانتفاع بالخدمات.

٥١ - كذلك يقدم قسم السياسات الغذائية والتغذية الدعم لأمانة هيئة الدستور الغذائي المشتركة بين المنظمة ومنظمة الصحة العالمية. وتهدف هيئة الدستور الغذائي إلى حماية المستهلكين المحليين وتشجيع التجارة الدولية في التغذية عن طريق وضع معايير لسلامة الأغذية ولمبيدات الآفات ومخلفات العقاقير البيطرية والملوثات؛ وتحديد الاشتراطات المتعلقة ببيانات العبوات والمعايير الخاصة بالتحليل وبأخذ العينات؛ والتوصية بمدونات موحدة فيما يتعلق باشتراطات المناولة الصحية؛ وتشجيع الاعتراف المتبادل بنظم التفتيش على الأغذية وإصدار الشهادات المتعلقة بها.

٥٢ - وقد صمم برنامج التغذية الذي تنفذه منظمة الصحة العالمية أساسا بغرض تعزيز قدرة المؤسسات القطرية على: تقييم المشكلات المتعلقة بالعناصر الغذائية والنظام الغذائي، وأهم أسبابها والعوامل التي تساعد عليها؛ ووضع وتطبيق استراتيجيات لمعالجة سوء التغذية سواء كان ناجما عن النقص أو الاسراف؛ ومتابعة البرامج الجارية تنفيذها وتقييم تأثيرها. وسعيا إلى بلوغ هذه الأهداف، قامت وحدة المقرر الرئيسي بتطوير نظم عالمية للمعلومات وبنوك للبيانات بشأن الأشكال الرئيسية لسوء التغذية، وهي تتعاون مع المكاتب الإقليمية ومع البلدان في تطوير هذه العمليات على المستويات الإقليمية والقطرية. وعلى المستوى القطري تسعى منظمة الصحة العالمية إلى مساعدة البلدان على وضع خطط عمل فعالة للقطاع الصحي وللتدابير المشتركة بين القطاعات من أجل تحسين الحالة التغذوية. وتولى المنظمة عناية خاصة للمراقبة التغذوية ولتشجيع رصد النمو، لاسيما على مستوى المجتمعات المحلية، ولتحسين تغذية المجموعات الحساسة، والبرامج الرامية للتغلب على أوجه النقص في العناصر الغذائية الدقيقة. وتقدم منظمة الصحة العالمية أيضا الدعم لبرامج البحوث والتدريب على المستويات المحلية والقطرية والإقليمية، خاصة في مجال إدارة برامج التغذية. ويجرى حاليا وضع برامج عمل مكثفة لتحسين التغذية في ثمانية من أكثر البلدان احتياجا. وعلى الصعيد العالمي يشمل دور المنظمة المعايير وضع معايير وخطوط إرشادية في عدد من المجالات، مثل التقييم الوبائي وإدارة الاضطرابات المتعلقة بالتغذية،

والمتطلبات التغذوية. وهي تتابع تنفيذ المدونة الدولية الخاصة بتسويق بدائل لبن الأم. وتتعاون المنظمة على نطاق واسع مع سائر منظمات الأمم المتحدة والمنظمات الثنائية وغير الحكومية على كافة المستويات. وتعتبر منظمة الأغذية والزراعة واليونسيف أكثر المنظمات مشاركة لمنظمة الصحة العالمية على المستوى العالمي.

٥٣ - وقد حققت اليونسيف نجاحا باهرا في المساعدة على تلبية الاحتياجات التغذوية والاجتماعية والصحية للأطفال والأمهات في جميع أنحاء العالم، وخاصة أولئك الذين يعانون من ظروف عصيبة. وتحقق ذلك عن طريق تقديم الدعم لطائفة واسعة من البرامج والمشروعات على المستوى الميداني، خاصة المشروعات والبرامج الرامية الى رعاية الأطفال وتغذيتهم، وتشجيع الرضاعة الطبيعية، والتحصين، ومعالجة الجفاف عن طريق الفم، ورصد النمو، والمراقبة التغذوية، ورعاية صحة الأم، والتعليم. كما كان لليونسيف دور فعال في دعوة الجماهير والقائمين على رسم السياسات الى «اعطاء الأولوية للأطفال».

٥٤ - وقد أولى البنك الدولي في السنوات الأخيرة اهتماما متزايدا لتنمية الموارد البشرية وتحسين التغذية من خلال برامج الاقراض التي ينفذها. ويوجه حاليا ما يقرب من ١٣ في المائة من استثمارات البنك الدولي الى القطاعات الاجتماعية، مثل التعليم والسكان والتغذية والصحة. ويعتبر البنك من الناحية المالية أكبر مصدر عالمي لتمويل برامج التغذية، ولديه امكانيات ضخمة للتخفيف من وطأة سوء التغذية. وبالإضافة الى العمل على تحسين التغذية من خلال التنمية الاجتماعية والاقتصادية، يتعاون البنك الدولي أيضا مع الحكومات للتصدي مباشرة لمشكلات الأمن الغذائي، وأوجه النقص في المغذيات الدقيقة، ورعاية الأطفال وتغذيتهم.

٥٥ - ويدعم برنامج الأمم المتحدة الانمائي كذلك برامج التغذية بموجب اختصاصاته المتمثلة في مساعدة البلدان النامية على استغلال مواردها الطبيعية والبشرية بأفضل طريقة ممكنة. ويتم تحقيق ذلك عن طريق توفير المساعدة الفنية والمالية في قطاعات عديدة بالتعاون مع الوكالات المتخصصة الأخرى، وتشمل هذه المساعدة توفير الدعم للتنمية الزراعية والريفية، والقيام بتدخلات في ميدان التغذية، وتنفيذ برامج اجتماعية موجهة للتخفيف من الفقر، وتوفير فرص العمالة، وتعزيز نظم مراقبة الأغذية، وتحسين البيئة المعيشية. ويمول برنامج الأمم المتحدة الانمائي كثيرا من المشروعات التي تعدها المنظمة، ومنظمة الصحة العالمية، ووكالات أخرى، بهدف تحسين مستويات الأمن الغذائي، والتغذية، والصحة، والتبادل التجاري. ومن الممكن أن تنجم مزايا هامة عن ادراج موضوع تقييم التأثير الغذائي ضمن المشروعات التي يمولها برنامج الأمم المتحدة الانمائي.

٥٦ - كذلك فإن مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين عندما توفر الحماية الدولية والمساعدة المادية للاجئين لتلبية احتياجاتهم ودعم الاكتفاء الذاتي الاقتصادي، فإنها تدعم بذلك، بصورة عامة، تحسين التغذية لفئة من أشد الفئات حساسية من ناحية التغذية. وقد أمكن في الفترة الأخيرة بالتعاون مع برنامج الأغذية العالمي، وضع خطط توجيهية لتحديد الحصص الغذائية وانتقاء السلع التي تستعمل في البرامج العامة لتوزيع الأغذية والتغذية التكميلية.

٥٧ - ويساهم برنامج الأغذية العالمي بدرجة هامة في تحسين أوضاع السكان المحمية والتغذوية عن طريق برامج الخاصة بالمعونة الغذائية المرتبطة ببرامج الأغذية في حالات الكوارث، وكذلك برامج الخاصة بالجماعات الحساسة، وبالتغذية في المدارس، وبالفداء مقابل العمل. ولما كان برنامج الأغذية العالمي يدرك أن المزايا التغذوية للمعونة الغذائية تكون لها فعالية أكبر بكثير عندما تكون مصحوبة بالمساعدة المالية والإدارية والفنية، فإنه يربط، عند الامكان، المعونة الغذائية بمدخلات أخرى، منها التوعية التغذوية، وتوفير المساعدة للقطاع الصحي، وأعمال التنمية الاجتماعية مثل توفير التدريب والقروض.

٥٨ - وكل وكالة من وكالات الأمم المتحدة التي سبق ذكرها، فضلا عن وكالات أخرى من بينها الصندوق الدولي للتنمية الزراعية ومنظمة العمل الدولية واليونسكو وصندوق الأمم المتحدة للسكان وجامعة الأمم المتحدة، تشارك في اللجنة الفرعية المعنية بالتغذية التابعة للجنة التنسيق الإدارية. وتوفر هذه اللجنة الفرعية محفلا مفيدا لمناقشة العديد من قضايا التغذية، كما تجمع المعلومات المتعلقة بالتغذية وتوزعها على الوكالات والمهنيين العاملين في هذا المجال.

٥٩ - وتقدم المنظمات الثنائية مساهمات مالية وفنية إجمالية كبيرة للبرامج الإنمائية العامة، بما فيها برامج التغذية. وتقدم المعونة المالية مباشرة للبلدان المستفيدة، أو عن طريق الوكالات متعددة الأطراف. ويتوافر لدى العديد من هذه الجهات المتبرعة الثنائية استشاريون في ميدان التغذية يشارك عدد منهم في اجتماعات اللجنة الفرعية المعنية بالتغذية.

الاحتياجات من البحوث

٦٠ - يقوم العديد من البلدان في جميع نواحي العالم بعمليات البحوث في مجالات التغذية. ويلاحظ أن كثيرا من المؤسسات في البلدان المتقدمة تقوم ببحوث أساسية وتطبيقية معا على نطاق واسع في هذا الميدان. وتنجز بعض هذه الأعمال الميدانية والبحوث المختبرية في البلدان النامية، ويتم هذا عادة بالتعاون مع الحكومات أو المؤسسات القطرية. وفي هذه البلدان، تدعم تلك البحوث في أحيان كثيرة عن طريق موارد قطرية أو شركاء دوليين وتكون عادة من النمط التطبيقي أو التشغيلي،

وتشمل دراسات عن كيفية معالجة أشكال مختلفة من مشاكل التغذية ضمن ظروف اجتماعية وثقافية محددة، وعلى الخصوص على مستوى المجتمعات المحلية. وتتطلب الحاجة في أحيان كثيرة إجراء بحوث تشغيلية من أجل تنفيذ البرامج الميدانية بطريقة أفضل. وتجرى كذلك على نطاق واسع بحوث تتعلق بالعلوم الغذائية التطبيقية، ولو أن الموارد المتوافرة لذلك، بما فيها المرافق والاعتمادات، كثيراً ما تكون غير كافية. وفي أحيان كثيرة يلاحظ أن الباحثين أنفسهم ليسوا متدربين تدريباً جيداً أو تنقصهم الخبرة في مجال صياغة بروتوكولات البحث أو تنفيذها. وكثيراً ما يضطرون للعمل منعزلين وفي ظروف قاسية للغاية. ولكن على الرغم من هذه العراقيل، يوجد في كل إقليم شبكات من مراكز البحوث. وتقدم كل من هذه الشبكات مساهمات قيمة يمكن أن تحسن مستوى التغذية، غير أن الحاجة تدعو إلى تعميم النتائج وتنفيذها على نطاق أوسع.

٦١ - وفيما يتعلق بقطاع الزراعة، تدعم الجماعة الاستشارية للبحوث الزراعية الدولية ١٨ مركزاً من مراكز البحوث في جميع أنحاء العالم، تختص بمجالات تغطي محاصيل معينة مثل القمح، الذرة، والبقول، ومناطق جغرافية محددة مثل المناطق شبه القاحلة، كما تختص بإجراء بحوث في مجال السياسات. وتهدف الجماعة المذكورة، عن طريق البحث الزراعي والأنشطة ذات الصلة، إلى المساهمة في زيادة الانتاج الغذائي القابل للاستمرار، بما في ذلك الزراعة، والغابات، ومصايد الأسماك، على نحو يؤدي إلى تحسين المستويات التغذوية والرفاهية الاقتصادية العامة للسكان ذوي الدخل المنخفض. وتعمل هذه المراكز متعاونة مع النظم القطرية فتوفر المساعدة والمشورة في مجال ذي أولوية، وبهذا تقوم بدور الجسر الذي يسد الثغرات في نظم البحث القطرية التي كثيراً ما تنقصها الموارد. وفي آسيا، على سبيل المثال، ضمت البحوث التي قام بها المعهد الدولي لبحوث المحاصيل في المناطق الاستوائية شبه القاحلة إلى البحوث التكميلية القطرية المنفذة في الهند لتحديث تأثيراتها على إنتاج الذرة الرفيعة والبسلة الهندية لدى المزارعين الفقراء في المناطق المهملة. وبالإضافة إلى ذلك، ركز المعهد الدولي لبحوث سياسات الأغذية على استهلاك الأغذية والتغذية كمجال هام للبحوث المتعلقة بالسياسات، وعمل بنجاح مع الحكومات والمؤسسات في جميع أنحاء العالم من أجل تدعيم السياسات الفعالة في مجال تحسين التغذية بين الفقراء.

٦٢ - ولكن يلاحظ أن بحوث التغذية لا تحظى، في أحيان كثيرة، بالأولوية لدى وزارات الزراعة أو الصحة. وتجدر الإشارة بصفة خاصة إلى أن البحوث الصحية المرتبطة بالتغذية أهملت بصورة عامة مجالات البحث التطبيقي، والاهتمامات الاقتصادية، وإدارة البرامج، والاتصالات الاجتماعية. وقد بحثت هيئة البحوث الصحية لأغراض التنمية الاستراتيجيات القائمة من أجل توسيع نطاق البحوث الصحية الدولية ونصحت بتوجيه الموارد نحو تعزيز مراكز البحوث الموجودة وإنشاء مراكز جديدة في البلدان النامية، مع ربط هذه المراكز بشبكة البحوث الدولية.

٦٣ - وحقق برنامج جامعة الأمم المتحدة نجاحا كبيرا في بناء قدرات للبحوث التغذوية، وإن كان قد تم التركيز على البحوث الأساسية بدلا من التطبيقية. وقد ركز هذا البرنامج على توفير التدريب المتقدم للموظفين الرئيسيين في مؤسسات البلدان النامية القادرة على المساهمة في البحوث، والتدريب، واسداء المشورة في ميدان السياسات المتعلقة بالتغذية. وبالإضافة الى ذلك، هناك عدد من البرامج الجامعية توفر دورات تدريبية قصيرة الأجل في موضوع التغذية لرجال الادارة والمهنيين الاداريين من المستويات المتوسطة في البلدان النامية، وفي أحيان كثيرة تشرف هذه البرامج الجامعية على برامج ومشروعات خاصة بالبحوث التشغيلية. التدريب الفني المتخصص غير متوافر حاليا في أحيان كثيرة في معظم الجامعات، ومعاهد التغذية، والمدارس الفنية.

الاحتياجات في مجال تنمية الموارد البشرية

٦٤ - ينبغي أن يكون واضعوا السياسات والمخططون في مختلف الوزارات قادرين على إدراج الاهداف الغذائية ضمن سياساتهم وبرامجهم، وأن يشاركوا في صياغة خطط العمل القطرية والمشاركة بين القطاعات. وينبغي أن يكونوا قادرين على تقييم المعلومات الخاصة بأهمية المشاكل التغذوية المختلفة، وفهم أسباب هذه المشاكل وكيف يمكن أن تؤثر أنشطة وزاراتهم على الأوضاع، كما ينبغي أن يكونوا قادرين على أن يعملوا بفعالية مع قطاعات أخرى لتصميم سبل العمل الملائمة ورصدها.

٦٥ - ولتلبية هذه الاحتياجات، لابد من توفير التعليم والتدريب المتخصص في الموضوعات المتعلقة بالاغذية والتغذية. وبالنسبة لخبراء التغذية الذين يتوقع منهم أن يعملوا في مجالات التخطيط وإدارة البرامج، يتطلب الأمر أن يحصلوا على مزيد من التدريب في الاقتصاد، والاتصالات، والعلوم الاجتماعية. وبالمثل قد يتطلب الأمر مزيدا من التدريب بالنسبة للمهنيين في تخصصات أخرى (مثل الزراعة، والصحة، والاقتصاد، وغيرها) إذا كان يتوقع منهم أن يعالجوا موضوع التغذية. وعلى كل حال ففي الحالتين ينبغي أن يكون التدريب وثيق الصلة بظروف البلد المعنى، وأن يركز على التطبيق العملي للمهارات المكتسبة. وينبغي أن يكون هذا التدريب عنصرا ضروريا من عناصر التدريب قبل العمل وأثناء العمل على حد سواء.

٦٦ - وبالإضافة الى التدريب الفني المحدد المطلوب، هناك حاجة كبيرة الى تعزيز القدرات الادارية على جميع المستويات. وربما يستدعي الأمر توفير التدريب العملي على تخطيط البرامج وادارتها وتقييمها، واستخدام المعلومات بالطرق الملائمة، والاشراف، ووضع الميزانيات، وتنظيم الاعمال، وكيفية تدريب الآخرين. ومثل هذا التدريب الفني المتخصص غير متوافر حاليا في أحيان كثيرة في معظم الجامعات، ومعاهد التغذية، والمدارس الفنية.

٦٧ - وكذلك فإن من العناصر الجوهرية، التدريب وتنمية الموارد البشرية داخل المجتمعات المحلية. ويمكن لهذا التدريب أن يعالج قضايا متعددة مثل الرعاية والتغذية على مستوى الأسرة، ورصد التنمية؛ واستخدام التكنولوجيا الملائمة؛ وتحسين عمليات تصنيع الأغذية وتخزينها ومناولتها. وينبغي أن يكون التدريب متجاوبا مع احتياجات المجتمعات المحلية، وأن يسعى لزيادة اعتمادها على الذات.

٦٨ - وتتحمل الحكومات، التي تدعمها في بعض الحالات الوكالات الثنائية ومتعددة الأطراف، مسؤوليات خاصة في مجال تنمية القدرات الفنية والإدارية والبحثية على جميع المستويات المطلوبة لمعالجة مشاكل التغذية في الأجلين القريب والبعيد. والواقع أن التعاون فيما بين الحكومات، والجهات المتبرعة ووكالات المساعدة الفنية والجامعات، والمجتمعات العلمية المحلية، والمنظمات غير الحكومية، والقطاع الخاص، يمكن أن يكون فعالا جدا لتطوير قدرات التدريب المطلوبة وتعزيزها. ومن الممكن أن تكون تنمية فرص التعليم والتدريب، على المستويات الإقليمية وشبه الإقليمية وسيلة مجدية من حيث التكاليف لتوفير التدريب المطلوب.

ملاحظات ختامية

٦٩ - لاشك في أن مواجهة تحديات التغذية مهمة ضخمة، غير أنها ممكنة إذا توافر التزام عالمي وعمل متضافر من طرف الحكومات، والمجتمعات المحلية، والمنظمات غير الحكومية، والقطاعات الخاصة، والمجتمع الدولي بما فيه المنظمات الدولية. والضرورة الأساسية في حالات كثيرة هي أن يركز المخططون وواضعو السياسات إهتمامهم، بكل بساطة، على الحاجة إلى النهوض بالتنمية البشرية باعتبارها الهدف الرئيسي لعملية التنمية.

٧٠ - ولا يعني هذا أن التنمية الاقتصادية غير مهمة، بل إنها مهمة للغاية. ومن المقبول الآن بصورة عامة أن جوهر التنمية هو أن يوفر للسكان، وخاصة للفقراء والمحرومين، الظروف الاجتماعية والاقتصادية الضرورية لكي يعيشوا عيشة سليمة صحية. ولتحقيق هذا الهدف يلزم أن توجه سياسات التنمية والتخطيط توجيهها أفضل نحو تحسين التنمية البشرية، بما فيها تحسين الرفاهية التغذوية. والمطلوب هو وجود التزام جماعي عام يتيح للسكان الفرصة لتحسين ظروف معيشتهم إلى جانب ضمان أن توزع المكاسب العلمية الاقتصادية والاجتماعية توزيعاً عادلاً.

٧١ - ونظراً لتنوع وتعقيد المشكلات التي تواجهها البلدان النامية، فإن وضع توصيات عالمية بشأن إدراج الأهداف التغذوية في السياسات والبرامج الانمائية لن يكون أمراً فعالاً على الأرجح. فهذه التوصيات يتعين تطويرها للحاجات والخصائص والأولويات المحددة لمختلف البلدان والأقاليم. وعلاوة على ذلك، يتطلب بلوغ الأهداف التغذوية فسحة من الوقت، وخاصة عندما يقتضى تحقيق النتائج الإيجابية أحداث تغييرات في المواقف والسلوك أو التوجه إلى فئات يصعب الوصول إليها.

٧٢ - وفي المقام الأول، يعد تنفيذ مبادرات قطرية وتخصيص موارد لمياغة وتنفيذ سياسات وبرامج قطرية عنصرين جوهريين لتحقيق تحسين فعال في الحالة التغذوية للجميع، ولاسيما الفقراء. ويعتبر التعاون الوثيق بين الحكومات والمجتمعات المحلية والمنظمات غير الحكومية والشركات الصناعية الخاصة عنصراً حيوياً لنجاح هذه البرامج. غير أن الموارد اللازمة لا تكون في حالات كثيرة متاحة لعدد من البلدان النامية. وبمقدور المجتمع الدولي أن يقدم اسهاماً حاسماً في هذا الصدد بتوفير المساعدة المالية والفنية اللازمة لدعم الجهود القطرية. وبوسع الدعم الدولي أن يساعد على مساندة عملية التنمية ذات الوجهة العادلة المنصفة وعلى انقاذ الفقراء من الأثر المناوئ لبرامج التكيف، وذلك على سبيل المثال بتوفير "شبكات أمان" أو بمقاومة أثر الصدمات الناتجة عن الكوارث الطبيعية أو التي

يتسبب فيها الانسان. وبمقدور المنظمات الدولية أيضا أن تظطلع بدور حراز، له أهميته الحيوية، في دعم الجهود القطرية عن طريق تقديم المساعدة في مجالات اختصاصها. وتعد الموارد المالية والفنية عنصرا جوهريا اذا ما أريد تمكين الحكومات في العالم النامي من اعتماد وتنفيذ سياسات تتخذ من الارتقاء بمستوى التغذية هدفا رئيسيا من أهداف التنمية وتكفل للجميع التمتع بالأمن الغذائي والصحة.

مراجع الفصل الخامس

- Becker, W. & Helsing, E., eds. 1991. *Food and health data: their use in nutrition policy-making*. WHO regional publications. European series no. 34. Copenhagen.
- Berg, A. 1987. *Malnutrition: what can be done? Lessons from World Bank experience*. Baltimore, MD, The Johns Hopkins University Press for the World Bank.
- BIDANI. 1989. *The Barangay integrated development approach to nutrition improvement of the rural poor: a nutrition-in-development action-research project*. College of Human Ecology. University of the Philippines at Los Baños College. Laguna.
- Commission on Health Research for Development. 1990. *Health research: essential link to equity in development*. Oxford, Oxford University Press.
- FAO. 1990. Balanced diet: a way to good nutrition. FAO Seventeenth Regional Conference for Europe, Venice. (ERC/90/4)
- FAO/WHO. 1992. Incorporating nutrition objectives into development programmes and policies: theme no. 8. *Major issues for nutrition strategies*. International Conference on Nutrition, Rome.
- Field, J.O. 1987. Multisectoral nutrition planning: a post mortem. *Food Policy*, 12(1): 15-28.
- Gillespie, S. & Mason, J.B. 1991. *Nutrition-relevant actions: some experiences from the eighties and lessons for the nineties*. ACC/SCN State-of-the-art series. Nutrition policy discussion paper no. 10. Geneva.
- Gwatkin, D., Wilcox, J. & Wray, J. 1980. *Can health and nutrition interventions make a difference?* ODC monograph no. 13. Washington, DC.
- Jennings, J., Gillespie, S., Mason, J.B., Lotfi, M. & Scialfa, T., eds. 1991. *Managing successful nutrition programmes*. ACC/SCN State-of-the-art series. Nutrition policy discussion paper no. 8. Geneva.
- Lipton, M. & De Kadt, E. 1988. *Agriculture-health linkages*. Geneva, WHO.
- Lipton, M. & Longhurst, R. 1989. *New seeds and poor people*. Baltimore, MD, Johns Hopkins University Press.
- WHO. 1981. *International Code of Marketing of Breast Milk Substitutes*. Geneva.
- WHO. 1986. *Intersectoral action for health: the role of intersectoral cooperation in national strategies for health for all*. Geneva.
- WHO. 1991. *Food and nutrition policy in Europe*. Report on a WHO Conference. Copenhagen.

