

الجاهزية لحالات الطوارئ في
أمريكا اللاتينية ومنطقة الكاريبي

مناصرة التغذية
في الغابون

بوروندي وميانمار: حصر
الأعمال متعددة القطاعات

NUTRITION EXCHANGE

التبادل الغذائي

JENN



شراكة ولاية راجستان
الجديدة للصحة المجتمعية
خطة التغذية الوطنية
الثانية لبنغلادش
وضع البرامج على مستوى
المناطق في بلوشستان

العدد
١٠

المحتويات

٣ كلمة التحرير

٤ مواضيع عالمية

- ٤ تحسين الوضع الغذائي لدى اليافعين
- ٤ «أجندة المناطق الحضرية» للأمن الغذائي والتغذية
- ٥ المدارس كجهاز لتحسين التغذية
- ٥ حصر تحالفات مواجهة الأمراض غير السارية
- ٦ تمويل التغذية - هل هناك تحوّل في النموذج؟
- ٧ ما الجديد لدى «شبكة التغذية في حالات الطوارئ» ENN؟
- ٨ الوجه المستجد لسوء التغذية

٩ المقالات الأصلية

- ٩ حصر الأعمال متعددة القطاعات في بوروندي وميانمار: نحو تنسيق أكثر فعالية
- ١٢ توفير التغطية على مستوى المناطق لوضع برامج التغذية في بلوشستان، باكستان
- ١٤ وضع الخطة الوطنية الثانية لأعمال التغذية في بنغلادش
- ١٦ استراتيجيات التغذية الإقليمية للتصدي للعبء المزدوج في بلدان شرق المتوسط
- ١٨ مناصرة التغذية في الغابون
- ٢٠ تحسين مستوى جاهزية تدخلات التغذية الطارئة والاستجابة لها في دول أمريكا اللاتينية ومنطقة الكاريبي
- ٢٢ التعافي ما بعد الزلزال في مناطق نيبال الحضرية: استخدام المستشفيات لتحديد حالات سوء التغذية لدى الأطفال والأمهات ومعالجتها
- ٢٤ شراكة بين عاملات الصحة المجتمعية والتغذية في ولاية راجستان في الهند
- ٢٦ تطوير نظام رصد تدخلات التغذية في الصومال قائم على المجتمع المحلي
- ٢٨ توفير منتجات غذائية محلية عالية الجودة ومدعمة ومتازجة في غرب أفريقيا

30 الموارد والتحديثات

- 30 أدوات متوفرة مباشرة على الإنترنت
- 31 تحديث عن "حركة توسيع نطاق التغذية": بلورة نظام الرصد والتقييم والمساءلة والتعلم MEAL

تتقدم «شبكة التغذية في الطوارئ» ENN بالشكر لمكتب اليونيسف الإقليمي في باغا، والمكتب الإقليمي لليونسف لمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا في الأردن لإسهامهما في نشر النسختين الإسبانية والعربية من هذه النشرة.

والشكر موصول أيضاً لأعضاء فريق إدارة المعرفة في «شبكة التغذية في الطوارئ» ENN KM لإسهاماتهم في هذا العدد، بمن فيهم أخصائي إدارة المعرفة الإقليمية RKMS أمباركا يوسوفين، وليليان كارانجا، وتشارولانا بانبرجي، والذين حظوا بدعم من توي سوينين (منسقة فريق إدارة المعرفة العالمي في الشبكة)، والمدونة الصوتية لنشرة «تبادل التغذية» جوناه كلاين (منتجة المحتوى الرقمي) وأزاريا مورغان (مساعدة المشروع).

الغلاف الأمامي: بنغلاديش برنامج الأغذية العالمي/سايكات مومودير
الغلاف الخلفي: الهند: برنامج الأغذية العالمي/جاميس جيامبرون

ما هو «تبادل التغذية»؟

«تبادل التغذية» هو مطبوعة تصدر عن شبكة التغذية في الطوارئ ENN، وتحتوي على مقالات قصيرة وسهلة القراءة عن تجارب ودروس برامج التغذية من الدول التي تنوء تحت ثقل سوء التغذية وتلك التي هي عرضة للأزمات. تُعطى أولوية النشر للمقالات المكتوبة بأقلام محلية. كما تلخص أيضاً الأبحاث وتوفّر المعلومات حول الإرشاد والتوجيه، والأدوات، والدورات التدريبية المقبلة في التغذية والقطاعات ذات الصلة.

وتتضمن مطبوعة «تبادل التغذية» مقالات أساسية، ومعلومات محدّثة حول المرجعيات، والسياسات التوجيهية، والأدوات، والتدريب، والأنشطة والأحداث. وهي متوفرة باللغات العربية، والإنكليزية، والفرنسية، والإسبانية.

كم مرة تصدر هذه النشرة؟

«تبادل التغذية» نشرة نصف سنوية مجانية متوفرة بنسخة ورقية بالإنجليزية والفرنسية، وبنسخة إلكترونية باللغات الإنجليزية والفرنسية والعربية والإسبانية.

كيف يتمّ الإشتراك فيها أو إرسال المقالات؟

للإشتراك في «تبادل التغذية»، زوروا الموقع الإلكتروني التالي:

<http://www.ennonline.net/nutritionexchange>

يقبّل الكثير من الناس قيمة تجاربهم الشخصية وكيف أن مشاركتها قد تفيد الآخرين الذين يعملون في ظروف مشابهة. وتهدف «شبكة التغذية في الطوارئ» إلى توسيع دائرة الأشخاص، والوكالات، والحكومات التي تساهم في المواد التي تنشر في «التبادل الغذائي».

تبدأ الكثير من المقالات التي ترونها في «التبادل الغذائي» كنقاط رئيسية عامة يشاركها الكاتب معنا. سوف يساعدكم فريق التحرير ويساندمكم في كتابة أفكاركم على الورق وتحويلها إلى مقالة صالحة للنشر. كخطوة بداية، ما عليكم سوى مراسلة «كارمل» و«جوديث» على العنوان الإلكتروني التالي:

Judith.Hodge@ennonline.net و carmel@ennonline.net

ووضع أفكاركم. نحن نبحث الآن عن مقالات للعدد ١١ من «تبادل التغذية»، لذا يرجى منكم التواصل معنا.

تمّ إصدار هذا العدد من نشرة «تبادل التغذية» بتمويل من «وكالة الإغاثة البريطانية» UK aid من حكومة المملكة المتحدة، وبرنامج «أيريش آيد» Irish Aid. إن الآراء والناتج والاستنتاجات الواردة في هذه النشرة يتحمل مسؤوليتها المؤلف (المؤلفون) ولا تمثل أو تعكس بالضرورة سياسة حكومة المملكة المتحدة أو برنامج أيريش آيد.



كلمة التحرير

نقدم لكم وبكل فخر هذا الإصدار العاشر من نشرة «تبادل التغذية»! لقد تمخضت هذه النشرة عن نسخة مقتضبة من نشرة «التبادل الميداني»، والتي ظهرت لأول مرة في العام ٢٠١١ لتصبح نشرة متكاملة قائمة بحد ذاتها، ومصممة لتلبية احتياجات الأطراف الرئيسية على المستوى الوطني ومستوى المحافظات والأقاليم ولتوفير معلومات سهلة الوصول حول عملية وضع برامج التغذية. وتزداد قوة «تبادل التغذية» أكثر فأكثر وهي تنشر الآن مقالات أصلية يكتبها موظفون حكوميون وشركاء العمل التنموي والإنساني الذين ينشطون في مختلف القطاعات للتصدي لمشكلة سوء التغذية.

في العام ٢٠١٦، أصبحت «تبادل التغذية» نصف سنوية ومتاحة بأربع لغات (الإنجليزية، والفرنسية، والعربية، والإسبانية)، وتضمنت أيضاً تركيزاً على رصد التجارب المستفادة من الدول المنضوية تحت عضوية «حركة توسيع نطاق التغذية» SUN. نحن نؤمن بأن هذه النشرة تشكل منهلاً يساعد الأطراف الرئيسية الوطنية على بلورة فهم أفضل حول التغذية وسبب أهميتها، وكيف يمكن للأقران في الدول الأخرى إحراز تقدم في معالجة مشكلة سوء التغذية بينما يواجهون تحديات التنفيذ ويتغلبون عليها.

تغطي المقالات الواردة في هذا العدد جانباً واسعاً وعمقاً مثل هذه التجارب، لكن الموضوع العام الأبرز هو التقدم الذي يمكن إحرازه عندما تتحد القوى للعمل من أجل تحقيق أهداف التغذية المشتركة. وغالباً ما تتم الإشارة إلى التعددية القطاعية على المستوى الوطني؛ لكن هناك قصة من ولاية راجستان في الهند توضح كيف يمكن أن تكمن خطوات تحقيق التنسيق الفعال في كثير من الأحيان في الإجراءات التي يتم تنفيذها على مستوى المحافظات والأقاليم. تصف هذه المقالة كيف تم تشكيل شراكة «ثلاثية» ناجحة بين ثلاث مجموعات مختلفة من العاملات في مجال الصحة والتغذية لتنسيق جهودهن نحو تحقيق هدف مشترك، وهو اكتشاف حالات نقص التغذية لدى الأطفال ومعالجتها. في إقليم جدو في الصومال، والذي يفتقر إلى الهيكلية الحكومية، يتم تدريب أفراد المجتمع المحلي على الاضطلاع بدور مماثل في نظام رصد قائم على المجتمع المحلي يفضي إلى تحديد أوجه تحسينات البرامج. وفي بلوشستان، أفقر مقاطعات باكستان، تعكف منظمة محلية غير حكومية على تنفيذ برنامج تغذية على مستوى المقاطعة يستهدف المناطق التي تُركت بلا تغطية.

في بعض الأحيان، تشكل حالات الطوارئ عاملاً محفزاً على التفكير المبتكر حول تدخلات التغذية. وفي نيبال ما بعد الزلزال، تعاونت الحكومة ووكالات الأمم المتحدة معاً لاستخدام المستشفيات في البيئات الحضرية بوصفها وسيلة غير مستغلة لتنفيذ تدخلات التغذية. وفي منطقة أمريكا اللاتينية والكاربي، تعاني الدول من وتيرة متزايدة من الكوارث الطبيعية: هناك منتدى جديد يوفر التوجيه والدعم لجاهزية تدخلات التغذية التي سيتم تضمينها في خطط التغذية الوطنية.

تحظى الخطة الوطنية لبنغلادش بالإشادة لاشتمالها على تدخلات محددة ومراعية للتغذية في خطة العمل الوطنية الثانية الخاصة بالدولة، مما يقتضي مزيداً من التعاون بين مختلف القطاعات. وفي الغابون، بذل وزير الزراعة

والمناصر للتغذية جهوداً حثيثة لتحفيز المنتدى متعدد القطاعات في الدولة وأعد خطة وطنية في هذا المجال. ويمكن لأدوات حصر أعمال التغذية أن تساعد مختلف الأطراف على بلورة صورة أوسع حول وضع التغذية؛ وكانت هذه بالتأكيد تجربة تلك الجهات الرئيسية ذات العلاقة التي اجتمعت معاً لحصر تدخلات التغذية في كل من بوركينافاسو ومياثمار.

تتميز منطقة شرق حوض المتوسط بتنوع دولها، وغالباً ما تظهر في الأخبار بسبب النزاعات المستمرة. وتركز مقالة في هذا العدد على التدابير التي تتخذها الدول لمواجهة الوزن الزائد والسمنة. وأخيراً، تشير مقالة من منطقة غرب أفريقيا إلى علاقات التعاون مع شركات الإنتاج المحلية لتوفير منتجات غذائية مدعمة ومتمازجة - مما يضمن أن تكون هذه الشركات جزءاً من الحل لمكافحة العبء المزدوج لسوء التغذية.

من خلال تقديمها للدعم الفعّال أثناء عملية التأليف والكتابة، تشكل «تبادل التغذية» فرصة متفردة لمن يعملون في الميدان لمشاركة قصصهم والدروس المستفادة مع جمهور أوسع. نتقدم بالشكر الجزيل لقراء وكتاب «تبادل التغذية» على مدى الأعداد العشرة الماضية - وإنه لشرف كبير لنا أن نعمل معكم ونيابة عنكم. كما أننا نتطلع قدماً للعمل مع أطراف أخرى تشتغل على المستوى الوطني وعلى مستوى الأقاليم والمحافظات ولمشاركة هذا المورد على أوسع نطاق ممكن من خلال الأعداد المقبلة من «تبادل التغذية».

نتمنى لكم قراءة ممتعة.

كارمل دولان، مساعدة التحرير، «تبادل التغذية»
(carmel@enonline.net)

جوديث هودج، مساعدة التحرير، «تبادل التغذية»
(Judith.Hodge@enonline.net)



توي سوينن، منسقة فريق إدارة المعرفة العالمي
تشارولانا بانيرجي (فريق خدمات إدارة المعرفة الإقليمي)
أمباركا يوسوفان (فريق خدمات إدارة المعرفة في منطقة غرب أفريقيا)
ليليان كارانجا (فريق خدمات إدارة المعرفة في منطقة شرق أفريقيا)



استمعوا إلى المقابلة التي أجريت مع المحررين
على قناة التدوين الصوتي podcast لـ شبكة
التغذية في الطوارئ ENN:

www.enonline.net/mediahub/podcast/
nex10editorial?version=current

Media Hub



معلومات عن «شبكة التغذية في الطوارئ» ENN

- تتبع «شبكة التغذية في الطوارئ» التعلّم وإيجاد شبكة علاقات لبناء قاعدة أدلة لوضع برامج التغذية.
- ينصبّ تركيزنا على المجتمعات التي تعاني من الأزمات وحيث يكون نقص التغذية مشكلة مزمنة. ونسترشد في عملنا بما يحتاج إليه الممارسون للأداء بكفاءة.
- نرصد وتبادل خبرات الممارسين من خلال نشراتنا ومنتدى نقاش en-net المتاح مباشرة على الإنترنت.
- نقوم بتنفيذ أبحاث ومراجعات في الحالات التي تفتقر إلى أدلة قوية.
- نلجأ إلى المناقشة الفنية في حالات عدم التوافق.
- وندعم عمليات القيادة والإشراف في التغذية على مستوى العالم.



تحسين الوضع الغذائي لدى اليافعين



تسلط هذه النشرة الضوء على الإجراءات القائمة على الأدلة للتصدي لمشكلة سوء التغذية خلال فترة المراهقة لدعم عملية التنفيذ القطرية. يتطلب الوصول إلى وضع تغذوي مثالي بين اليافعين - وكذلك بين الفئات الأخرى - تطبيق إجراءات منسقة تشمل قطاعات متعددة. والغرض من هذا التوجيه استخدامه من قبل مجموعة من الجهات الرئيسية ذات العلاقة في العديد من القطاعات. وتشمل التدخلات الموصى بها توفير المغذيات الدقيقة من خلال تدعيم الأغذية وتوفير المكملات الغذائية المستهدفة؛ وإدارة سوء التغذية الحاد بين اليافعين؛ ومنع حمل اليافعات/تشجيع التغذية ما قبل الولادة.

www.who.int/nutrition/publications/guidelines/effective-actions-improving-adolescent/en

هناك إدراك متنامٍ بأن تلبية الاحتياجات الغذائية لليافعين (الذين تتراوح أعمارهم بين ١٠ و ١٩ سنة) يمكن أن تعود بمنافع ثلاثية الجوانب: صحة أفضل لليافعين الآن، ولحياتهم في المستقبل، ولأطفالهم. وغالباً ما يُشار إلى العقد الثاني من الحياة على أنه «نافذة الفرصة الإضافية» للنمو والتنمية، وهو مرحلة التحول الجسدي والإدراكي والاجتماعي السريع. وقد حددت إرشادات جديدة وضعتها منظمة الصحة العالمية إمكانية تكريس ممارسات الأكل الصحي خلال فترة المراهقة للحد من نقص المغذيات وخلل النمو من العقد الأول من الحياة والسلوكيات الضارة التي تسهم في الأمراض المرتبطة بالنظام الغذائي والأمراض غير السارية في مرحلة البلوغ.

«أجندة المناطق الحضرية» - تلبية احتياجات الأمن الغذائي والتغذية للمناطق الحضرية الفقيرة

وحسب دراسة نشرتها مجلة «ذا لانست» The Lancet، الأطفال على وجه الخصوص هم أكثر استضعافاً في المناطق الفقيرة بسبب تدي معدلات الرضاعة الطبيعية ومستويات خدمات الصرف الصحي، مما يجعلهم معرضين للمعاناة من الإسهال المزمن والتقرم^١. وتواجه الأسر في المناطق الحضرية الفقيرة معيقات ترتبط بالحصول على خدمات الغذاء والخدمات الصحية والعامة، وهذا الوضع يتفاقم أكثر بسبب تدي مستوى خدمات الصرف الصحي ومحدودية الدخل.

- يقترح التقرير أربعة محاور وثيقة الصلة ببعضها البعض لـ «أجندة المناطق الحضرية» من أجل تحسين صحة ورفاه من يعيشون في المدن:
- الحكم - يجب على الجهات المسؤولة عن تخطيط المدن التفكير في بناء مستقرات غير نظامية كجزء من المخطط البيئي الدائم، ويمكن تكرار لجان تنسيق تدخلات التغذية في أي سياق حضري؛
 - بيئة الأغذية - يجب على الهيئات المسؤولة تناول احتياجات الأغذية لدى كل من المستهلك والبائع في المناطق الحضرية، مع الأخذ بعين الاعتبار تكلفة الأغذية الآمنة والمغذية ومخاطر الصحة والسلامة الناشئة عن تدي مستوى خدمات الصرف الصحي والافتقار إلى مرافق الطهي؛
 - التغيير الاجتماعي وتغيير السلوك - يجب توفير الدعم لسكان المناطق الحضرية الفقيرة لتأمين خيارات أغذية صحية لهم ضمن محدودية ميزانياتهم، ويجب تحسين ظروف عملهم في سوق العمل غير النظامية، وخاصة النساء، مع الأخذ بعين الاعتبار دورهن كمانحات رعاية وأمهات.

للمزيد من المعلومات، يرجى زيارة:

www.snv.org/public/cms/sites/default/files/explore/pdf._download/paper_-_the_urban_agenda

^١ إيزيه إيه وآخرون، ٢٠١٦. تاريخ وجغرافيا وعلم اجتماع المناطق الفقيرة والمشاكل الصحية للأشخاص الذين يعيشون في المناطق الفقيرة. ذا لانست، ١٠٠٦٨: ٥٤٧-٥٥٨.

لقد أدى الأثر العالمي المتداخل للأزمات والتغير المناخي والأمن الغذائي إلى ارتفاع كبير في نسبة هجرة الناس إلى المدن للبحث عن الأمان والخدمات. ويُقدَّر بأن ٦٦٪ من سكان العالم سيعيشون في المناطق الحضرية بحلول العام ٢٠٥٠، وهي زيادة من نسبة ٥٤٪ في العام ٢٠١٤، مما يشكل ضغطاً هائلاً على الأنظمة الغذائية.

تستكشف هذه الورقة المقدمة من المنظمة الألمانية غير الربحية SNV الفهم الحالي لتحديات الأمن الغذائي والتغذية التي يواجهها الفقراء في المناطق الحضرية، وهي تستند إلى أدلة من أفريقيا، وأمريكا اللاتينية، وآسيا. وتُظهر البيانات المستقاة من كينيا، والإكوادور، والبرازيل، وهاتي، والفلبين أن معدلات وفيات الرضع والمواليد الجدد أعلى في المناطق الريفية الفقيرة مقارنة مع المناطق الحضرية.



مجموعة نقاش مع بائعات أطعمة غير نظاميات في «كلنا» بنغلاديش



المدارس كجهاز لتحسين التغذية

يمكن لتأثير المدارس أن يمتد إلى ما هو أبعد من الطلبة أنفسهم، من خلال إشراك المعلمين والأهل وغيرهم من أفراد المجتمع في بناء القدرات حول الأنظمة الغذائية الصحية والتثقيف. ومن شأن التدخلات أن تحفز على التنمية المجتمعية، بما في ذلك التأثير في أنظمة الإنتاج الزراعي لتوفير أغذية متنوعة وتغذوية (من خلال إنتاج المزارعين)، وتشجيع عادة الأكل الصحي طوال العمر، ومعالجة المشاكل الصحية والمشاكل الأساسية للنظافة العامة والصرف الصحي. ومن خلال توفير بيئة صحية ومعيشية أفضل فيها، يمكن ألا ينحصر دور المدرسة في دعم التعليم فحسب، بل قد تسهم أيضاً في تعميم ونشر أنشطة التغذية في المجتمعات المحلية.

للاطلاع على المزيد، يرجى زيارة الموقع:

www.unscn.org/uploads/web/news/document/School-Paper-EN-WEB-nov2017.pdf

يمكن أن يلتحق أطفال السكان ذوي الدخل المنخفض بالمدرسة وهم يعانون أصلاً من التقزم و/أو من نقص المغذيات الدقيقة أو (بشكل متزايد) يعانون من الوزن الزائد. ومن شأن التدابير التي تتركز في المدرسة أن تساعد على منع جميع أشكال سوء التغذية وإدارتها وتحسين المخرجات التعليمية في الوقت ذاته. وتبين ورقة مناقشة مقدمة من لجنة الأمم المتحدة الدائمة المعنية بالتغذية أن UNCSN المدارس توفر فرصة فريدة لتحسين التغذية باستخدام نهج متعددة القطاعات. ويُعتبر من أكثر التدخلات الغذائية والتغذوية القائمة على المدرسة انتشاراً تدخل تقديم الوجبات المدرسية، لكن المدارس توفر فرصاً أخرى لتحسين التغذية، مثل تشجيع عادة غسل اليدين بالصابون قبل تناول وجبات الطعام، وعلاجات التخلص من الديدان، والتوعية التغذوية، والتنوع الزراعي، وتحسين مرافق المياه والصرف الصحي، ومكملات المغذيات الدقيقة.

حصر تحالفات مواجهة الأمراض غير السارية

- جهود جنوب أفريقيا في مناصرة الأجندة لدعم فرض ضرائب على المشروبات المحلاة بالسكر؛
- تعاون زنجبار لتحسين فرص الأكل الصحي عبر مشاركة أوسع لصناعات السياسات على مستوى المناطق في جلسات نقاش الأمراض غير السارية والحملات الإعلامية لنشر الوعي؛
- تركيز بنغلادش على توسيع نطاق الوصول إلى الأغذية التغذوية والخدمات الصحية بين المجتمعات الحضرية، بما فيها توفير تصنيف لرمز الأغذية سهلة الوصول وتسمية المحلات المجتمعية المحلية كمحلات صحية.

لمزيد من المعلومات، يرجى زيارة:

www.ncdalliance.org/resources/ncd-atlas?goal=0_1750ef6b4b-b83e3fc49f-64403161



الأمراض غير السارية - وتشمل السرطان، والسكري، ومرض الانسداد الرئوي المزمن، وأمراض القلب والأوعية الدموية، وحالات الصحة العقلية - هي السبب الرئيسي للوفاة في جميع أنحاء العالم وتؤثر على البلدان النامية على نحو متباين. منذ بداية هذا العقد، تم رفع مستوى الأمراض غير السارية إلى جداول أعمال صحية وإمائية وطنية وعالمية عبر سلسلة من الالتزامات السياسية، بما فيها غايات وخطة عمل منظمة الصحة العالمية حول الأمراض غير السارية للعام ٢٠٢٥ (٢٠١٣-٢٠٢٠). كما أُدرجت الأمراض غير السارية ضمن أهداف التنمية المستدامة للعام ٢٠٣٠. مع ذلك، كان التقدم المُحرز على صعيد الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها بطيئاً ولم تكن الأمراض غير السارية ممثلة غالباً كما ينبغي في الخطط الصحية الوطنية للبلدان النامية. على سبيل المثال، تسبب الأمراض غير السارية أكثر من ٣٠ ضعفاً من الوفيات ولكنها تتلقى تمويلاً أقل بـ ١٧ ضعفاً من فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز.

يعرض «أطلس تحالف مواجهة الأمراض غير السارية» ٣٨ دراسة حالة للممارسات المثلى التي تشكل أداة مناصرة لتعزيز العمل على جميع الأمراض غير السارية، بما فيها الأمراض غير السارية المرتبطة بالنظام الغذائي. وقد بينت الدروس المستفادة من حركات عالمية أخرى معنية بالصحة والتنمية، وخاصة فيما يتعلق بفيروس نقص المناعة البشرية المكتسبة/الإيدز، أهمية وجود منظمات مجتمع مدني قوية وبذل جهود قائمة على المجتمع المحلي في تسريع هذه الأعمال. كما يعرض الأطلس لمحة عامة حول الوضع الحالي لتحالفات منظمات المجتمع المدني لمواجهة الأمراض غير السارية. وتشمل قصص النجاح عن الأمراض غير السارية المرتبطة بالتغذية:

تمويل التغذية - هل هناك تحوّل في النموذج؟

وتوسيع نطاق آليات التمويل المبتكرة مثل آلية التمويل العالمية وقوة التغذية؛ وتحسين مستوى المساعدة التنموية الرسمية بحيث تركز على الموارد المحلية الأكثر استبعاداً وتحفيزاً.

ولكن بغض النظر عن مدى توفر التمويل، توجد أربعة محاور رئيسية (أنظر الشكل ١):

- **دعم وتمويل خطط التغذية الوطنية** - التغيير الذي تقوده الدولة، وتوفير التكاليف على مستوى الدولة وتحديد فجوات التمويل عبر مختلف تدخلات التغذية؛
- **الإنصاف** - عدم إغفال أي شخص؛
- **الشفافية والمساءلة** - لجميع آليات تمويل التغذية، المحلية والعالمية على حدّ سواء؛
- **تحقيق التوازن بين العمل التنموي والإنساني** - الاستثمار في العمل التنموي الذي يستجيب للخدمات مع تقديم استجابة ما بعد العمل الإنساني للحفاظ على المكتسبات التنموية.

للمزيد من المعلومات، يرجى زيارة:

www.savethechildren.org.uk/content/dam/gb/reports/health/nutrition-boost.pdf

كان «إطار الاستثمار الخاص بالتغذية» التابع للبنك الدولي، والذي أُطلق في العام ٢٠١٧، أول مبادرة لوضع «علامة سعر» للتغذية حيث نص على الحاجة إلى إنفاق ٧ مليارات دولار أمريكي إضافية (إلى جانب الإنفاق الحالي) بحلول العام ٢٠٢٥ لتحقيق غايات جمعية الصحة العالمية على صعيد التقرّم والهزال وفقير الدم والرضاعة الطبيعية الخالصة من خلال التدخلات الخاصة بالتغذية. ويؤكد البنك الدولي أن هذا الإطار قد أفضى إلى ظهور ممولين جدد وأن الحكومات المحلية قد ارتقت إلى مستوى التحدي - على الرغم من أن الاستثمار لا يزال دون المستوى المطلوب والموصى به.

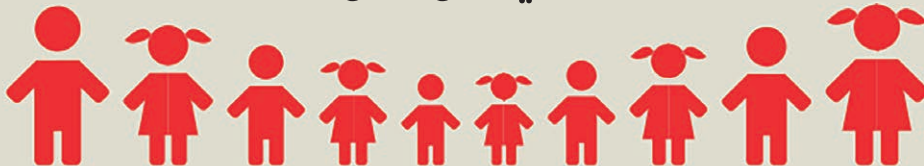
وقد خلصت الأرقام الحسابية التي قدمتها مؤسسة «إنقاذ الطفل» إلى وجود حاجة إلى ٢٣ مليار دولار أمريكي إضافي كل سنة لتحقيق هدف التنمية المستدامة الثاني للوصول إلى نسبة صفر من الجوع بحلول العام ٢٠٣٠ - وهو رقم أعلى بثلاثة أضعاف من الرقم الذي أشار إليه البنك الدولي. وإدراكاً لهذه الغاية المالية، يقتضي أن يكون هناك ما يعرف باسم «تحوّل في نموذج تمويل التغذية» الذي يضم برامج تمويل متعددة القطاعات.

تقترح ورقة وضع «تعزيز التغذية» معالجة فجوة التمويل من خلال: حشد الموارد المحلية عبر تطبيق إصلاح ضريبي تقدمي؛

الشكل ١

موارد الإنفاق - أربعة مبادئ لضمان الإنفاق الأمثل لموارد التغذية

تغذية لكل طفل



جسر هوّة الانقسام

بين الاستجابات الإنسانية والتنموية

الشفافية والمسؤولية

فيما يتعلق بالتمويل المحلي والعالمي لتدخلات التغذية

ترسيخ الإنصاف

عبر إعطاء الأولوية لأجندة «عدم إغفال أي شخص»

دعم وتمويل خطط

التغذية الوطنية يتم تحديد تكلفتها، وتكون متعددة القطاعات، وتشارك فيها جهات رئيسية متعددة ذات علاقة



ما الجديد لدى «شبكة التغذية في حالات الطوارئ» ENN؟



اجتماع إدارة الأمهات والرّضع المعرضين للمخاطر

تم عقد اجتماع ليوم واحد للمجموعة الخاصة المعنية بإدارة الأمهات والرّضع المعرضين للمخاطر MAMI¹ وذلك في مدينة لندن في أوائل العام ٢٠١٨. واستضافت «شبكة التغذية في حالات الطوارئ» هذا الاجتماع بالتعاون مع مدرسة لندن للنظافة العامة والطب المداري LSHTM ومؤسسة «إنقاذ الطفل»، وتم تمويله من قبل «شبكة التغذية في حالات الطوارئ» (بتمويل من صندوق الإغاثة الأيرلندي) ومؤسسة «إنقاذ الطفل». وقد هدف الاجتماع إلى تحديد مجالات توحيد الجهود والفرص والأولويات والخطوات اللاحقة للمساعدة في بلورة قاعدة أدلة حول إدارة الأمهات والرّضع المعرضين للمخاطر انطلاقاً من اجتماع عُقد سابقاً (www.ennonline.net/mamimeetingreport). وبناءً على مجريات الاجتماع الذي عُقد ليوم واحد مع المجموعة الفنية المعنية بالهزال والتقرّم التي تقودها «شبكة التغذية في حالات الطوارئ».

وقد أفضت العروض حول المجالات ذات الأولوية التي تم العمل عليها منذ العام ٢٠١٦ إلى تشكيل أربع مجموعات عمل حول (١) مؤشرات القياس الجسماني لتحديد الرّضع المعرضين للمخاطر الغذائية، (٢) الفجوات في وضع برامج إدارة الأمهات والرّضع المعرضين للمخاطر، (٣) الأسئلة والتدخلات والنتائج لتقييم إدارة الأمهات والرّضع المعرضين للمخاطر، و (٤) توصيات بشأن التدخلات غير التغذوية لهذه الفئة العمرية.

كذلك تم تحديد الخطوات اللاحقة، والتي تمحورت حول إجراء مزيد من التدقيق لمجموعات البيانات لتوفير أدلة أكثر؛ والخطوات اللاحقة لأداة الإدارة القائمة على المجتمع المحلي للأمهات والرّضع المعرضين للمخاطر؛ والمناصرة؛ والفرص المتاحة لإجراء تحليل مشترك مع المجموعة الفنية المعنية بالهزال والتقرّم. يمكن تحميل تقرير الاجتماع كاملاً هنا:

www.ennonline.net/mamimeetingreport2018

ويمكن الاطلاع على تقرير الاجتماع بالمجموعة الفنية المعنية بالهزال والتقرّم وإدارة الأمهات والرّضع المعرضين للمخاطر هنا: www.ennonline.net/mamiwastmeetingjanuary2018

البرامج متعددة القطاعات

يوثق التقرير الكلي النهائي الخاص بـ «شبكة التغذية في حالات الطوارئ» حول برامج التغذية متعددة القطاعات التي يتم تنفيذها على مستوى المحافظات والأقاليم في كينيا، والسنغال، ونيبال كيف تعمل برامج التغذية متعددة القطاعات هذه على أرض الواقع. وهو يوفر دليلاً هاماً لصنّاع السياسات والممارسين حول كيفية تفعيل هذه البرامج المراعية للتغذية والتفاعل مع المؤسسات القائمة. وتبحث دراسات الحالة في كل من التنفيذ الذي تقوده الحكومة (نيبال) والحالات التي لعبت فيها الحكومة دوراً داعماً (كينيا والسنغال). أنظر



«تبادل التغذية» NEX تصل إلى عددها برقم ثنائي!

لقد قطعت نشرة «تبادل التغذية» شوطاً طويلاً منذ أن بدأت كنسخة مقتضبة عن نشرة «التبادل الميداني» FEX في العام ٢٠١١. وقد ركزت أولى إصدارات «تبادل التغذية» (وكانت تُعرف آنذاك باسم FEX Digest) على ترجمة المحتوى الذي كان يتمحور حول الجانب الفني من نشرة «التبادل الميداني» لصالح القراء الذين قد لا يكونون أصحابي تغذية فنيين، ولكنهم مع ذلك يظلمون بدور رئيسي في معالجة سوء التغذية في بلدانهم. وسرعان ما تطور هذا المشروع إلى نشرة قائمة بحد ذاتها تعرض مقالات أصلية من الأطراف الفاعلة على المستوى الوطني ومستوى المحافظات والأقاليم وتبني اسماً جديداً لها.

ومنذ ذلك الحين، تطورت «تبادل التغذية» لتصبح نشرة نصف سنوية ومتوفرة بأربع لغات، العربية والفرنسية والإسبانية والإنجليزية. وخلال بضع سنوات فقط، زاد عدد قرائها بشكل كبير وُترسل الآن إلى ٩٨ دولة. وقد أصبحت «تبادل التغذية» نشرة رئيسية تُكتب من قبل أطراف رئيسية وطنية وتستهدفهم أيضاً. وهي تساعد على رصد الدروس المستفادة من جميع الأطراف الفاعلة في مكافحة سوء التغذية في الدول بمختلف مناطق آسيا، وأفريقيا، وأمريكا اللاتينية، والكاريبي، والشرق الأوسط. كما أنها تلعب دوراً رئيسياً في رصد الدروس المستفادة لدى الدول الأعضاء في «حركة توسيع نطاق التغذية» وتحظى بدعم سخّي من المكاتب الإقليمية لليونسيف لإنتاج الترجمات العربية والإسبانية.

الوقاية من الهزال

إن «تبني نهج استراتيجي مبني على الأدلة للوقاية من الهزال» هو نطاق عمل متعدد المراحل من قبل «شبكة التغذية في حالات الطوارئ» بتكليف من وزارة التنمية الدولية DFID من خلال برنامج تعظيم جودة «حركة توسيع نطاق التغذية» MQSUN+. وقد وفرت المرحلة الأولى ملخصاً لمسببات الهزال (أنظر www.ennonline.net/attachments/2796/030B_Aetiology-of-wasting_FINAL_9May2018.pdf) ومراجعة أدبية للأدلة حول الأمور الناجحة في الوقاية من الهزال. وستكون المقابلات مع الأطراف الفاعلة الرئيسية المشاركة في هذا المجال متاحة قريباً على موقعنا.



الهزال والتقرّم

ستعمل الدول المنضوية تحت لواء «شبكة التغذية في حالات الطوارئ» على تنسيق المجموعة الفنية المعنية بالهزال/التقرّم TIG - (أنظر www.ennonline.net/ourwork/reviews/wastingstunting). وقد اجتمعت المجموعة الفنية المعنية بالهزال/التقرّم في مدينة أكسفورد لمناقشة العمل المنجز في العامين السابقين والتخطيط للمرحلة القادمة منه. والتقت بعد ذلك مع مجموعة فنية أخرى نسقتها «شبكة التغذية في حالات الطوارئ» المعنية بإدارة الأمهات والرّضع المعرضين للمخاطر دون سنّ الستة أشهر (أنظر أدناه). ويتوفر تقرير الاجتماع الذي كان جيد الحضور على الصفحة التالية: www.ennonline.net/resources/timetoovercometheseparation



^١ كانت سابقاً «إدارة سوء التغذية الحاد لدى الرّضع دون سنّ الستة أشهر»، وتمّ تحديث الاسم MAMI ليعكس التطور في التفكير والمجال لهذه المبادرة www.ennonline.net/c-mami نسخة ٢ متوفرة الآن.

لتعزيز القدرة على الصمود وتكريس أنظمة تعمل على المدى البعيد. وقد تمثلت إحدى التوصيات الرئيسية التي انبثقت عن مؤتمر القمة العالمي للعمل الإنساني للعام ٢٠١٦ من ضرورة تعزيز التوازن والانسجام بين العمل الإنساني والعمل التنموي. وهناك الآن قدر كبير من الحراك على المستويين العالمي والوطني لتصميم سياسات وأطر وضع برامج لتحقيق هذا الهدف. وتهدف «شبكة التغذية في حالات الطوارئ» إلى فحص هذه العلاقة في عدد من السياقات بوضع عملية تخطيط برامج التغذية تحت المجهر. وسيمثل الهدف من هذا العمل في تحديد الدور الذي تلعبه العلاقة بين العمل الإنساني والعمل التنموي على أرض الواقع وحيث يمكن أن تكون هناك فرص إضافية لتعزيز الروابط البرنامجية للتغذية.

يمكن الاطلاع على النتائج المتمخضة عن أول دراسة حالة قُطرية في كينيا من خلال مقالة منشورة في «التبادل الميداني» صفحة ٥٧ (أنظر www.enonline.net/fex/57/nexusnutpolicykenya). وهناك دراسات حالة أخرى تشمل الصومال (من المتوقع أن تُنشر في شهر تشرين الأول/أكتوبر ٢٠١٨)، وجنوب السودان وشمال نيجيريا. وهناك مجموعة تيسيرية استشارية تضم الجهات المانحة ووكالات الأمم المتحدة والمنظمات غير الحكومية الدولية تعمل على مساعدة «شبكة التغذية في حالات الطوارئ» في تأطير العمل والمساهمة في عملية التحليل.

www.enonline.net/exploringmssubnationallevel

وقد تم طرح موضوع للنقاش على موقع en-net دعماً لهذا العمل، وهو موضوع مخصص لمشاركة المعلومات حول جميع جوانب عملية وضع برامج التغذية متعددة القطاعات. أنظر www.en-net.org/forum/28.aspx

العلاقة بين العمل الإنساني والتنموي

تعكف «شبكة التغذية في حالات الطوارئ» ENN، وبتمويل من وزارة التنمية الدولية والإغاثة الأيرلندية، على تنفيذ سلسلة من الدراسات القُطرية عن وضع البرامج الخاصة بالتغذية والمراعية لها في سياقات الطوارئ المزمنة والحادة لتحديد حجم العلاقة بين وضع البرامج الإنسانية والإمائية المرتبطة بالتغذية.

وغالباً ما يشار إلى هذه الروابط على أنها الانسجام بين العمل الإنساني والتنموي. وعلى المستوى العالمي، ظهر زخم باتجاه التركيز على ضرورة تحقيق الانسجام والتوازن بين العمل الإنساني والعمل التنموي من خلال إدراك أن هناك نسبة متزايدة من المساعدات الإنسانية تُدار في سياقات حيث تكون حالات الطوارئ هي الأساس. وهذا يعني أن عملية وضع برامج العمل الإنساني ما زالت تحتفظ بنصيب الأسد مع بذل جهود قليلة

الوجه المستجد لسوء التغذية

وتشير أحدث التقديرات المشتركة إلى أن معدلات التقرّم والهزال والوزن الزائد/السمنة تنخفض بشكل بطيء جداً مقارنة مع الوصول إلى غايات جمعية الصحة العالمية للعام ٢٠٢٥ أو أهداف التنمية المستدامة للعام ٢٠٣٠.

لمعرفة المزيد، يرجى زيارة

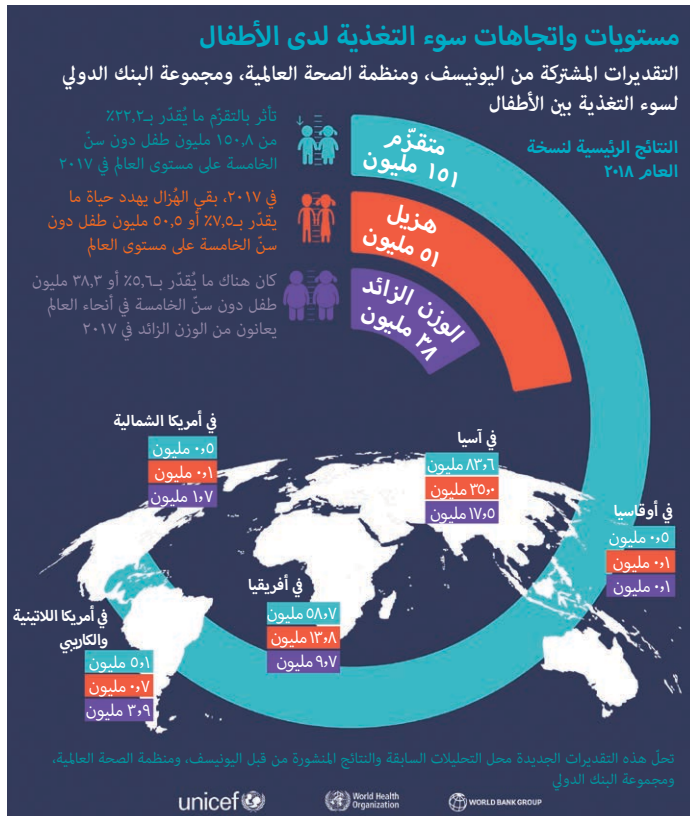
www.who.int/nutgrowthdb/2018-jme-brochure.pdf?ua=1

تُظهر أرقام جديدة نشرها فريق الوكالات المشترك (مجموعة اليونيسف، ومنظمة الصحة العالمية، والبنك الدولي) حول سوء التغذية أن نسبة انتشار التقرّم بين الأطفال دون سنّ الخامسة قد انخفضت بمقدار ٥ ملايين منذ العام ٢٠١٦. مع ذلك، بقي ١٥١ مليون طفل في أنحاء العالم يعانون من التقرّم في العام ٢٠١٧. ويعاني طفل واحد على الأقل من كل أربعة أطفال دون سنّ الخامسة من التقرّم من سبع مناطق فرعية، مع أن أفريقيا هي المنطقة الوحيدة التي ارتفع فيها عدد الأطفال الذين يعانون من التقرّم.

وقد زادت معدلات الهزال بمقدار مليون حالة منذ العام ٢٠١٦؛ كان هناك ٥١ مليون طفل دون سنّ الخامسة يعانون من الهزال و١٦ مليوناً يعانون من الهزال الشديد في العام ٢٠١٧. وفي جنوب آسيا، يعاني ١٥,٣٪ من الأطفال من الهزال، والذي يمثل حالة صحية عامة طارئة حرجة (نسبة الانتشار العالمي هي ٧,٥٪).

ما زال عدد حالات الوزن الزائد والسمنة بين الأطفال عند ٣٨ مليون حالة على مستوى العالم. وتؤكد التقديرات الجديدة عدم وجود أي تقدم على صعيد القضاء على الارتفاع في معدلات الوزن الزائد منذ ١٥ عاماً. والوضع هو ذاته بالنسبة للوقاية من جميع أشكال سوء التغذية: تغذية كافية للأمهات، وممارسات إطعام مثالية للرضع وصغار الأطفال، وبيئة صحية (بما في ذلك الوصول إلى الخدمات الصحية والمياه النظيفة والصرف الصحي)، والنشاط البدني.

ومع أنه من المعروف أن الأطفال يمكن أن يعانون من أكثر من شكل واحد من أشكال سوء التغذية، كالتقرّم والهزال أو كلاهما معاً، لم تتوفر مثل هذه الجهود المشتركة بعد (والتي تعرف بالجهود المتزامنة) في التقديرات العالمية أو الإقليمية المشتركة.



حصر الأعمال متعددة القطاعات في بوروندي وميانمار: نحو تنسيق أكثر فعالية



إيرنست نيوكيندي هو نائب رئيس الحكومة في مكتب نائب الرئيس الثاني لجمهورية بوروندي ومسؤول التنسيق الحكومي مع «حركة توسيع نطاق التغذية» SUN. التحق **د. سيلبستين سيومانا** بمكتب نائب الرئيس الثاني في العام ٢٠١٤ كمستشار صحي، وهو يعمل على تقديم الدعم الفني للأمانة العامة لـ «حركة توسيع نطاق التغذية». **فرانيسيس موهير** هو المساعد الفني لمسؤول التنسيق في «حركة توسيع نطاق التغذية»، وهو يعمل على إدارة الأنشطة اليومية في الأمانة العامة للحركة. **د. لوين مار هلينج** هي نائب مدير مركز ميانمار للتغذية الوطنية ومقرّه في وزارة الصحة. **د. سانسان ميينت** هي مساعدة مؤسسة ريتش في ميانمار.

خلفية عامة

يتمثل الغرض من حصر الجهات الرئيسية المتعددة ذات العلاقة في توفير لمحة عامة عن الأعمال التي يتم تنفيذها للتصدي لمشكلة سوء التغذية. ويهدف تمرين الحصر إلى تحديد ما تقوم به كل جهة، وأين، وكيف من أجل توفير صورة شاملة حول التدخلات من حيث التغطية الجغرافية والسكانية. ومن شأن مثل هذه المعلومات أن تضع الحكومات الوطنية في وضعية أفضل لقيادة النقاشات القائمة على البيانات ومتعددة القطاعات ومتعددة الجهات الرئيسية ذات العلاقة لتسريع التقدم المحرز باتجاه تحقيق غايات التغذية الوطنية.

تعمل مؤسسة ريتش REACH (الجهود المتجددة لمكافحة جوع الأطفال ونقص التغذية)^١ منذ العام ٢٠٠٨ لاستخدام الأدوات الفعّالة، مثل «أداة حصر الجهات الرئيسية ذات العلاقة وأعمال التغذية»، من أجل دعم مختلف الأطراف الرئيسية في قطاعات متعددة لإشراكها في تدخلات التغذية. وفي العام ٢٠١٧، أُنشئت هذه الأداة على منصة الويب، مما جعلها أكثر توافقاً مع أنظمة المعلومات مثل أنظمة المعلومات الصحية في المقاطعات (نظام المعلومات الصحية في المقاطعة، النسخة ٢). وحتى يومنا هذا، تم تنفيذ تمرين الحصر في ١٥ دولة والعمل جارٍ لتنفيذه في ست دول أخرى.

تستعرض هذه المقالة استخدام هذه الأداة في سياقين مختلفين تماماً: جمهورية بوروندي في شرق أفريقيا، وميانمار في جنوب شرق آسيا.

بوروندي

بوروندي دولة صغيرة غير ساحلية تقع في شرق أفريقيا ويبلغ عدد

سكانها ١٠,٥ مليون نسمة. وتبلغ مستويات سوء التغذية في بوروندي معدلات مرتفعة، ناهيك عن انتشار التقرّم فيها بنسبة ٥٨% والهزال بنسبة ٦% بين الأطفال دون سنّ الخامسة.

وقد أعربت حكومة بوروندي، من خلال الأمانة العامة لـ «حركة توسيع نطاق التغذية» التي يديرها مسؤول التنسيق مع الحركة، عن اهتمامها بتنفيذ تمرين أداة الحصر لاكتساب فهم أكبر حول وضع التغذية في الدولة. ومن خلال إطلاقها في شهر كانون الثاني/يناير ٢٠١٨ بدعم من الأمانة العامة لـ «شبكة حركة توسيع نطاق التغذية»، أتاحت أداة حصر الجهات القطاعية المتعددة ذات العلاقة بالتغذية لحكومة بوروندي جمع بيانات تغطية قيّمة، وذلك عبر تغطية الجهات الرئيسية ذات العلاقة ونطاق تغطية البرنامج.

وهذا بدوره يتيح لحكومة بوروندي تحديد الفجوات والازدواجية والفرص لتنسيق أعمال التغذية عبر مختلف القطاعات والجهات الرئيسية ذات العلاقة بشكل أكثر فعالية. وفي الحالات التي تنطوي على ازدواجية،

طفل يتّم أخذ وزنه في إحدى عيادات بوروندي



WFP/Hugh Rutherford

^١ مؤسسة ريتش REACH هي آلية دعم فُطرية تعمل تحت شبكة الأمم المتحدة، وتلعب دوراً تحفيزياً في حركة توسيع نطاق التغذية SUN في الدول المختارة التي تنشط فيها الحركة. للإطلاع على لمحة عامة حول أداة حصر جهات تدخلات التغذية، يرجى زيارة الموقع:

www.securenutrition.org/resource/multisectoral-mapping-nutrition-la-cartographie-multisectorielle-des-actions-de-nutrition

^٢ تقرير التغذية العالمي للعام ٢٠١٧. ملفات التغذية في الدولة ضمن تقرير التغذية العالمي: بوروندي؛ جامعة بريستول، المملكة المتحدة؛ مبادرات التنمية.

نهج متعدد القطاعات في مجال التغذية. وقد جاءت النتائج الرئيسية المتمخضة عن عملية الحصر في توقيت مناسب لتعزيز عملية مراجعة الخطة الاستراتيجية لحكومة بوروندي.

على سبيل المثال، يتم العمل على تطبيق نهج متعدد القطاعات لتنفيذ تدخلات التغذية في محافظتين جنوبيتين، وهما ماكامبا وروتانا. ومن شأن ذلك أن يوحد بين جهود الأطراف الرئيسية العامة، والمنظمات غير الحكومية، والمجتمع المدني المحلي والسلطات الدينية، وتجميع هذه الجهات الرئيسية ذات العلاقة في لجنة توجيهية ولجنة فنية. تتولى اللجنة التوجيهية، والتي يرأسها مسؤول تنسيق «حركة توسيع نطاق التغذية»، مسؤولية مراقبة وتنفيذ تدخلات التغذية وضمان تنفيذ عملية حشد أفضل لقدرات مختلف الأطراف الرئيسية.

التحديات المتبقية

كان من الأهمية بمكان التأكيد على عملية الحصر عند جمع البيانات للتغلب على المشاكل فيما يتعلق بمشاركة البيانات، إذ أن بعض الأطراف الرئيسية فهمت التمرين في البداية على أنه وسيلة للتحكم في عملها. كما ركز التمرين أيضاً على ضرورة إلقاء اهتمام أكبر بتغطية التدخلات التي يتم تنفيذها من خلال نهج متفاوتة (مثلاً الحملات التي يتم تنفيذها لمرة واحدة مقارنة مع الخدمات الروتينية).

ميانمار

شأنها شأن بوروندي، تم تنفيذ تمرين أداة الحصر في سياق ميامار بقيادة حكومية واستخدام الأداة ذاتها. تشكل جمهورية اتحاد ميامار موطناً لحوالي ٥٤ مليون بورمي، وتعتزف بـ١٣٥ مجموعة عرقية. وتبلغ

حتى هذا التاريخ، هناك محافظتان لديهما منصات غير مركزية، تحت رئاسة محافظ المحافظة، وهما تعملان على بلورة الخطط الاستراتيجية للأمن الغذائي والتغذية، بإلهام من خطة التنمية المجتمعية للمحافظة.

يتيح تمرين أداة الحصر للحكومة (والجهات الداعمة لها) إعادة تخصيص الموارد الشحيحة أصلاً للمناطق المحلية الأخرى التي تعاني أكثر من غيرها من عيب سوء التغذية ولا تحظى بالاهتمام المطلوب. كما تأمل حكومة بوروندي استقطاب مزيد من الاستثمارات في التغذية عبر العمل على توسيع نطاق هذا النهج الأكثر فعالية.

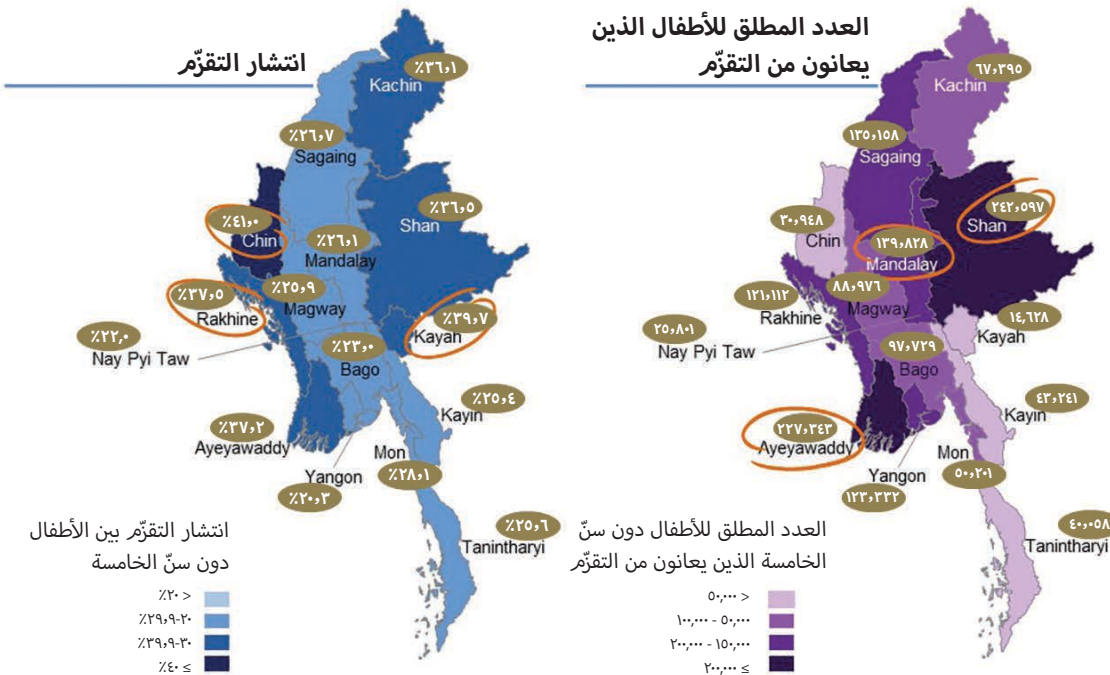
إشراك مختلف القطاعات

شكل تمرين أداة الحصر أيضاً مدخلاً لإشراك عدد لا بأس به من القطاعات، بما فيها موظفون من سبع وزارات: وزارة الصحة، والزراعة، والتجارة والصناعة، والتخطيط والمالية، والبيئة، والتنمية المحلية، والضمان الاجتماعي، وحقوق الإنسان. وقد أفضت هذه المشاركة الواسعة والدعم الحكومي إلى تجسيد عملية حصر ديناميكية وحيوية في بوروندي، وهي عملية يحتفي بها ويناصرها مسؤول التنسيق لدى «حركة توسيع نطاق التغذية». ويتم تنسيق هذه الجهود من قبل مكتب النائب الثاني للرئيس، وهو المكتب الذي يعمل فيه مسؤول تنسيق الحركة، ويحظى بدعم فريق الحصر الوطني. وحتى هذه اللحظة، قدّمت أكثر من ٣٠ جهة رئيسية ذات علاقة بيانات بهذا الشأن.

كما يمكن أن يسهم تمرين أداة الحصر في تشجيع التعاون ما بين القطاعات المتعددة وتكريس هذه الطريقة الجديدة بين مختلف الأطراف المعنية في كل قطاع من القطاعات. وقد أفادت بعض الأطراف أنها لا تدرك وجه الترابط بين عملها «الاعتيادي» والتغذية أو كيف يمكن أن تجعل عملها الاعتيادي حساساً أكثر للتغذية، بينما هناك أطراف أخرى منشغلة بعملها ضمن قطاعها «الاعتيادي» وتصارع من أجل تكريس الوقت للعمليات متعددة القطاعات. وهذه التحديات تشمل أيضاً توسيع نطاق العملية متعددة القطاعات على مستوى المحافظات، وتوفر عملية بلورة «خطة استراتيجية وطنية جديدة للتغذية والأمن الغذائي» (٢٠١٩-٢٠٢٣) فرصة أخرى لتعزيز تطبيق

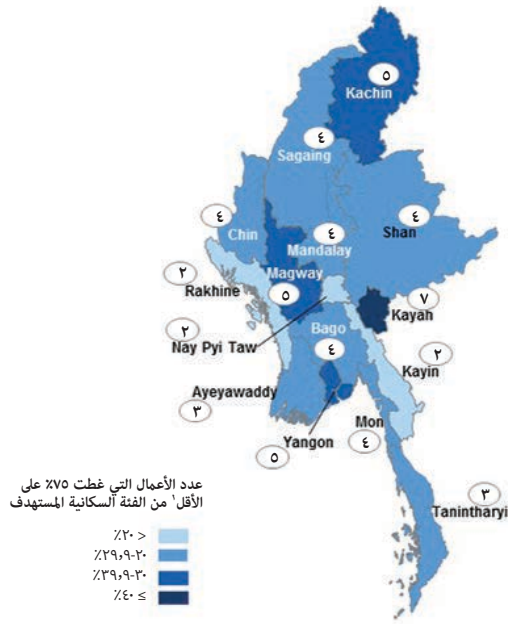
الشكل ١ مقتطف من حصر الجهات الرئيسية ذات العلاقة وأعمال التغذية (ميانمار)

انتشار الهزال هو الأعلى في «Chin»، مع ذلك «Shan» و«Ayeyawaddy» لديهما أعلى أرقام تقزّم بين الأعداد المطلقة للأطفال



هل يحصل السكان على رزمة كاملة من تدخلات التغذية؟

مع ذلك، تختلف تغطية التدخلات التي تصل إلى ٧٥٪ من الفئات المستفيدة عبر مختلف الولايات/المناطق



^١ هذا الرقم محدد على مستوى الدولة ويستند إلى نتائج عملية الحصر التي نفذتها الجهات الرئيسية ذات العلاقة للتركيز على حالات التفاوت في تغطية الأعمال

في المتوسط، يتم تنفيذ ٣ تدخلات على نطاق واسع



نقاط ضعف معينة، مثل ضرورة وضع إطار عمل مشترك للنتائج. وقد أسهمت في رفع مستوى الوعي بين الأطراف الفاعلة القطرية حول دور البيانات في استحداث الأدلة.

التحديات المتبقية

لكل قطاع من القطاعات ووكالة من الوكالات مهمة مؤسسية وخطة حالية خاصة بها. وقد كان صعباً في بعض الأحيان تحفيز طاقم العمل على التحلي بمستوى أكبر من الشفافية ومشاركة المعلومات حول البرامج والموازنات الحالية الخاصة بكل قطاع/وكالة. ويعود هذا جزئياً إلى عمليات صنع القرار في المؤسسات الفردية، والتي لا تكون دائماً محفزة على تبني أنشطة مشتركة. وقد أتاحت عملية الحصر المجال أمام مشاركة المعلومات هذه وأفضت إلى تشكيل وتفعيل الفرق الفنية في الوزارات الأربع المشاركة. وعلى الرغم من إحراز قدر كبير من التقدم على صعيد العمل الجماعي، إلا أن هناك ضرورة لمواصلة بذل الجهود من أجل تعزيز هذه المكاسب والمحافظة عليها.

الخطوات اللاحقة

تم تدريب موظفين من المركز الوطني للتغذية والجهاز المركزي للإحصاء على أداة الحصر ومنهجيتها، مما ساعد في مأسسة وظيفة الحصر ضمن الحكومة بحيث يمكن تكرارها في المستقبل. وسوف يتم تضمين الأداة في إطار عمل الرصد والتقييم للخطة الوطنية متعددة القطاعات لأعمال التغذية (٢٠٢٢-٢٠١٧). كما تعمل الأطراف الفاعلة القطرية على استكشاف إمكانية استخدام بيانات الحصر المستقبلية لتتبع مدى تنفيذ الخطة الجديدة على النحو المقترح في تنزانيا وعلى غرار تنفيذها في السنغال.

فيها نسبة التقرّم بين الأطفال دون سنّ الخامسة ٢٩٪، بينما تبلغ نسبة الهزال ٧٪. مع ذلك، تكشف هذه النسب عن حالات تباين وتفاوت إقليمية كبيرة، إذ وصلت نسبة انتشار الهزال في بعض الدول والمناطق إلى مستويات عالية بلغت ١٣,٩٪ بينما بلغت نسبة التقرّم ٤١٪.

تم تنفيذ تمرين أداة الحصر في ميانمار بنجاح في العام ٢٠١٧، بدعم من المساعدين في مؤسسة «ريتش». وقد شكلت عملية الحصر مدخلاً لحشد عدد أكبر من القطاعات للإسهام في التصدي لمشكلة التغذية (أية قطاعات أخرى غير قطاع الصحة)، بما فيها الوزارات الرئيسية الأربع: وزارة الزراعة والثروة الحيوانية والري؛ والرعاية الاجتماعية والإغاثة وإعادة التوطين؛ والصحة والرياضة؛ والتعليم. إضافة إلى ذلك، تم إشراك رئيسة المركز الوطني للتغذية NNC وفريقها، والتي قدمت الدعم الفني لمسؤول التنسيق الحكومي الخاص بـ «حركة توسيع نطاق التغذية» SUN، بشكل فاعل في جميع مراحل هذه العملية. وتمّ تنسيق جهود الجهات الرئيسية ذات العلاقة وتشجيع مشاركتها. وتستضيف وزارة الصحة كلاً من مسؤول التنسيق (وهو مدير عام وزارة الصحة) والمركز الوطني للتغذية.

تتيح أداة الحصر للحكومات وشركاء التنمية تحديد كل من المناطق الجغرافية والتدخلات التي تحتاج إلى مزيد من الأعمال المكثفة، مما يفسح المجال أمام توجيه عملية وضع الأولويات المتعلقة بها. كما أنها تساعد في التركيز على المجالات التي تنطوي على فجوات في الموارد. علاوة على ذلك، تؤدي عملية الحصر دوراً مفيداً جداً في تعزيز شبكة الأمم المتحدة وسبل التعاون الفعّال بين شبكات «حركة توسيع نطاق التغذية» (الأمم المتحدة، والحكومة، والجهات المانحة، والمجتمع المدني) مع السعي إلى إحداث أثر أكبر.

كما ركز تمرين أداة الحصر أيضاً على أهمية تعزيز عملية جمع البيانات وأنظمة الإبلاغ ضمن الوزارات الأربع المشاركة، وساعد أيضاً في تحديد

^١ تقرير التغذية العالمي لعام ٢٠١٧. ملفات التغذية في الدولة ضمن تقرير التغذية العالمي: ميانمار. جامعة بريستول، المملكة المتحدة: مبادرات التنمية.

^٢ المسح السكاني والصحي ٢٠١٥-١٦

توفير التغطية على مستوى المناطق لوضع برامج التغذية في إقليم بلوشستان



حسان هاسرات هو المسؤول التنفيذي الأول عن مؤسسة تعزيز العمل المجتمعي (مؤسسة تعزيز العمل المجتمعي - بلوشستان)، وهي منظمة محلية غير حكومية. ويتمتع بخبرة تمتد عشر سنوات في مجالات الصحة والتغذية والتنمية المجتمعية. **شاه محمد** هو مدير البرامج والعمليات في مؤسسة تعزيز العمل المجتمعي - بلوشستان، ويتمتع بخبرة ١٥ سنة في مجال التنمية المجتمعية.



المقدمة

إقليم بلوشستان هو أحد أكثر المحافظات الأربع الأقل تطوراً في باكستان. ويشكل الأطفال دون سن الخامسة نسبة كبيرة من عدد سكانه، وتبلغ نسبة التقزم بينهم ٥٢٪ بينما تبلغ نسبة الهزال بين الأطفال دون سن الخامسة ١٦٪. علاوة على ذلك، تبلغ نسبة انتشار الأنيميا بين الأطفال ٥٧٪ وحوالي ٤٩٪ بين النساء ممن هن في سن الإنجاب. هناك العديد من العوامل التي يُعتقد أنها تسهم في نقص التغذية لدى الأطفال في إقليم بلوشستان، بما في ذلك: التغذية دون المثالية للرضع وصغار الأطفال؛ وحالات العدوى المتكررة بين الأطفال (خاصة أمراض الإسهال والحصبة)؛ وحالات نقص التغذية و/أو المرض والوفاة بين الأمهات؛ وغياب/عدم كفاية المغذيات الدقيقة؛ وانعدام الأمن الغذائي المنزلي، وعدم المساواة بين الجنسين.^٢

تركيز على التغذية على مستوى المناطق

استجابةً لوضع التغذية الذي ينطوي على تحديات كبيرة في الإقليم، أطلقت مديرية الصحة في إقليم بلوشستان برنامج التغذية للأمهات والأطفال BNPMPMC في العام ٢٠١٦ من خلال خلية التغذية الجديدة التي تم تشكيلها على مستوى المحافظة ضمن مديرية الصحة. ويعمل برنامج التغذية للأمهات والأطفال على تنفيذ مبادرات تغذية أثبتت فعاليتها (أنظر القائمة أدناه) بين سكان المناطق الريفية والحضرية في سبع مناطق مختارة، مع التركيز على الفئات المحرومة اقتصادياً واجتماعياً. ويبلغ عدد السكان الإجمالي لهذه المناطق ١,٦٥٤,٦١٣ نسمة، ومن بينهم الفئات السكانية المستهدفة وتقدر بـ ١٣٢,٣٦٩ امرأة حامل ومرضة و ٢٥٤,٦١٥ طفلاً دون سن الخامسة. وقد انطوت عملية تطوير برنامج التغذية للأمهات والأطفال على إجراء مشاورات للتوافق على الأدوار والمسؤوليات مع كافة الجهات الرئيسية ذات العلاقة. وشملت هذه المشاورات وزارة الصحة، والحكومة المحلية، ومبادرة الصحة الأولية الشعبية PPHI (برنامج الشراكة الحكومية بين القطاعين العام والخاص الذي يوفر الخدمات الصحية في الوحدات الصحية الأساسية في المناطق)، والمنظمات المحلية غير الحكومية.

ويتمثل الدور الرئيسي لخلية التغذية في وضع السياسة على المستوى الوطني ومستوى المحافظات (وُستخدم السياسات على مستوى المحافظات لعملية التنفيذ). كما أنها توفر الإشراف والقيادة من أجل

وضع البرامج الفعالة على مستوى المحافظات والمناطق، وتضع المعايير والمبادئ التوجيهية الفنية (بما فيها كيفية الوصول إلى الفئات السكانية المستهدفة)، كما توفر المساعدة الفنية، وتنفيذ عمليات الرصد والتقييم، والإشراف على بحوث العمليات، وتلعب دور المناصرة وحشد دعم القطاعات الأخرى، مثل قطاعي الزراعة والثروة الحيوانية.

وتنحصر عملية تنفيذ البرنامج، خاصة توصيل الخدمات، في نطاق المناطق حيث يتم تنفيذ الأنشطة من خلال الشراكات مع القطاعات العامة والخاصة الأخرى. وتتركز الشراكات الرئيسية مع البرنامج الوطني لتنظيم الأسرة والرعاية الصحية الأولية (عن طريق برنامج عاملات الصحة المجتمعية، وكادر من العاملين الصحيين على المستوى المجتمعي يقدمون خدمات الرعاية الصحية الأولية)، ومبادرة الصحة الأولية الشعبية، والمنظمات غير الحكومية، والمنظمات القائمة على المجتمع.

يتكوّن برنامج التغذية للأمهات والأطفال من خمسة عناصر:

١. التصدي لمشكلة نقص التغذية لدى الأطفال من خلال رفع مستوى الوصول إلى/وتوافر برامج دعم إتمام الرضّع وصغار الأطفال وخدمات الإدارة المجتمعية لسوء التغذية الحادّ في مختلف المناطق المستهدفة والنساء الحوامل والمرضعات، من خلال جلسات الإعلام والتواصل لتغيير السلوك فيما يتعلق بالتغذية، والصحة، والنظافة العامة؛
٢. التصدي لمشكلة سوء التغذية من حيث المغذيات الدقيقة، بما فيها مكملات فيتامين «أ» للأطفال في الفئة العمرية من ٦ إلى ٥٩ شهراً، وتوسيع نطاق حملات تدعيم الملح باليود، وتدعيم دقيق القمح، وما إلى ذلك؛
٣. جلسات الإعلام والتواصل لتغيير السلوك - التنسيق مع القنوات الإعلامية والتواصلية لتغيير السلوك في مجال التغذية والممارسات الاجتماعية الثقافية التي من شأنها أن تسهم في نقص التغذية وذلك من خلال أنشطة المناصرة مثل بلورة ونشر المواد ذات العلاقة، والبرامج الإذاعية، والمسرح المجتمعي، وغيرها؛
٤. تعزيز الترتيبات المؤسسية - يسعى برنامج التغذية للأمهات والأطفال إلى تحديد الأدوار والمسؤوليات، وبناء القدرات، وتعزيز

^١ المسح الغذائي الوطني (٢٠١١)

^٢ نتائج مدمجة من المسح الغذائي الوطني ٢٠١١ والتقارير والمراقبة على المستوى المحلي.



أمهات يتعلمن عن التغذية من عاملات تغذية مجتمعية تترتديهن

الطبيعية الخالصة بين الأطفال الرضع في عمر ٦-٠ أشهر (زيادة من ٤٠٪ إلى ٥٠٪)؛ والحد الأدنى من النظام الغذائي المقبول بين الأطفال في الفئة العمرية ٦-٢٤ شهراً (زيادة بنسبة ١٥٪ عن خط الأساس)؛ وزيادة بنسبة ٥٠٪ لدى النساء الحوامل اللواتي يحصلن على أقراص الحديد وحمض الفوليك ويلتزم باستهلاكها، إضافة إلى غايات أخرى. وقد استطاع البرنامج أن يحقق تغطية بنسبة ٨٩٪ للفئات المستفيدة المستهدفة حيث تمثلت الجولة الأولى منه في التشخيص المجتمعي وخدمات الانتشار والوصول، بما في ذلك الوصول إلى/تشخيص ما مجموعه ٢٣٨,٤٦٨ طفلاً ممن هم دون سن الخامسة و١٢٠,٧٧٨ امرأة حامل ومرضعة.

وهناك عدد من جوانب البرنامج التي نجحت في المناطق هي التالية:

- عملت المنظمة غير الحكومية على تدريب الموارد البشرية وتوفير خدمات لوجستية لها لضمان تقديم خدمات التغذية في المواقع الثابتة حيث يتم تنفيذ برامج العلاج الخارجي؛
- يتم عقد اجتماعات دورية لمجلس التعاون المناطقي لضمان إشراك الجهات الرئيسية ذات العلاقة/المديريات وصناعات السياسات؛
- التحديات التي تتم مواجهتها أثناء التنسيق على مستوى المناطق قليلة، ويعود سبب ذلك إلى المشاركة الكاملة والفاعلة لمديرية الصحة في المنطقة في تنفيذ البرنامج وتقديم الدعم لخدمات التغذية.

التحديات والدروس المستفادة

هناك دائماً تحديات في العمل في المناطق الريفية حيث يتدنى مستوى تقديم الخدمات وتفترق المرافق الصحية إلى المعدات الكافية والتي يصعب الوصول إليها. حوالي ٦٥٪ من المناطق التي غطتها مؤسسة تعزيز العمل المجتمعي افتقرت إلى أي نوع من الخدمات. ومن المعوقات الأخرى التي يجب التغلب عليها المفاهيم المجتمعية الخاطئة فيما يتعلق بمختلف التدخلات، ولا سيما توفير مكملات الحديد، وحمض الفوليك، والغذاء العلاجي الجاهز للأطفال الذين يعانون من سوء التغذية الحاد بسبب غياب التثقيف والتوعية. لقد شاركت مؤسسة تعزيز العمل المجتمعي في عملية تمكين مجتمعي مكثفة لرفع مستوى انخراط الناس ومشاركتهم، على الرغم من المعوقات التي واجهتها بسبب نقص الخدمات. وقد شكل بناء الفريق ضمن مؤسسة تعزيز العمل المجتمعي عاملاً آخر حاسماً في ضمان نجاح تنفيذ البرنامج. وأشركت المنظمة غير الحكومية هذه مختلف الكوادر في بناء الفريق وعملت على تدريب طاقم عملها الخاص لضمان جودة الخدمات من خلال إتباع الإرشادات العالمية أثناء عملها على مستوى المناطق. وتوسعت مؤسسة تعزيز العمل المجتمعي إلى تنفيذ حملة مناصرة مكثفة لضمان تكرار هذا النموذج وتوسيع نطاقه للوصول إلى الفئات السكانية المستضعفة في مناطق أخرى من إقليم بلوشستان.

الآليات المؤسسية إذ لا توجد حالياً آليات محددة وواضحة للتنسيق بين القطاعات (في حين أن القطاع العام يدعم مناصباً واحداً لئلا يدير مدير قسم التغذية على مستوى المحافظات، يتم دعم الأنشطة التي تُنفذ على مستوى المناطق بشكل كامل من خلال المناصب التي يتم تمويلها من قبل شركاء التنمية).

٥. تعزيز أنظمة الرصد والتقييم - تم تشكيل وحدة للرصد والتقييم ضمن خلية التغذية في مديرية الصحة لتنسيق عملية رصد الأنشطة في جميع مناطق المحافظة.

بلغت التكلفة الإجمالية لبرنامج التغذية للأمهات والأطفال BNPMC ١,٤٩٢,٦٢ مليون روبية باكستانية (١٤,٢١ مليون دولار أمريكي)، ٨٠٪ منها تم تقديمها من البنك الدولي (من خلال الشراكة الهادفة إلى تحسين صندوق التغذية الائتماني)، و ٢٠٪ من حكومة إقليم بلوشستان. وقد تم تخصيص معظم التمويل لتعزيز الترتيبات المؤسسية (٤١,٣٪)، والتي تشمل توظيف طاقم عمل البرنامج، والمساعدة الفنية لبناء القدرات، وتعزيز آليات التنسيق، وما إلى ذلك، والتصدي لسوء التغذية بين الأطفال والنساء الحوامل والمرضعات (٣٧٪) والتصدي لسوء التغذية من حيث المغذيات الدقيقة (١٣,٦٪). وقد حصلت مؤسسة تعزيز العمل المجتمعي -بلوشستان على ٤٨ مليون روبية باكستانية (٤٥ مليون دولار أمريكي) من مبلغ التمويل المخصص للبرنامج، وذلك من خلال مديرية الصحة.

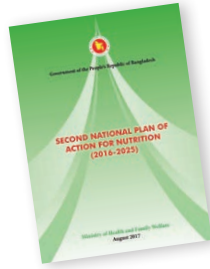
عقد الشراكات مع المنظمات المحلية غير الحكومية

حدّد تمرين أداة الحصر الذي نفذته مديريةية الصحة أكثر من نصف المناطق في كل محافظة غير مشمولة ببرنامج التغذية للأمهات والأطفال. وقد تم اختيار منظمة محلية غير حكومية، وهي مؤسسة تعزيز العمل المجتمعي (مؤسسة تعزيز العمل المجتمعي - بلوشستان) كشريك لتنفيذ خدمات التغذية في منطقتين تفتقران إلى الخدمات، وهما منطقتا نوشكي وخاران، خلال الفترة من شهر كانون الثاني/يناير ٢٠١٧ وحتى حزيران/يونيو ٢٠١٨. وقد عملت مؤسسة تعزيز العمل المجتمعي على تدريب كادر جديد مكون من ٧٠ مزود خدمات مجتمعية، بمن فيهم عاملو التغذية المجتمعيون وطاقم المشروع، حول أهداف وأنشطة برنامج التغذية للأمهات والأطفال في كلا المنطقتين.

إضافة إلى تركيزه على الإدارة المجتمعية لسوء التغذية الحاد والتغذية التكميلية للنساء الحوامل والمرضعات، يركز البرنامج أيضاً على الأنشطة الوقائية. فعلى سبيل المثال، تحصل ٣١,٩٢٨ امرأة ممن هنّ في سنّ الإنجاب على التوعية حول الممارسات المحسّنة لإطعام الرضع وصغار الأطفال، والصحة، والنظافة العامة، وحول أهمية تثقيف الإناث والتدخلات الصحية، مثل التطعيم. وللوقاية من الأنيميا، سيتم توفير شرائط أقراص الحديد وحمض الفوليك لـ ٢,٥٥٤ امرأة في المناطق غير المشمولة بالبرنامج، إضافة إلى تنفيذ استراتيجيات أخرى مثل أقراص طرد الديدان، وتعزيز التنوع الغذائي، وتحسين جودة الأغذية. وقد تم تشكيل وحشد إجمالي ٢٥٠ مجموعة دعم مجتمعي (مجموعات دعم الأمهات والآباء)، وتتكون كل مجموعة من حوالي ٢٠ أسرة. وقد حددت المجموعات الشخص المجتمعي الداعم لها، وهو شخص خضع لتدريب في مجال بناء القدرات من أجل عقد جلسات جماعية على النحو الذي تطلبه منه مؤسسة تعزيز العمل المجتمعي باستخدام مواد المعلومات والتثقيف والتعميم.

وسوف ترصد الخدمات التغذوية التي تقوم مؤسسة تعزيز العمل المجتمعي - بلوشستان بتنفيذها عدداً من الغايات. وتشمل: الرضاعة

وضع الخطة الوطنية الثانية لأعمال التغذية في بنغلادش



د. إسلام بلبل هو نائب مدير البرنامج لدى خدمات التغذية الوطنية وهو أخصائي فني في الصحة العامة والجناح الصحي العالمي التابع لوزارة الصحة ورفاه الأسرة في بنغلادش.



د. إفتكار راشد هو قائد فريق تعزيز النظم الصحية في مكتب السكان والصحة والتغذية والتعليم، التابع للوكالة الأمريكية للتنمية الدولية USAID الموجود في بنغلادش.



ملاحظة المؤلف: الآراء الواردة في هذه المقالة تعبر فقط عن آراء المؤلف وحده ولا تعكس وجهات نظر أو آراء الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية أو حكومة الولايات المتحدة الأمريكية.

المقدمة

بنغلادش، والتي تُعتبر من أكثر دول العالم اكتظاظاً بالسكان حيث يعيش ما يُقدَّر بـ ١٦٢ مليون شخص على أرض لا تزيد مساحتها على ١٤٨,٠٠٠ كيلومتر مربع، أظهرت تحسناً ملموساً في مجال التنمية البشرية خلال العقود الماضية، مع تحقيق انخفاض كبير في نسبة الفقر. لكن على الرغم من هذا التقدم المُحرز، ما زالت مشكلة سوء التغذية بين الأطفال والأمهات تشكل تحدياً رئيسياً أمام الدولة لتحقيق أهداف التنمية المستدامة للعام ٢٠٣٠ والخروج من تصنيف الدول الأقل نماءً في العالم.

ويبيّن المسح الديمغرافي والصحي لبنغلادش للعام ٢٠١٤ أن مؤشري النمو الاقتصادي وزيادة ثروة الأسر يرتبطان ارتباطاً وثيقاً بالتغذية. فعلى سبيل المثال، الأطفال الذين تندرج أمهاتهم ضمن حُمس الثروة الأدنى هم عرضة للتقرُّم أكثر بمرتين ونصف (٥٠٪) من الأطفال الذين تندرج أمهاتهم ضمن حُمس الثروة الأعلى (٢١٪). ويعاني أكثر من طفل واحد بين كل ثلاثة أطفال (٣٦٪) ممن هم دون سنّ الخامسة من التقرُّم، في حين يعاني ١٤٪ منهم من الهُزال. مع ذلك، وحتى في الحُمس الأعلى من مؤشر ثروة الأسرة، ما زالت نسبة انتشار التقرُّم مرتفعة إذ وصلت إلى ٢١٪؛ في حين أن نسبة انتشار الهُزال مرتفعة أيضاً بنسبة ١٢,٨٪، مما يظهر بوضوح أن مشكلة نقص التغذية هي مشكلة مشتركة بين جميع سكان بنغلادش، رغم أنها تبرز بشكل أكثر وضوحاً بين الشرائح التي تندرج ضمن حُمس الثروة الأدنى (المعهد الوطني لأبحاث السكان والتدريب (NIPORT, ٢٠١٦). ويعكس هذا الوضع المسببات الجذرية وراء مشكلة نقص التغذية في البلاد، والتي تشمل تدني مستوى التثقيف بين الأمهات؛ وزواج الأطفال؛ والإنجاب في سنّ مبكرة؛ وممارسات الصرف الصحي وغسل الأيدي؛ ومستوى الحصول على الأغذية والرعاية الصحية؛ وممارسات إطعام الرضع وصغار الأطفال؛ ووضع الفتيات والنساء في الأسرة والمجتمع.

ويُشار إلى أن الخسائر في الإنتاجية الاقتصادية بسبب نقص التغذية وصلت إلى ما يُقدَّر بمليار دولار أميركي من العائدات سنوياً (هاولادر وآخرون، ٢٠١٢). وإدراكاً لأهمية تحسين التغذية في جدول أعمال التنمية الشاملة، تركز حكومة بنغلادش على سياسات واستراتيجيات وبرامج التغذية وعلى وضع خطة عمل وطنية ثانية للتغذية NPN2.

كانت بنغلادش من «أوائل الدول المبادرة» التي انضمت إلى حركة توسيع نطاق التغذية SUN في العام ٢٠١١ وتأسس منتدى الجهات الرئيسية المتعددة ذات العلاقة الخاصة بالحركة على المستوى الوطني في العام ٢٠١٢. وتحت لواء قيادة حكومة بنغلادش، شارك أعضاء مختلف شبكات منتدى الجهات الرئيسية ذات العلاقة الخاصة بحركة توسيع نطاق التغذية بشكل فاعل في عملية بلورة خطة العمل الوطنية الثانية للتغذية بوصفهم أفراداً في مختلف المجتمعات المحلية ومن خلال توفير الدعم المالي والمشورة والدعم السكرتاري المؤقت للجان القطاعية الأصغر وحشد موارد نظراء حكومة بنغلادش ذوي العلاقة.

بلورة رؤية متعددة القطاعات

في العام ٢٠١٤، عمل شركاء التنمية الرئيسيون في مجال التغذية على نشر رؤية مشتركة^١. وفي حين كان هناك وعد متجدد للعمل معاً، حددت الجهات الرئيسية ذات العلاقة الحاجة إلى ضرورة وضع سياسة متعددة القطاعات للتغذية. وتركز السياسة الوطنية للتغذية التي تم وضعها مؤخراً في العام ٢٠١٥ (السياسة الوطنية للتغذية - ٢٠١٥) بشكل واضح على عملية وضع برامج متعددة القطاعات وعلى ضرورة التنسيق بين القطاعات كأهداف لها، كما تركز على ضرورة تنفيذ تدخلات محددة ومراعية للتغذية.

ويتماشى الالتزام الوطني بمكافحة سوء التغذية مع رؤية الدولة للعام ٢٠٢١ ومع الخطة التي تم وضعها لسبع سنوات (٢٠١٦-٢٠٢٠). كما أن هناك عوامل أخرى مثل تنشيط مجلس بنغلادش الوطني للتغذية BNNC الذي يرأسه رئيس الوزراء، شجعت على وضع خطة عمل لتنفيذ السياسة الوطنية للتغذية للعام ٢٠١٥.

وقد تم تشكيل اللجنة الفنية الوطنية في شهر كانون الثاني/يناير ٢٠١٦ لتوجيه عملية التطوير الشامل لخطة العمل الوطنية الثانية للتغذية (٢٠١٦-٢٠٢٥). وتفرعت هذه اللجنة إلى أربع لجان قطاعية فرعية أخرى: الصحة، والصحة الحضريّة وبرنامج المياه والصرف الصحي والنظافة العامة WASH، والزراعة، والثروة السمكية والحيوانية؛

^١ نقص التغذية في بنغلادش - رؤية مشتركة

http://scalingupnutrition.org/?s=Common+Narrative_BANGLADESH-Final

العمل الوطنية الثانية للتغذية والاستثمارات في مجال التغذية، بل تشكل أيضاً الأساس الذي تستند إليه عملية إعداد التقارير السنوية التي سُرِّفَع إلى رئيس الوزراء عبر مجلس بنغلادش الوطني للتغذية، والذي سيتولى مسؤولية رصد التقدم المُحرز على صعيد تنفيذ خطة العمل الوطنية الثانية للتغذية. وتوفر الخطة تفصيلاً للتدخلات المحددة والحساسية للتغذية، مع تخصيص أكبر قدر من الميزانية لتدخلات تمكين المرأة (وإعطائها الأولوية كذلك)، والتعليم وشبكة الأمان الاجتماعي (٨٢٠,٥٧٧,٧٩٥ دولار أمريكي)؛ يليها الصحة والصحة الحضرية (٦٧٥,٧٢١,٥٩٣ دولار أمريكي). وسيتم تنفيذ العملية الاستراتيجية لوضع الموازنات والتمويل ضمن كل قطاع من القطاع أو وزارة من الوزارات بما يتماشى مع خطة العمل الوطنية الثانية للتغذية. ويجري العمل حالياً لتعميم الخطة على مستوى المحافظات في البلاد من خلال الفعاليات التي تقام على مستوى المناطق الإدارية/الأقاليم (على الرغم من تبني حكومة بنغلادش لنظام حكم مركزي، ستتولى كل وزارة من الوزارات دور القيادة في تصميم البرامج، وذلك بالتشاور مع الموظفين على مستوى المحافظات).

الدروس المستفادة والخطوات اللاحقة

لقد كانت عملية بلورة خطة العمل الوطنية الثانية للتغذية رحلة عظيمة استقطبت الأشخاص الأكثر حماساً للعمل على تحسين وضع التغذية. مع ذلك، فإن الجمع بين الجهات الفاعلة الرئيسية في إطار خطة واحدة أمر ينطوي على تحدٍ كبير بسبب العدد الهائل من أنواع برامج التغذية المتعددة في مختلف القطاعات، والتي تضع الكثير منها حالة التغذية في عملية تصميم البرامج. فعلى سبيل المثال، تشكل عملية صياغة رسائل التغذية الآن جزءاً من عمل أخصائيي التوسع الزراعي؛ وتستهدف برامج شبكة الأمان الاجتماعي الآن النساء الحوامل والمرضعات؛ وقد أفضت تدخلات التثقيف إلى تحديد المنهج المدرسي مع توفير معلومات تغذية أساسية على مستوى المرحلة الابتدائية، ووضع خطط لتحديث المنهج أكثر.

لقد شكلت القيادة السياسية والالتزام السياسي عنصر نجاح رئيسياً؛ لعبت وزارة الصحة ورفاه الأسرة دوراً قيادياً بارزاً في استقطاب مختلف القطاعات/الجهات الرئيسية ذات العلاقة وشركاء التنمية والجمع بينها، مما ساعد على التعاون مع نظرائهم في حكومة بنغلادش لضمان مشاركتهم. كما أن تفرع اللجنة الرئيسية إلى أربع لجان فرعية وإعطاء قيادة كل لجنة من اللجان للقطاع ذي العلاقة ضمن حكومة بنغلادش وشركاء التنمية شكلاً استراتيجياً فعّالاً أخرى للنجاح.

وستحرص الخطوات اللاحقة على ضمان تفعيل التام لمجلس بنغلادش الوطني وتعاونه مع جميع القطاعات ذات العلاقة لضمان التنفيذ السليم وبحسب المخطط له، وضمان تعميم أوسع لخطة العمل، والمناصرة، وحشد الموارد.

يمكنكم الاستماع إلى المقابلة مع الكتاب على قناة التدوين الصوتي «بودكاست» لـ «شبكة التغذية في الطوارئ»:

www.enonline.net/mediahub/podcast/bangladeshnutritionplan?version=current

المراجع

المعهد الوطني لأبحاث السكان والتدريب NIPORT، مؤسسة Mitra and Associates و مؤسسة ICF International. المسح الديمغرافي والصحي في بنغلادش للعام 2014. دكا، بنغلادش، ومدينة روكفل، ميريلاند، الولايات المتحدة الأمريكية: المعهد الوطني لأبحاث السكان والتدريب، مؤسسة Mitra and Associates، ومؤسسة ICF International.

وتمكين المرأة، والتعليم، وشبكة الأمان الاجتماعي، والمعلومات، ومأسسة خطة العمل الوطنية الثانية للتغذية: التمويل والتخطيط والميزانية. وتتمثل اللجان بمستويات تمثيل عالية المستوى من الوزارات الحكومية ذات العلاقة، إضافة إلى عضوية وكالات الأمم المتحدة، والمنظمات غير الحكومية، والجهات المانحة، والوسط الأكاديمي فيها. وقد اشتملت كل لجنة من اللجان على وضع خطة عمل للقطاعات ذات العلاقة من خلال اتباع نمط مشترك وإبراز مجالات التقاطع المشترك بينها، والتي تمت مواءمتها لاحقاً في العملية. وتم إشراك خبراء من بنغلادش ومستشارين دوليين لضمان جدوى الخطة من حيث الإمكانية الكلية والاستفادة من الدروس المستفادة عالمياً من مختلف القطاعات، إضافة إلى ضمان سلامة الجانب الفني في كل قسم من أقسام الخطة. كذلك تم إجراء تمرين لحساب التكلفة، وهو تمرين دخل في خطة العمل الوطنية الثانية للتغذية للمساعدة في مناصرة حشد الموارد والتخطيط المالي.

وقد تشكلت مجموعة أساسية خلال الخطوة النهائية من التمرين بهدف دمج مختلف الأجزاء وبلورة الوثيقة النهائية، والتي تمت فيها مواءمة مجالات التقاطع المشترك. وقد وضعت مسودة خطة العمل الوطنية الثانية للتغذية بعد عدة جولات من المراجعة حيث تم تضمين ملاحظات الجهات الرئيسية ذات العلاقة. وتتناول الخطة مشاكل التغذية الحالية والناشئة لجميع المواطنين، وخاصة الأطفال دون سن الخامسة (مع تركيز خاص على الأيام الألف الأولى من الحياة)، والنساء ممن هن في سن الإنجاب (من فيهن الحوامل والمرضعات) والفتيات اليافعات. تشتمل مؤشرات الغايات للعام ٢٠٢٥ على خفض نسبة انتشار التقرم بين الأطفال دون سن الخامسة إلى ٢٥٪ ونسبة انتشار الهزال إلى ٨٪، ورفع نسبة الرضاعة الطبيعية الخالصة إلى ٧٠٪ بين الرضع دون سن الستة أشهر.

تفعيل أعمال التغذية الرئيسية على أرض الواقع

تحدد خطة العمل الوطنية الثانية للتغذية مجالات الأعمال الرئيسية ذات الأولوية ضمن ثلاثة مجالات من حيث المواضيع:

- أجندة التواصل الهادف إلى تغيير شامل ومتكامل للسلوك الاجتماعي؛
- تنفيذ البحوث لاستحداث الأدلة التي تساعد في بلورة السياسات ووضع البرامج؛
- بناء القدرات، والذي يستهدف كافة القطاعات ذات العلاقة على مختلف المستويات الإدارية.

تحدد الخطة الوزارات وشركاء التعاون المسؤولين عن تتبع التقدم المُحرز والإنجازات على صعيد المؤشرات، والأطر الزمنية، والتكاليف التي تنطوي عليها عملية تنفيذ التدخلات ذات الأولوية المتفق عليها. وهي تنطلق من المنصات القائمة والآليات التي أثبتت نجاعتها، مثل شبكة عمل التوسع الزراعي والباحثين المجتمعين في الخط الأمامي. وتشتمل الخطة أيضاً على مصفوفة للنتائج المشتركة في مختلف القطاعات للعمل معاً والسعي إلى الحصول على تمويل منسق للقطاعات الرئيسية وكذلك تتبع الاستثمارات.

وسيتم إشراك ما مجموعه ١٧ وزارة إضافة إلى الجهات الرئيسية ذات العلاقة والشركاء. لقد خُصّ تمرين تقدير التكاليف إلى أن الخطة تحتاج إلى مبلغ إجمالي يبلغ حوالي ١,٦ مليار دولار أمريكي لتنفيذ خطة العمل الوطنية الثانية للتغذية (٢٠٢٥-٢٠١٦) من أجل تنفيذ الأنشطة ذات الأولوية، والتنمية المؤسساتية وبناء القدرات، وكذلك لعملية الرصد والتقييم على مدار السنوات العشر المقبلة. ولن ينحصر هدف عملية الرصد والتقييم هذه في تتبع التقدم المُحرز على صعيد تنفيذ خطة

استراتيجيات التغذية الإقليمية للتصدي للعبء المزدوج في بلدان شرق المتوسط



يعمل د. أيوب الجوالدة مستشاراً إقليمياً للتغذية في المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لمنطقة شرق المتوسط منذ العام ٢٠٠٩، وهو يقود استراتيجية التغذية الإقليمية.



المقدمة

ما زال عبء المرض المرتبط بعدم كفاية التغذية يزداد أكثر فأكثر في بلدان شرق المتوسط، والتي تضم ٢٢ دولة وإقليماً في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا والقرن الأفريقي وآسيا الوسطى. وعلى غرار العديد من البلدان النامية، تعاني المنطقة من مشاكل نقص التغذية والسمنة والأمراض غير السارية المرتبطة بالنظام الغذائي، وهي مشاكل تتفاقم بازدياد. هذا «العبء المزدوج» لسوء التغذية يؤثر سلباً على الأنظمة الصحية في منطقة شرق المتوسط. ولا تزال العديد من الدول في المنطقة تعاني من نقص في المغذيات الدقيقة، خاصة الحديد، واليود، وفيتامين «أ».

واستجابة لهذه التحديات، وضع المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لمنطقة شرق المتوسط الاستراتيجية الإقليمية الأولى للتغذية (٢٠١٠-٢٠١٩) وخطة العمل بالتنسيق مع وكالات الأمم المتحدة والجهات الرئيسية الأخرى ذات العلاقة بهدف تحسين وضع التغذية. وتتمثل الأهداف العامة للاستراتيجية الإقليمية في تشجيع الدول على إعادة توجيه تدخلات التغذية لتشكيل محوراً مركزياً في أجندة أعمالها التنموية؛ وكذلك دعم هذه الدول في وضع وتنفيذ أعمال التغذية بما يتناسب مع

وضعها ومواردها الوطنية؛ وتوفير إطار عمل لتحديد أولويات أعمال التغذية في سياق كل بلد من البلدان. وقد تم تحديث الخطة لتشمل المبادرات التي ظهرت مؤخراً، مثل الغايات العالمية لهيئة الصحة العالمية للعام ٢٠٢٥، بهدف تحسين مستوى تغذية الأمهات والرضع وصغار الأطفال وأهداف التنمية المستدامة^١؛ وقد قامت معظم الدول ضمن منطقة شرق المتوسط بوضع أو مراجعة خطط عمل وطنية تتماشى مع هذه المبادرات.

وضع التغذية من حيث المؤشرات الرئيسية

وفقاً لأحدث التقديرات^٢، تبلغ نسبة انتشار التقرّم والهزال ونقص الوزن لدى الأطفال دون سنّ الخامسة في المنطقة ٢٨٪ و ٨,٦٩٪ و ١٨٪ على التوالي. وتشهد كل من اليمن، وباكستان، وأفغانستان، والسودان، وجيبوتي أعلى نسب انتشار التقرّم (أكثر من ٣٠٪). وبسبب الاضطرابات السياسية وانعدام الأمن الغذائي في هذه الدول، وكذلك في سوريا والعراق وليبيا، يقدر العدد الإجمالي للأطفال دون سنّ الخامسة الذين يعانون من الهزال ٩,١ مليون طفل (٧,٣٪)؛ ويعاني حوالي نصفهم (٣,١ مليون طفل أو ٣,٨٪) من الهزال الشديد. وتعاني أكثر من نصف النساء الحوامل من فقر الدم في السودان (٥٨,٤٪)، وفي الجمهورية العربية السورية (٥٧,٣٪)، وفي باكستان (٥١٪).

ومن أكثر الأمور إثارة للقلق الاتجاه المتنامي في انتشار الوزن الزائد والسمنة بين البالغين والأطفال. ويبلغ معدل انتشار الوزن الزائد والسمنة في المنطقة ٢٧٪ و ٢٤٪ لدى البالغين و ١٦,٥٪ و ٤,٨٪ لدى الأطفال ممن هم في سنّ المدرسة، على التوالي^٣. وجاءت أعلى معدلات الانتشار في كل من الكويت، وقطر، والبحرين، والإمارات العربية المتحدة. وفي العام ٢٠١٦، كان هناك ما يقدر بحوالي ٥,٤ مليون طفل ممن هم دون سنّ الخامسة (٦,٧٪) في منطقة شرق المتوسط يعانون من الوزن الزائد، وهو ارتفاع من ٣,٥ مليون طفل في العام ١٩٩٠. وتعاني أكثر من نصف النساء البالغات ورجلان من كل خمسة رجال في المنطقة من الوزن الزائد أو السمنة.

وكما هو الحال في المناطق الأخرى، ترتبط المعدلات المرتفعة للوزن الزائد والسمنة ارتباطاً وثيقاً بالخمول البدني والأنظمة الغذائية غير الصحية.



WFP/Fares Khoallah

^١ www.emro.who.int/nutrition/strategy

^٢ www.emro.who.int/nutrition/nutrition-events/scalingup-nutrition-consultation.html

^٣ لارا نصر الدين، جينيفر جيه. أيوب، وأيوب الجوالدة، استعراض وضع التغذية في منطقة بلدان شرق المتوسط، مجلة الصحة في منطقة شرق المتوسط، العدد ٢٤، الإصدار ١، ٢٠١٨.

^٤ www.emro.who.int/emhj-volume-24-2018/volume-24-issue-1/review-of-the-nutrition-situation-in-the-eastern-mediterranean-region.html

منظمة الصحة العالمية، تقرير الوضع العالمي حول الأمراض غير السارية ٢٠١٤، جنيف: منظمة الصحة العالمية



خبازون يستخدمون دقيق القمح المدعم لصنع الخبز في أحد البرامج في أفغانستان

WFP/Abdulhaliq Amami

خدمات التغذية التي يتنامى الطلب عليها. ولا تزال العديد من الدول تواجه تحديات من حيث صياغة وتنفيذ استراتيجيات وخطط عمل التغذية الشاملة في نهجها لمعالجة مشاكل التغذية، بما فيها باكستان، واليمن، والسودان، وجيبوتي، والصومال.

ومن التحديات الأخرى التي تواجهها المنطقة:

1. ضعف الالتزام السياسي الواضح تجاه عمل التغذية و/أو الإخفاق في ترجمة الالتزام السياسي تجاه مشاكل التغذية إلى عمل ملموس؛
2. عدم وجود إطار عمل سياسي والقدرات المؤسسية لتخطيط وتنفيذ ورصد برامج التغذية التي تستجيب لأبعاد مشاكل التغذية متعددة القطاعات؛
3. النزاعات المتكررة والكوارث الطبيعية؛
4. عدم التناسب في تخصيص موازنات الصحة، وغالباً ما يكون ذلك على حساب الاستراتيجيات الوقائية مثل استراتيجية التغذية؛
5. هجر الأنظمة الغذائية التقليدية، والتي تكون عادة أغنى بالمغذيات، وتفضيل الأنظمة الغذائية الغربية التي تتميز بالأغذية المنقاة والمكررة، مما يؤدي إلى انخفاض التنوع الغذائي؛
6. افتقار القطاعات ذات العلاقة إلى الخبرة في مجال التغذية وغياب التنسيق بين القطاعات.

لقد ساعدت الإستراتيجية الإقليمية الدول على تحديد الأولويات الإستراتيجية للأنشطة الرئيسية مع وضع مخرجات واضحة ونتائج قابلة للقياس، ومكنت بلدان منطقة شرق المتوسط من رصد التقدم المحرز على صعيد تحقيق الأهداف العالمية القابلة للتحقيق. ومن شأن المتابعة الوثيقة والدعم التقني المقدمين من الأمم المتحدة/المنظمات غير الحكومية الإسهام في توسيع نطاق برامج التغذية والتركيز على التدخلات الفعالة من حيث التكلفة.

وتشهد منطقة شرق المتوسط أعلى مستويات انتشار الخمول البدني لدى البالغين (حوالي الثلث)، في حين تُظهر البيانات بشكل متواصل مستويات أعلى من الخمول البدني لدى النساء مقارنة بالرجال (ومقارنة مع نسبة الانتشار العالمي لدى كلا الجنسين والتي تبلغ 23٪). كما شهدت المنطقة أيضاً تغييرات في الأنماط الغذائية تتماشى مع الاستهلاك الغذائي العالمي، مما يشير إلى وجود تحول نحو الأنظمة الغذائية التي تزداد فيها كثيراً كميات الدهون والسكر.

الأولويات الرئيسية

يتم تنفيذ الأعمال الرئيسية التالية لدعم الأولويات الاستراتيجية:

1. تغذية الأمهات والرضع وصغار الأطفال: تدخلات تشمل تغذية الرضع وصغار الأطفال (تشجيع الرضاعة الطبيعية والتغذية التكميلية)، وبرامج تدعيم الأغذية والمكملات الغذائية، ومراقبة النمو، ورصد التغذية، ومعالجة سوء التغذية الحادّ الوخيم.
2. عوامل الخطر المرتبطة بالأمراض غير السارية: تشجيع اتباع نظام غذائي صحي من خلال التدخلات الفعالة من حيث التكلفة المحددة في إطار العمل الإقليمي لمعالجة الأمراض غير السارية، بما في ذلك: تشجيع الرضاعة الطبيعية وتطبيق مدونة القواعد الدولية لتسويق بدائل حليب الأم («المدونة»); والحدّ من تناول الملح على مستوى السكان؛ ووضع إرشادات غذائية قائمة على نوع الأغذية، وتصنيف الأغذية؛ وإعادة تشكيل تركيبة المنتجات، بما فيها استبدال الدهون المتحولة بالدهون المتعددة غير المشبعة وخفض مستويات السكر؛ والحدّ من ممارسات تسويق أغذية الأطفال غير الصحية.
3. التغذية الطارئة: تشخيص الحالات التي تعاني من سوء التغذية الحادّ الوخيم.

التقدم المحرز والإنجازات حتى الآن

عملت أكثر من 17 دولة على إعداد وثائق قانونية كاملة أو جزئية تماشياً مع المدونة، لكن عملية التطبيق الفعلي لا تزال تشكل تحدياً كبيراً. وفي العام 2017، تم توسيع نطاق عملية وضع الإرشادات التوجيهية الغذائية القائمة على نوع الغذاء في المنطقة لتشمل أفغانستان، ومصر، وجمهورية إيران الإسلامية، ولبنان، وعمان، وقطر، والمملكة العربية السعودية. كما أن هناك تقدماً على صعيد خفض نسبة الملح في الخبز في الكويت، وقطر، وعمان، وإيران، والبحرين، والمغرب، وتونس، والأردن. ويشكل الهدف المتمثل في التخلص من الدهون المتحولة أولوية في كل من إيران، والمملكة العربية السعودية، وتونس. وتعكف كل من المملكة العربية السعودية، والإمارات العربية المتحدة، وإيران، والأردن على فرض ضرائب على المشروبات المحلاة بالسكر بهدف الحدّ من استهلاك السكر.

وقد أصبحت كل من أفغانستان، وباكستان، والصومال، والسودان، واليمن أعضاء في «حركة توسيع نطاق التغذية» SUN، مما يمثل فرصة رائعة لتنشيط وتفعيل العمل من أجل ضمان إحراز التقدم في هذه الدول على صعيد جهودها في الوصول إلى غايات أهداف التنمية المستدامة.

تحديات التنفيذ

منطقة بلدان شرق المتوسط شائكة وتنطوي على تعقيدات كثيرة وتعاين بلدانها من مشاكل مختلفة على صعيد التغذية وتواجه تحديات ذات أبعاد اجتماعية اقتصادية مختلفة. وهناك عبء مزدوج لمشكلة سوء التغذية، مع وجود ما لا يقل عن 16 دولة تعاني من صراعات داخلية ومن عدم الاستقرار السياسي، مما يعيق وصول الفئات المستضعفة إلى



مناصرة التغذية في الغابون



مقابلة مع **إيف فيرناند مانفومي**، وزير الزراعة والثروة الحيوانية وبرنامج «تحقيق المخرجات الزراعية بمشاركة المواطنين»¹ GRAINE من شهر تشرين الأول/أكتوبر إلى شهر شباط/فبراير ٢٠١٧.

بصفته وزيراً، أدرك مانفومي أن مشكلة سوء التغذية تشكل عائقاً كبيراً أمام التنمية الاجتماعية الاقتصادية والبيئية للدولة، وقد أرسل طلباً باسم الغابون للانضمام إلى «حركة توسيع نطاق التغذية» SUN في ٢١ كانون الأول/ديسمبر ٢٠١٦. وقد تمّ انتخابه كأحد الشخصيات العالمية المناصرة للتغذية ضمن «حركة توسيع نطاق التغذية» في العام ٢٠١٧، وهو الرئيس الفخري لمنتدى التغذية متعدد القطاعات الخاص بالحركة في الغابون بصفته أحد مناصريها، وهو يشارك في الاجتماعات التي تعقد في هذا الصدد ويشكل عنصراً محفزاً ومناصراً لأعمال التغذية على أرض الواقع.

الثاني/يناير ٢٠١٧ من خلال الدعم على أعلى المستويات من قبل رئيس الجمهورية عبر تفويض لرئيس الوزراء، وبناءً على طلب قدمناه في شهر كانون الأول/ديسمبر ٢٠١٦. وقد قمنا بهذا حتى تتمكن الغابون من المشاركة في الحوار الذي يتيح لنا التفاعل مع دول أخرى منضوية تحت «حركة توسيع نطاق التغذية» ونظام المساعدة الخاص بالحركة، وصل مهاراتنا، وتحسين مستوى فهمنا للمشاكل الرئيسية، والوصول إلى توافق على الإجراءات ذات الأولوية، كل ذلك بهدف التأكد من أننا نسير على الطريق الصحيح لتحقيق النتائج المرجوة.

٤. كيف مكّنتكم عضويتكم في «حركة توسيع النطاق التغذية» من مساعدة الغابون؟

تتمثل ميزة العضوية في «حركة توسيع التغذية» في أنها تساعد الدول على تسريع التقدم الذي تحرزه الدول الأخرى الأعضاء في الحركة على صعيد تنفيذ خططها الوطنية فيما يتعلق بالتغذية، وتوفير فهم أفضل حول المشاكل، وعلى صعيد الوصول إلى حلول لها بشكل جماعي.

٥. من واقع تجربتكم كوزير للزراعة، كيف يمكن لمنتدى الجهات الرئيسية ذات العلاقة بـ «حركة توسيع نطاق التغذية» العمل في الغابون، وما هي سبل التعاون الممكنة لهذه القطاعات في التصدي لمشكلة سوء التغذية؟

منتدى الحركة متعدد القطاعات يجمع بين مختلف الوزارات، والمجتمع المدني، والشركاء الفنيين والماليين. وقد تم تشكيله تحت قيادة وزارة

١. متى بدأتكم تدركون واقع التغذية وأهميتها بالنسبة للتنمية في بلدكم؟

بعد تعييني وزيراً للزراعة والثروة الحيوانية وبرنامج «تحقيق المخرجات الزراعية بمشاركة المواطنين»، أصبحت بطبيعة الحال على تواصل مع جميع الشركاء، بما فيهم منظمة الأغذية والزراعة التابعة للأمم المتحدة FAO، والتي عرفنتني بالمؤتمر الدولي الثاني للتغذية ICN2، وهو المنتدى المكرس للتصدي لمشاكل التغذية في جميع أنحاء العالم في القرن الحادي والعشرين. وفي ختام هذا المؤتمر، وافق مجلس يضم ١٨٧ دولة على الوثيقتين النهائيتين، وهما إعلان روما بشأن التغذية^٢، الذي يهدف إلى إشراك الدول في جهود القضاء على الجوع وفي منع جميع أشكال سوء التغذية، و«إطار العمل»^٣، وهو الدليل الفني الذي يهدف إلى تسهيل تطبيق هذا الإطار من خلال تحديد استراتيجيات واضحة ومحددة لتنفيذ هذه الالتزامات. وبوصفي خبيراً اقتصادياً ومالياً، كنت أدرك تماماً أثر التغذية على الناتج المحلي الإجمالي، وأن كل دولار يتم استثماره في التغذية يمكن أن يحقق عائداً قدره ١٦ دولاراً^٤. وقد أطلق هذا العنوان فعلياً للحظة «النور» بالنسبة لي.

٢. ما هي مشاكل التغذية الرئيسية في الغابون برأيكم؟

تعتبر الغابون واحدة من الدول «الخارجة عن المسار» من حيث التقدم المحرز على صعيد أربعة من المؤشرات الستة التي صادقت عليها الجمعية العمومية ٦٥ لجمعية الصحة العالمية في العام ٢٠١٢؛ وهذا يرتبط بالتقدم الذي تحقق ضمن الأهداف فيما يتعلق بالتقرّم، والذي يؤثر على ١٨٪ من الأطفال دون سنّ الخامسة والهزال الذي يعاني منه ٣٪ من الأطفال دون سنّ الخامسة؛ والأديميا التي تؤثر على نصف النساء ممن هنّ في سنّ الإنجاب؛ وانتشار الوزن الزائد لدى الأطفال دون سنّ الخامسة بنسبة ٨٪، وتدني معدل الرضاعة الطبيعية الخالصة بشكل ملحوظ حيث تبلغ ٦٪ فقط^٥. نقص المغذيات الدقيقة لدى النساء والأطفال يعتبر واحداً من بين التحدّيات الرئيسية التي تواجهها الصحة العامة.

٣. ما الذي حفّز بلدكم على الانضمام إلى «حركة توسيع نطاق التغذية» في العام ٢٠١٦؟

التحقت الغابون بعضوية «حركة توسيع نطاق التغذية» في شهر كانون

^١ برنامج «تحقيق المخرجات الزراعية بمشاركة المواطنين» GRAINE الغابوني هو أولوية حكومية رئيسية يهدف إلى الحد من واردات المنتجات الزراعية، وتحسين مستوى الأمن الغذائي، وإيجاد وظائف مستدامة، وتعزيز التنمية الاقتصادية.

^٢ www.fao.org/resources/infographics/infographics-details/en/c/266118

^٣ www.fao.org/3/a-mm215e.pdf

^٤ المعهد الدولي لبحوث السياسات الغذائية. ٢٠١٤. تقرير التغذية العالمي ٢٠١٧: الأعمال والمسألة التي من شأنها تسريع التقدم المحرز على مستوى العالم في مجال التغذية. واشنطن، العاصمة.

^٥ تقرير التغذية العالمي للعام ٢٠١٧. ملفات التغذية في الدولة ضمن تقرير التغذية العالمي (٢٠١٧): الغابون جامعة بريستول، المملكة المتحدة: مبادرات التنمية.



«الصفوف الخضراء» في مدرسة أوكالا في ليبرفيل

FAO, Gabon

من تعييني كوزير، أصبح لدى الغابون مرجعية استراتيجية وإطار عمل سياسياتي لكافة القطاعات والجهات الرئيسية ذات العلاقة المعنية بالتغذية. وسيتم حشد الموارد المالية من قبل الحكومة بدعم من الشركاء. وستعمل مؤسسة ريتش REACH على توفير الدعم الفني لبلورة إطار عمل تنسيقي بين الحكومة وأجهزة الأمم المتحدة، وسيعمل تحالف تعظيم جودة برامج توسيع نطاق التغذية على مساندة عملية بلورة خطة عمل محددة التكاليف للسياسة الوطنية للأمن الغذائي والتغذية.

٧. هل تشتمل السياسة الوطنية للأمن الغذائي والتغذية على تدخلات من شأنها التصدي لانتشار الوزن الزائد والسمنة وسوء التغذية؟

تأخذ السياسة الوطنية للأمن الغذائي والتغذية بعين الاعتبار جميع التدخلات الهادفة إلى مكافحة الجوع وسوء التغذية؛ ولهذا السبب فهي لا تقتصر على تضمين تدخلات مراعية للتغذية فحسب، بل تشمل أيضاً تدخلات محددة للتغذية، مع أخذها بعين الاعتبار جميع أشكال سوء التغذية. وبالتعاون مع منظمة الأغذية والزراعة، شرعت الحكومة في تنفيذ مشروع لوضع توصيات وطنية للتغذية ودليل للغذاء في الغابون من أجل رفع مستوى الوعي حول ممارسات الأكل الصحي.

٨. ما الدور الذي يمكن للقطاع الخاص أن يلعبه برأيكم فيما يتعلق بسوء التغذية؟

يلعب القطاع الخاص دوراً في تحمل المسؤولية الاجتماعية في مكافحة سوء التغذية، وهذا هو السبب وراء ضرورة وجود مناصرة قوية لتمكينه من تمويل التدخلات على أرض الواقع. ومن بين المبادرات التي تجري مناقشتها حالياً مع الشركات الزراعية هي إغناء زيت الطهي بفيتامين «أ».

٩. ما هي النصيحة التي تقدمها بشأن معالجة سوء التغذية للدول الأخرى التي تواجه مشاكل مماثلة لتلك الموجودة في الغابون؟

على الدول الأخرى أن تضمن أن لديها إطاراً سياسياً قانونياً يأخذ المسألة برمتها بعين الاعتبار، إذ أن التغذية متعددة القطاعات، ويجب تحديد مسيبتها من أجل اقتراح الحلول وتحديد الدور الذي يجب أن يلعبه كل واحد منّا عبر إشراك الفئات المستفيدة في تدخلات مستدامة.

الزراعة والثروة الحيوانية وبرنامج «تحقيق المخرجات الزراعية بمشاركة المواطنين». وتشارك حالياً تسع وزارات (بما فيها الصحة، والزراعة، والتجارة، والبنية التحتية، والتعليم، والحماية الاجتماعية) وخمس شبكات عمل (الحكومة، والأمم المتحدة، والجهات المانحة، والمجتمع المدني، والقطاع الخاص). ويلتقي المنتدى بشكل دوري (مرة واحدة في الشهر على الأقل - وأكثر من مرة إذا كانت هناك أنشطة محددة) ويناقش مشاكل التغذية، والسياسة الوطنية بشأن الأمن الغذائي والتغذية، واستراتيجية خارطة الطريق الخاصة بـ «حركة توسيع نطاق التغذية»، وخطة عمل السياسة، وما إلى ذلك. ويتم الجمع بين إمكانيات الأعضاء في المنتدى متعدد القطاعات في بوتقة واحدة حتى يتسنى لكل جهة فهم الدور الذي تلعبه في حل مشاكل الغذاء والتغذية في الغابون. ومن الأمثلة على القطاعات التي تتعاون معاً «الصفوف الخضراء»، وهي عبارة عن مشروع زراعي لإنتاج الأغذية الغنية بالمواد المغذية في المدارس من خلال الحدائق المدرسية. وسيتم عقد التدريب التغذوي في المدارس بالتعاون بين وزارتي التعليم والصحة.

٦. هلا أخبرتنا عن السياسة الوطنية الجديدة الخاصة بالأمن الغذائي والتغذية (٢٠٢٥-٢٠١٨). كيف تمت بلورة هذه السياسة؟

بصفتي وزيراً، ومنذ تعييني في شهر تشرين الأول/أكتوبر ٢٠١٦، دأبت على العمل على بلورة وثيقة خاصة بالغابون فيما يتعلق بالسياسة الوطنية للأمن الغذائي والتغذية. وهذا يتماشى مع توصيات المؤتمر الدولي الثاني للتغذية.

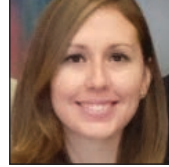
وقد تم تنظيم تدريبات حول الطبيعة متعددة القطاعات للتغذية ودور كل قطاع وذلك من خلال الدعم الفني الذي قدّمته كل من منظمة الأغذية والزراعة واليونيسف ومنظمة الصحة العالمية لتشجيع أعضاء المنتدى على تحسين مساهمتهم في صياغة وثيقة السياسة الوطنية للأمن الغذائي والتغذية. وقدم كل قطاع الدعم في صياغة الوثيقة وقمت بمراقبة المراحل المختلفة لهذه العملية ونقلتها إلى أعلى المستويات.

وفي شهر آذار/مارس ٢٠١٧، أوصيت بتنظيم ورشة عمل لاعتماد وثيقة السياسة الوطنية للأمن الغذائي والتغذية. وفي شهر تموز/يوليو ٢٠١٧ صادق المجلس الوزاري على الوثيقة المعتمدة - وهكذا بعد تسعة أشهر

تحسين مستوى جاهزية تدخلات التغذية الطارئة والاستجابة لها في دول أمريكا اللاتينية ومنطقة الكاريبي



إيفيت فاونستش ماسياس هي مستشارة في مجال التغذية في حالات الطوارئ لدى مكتب اليونيسف في منطقة أمريكا اللاتينية والكاريبي. ستيفانو فيديلي هو أخصائي التغذية الإقليمي لدى مكتب اليونيسف في منطقة أمريكا اللاتينية والكاريبي.



المقدمة

تُعتبر منطقة أمريكا اللاتينية والكاريبي واحدة من أكثر المناطق عرضة للكوارث في العالم وأكثرها عرضة لمختلف أنواع المخاطر، بما فيها مواسم الجفاف والعواصف والفيضانات، والتي زادت من حيث الوتيرة والحدة وعدم القدرة على التنبؤ في السنوات الأخيرة^١. وبعد منطقة آسيا، تحتل منطقة أمريكا اللاتينية والكاريبي المرتبة الثانية من حيث المناطق التي تشهد أكبر عدد من الكوارث الطبيعية، والتي تحدث في الغالب أثناء موسم الأعاصير خلال الفترة بين شهري أيار/مايو وتشيرين الثاني/نوفمبر. تعاني نصف الدول تقريباً (١٦ دولة) من الدول الـ ٣٣ في منطقة أمريكا اللاتينية والكاريبي من مستويات عالية أو عالية جداً من التعرض للكوارث الطبيعية والبشرية. في حين يعاني النصف الآخر من هذه الدول (١٧ دولة) من مستويات متوسطة أو متدنية من المخاطر ذاتها^٢.

تؤثر الكوارث الطبيعية وغيرها من الأزمات التي هي من صنع البشر على مجموعة متنوعة من العوامل التي يمكن أن تزيد خطر نقص التغذية والمرض والوفاة: فقدان سبل العيش والمحاصيل الغذائية؛ وانقطاع الإمدادات الغذائية، وارتفاع نسبة انتشار الأمراض المعدية من حيث تكرارها وحدتها؛ وتهديد ممارسات الإطعام وربما تقويضها، مما يؤدي إلى زيادة خطر سوء التغذية الحاد ونقص المغذيات الدقيقة. لذلك، من الضرورة بمكان دعم حماية الفئات المستضعفة مثل الأطفال والبالغين والنساء اللواتي يتضررن بشكل خاص في حالات الطوارئ. هناك اعتراف متزايد من جانب السلطات الوطنية في منطقة أمريكا اللاتينية والكاريبي بأهمية تضمين عملية وضع البرامج بناء على المخاطر وتعزيز الصمود في سياسات وخطط التنمية الوطنية. مع ذلك، فإن الوعي بالعوامل التي تؤثر على الوضع التغذوي في حالات الطوارئ، وإدراك تدني المستوى العام لقدرات الجاهزية والاستجابة للتغذية في حالات الطوارئ منخفضان بشكل عام.

مجموعة دعم إقليمية لتدخلات التغذية في حالات

الطوارئ

منذ العام ٢٠١٣، دأب المكتب الإقليمي لليونسيف في منطقة أمريكا اللاتينية والكاريبي على دعم مجموعة إقليمية لتعزيز التغذية -GRIN-LAC. ويتمثل هدف هذه المجموعة في رفع مستوى الوعي وفهم القضايا المتعلقة بتدخلات التغذية في حالات الطوارئ ودعم عملية تعزيز القدرات الوطنية للتهيؤ والاستجابة لتلك القضايا.

والمجموعة الإقليمية لتعزيز التغذية هي عبارة عن شبكة مكونة من الجهات الرئيسية ذات العلاقة على المستويين الإقليمي والوطني في جميع

دول المنطقة. وتهدف المجموعة إلى تحديد وإشراك ودعم مسؤولي الاتصال الخاصين بالتغذية وغيرهم من المسؤولين الحكوميين (عادة أخصائيي التغذية العاملين في وزارة الصحة) الذين يضطلعون بمسؤولية تنسيق القضايا المحددة بالتغذية في أوقات الطوارئ، والذين يشكلون نصف المجموعة التي تتكون من ١٥٠ عضواً. وتضم المجموعة الإقليمية لتعزيز التغذية في عضويتها أعضاء آخرين من بينهم أشخاص يعملون في مجال التغذية، و/أو الحد من مخاطر الكوارث و/أو الاستجابة لحالات الطوارئ، مثل المنظمات غير الحكومية، ووكالات الأمم المتحدة، ووكالات الغوث القائمة على المستويين الإقليمي والوطني. وتقدم المجموعة الإقليمية لتعزيز التغذية الدعم لأعضائها من أجل إشراكهم مع الأطراف التي يتمحور عملها حول التنمية على المستوى الوطني لتعزيز الانسجام في الأعمال الإنسانية والتنمية وتحقيق التوازن بين الاستجابات قصيرة الأمد المباشرة والتدخلات الدائمة والمستدامة التي تهدف إلى تحقيق النتائج على المدى البعيد.

لقد مكّن دعم الدول من أجل تحسين مستوى الجاهزية والاستجابة للمجموعة الإقليمية لتعزيز التغذية الدول من مأسسة تدخلات التغذية في حالات الطوارئ من خلال توفير الدعم في ثلاثة مجالات رئيسية: إحداث الأدلة، وإدارة المعرفة، وتنمية القدرات. ومن شأن هذه المجالات أن تساعد في تعزيز صمود تدخلات التغذية من خلال بناء قدرات الأفراد والمؤسسات لتمكينها من إدارة المخاطر الأساسية بشكل أفضل وهي المخاطر التي قد تؤثر على وضع التغذية لدى النساء والأطفال في حالات الطوارئ.

إحداث الأدلة

تدعم المجموعة الإقليمية تقييم مخاطر تدخلات التغذية في حالات الطوارئ، وهو نموذج تمت بلورته للمساعدة على تحديد الفجوات في جاهزية تدخلات التغذية بناءً على إجراء تحليل للمخاطر والقدرات ونقاط الضعف لدى كل دولة من دول المنطقة، مما يفضي إلى إعداد ملف حول المخاطر لكل من هذه الدول. وقد تم استخدام هذا النموذج لرفع مستوى الوعي حول فجوات قدرات تدخلات التغذية ونقاط ضعفها، ووضع الاستراتيجيات التي من شأنها أن تحد من المخاطر وتوجيه عملية تحديد أولويات الدعم.

^١ البنك الدولي، إعادة التوطين الوقائية للسكان المعرضين لخطر الكوارث: تجارب من أمريكا اللاتينية، البنك الدولي والمرفق العالمي للحد من الكوارث والتعافي منها، البنك الدولي لإعادة الإعمار والتنمية، واشنطن، العاصمة، أيلول/سبتمبر ٢٠١١.

^٢ المجموعة المرجعية للجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات المعنية بالمخاطر والإنذار المبكر والجاهزية، المفوضية الأوروبية. InforRM - مؤشر إدارة المخاطر، منطقة أمريكا اللاتينية والكاريبي. شباط/فبراير ٢٠١٧. متوفرة على: www.inform-index.org/Subnational/LAC

العلاقة لمدة يوم واحد في العام ٢٠١٨ لتمهيد الطريق نحو إنشاء هيئة تنسيقية لتدخلات التغذية من خلال توضيح أدوار ومسؤوليات الوكالات المختلفة كمرحلة أولى.

الخطوات اللاحقة

في مسح نفذته أعضاء المجموعة الإقليمية لتعزيز التغذية في العام ٢٠١٧، تمثلت التحديات التي تواجه تعزيز تدخلات التغذية في حالات الطوارئ على المستوى الوطني في نقص الموارد البشرية المدربة وعدم وجود أطر عمل قُطرية لتدخلات التغذية في حالات الطوارئ. وأبرز هذا المسح ضرورة تعزيز التدريب/تنمية القدرات لتدخلات التغذية في حالات الطوارئ وضرورة مناصرة تضمين تدخلات التغذية في حالات الطوارئ في السياسات والبرامج الوطنية. ولدعم هذا التوجّه، تخطط المجموعة الإقليمية لتعزيز التغذية للقيام بما يلي:

- إعداد وتوزيع حقيبة أدوات خاصة بتدخلات التغذية في حالات الطوارئ لرفد الدول بالأدوات العملية في المجالات الرئيسية لجاهزية واستجابة تدخلات التغذية في حالات الطوارئ ووضع قوائم تحقق وملاحظات توضيحية حول مواضيع تدخلات التغذية في حالات الطوارئ؛
- إصدار تقرير عن حالة جاهزية تدخلات التغذية في حالات الطوارئ في دول منطقة أمريكا اللاتينية والكاريبي لتعزيز جهود المناصرة القائمة على الأدلة بشأن أهمية جاهزية واستجابة تدخلات التغذية في حالات الطوارئ من أجل رفع مستوى الالتزام السياسي بشأن تدخلات التغذية في حالات الطوارئ.

للمزيد من المعلومات حول المجموعة الإقليمية لتعزيز التغذية أو للانضمام إلى الشبكة، زوروا منتدى المجموعة على الإنترنت www.facebook.com/groups/GRIN.LAC ومستودع الوثائق www.redhum.org/sector/4 أو تواصلوا مع الهيئة التنسيقية للمجموعة الإقليمية لتعزيز التغذية على العنوان التالي: yfausch@unicef.org



ممرضة تراجع مع إحدى الأمهات القيام بالرضاعة الطبيعية بشكل أفضل مع طفلها في خيمة صديقة للطفل في هايتي

WFP/Emma Khachatryan

«تُعتبر مسألة وجود أدلة على المستوى الوطني حول فجوات القدرات ونقاط الضعف في حالات الطوارئ وتعميمها على صنّاع القرار في كل دولة من الدول أمراً أساسياً لخلق الوعي حول المخاطر وتشجيع التفكير وتعزيز الإجراءات الملموسة».

ماريا ديليا إسبينوزا، مسؤولة صحة لدى مكتب اليونيسف في نيكاراغوا

دراسة حالة لنيكاراغوا: عملت المجموعة الإقليمية لتعزيز التغذية، بالتعاون مع مكتب اليونيسف في نيكاراغوا، على دعم حكومة نيكاراغوا لإجراء تقييم لمخاطر تدخلات التغذية في حالات الطوارئ. وقد تم عرض النتائج على هيئة الصحة التابعة للنظام الوطني للوقاية من الكوارث، والحدّ منها ومراعاتها، والتي أيدت فيما بعد ضرورة وضع إرشادات لتدخلات التغذية في حالات الطوارئ للأفراد والمؤسسات العاملة في الجاهزية لحالات الطوارئ والاستجابة لها. وقد تم إعداد دليل عملي للجنة الطوارئ من قبل وزارة الصحة مع اليونيسف وبالتعاون مع الأطراف الفاعلة الأخرى على المستويين الوطني والمحلي، مما ساعد في تبني وتطبيق هذا الدليل على نطاق واسع من جانب الهيئات والمؤسسات الحكومية الأخرى ذات الصلة.

إدارة المعرفة

من الضرورة بمكان ضمان توثيق تجارب وخبرات كل دولة من الدول ومشاركتها مع الآخرين ليتسنى توفير الأدلة حول الأمور الناجحة أو غير الناجحة بما يسهم في الاستفادة من العبر. وتدعم المجموعة الإقليمية لتعزيز التغذية الدول على توثيق تجاربها ودروسها المستفادة فيما يتعلق بتدخلات التغذية في حالات الطوارئ ومشاركتها مع الآخرين من خلال عقد ندوات إلكترونية كل ثلاثة أشهر على مستوى المناطق والأقاليم.

دراسة حالة لجزيري أنتيغوا وباربودا: استعرض مسؤول التنسيق والاتصال من وزارة الصحة في جزيري أنتيغوا وباربودا تجربة استجابة تدخلات التغذية في حالات الطوارئ لإعصار إيرما (٢٠١٧) وعمل على توثيق الدروس المستفادة والتحديات واحتياجات الدعم بمساعدة من المجموعة الإقليمية لتعزيز التغذية. وقد تم عرض هذه التجربة على الندوات الإلكترونية التي نظمتها المجموعة الإقليمية لتعزيز التغذية وشجعت على التفكير في الفجوات الموجودة في استجابة تدخلات التغذية في حالات الطوارئ وعدم وجود أطر عمل تتمحور حول تدخلات التغذية في حالات الطوارئ. ومسؤول التنسيق والاتصال على تواصل الآن مع المكتب الوطني لخدمات الكوارث لإدخال اعتبارات التغذية في الحساب ويخطط بلورة سياسة تُعنى بممارسات إطعام الرضع وصغار الأطفال في العام ٢٠١٨، والتي ستأخذ اعتبارات تدخلات التغذية في حالات الطوارئ بعين الاعتبار.

تنمية القدرات

توفر المجموعة الإقليمية لتعزيز التغذية أيضاً توجيهاً استراتيجياً ودعماً فنياً عن بُعد لكل مسؤول من مسؤولي التنسيق والاتصال عند الطلب لإجراء مزيد من النقاشات و/أو التوجيه و/أو التوضيح.

دراسة حالة لدولة غيانا: تم تقديم الدعم الفني عن بُعد لوزارة الصحة في غيانا بشأن جاهزية تدخلات التغذية في حالات الطوارئ. ونتيجة لذلك، تخطط وزارة الصحة لاستضافة اجتماع للجهات الرئيسية ذات



التعافي ما بعد الزلزال في مناطق نيبال الحضرية: استخدام المستشفيات لتحديد حالات سوء التغذية لدى الأطفال والأمهات ومعالجتها



صوفيا أوبريتي هي أخصائية تغذية في الصحة العامة وعملت كمسؤولة تغذية في مكتب اليونيسف في نيبال لدعم عملية التعافي ما بعد الزلزال.

راج كومار بوخاريل هو مسؤول قسم التغذية لدى قسم صحة الأطفال في وزارة الصحة في نيبال.

ماهندرا براساد شريسثا هو مسؤول شعبة السياسات والتخطيط والتعاون الدولي في وزارة الصحة.

جهالاك شارما بوديل هو مدير المركز الوطني للتدريب الصحي في وزارة الصحة. وقد شغل منصب مدير الصحة العامة في مكتب

الصحة العامة بمقاطعة لاليتبور أثناء مرحلة التعافي ما بعد الزلزال. ويتمتع بخبرة تمتد ٣٦ سنة في مجال الصحة العامة.

أنرودرا شارما هو أخصائي تغذية لدى مكتب اليونيسف في نيبال ويعمل كمنسق لكل تدخلات الصحة في حالات الطوارئ منذ ثماني سنوات.

سنتالي تشيتيكوي هو مسؤول التغذية لدى مكتب اليونيسف في نيبال.

استراتيجية جديدة للمناطق الحضرية

خلال اجتماعات كتلة التغذية الإقليمية، تم التطرق إلى المعوقات التي ظهرت في تحديد حالات سوء التغذية الحاد. وكانت هذه الكتل التي تشكلت قد تواجدت على مستوى المحافظات والمناطق في الأماكن المتضررة بعد تفعيل الكتل الوطنية للتغذية. ولم تقتصر عضوية الكتلة الوطنية للتغذية على مجتمع التغذية الاعتيادي فحسب، بل شملت أيضاً ممثلين عن المستشفيات في المناطق. ووافق أعضاء المجموعة على أن نهج تحشيد متطوعات الصحة المجتمعية لم يكن بالفعالية التي ينبغي أن يكون عليها في المناطق الحضرية. وكانت هناك عدة عوامل تؤثر على التشخيص المنتظم لقياس محيط منتصف أعلى الذراع من قبل متطوعات الصحة المجتمعية على المستوى المجتمعي: عدم تناسب عدد متطوعات الصحة المجتمعية مقارنة مع الكثافة السكانية في تجمعاتهن؛ والقيود التي تعاني منها متطوعات الصحة المجتمعية في المناطق الحضرية من حيث الوقت المسموح لهن الخروج فيه، وغالباً ما يتم إشراكهن في أنشطة أخرى تعليمية أو مدرة للدخل؛ والصعوبات المفروضة على السكان المتنقلين والمهاجرين؛ وعدم الترحيب بمتطوعات الصحة المجتمعية في بعض الأسر الحضرية حيث لا يُسمح لهن بالوصول إليها بسبب عدم إلمامهن بالخدمات مقارنة مع المناطق الريفية.

أدركت الكتلة الوطنية للتغذية أن المستشفيات تشكل وسيلة غير مستغلة إلى حد كبير للسياق الحضري والسكان المستهدفين. وفي حين أنها توفر فرصاً لتشخيص حالات سوء التغذية الحاد بين الأطفال الذين يتم إحضارهم من أجل التطعيمات الروتينية وغيرها من خدمات طب الأطفال، إلا أنها لم تقم بتشخيص استباقي لجميع الأطفال المعرضين

خلفية عامة

تعرضت نيبال لزلزال بقوة ٧,٤ درجات في شهر نيسان/أبريل ٢٠١٥ ولهزات ارتدادية في الأشهر التي تلت ذلك الزلزال. وصرحت حكومة نيبال أن ١٤ مقاطعة من أصل ٧٥ في البلاد تضررت بشكل كبير من هذه الهزات؛ ثلاث منها (كاتماندو، ولاتيبور، وبهاكتابور) تقع في وادي كاتماندو. وقد تم تنفيذ تدخلات تغذية شاملة في حالات الطوارئ، وبرنامج للتعافي في جميع المناطق التي تضررت بشكل كبير. وقد شكلت الإدارة المتكاملة لسوء التغذية الحاد عنصراً رئيسياً في هذه الاستجابة واشتملت على علاج سوء التغذية الحاد الخيم (خلال الفترة بين شهري حزيران/يونيو وكانون الأول/ديسمبر ٢٠١٧) وسوء التغذية الحاد المعتدل، بالإضافة إلى التركيز على النساء الحوامل والمرضعات. (من شهر حزيران/يونيو ٢٠١٦ وحتى شهر تموز/يوليو ٢٠١٧).

توزع السكان المستهدفون في وادي كاتماندو على المناطق الحضرية، بما فيها الأحياء الفقيرة والمناطق شبه الحضرية والمناطق الريفية النائية. وقد تم بشكل أولي التخطيط لوضع استراتيجية تنفيذ مشتركة للإدارة المتكاملة لسوء التغذية الحاد في جميع المقاطعات الـ ١٤ المتضررة من الزلزال، وانطوت هذه العملية على إجراء تشخيص على المستوى المجتمعي استناداً إلى فحص محيط منتصف أعلى الذراع، والذي تم قياسه من قبل متطوعات الصحة المجتمعية. مع ذلك، لم يفض تطبيق هذا النهج إلى ضمان تحديد الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية الحاد أو المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية المكتسبة/الإيدز لإحالاتهم إلى الجهات المناسبة. واقتضى هذا التحدي وضع نهج مبتكرة ومتكاملة لتحقيق أكبر قدر ممكن من التغطية في البرنامج والوصول إلى الفئات المستهدفة المستضعفة.



استخدام قياس محيط منتصف أعلى الذراع في مستشفى باتان، لايبور

UNICEF Nepal

واشتملت التحديات الأخرى على ضرورة وجود إمكانيات موارد بشرية لإجراء متابعة منتظمة لمن يتم علاجهم لضمان عدم تخلفهم عن العلاج. وقد كان عدد الحالات التي تم تحديدها وإدخالها إلى مراكز علاج المرضى الخارجيين القائمة على المستشفى أعلى بكثير مقارنة بعددهم في البيئات القائمة على المجتمع المحلي، وبينها حالات من مناطق أخرى من البلاد، مما يشكل تحديات إضافية للمتابعة.

وقد خصصت وزارة الصحة ميزانية للحكومة المحلية لمواصلة الأنشطة الأساسية مثل الإمداد اللوجستي (هما في ذلك شراء الأغذية العلاجية الجاهزة)؛ وإجراء مراجعات دورية للبرنامج على المستوى المحلي؛ والرصد والإشراف (يتم تحديد المبلغ الإجمالي المرصود في الميزانية عبر خطة العمل السنوية). وتلتزم وزارة الصحة بتوفير الدعم البرنامجي في تلك المناطق لضمان مواصلة تقديم الخدمات أثناء مرحلة التعافي من الزلزال.

رصد الجهود المبذولة على المستوى المجتمعي

لقد تم تحديد المستشفيات كوسيلة هامة في المناطق الحضرية يمكن من خلالها تحديد حالات سوء التغذية الحادة، وتقديم العلاج والإرشاد التغذوي. ويرفد هذا النهج الجهود المبذولة على مستوى المجتمع المحلي، خاصة أنه تبيّن أن الاعتماد على متطوعات الصحة المجتمعية وحدهن غير كافٍ في أية بيئة حضرية. وكانت هناك ضرورة للتواصل مع المستشفيات على المستوى الاستراتيجي. وقد لعبت قيادة مكاتب الصحة العامة في المقاطعات ووزارة الصحة دوراً رئيسياً في الشروع بتنفيذ التدخلات، إضافة إلى التقدم المحرز في بيئات المستشفيات. وبشكل عام، أسهم هذا النهج بشكل كبير في تحقيق نتائج الإدارة المتكاملة لسوء التغذية الحاد المحددة في عنصر التغذية ضمن إطار عمل مرحلة التعافي ما بعد الكوارث للأعوام من ٢٠١٦ حتى ٢٠٢٠.

التحضر هو مجال ناشئ يشكل أهمية لجميع تدخلات التغذية. وتُعتبر نيبال من بين أسرع عشر دول في العالم من حيث التحضر. ويمكن للمستشفيات أن توفر وسيلة قيمة لوضع برامج التغذية الحضرية، بما في ذلك إدارة سوء التغذية الحاد خلال فترات الأزمات وخارجها. ويمكن استخدامها أيضاً لتنفيذ أنشطة أوسع لتحسين تغذية الأمهات والرّضع وصغار الأطفال، إضافة إلى التصدي للعبء المتزايد من حيث الوزن الزائد/السمنة والأمراض غير السارية بين هؤلاء السكان.

شكر وتقدير: المنظمة غير الحكومية الشريكة ومركز التنمية الاجتماعية والترويج SDPC وإدارات المستشفيات المعنية.

للمخاطر. بعبارة أخرى، لم يتم حتى الآن تنفيذ تدخلات التغذية في المناطق الحضرية من خلال المستشفيات بطريقة منهجية وشاملة من أجل تطبيق نهج الإدارة المتكاملة لسوء التغذية الحاد.

قررت الجهات الرئيسية المعنية ذات العلاقة، بما فيها قسم صحة الأطفال ومكاتب الصحة العامة في المناطق واليونيسف والمنظمة غير الحكومية الشريكة (مركز التنمية الاجتماعية والترويج)، تنفيذ بضع جولات من فحوص قياس محيط منتصف أعلى الذراع في مستشفى كانتى للأطفال، وهي مستشفى إحالة على مستوى المنطقة لطب الأطفال. وقد أفضت هذه العملية إلى تحديد عدد كبير من الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية الحاد؛ وبالنتيجة، تم إنشاء مركز علاج المرضى الخارجيين ومراكز التغذية التكميلية المستهدفة في ست مستشفيات عامة رئيسية في وادي كاتماندو.

إشراك المستشفيات

تم عقد تدريبات على تدخلات التغذية في حالات الطوارئ (بما في ذلك الإدارة المتكاملة لسوء التغذية الحاد) في مقاطعات كاتماندو، ولايبور، وبهاكتابور لإدارة المستشفى وأطباء الأطفال ورئيسات الممرضات والممرضين وأخصائيي التغذية. وعملت اليونيسف على توفير الإمدادات الضرورية والدعم الفني، في حين دعمت المنظمة غير الحكومية الشريكة عملية تشغيل مراكز علاج المرضى الخارجيين. وقام عاملو المنظمة غير الحكومية بقياس محيط منتصف أعلى الذراع لدى الأطفال الذين كانوا يراجعون المستشفى، وتم إلحاق الذين يتبين أنهم يعانون من سوء التغذية الحاد ببرنامج العلاج الفوري حسب البروتوكولات الدولية. وكذلك تم إنشاء ركن التغذية لتوفير تثقيف وإرشاد تغذوي حول ممارسات إطعام الرّضع وصغار الأطفال. وتدرجياً، خصصت إدارة المستشفى موقعاً ومساحة أفضل لمراكز علاج المرضى الخارجيين ومراكز التغذية التكميلية المستهدفة، كما بدأ أطباء الأطفال بإحالة الأطفال من أجل الخضوع لفحوصات تحدد إذا كانوا يعانون من سوء التغذية الحاد الوخيم، وتوفير أغذية علاجية جاهزة/أغذية تكميلية جاهزة وتقديم الإرشاد التغذوي. وفيما يتعلق بالنساء الحوامل والممرضات، وإحالة النساء التي يكون قياس محيط منتصف أعلى الذراع لديهن أقل من ٢٣ سم للعلاج وتقديم أغذية تكميلية لهن.

بدأ النهج الجديد يؤتي ثماره مباشرة إذا أخذ يزداد عدد الحالات المحددة. وخلال الفترة بين شهري حزيران/يونيو ٢٠١٥ وكانون الأول/ديسمبر ٢٠١٧، تم تحديد ومعالجة ما مجموعه ٣٨٦٨ حالة من الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية الحاد في المناطق الثلاث في وادي كاتماندو؛ وتم الوصول إلى ٦٦٪ من هذه الحالات (٢٥٦٩ حالة) عبر المستشفيات. وأظهرت البيانات الخاصة بمنطقة وادي كاتماندو (أكثر المناطق اكتظاظاً بالسكان) أن ٨٤٪ من الحالات قد تم تحديدها من مواقع المستشفيات. بالإضافة إلى ذلك، تم علاج أكثر من ١٣٠٠٠ حالة من حالات سوء التغذية المعتدل وأكثر من ١٢,٠٠٠ امرأة حامل ومرضعة.

التحديات والدروس المستفادة

بشكل أولي، كان يتم الإبلاغ عن جميع بيانات الإدارة المتكاملة لسوء التغذية الحاد الواردة من المستشفيات، بما في ذلك تحديد الحالات وإدارتها بشكل عمودي من قبل المنظمة غير الحكومية الشريكة. وبعد عقد المناقشات بين مكاتب الصحة العامة في المقاطعات وإدارة المستشفى، وُجد أن بإمكان مسؤولي التسجيل الطبيين في المستشفيات إدخال البيانات إلى نظام معلومات الإدارة الصحية الخاص بوزارة الصحة؛ وقد تم تكريس هذا النظام الآن كجزء من عملية الإبلاغ الروتينية في المستشفى.

شراكة بين عاملات الصحة المجتمعية والتغذية في ولاية راجستان في الهند



بيوش ميهر هو المدير التنفيذي لمؤسسة أنتارا Antara Foundation. لقد تولى قيادة برامج صحة وتغذية الأمهات والأطفال في الهند على مدى أكثر من ثلاث سنوات، ويتمتع بخبرة إضافية تمتد عشر سنوات في جنوب شرق آسيا والشرق الأوسط. **كارثيك رام** هو أحد كبار مسؤولي مؤسسة أنتارا ويتولى مسؤولية التشغيل، وهو يتمتع بخبرة تزيد على خمس سنوات في صحة وتغذية الأمهات والأطفال، والتشغيل، ووضع الاستراتيجيات.

خلفية عامة

ولاية راجستان، والتي يزيد عدد سكانها على 68 مليون نسمة، هي واحدة من ثماني ولايات في الهند تُعرف باسم «مجموعة العمل الممكنة» EAG؛ أي أن الولايات تعاني من مستويات عالية من الحرمان. وتُظهر بيانات صحة وتغذية الأطفال في ولاية راجستان أن 23% من الأطفال دون سن الخامسة يعانون من الهزال وأن 39% يعانون من التقزم وأن أكثر من 70,000 طفل دون عمر السنة يموتون كل عام. وقد اعترفت سلطات الولاية بالمشكلة وتسعى إلى أن تكون قدوة يُحتذى بها على صعيد خدمات الصحة والتغذية. ولتحقيق هذه الغاية، يهدف برنامج أكشادا Akshada، وهو عبارة عن شراكة بين حكومة الولاية والمنظمة الخيرية Tata Trusts ومؤسسة أنتارا Antara غير الربحية، إلى توسيع نطاق التحسينات بشكل سريع في مجال صحة وتغذية الأم والطفل في ولاية راجستان.

خدمات القرى

هناك ثلاث مجموعات مختلفة من العاملات - مجموعة Accredited Social Health Activist ASHA، وAnganwadi Worker AWW، وAuxiliary Nurse Midwife ANM - تضطلع بمسؤولية تحفيز عملية تقديم خدمات الصحة والتغذية في قرى الهند. وفي حين أن العاملات ضمن مجموعتي ASHA وAWW يعتنين بـ1000 شخص لكل مجموعة، تقدم مجموعة ANM خدمات لـ5000 شخص في عدة قرى مختلفة. ولكل فئة من فئات العاملات دور يميزها عن الأخرى:

- مجموعة ASHA هي نقطة التواصل الأولى بالنسبة للمجتمع المحلي. وتقدم هذه المجموعة الإرشاد للمجتمع المحلي عبر الزيارات المنزلية والتشجيع على حضور مختلف الفعاليات التي تُقام في القرى مثل اليوم الصحي ويوم التغذية.
- تدير مجموعة AWW مراكز AWC، والتي تقدم من خلالها خدمات تغذية للنساء الحوامل والمرضعات وصغار الأطفال، بما فيها توفير وجبات منتصف اليوم للأطفال في الفئة العمرية 3-6 سنوات؛ وطرود غذائية منزلية للأطفال في الفئة العمرية من ستة أشهر إلى ثلاث سنوات وللنساء الحوامل والمرضعات؛ وتقديم إرشاد تغذوي للنساء الحوامل والأمهات حول ممارسات إطعام الرضع وصغار الأطفال؛
- تقدم مجموعة ANM خدمات تشخيص وعلاج أساسية وكذلك خدمات إحالة إلى المراكز الصحية للنساء الحوامل.

وعلى الرغم من أن هذه المجموعات الثلاث يجب أن تخدم المستفيدين أنفسهم وأن تكون أدوارها مكملية لبعضها البعض، إلا أنه غالباً ما يغيب التنسيق بين أعضائها. ويُعزى ذلك بشكل رئيسي إلى أنها تعمل لصالح وزارات حكومية مختلفة: يتم توظيف أفراد مجموعتي AWW وANMs من قبل وزارة تنمية المرأة والطفل ووزارة الصحة، على التوالي. وفي ولاية راجستان، تدفع وزارة التضامن والتنمية الاجتماعية مبلغاً ثابتاً لمجموعة ASHA، بينما تدفع وزارة الصحة لهُن حوافز قائمة على الأداء (للإحالة إلى خدمات الصحة الإنجابية وصحة الطفل، وما إلى ذلك). كما أن وجود تنسيقات وطرق تسجيل مختلفة يصعب عليهن التحدث بلغة مشتركة، وهو أمر ضروري للتنسيق؛ وبالتالي غالباً ما يكون هناك تفاوت بين هذه المجموعات في تحديد الفئات المستفيدة.

حالة «رادها»

رادها (وهو ليس اسمها الحقيقي) طفلة تبلغ من العمر 18 شهراً وتعاني من سوء التغذية الحادّ الوخيم وتعيش في قرية بشمال الهند. أثناء زيارتها لمركز Anganwadi المحلي، اكتشفت مجموعة AWW أن رادها كانت تعاني من نقص الوزن. هناك مشكلتان. أولاً، لا يمكن لمجموعة AWW التحقق من صحة ما إذا كانت رادها تعاني من سوء التغذية دون قياس محيط منتصف أعلى ذراعها لتأكيد إصابتها بسوء التغذية الحادّ الوخيم، وهو قياس يمكن لمجموعة ASHA وحدها القيام به لأنها مجهزة للأمر. ولكن مجموعة ASHA كانت ستحتاج إلى عدة أيام للوصول إلى منزل رادها، وذلك حسب خطة الزيارات المنصوص عليها (المنزل 1-1 في اليوم الأول، والمنزل 11-2 في اليوم الثاني، وهلم جرا). كما تفتقر مجموعة AWW إلى المعرفة الفنية اللازمة لتحديد ما إذا كان ينبغي إحالة رادها إلى خدمات علاج سوء التغذية الحادّ الوخيم. مع أن مجموعة ANM، وهي مجموعة للممرضات المدربات، هي الأنسب لهذا العمل، إلا أنه في ظل غياب وجود تدفق واضح للمعلومات بين المجموعات، هناك خطر بأن يفوت أطفال مثل رادها الحصول على هذه الخدمات.

¹ بيانات الصحة والتغذية من المسح الوطني لصحة الأسرة 4، 2010-2016؛ بيانات السكان من التعداد السكاني في الاتحاد، 2011.

اجتماع فريق النهج الثلاثي في قرية كاندي بولاية راجستان، وتظهر خريطة القرية في الخلفية



UNICEF Nepal

قياس الأثر

يتم قياس الأثر من خلال المراقبة الفعالة للمؤشرات وتقييمها (مثل جدول الزيارات المنزلية الذي يبين الأولوية المعطاة للمستخدمين ذوي المخاطر العالية؛ ومؤشرات الرعاية، مثل تسجيلات وزيارات رعاية ما قبل الولادة؛ ومؤشرات العمليات، بما فيها اجتماعات فريق النهج الثلاثي التي يعقدها موظفو البرامج) وتعزيز النظام الصحي (الاعتماد من قبل الولاية). وقد أظهرت بيانات الرصد المحدودة (من شهر آذار/مارس إلى نيسان/أبريل ٢٠١٨ لمراكز Anganwadi، والتي تغطي ١٠٪ من سكان منطقة جاهلاوار) أن معدل تحديد حالات سوء التغذية مقارنة مع التقديرات ارتفع من ١,١٪ خلال الفترة منذ شهر آذار/مارس إلى ٢,٦٪ في شهر نيسان/أبريل وحده؛ وارتفعت نسبة الأطفال الذين تم قياس محيط منتصف أعلى الذراع لديهم من ٥٢٪ في شهر آذار/مارس إلى ٦٢٪ في شهر نيسان/أبريل. وزاد معدل تحديد حالات سوء التغذية المعتدل مقارنة مع التقديرات من ٤,٧٪ إلى ١٠,٦٪ في نفس الفترة.

يعود الإجراء الثلاثي بالفائدة على المجتمع لأنه لم تُعد الفئات المستفيدة تُسقط حرفياً من الخارطة، كما أن المساءلة التي يلتزم بها الفريق تضمن تغطية كل أسرة من الأسر. ويتم تقديم الرعاية لمن يحتاجونها أكثر من غيرهم وفي الوقت المناسب. وقد ساعدت عملية وضع خرائط للقرى وفضول القرى لمعرفة «علاماتها» في تحويل المجتمع المحلي إلى مستهلكين ممكنين لخدمات الصحة والتغذية. كما يكون لأدوات مثل خارطة القرية تأثير وإمكانية أوسع في الحكم المحلي.

الخطوات اللاحقة والدروس الرئيسية المستفادة

في شهر كانون الأول/ديسمبر ٢٠١٧، تبنت حكومة الولاية برنامج النهج الثلاثي لتوسيع نطاقه. ويتم تدريب أكثر من ١٠٠ ألف عاملة من عاملات مجموعات ANM وASHA وAWW في مختلف أنحاء الولاية عبر مؤتمرات الفيديو كونفرنس: التحدي التالي هو كيفية تقديم أقصى دعم لهذا المسعى الهائل، فضلاً عن توفير تقنية مثيرة لتمكين مشاركة البيانات في وقتها بين المجموعات الثلاث في مناطق معينة.

وقد وفرت عملية النهج الثلاثي عدداً من الدروس المستفادة، مثل واقع أن القيمة الحقيقية للبيانات التي تساعد العاملات الصحيات وعاملات التغذية في القرى تتحقق فقط عندما تتم مشاركتها مع الآخرين. علاوة على ذلك، يحدد اصطفااء المجتمع المحلي النجاح المطلق لأي تدخل من التدخلات؛ وعقد شراكة مع الحكومة هو أمر لا بد منه لضمان أن تكون التدخلات قابلة للتعميم والاستدامة. ويتمثل الجانب المشترك في أن الكوادر النسوية الثلاثة التي تعمل معاً يمكنها تحسين مخرجات تدخلات التغذية على مستوى القرى.

^٢ النقاط الحمراء تضعها على الجبين نساء من بعض المجتمعات المحلية الهندية.

نهج الإجراء الثلاثي: هيئة مشتركة

كان أحد الحلول العملية الممكنة لهذه المشكلة هو الجمع بين عاملات الخط الأمامي في هذه المجموعات الثلاث ضمن هيئة مشتركة تعرف باسم «نهج الإجراء الثلاثي» (إجراء دمج بين مجموعات ANM وASHA وAWW). في العام ٢٠١٦ - ٢٠١٧، تم تأسيس النهج الثلاثي في ٢٧٠٠ قرية في منطقتي جاوار وباران في ولاية راجستان على مدى ستة أشهر. والعاملات أنفسهن كن هن من حفزن وقدن هذا الجهد الهائل بمساعدة فريق أشكادا المكون من ١٣ فرداً. وقد تحقق هذا من خلال العمل بشكل وثيق مع النظام الحكومي. وتم إصدار أمر مشترك من قبل دوائر الدولة للخدمات الصحية والمتكاملة للولاية بطلب من عاملات النهج الثلاثي لتنسيق الجهود في مجال صحة وتغذية الأم والطفل عبر تبادل السجلات وتنسيق استخدام خرائط القرى والزيارات المنزلية والاجتماعات المشتركة المنتظمة وتحسين عملية التخطيط والرصد.

تمثلت الخطوة الأولى في إنشاء قاعدة بيانات مشتركة والتركيز على الحالات عالية المخاطر. في السابق، كانت لكل مجموعة طريقة مختلفة لحفظ السجلات: كانت مجموعة AWW تنظم الأشخاص حسب الأسر. وكانت مجموعة ANM تستخدم الأسر؛ وكانت مجموعة ANM تعمل على سجل للخضوبة، وللأزواج (في الحالات التي تكون الزوجة فيها في سن الإنجاب). أما في ظل النهج الثلاثي المشترك، فقد عملت المجموعات معاً لوضع خارطة قرى مشتركة لتغطية الأسر والعائلات. وقامت بتقييم المنازل في هذه الخرائط ووضع «علامات»^٢ عليها لتحديد مختلف فئات المستفيدين وتتبعها، وإعطاء الأولوية للأكثر عرضة للمخاطر - علامة حمراء لحالات الحمل عالية المخاطر، وعلامة صفراء للأطفال الذين يعانون من سوء التغذية المعتدل، وعلامة صفراء فيها نقطة حمراء للأطفال الذين يعانون من سوء التغذية الحاد الوخيم. ومن خلال هذا النظام، يتم تمثيل البيانات بصرياً. كما جند النهج الثلاثي المشترك أفراداً من الحكومة المحلية والمعلمين وغيرهم من الأشخاص المؤثرين للتحقق من الخرائط. وقد مكن هذا الأمر المجتمع المحلي من تقدير عمل النهج الثلاثي المشترك بشكل أفضل ورفع مكانته في القرى.

تنسيق الأعمال

مع بعض التوجيه من مسؤولي برنامج أشكادا، أدرك فريق النهج الثلاثي المشترك إمكانية استخدام الخرائط لتخطيط عمله. وباستخدام لوغاريتمات معينة، استندت الزيارات المجدولة إلى احتياجات المجتمع المحلي. وأعطيت الأولوية لزيارات رعاية المواليد الجدد في المنازل، وللأطفال الذين يتم إخراجهم من وحدة رعاية المواليد الجدد المرضى، ومراكز علاج سوء التغذية. وهكذا، كانت مجموعة ANM حاضرة حيثما دعت الحاجة.

والأهم من ذلك، يجتمع فريق النهج الثلاثي المشترك كل شهر بعد فعالية يوم الصحة والتغذية في القرية لمراجعة عمل وبيانات كل مجموعة، ووضع خطة للشهر التالي، واختتام الاجتماع بجلسة تعلم من الأقران. كما أتاحت لهم هذه الرابطة الجديدة القيام بزيارات مشتركة للأسر التي يصعب الوصول إليها مثل أسرة رادها.

خلال فترة ما بعد تشكيل النهج الثلاثي، أصبحت مجموعتا ANM وASHA وAWW تتحققان من وتؤكدان الوضع التغذوي لرادها لأنهما تتشاركان المعلومات بينهما. وتنبه هاتان المجموعتان مجموعة ANM التي تقدم المشورة الطبية خلال زيارة مشتركة، وهي مشورة تأخذها العائلات على محمل الجد. يضع فريق النهج الثلاثي علامة صفراء ونقطة حمراء على منزل رادها على خارطة القرية. كما تقوم مجموعة ANM بجدولة زيارة لأسرتها ضمن جدول زيارتها وتتردد على منزل رادها بشكل متكرر أكثر.



تطوير نظام رصد لتدخلات التغذية قائم على المجتمع المحلي في الصومال



ماري واميو هي أخصائية تغذية تتمتع بخبرة أربع سنوات في مجال تنفيذ تدخلات التغذية في مشاريع حالات الطوارئ في كينيا وبخبرة خمس سنوات أخرى قضتها في منطقة جدو في الصومال. تحمل درجة جامعية في الغذاء والتغذية والغذائيات وتعمل كمسؤولة التمويل المؤسسي لصالح مؤسسة Trócaire Somalia.

آدن محمد هو عضو في مكتب الصحة العامة للمقاطعات التابع لوزارة الصحة في مقاطعة بيليت هاوا. ويعمل كمسؤول للسجلات الصحية في مستشفى بيليت هاوا منذ تسع سنوات. كما أنه مدرب للمدرسين على نظام رصد تدخلات التغذية القائم على المجتمع المحلي.

المقدمة

تقع منطقة جدو في الصومال على طول حدودها الجنوبية الغربية مع كينيا وإثيوبيا، وتتكون من ست مقاطعات (بيليت هاوا، ودولو، ولوو، وباردهيري، والواك، وغاربهاري). ويشغل أغلب سكانها في الرعي والفلاحة الرعوية. وغالباً ما تتأثر سبل معيشتهم بحالات الجفاف الدورية، وهي حالات شائعة ومتزايدة من حيث شدتها. تُعتبر المنطقة موطناً لأكثر من ٧٣٤,١٢٦ شخصاً، بمن فيهم ١٦٨,٠٠٠ نازحاً داخلياً. تنشط Trócaire، وهي منظمة أيرلندية غير حكومية، في أربع من المقاطعات السبع وتصل إلى حوالي ٢٢٥,٠٠٠ شخص سنوياً وتنفذ تدخلات في الصحة والتغذية والتعليم والمياه والصرف الصحي والنظافة العامة WASH، وتستهدف النازحين داخلياً والمجتمعات المستضعفة والمهمشة والريفية.

إن الحاجة إلى توفير مساعدة إنسانية في منطقة جدو واضحة وجليّة: تتراوح نسبة سوء التغذية الحاد بين ١٣٪ و١٥٪، وهي نسبة أعلى من سقف حالات الطوارئ للمنطقة. وهناك ما يقدر بـ ١٣,٢٦٠ طفلاً يحتاجون إلى علاج متواصل وعاجل^١.

ملخص مزايا منهجية النظام المبسط القائم على المجتمع لرصد تدخلات التغذية

المزايا	موقع الرصد
الهدف العام	الإندار المبكر/بلورة السياسات وأو البرامج
الأهداف الخاصة	رصد الاتجاهات
نوع التصميم	طولي
أخذ العينات	عشوائي
حُسن التمثيل	الجهة الممثلة
المؤشرات	التغذية، ونسبة انتشار الأمراض، والتطعيم، والأمن الغذائي
تصميم تقييم التحليل	وصفي ومتقاطع واستدلالي ^٢
جمع البيانات	بشكل دوري - كل ثلاثة أشهر
الموارد	متدنٍ إلى متوسط

رصد البيانات لعملية وضع برامج فعّالة

بالتعاون مع شركاء آخرين، بمن فيهم المسؤولون الحكوميون، عملت منظمة Trócaire على تحديد ضرورة وجود نظام لرصد تدخلات التغذية يكون بمثابة نظام إنذار مبكر للتحديد المبكر للفئات السكانية المعرضة لخطر سوء التغذية الحاد. وقد أفضى ذلك إلى بلورة نظام مبسط وقائم على المجتمع لرصد تدخلات التغذية CBNSS لتوفير عملية رصد متواصلة لتدخلات التغذية بدل الاستقصاءات التي تُجرى لمرة واحدة والتي تبين مستويات الانتشار في مرحلة زمنية معينة فقط.

ينطوي النظام المبسط والقائم على المجتمع لرصد تدخلات التغذية على اختيار عشوائي للقرى (والتي يُشار إليها على أنها مواقع الرصد) التي تمثل منطقة تجمع السكان، ويستخدم ٣٠ قرية كهذه القرى لرصد الاتجاهات الرئيسية في المؤشرات التالية:

- سوء التغذية الحاد العام (سوء التغذية الحاد الخفيف + سوء التغذية الحاد المعتدل) حسب قياس محيط منتصف أعلى الذراع و/أو الؤذمة؛
- الإسهال، والتهابات الجهاز التنفسي الحادة والحمى؛
- فيتامين «أ» وتطعيم الحصبة؛
- مقياس الجوع لدى الأسر.

يتم تنفيذ عملية جمع البيانات كل ثلاثة أشهر من قبل باحثي تغذية مجتمعيين مدرّبين، وهم من السكان المحليين. وقبل الشروع في عملية جمع البيانات، يخضع باحثو التغذية المجتمعيين لتدريب تشيطي على جمع البيانات. ويبلغ الإنفاق الحالي على النظام المبسط القائم على المجتمع لرصد تدخلات التغذية ٥,٠٠٠ دولار أمريكي لكل دورة، وهو ما يغطي متطلبات التدريبات التنشيطية التي يخضع لها باحثو التغذية المجتمعيين كل ثلاثة أشهر قبل البدء بعملية جمع البيانات. ومن المتوقع أن ينخفض هذا المبلغ إلى حوالي ٤,٠٠٠ دولار لكل دورة.

^١ FSNAU-FEWS-NET-2017-Post-Deyr-Technical-Release-29-January-2018

^٢ استخدام العينة العشوائية للبيانات المأخوذة من فئة سكانية معينة لوصف السكان ووضع استدلالات حولهم.

تمرين جمع بيانات CBNS في لوق بمقاطعة جدو



التغذية، ما أدى إلى زيادة ملموسة في الإحالات الذاتية (٢٧٠ طفلاً على مدى ستة أشهر).

لقد شكّل تعيين باحثي التغذية المجتمعيين تحدياً، ويُعزى السبب في ذلك جزئياً إلى مستويات الأمية، على الرغم من ترجمة بعض الأدوات إلى اللغة الصومالية. وقد ساعدت التدريبات التنشيطية والإشراف على تحسين قدراتهم. لدى المجتمع المحلي توقعات كبيرة؛ وقد شعر البعض بأنه تم إغفالهم بسبب طبيعة الاستهداف العالية للتدخلات، وهذا يتطلب تنفيذ عملية توعية مجتمعية متواصلة.

وستتم مشاركة التجارب والدروس المستفادة مع الجهات الرئيسية ذات العلاقة الآن بعدما اكتملت الجولات الأربع لجمع البيانات على مدار عام واحد. وتشير النتائج الأولية إلى إمكانية استخدام النظام لتحديد المناطق الساخنة الأكثر تضرراً من سوء التغذية على مستوى وحدة أدنى (أي على مستوى القرية)، مما يمكن أن تحدده تقييمات وحدة تحليل الأمن الغذائي والتغذية لأن هذه التقييمات عمومية أكثر ووتبرتها أقل (كل ستة أشهر مقارنة بكل ثلاثة أشهر). وهناك خطط لمناصرة توسيع نطاق النظام المبسط القائم على المجتمع المحلي لرصد تدخلات التغذية وتضمينها في عملية وضع برامج التغذية المجتمعية (على سبيل المثال، تدخلات سبل كسب العيش والأمن الغذائي) في ظل المعدلات العالية لسوء التغذية العام في جنوب وسط الصومال، بما في ذلك منطقة جدو.

^٢ كانت منطقة جدو تدير ذاتها من دون وجود أية هيكليات حكومية فيها حتى العام 2015. وقد تولت منظمة Trocaire، بالشراكة مع مجالس الصحة في المقاطعات، مسؤولية تقديم الخدمات الصحية في أنحاء أوسع من منطقة جدو. ومع تشكيل حكومة جديدة، أخذت منظمة Trocaire تنتقل بعض مسؤولياتها تدريجياً إلى المكاتب الحكومية في المناطق والمقاطعات في مجالي الصحة والتعليم بهدف تسليمها كاملة في النهاية إلى الحكومة بحلول العام 2021.

التغييرات في تصميم البرامج

لقد أفضى تقييم النظام المبسط القائم على المجتمع لرصد تدخلات التغذية للعام ٢٠١٧ إلى نتيجتين رئيسيتين، وكلاهما دعنا إلى ضرورة إعادة تصميم البرنامج: أولاً، كشف التقييم عن وجود مستويات عالية من انعدام الأمن الغذائي لدى الأسر في جميع المقاطعات الثلاث؛ وثانياً، أبرز الحاجة إلى توفير الدعم في المناطق التي لم تُستهدف في السابق.

وقد تم لاحقاً إدراج السلل الغذائية في تدخلات التغذية في حالات الطوارئ. واشتملت السللة الغذائية الأولية على الأرز، والفاصوليا، والذرة، والبقول، والزيت، والسكر. مع ذلك، بيّنت الملاحظات التقييمية المجتمعية أنه كان هناك طلب لإدراج دقيق القمح في السللة الغذائية واستبدال الـ٥٠ كلغم من الأرز بـ٢٥ كلغم من الأرز و٢٥ كلغم من دقيق القمح. وتم تنفيذ هذه التوصيات.

ركزت الاستجابة بشكل أولي على النازحين داخلياً في مقاطعتي لوق ودولو. مع ذلك، أدت النتائج الممتخضة عن النظام المبسط القائم على المجتمع لرصد تدخلات التغذية CBNS إلى استهداف وإدماج الفئات المستفيدة في مقاطعة بيليت هاوا حيث لم يتم في السابق تنفيذ سوى استجابات قليلة، إضافة إلى زيادة الدعم المقدم للمجتمعات النهرية في مقاطعتي دولو ولوق. وقد حرصت منظمة Trocaire منذ ذلك الحين على تأمين التمويل اللازم لدعم هذه المبادرة.

العمل مع المجتمعات المحلية

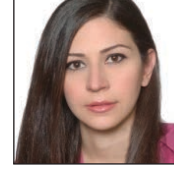
تضمّ الجهات الشريكة الرئيسية المنقّدة في المقاطعات الأربع مجالس الصحة المجتمعية للمقاطعات المعيّنة من قبل المجتمع المحلي، ولجان التعليم المجتمعي (عبارة عن هيكليات محلية تضم أعضاء مرموقين من عشائر مختلفة داخل المقاطعة)، ومسؤولي مكاتب الصحة في المقاطعات التابعة لوزارة الصحة. وتمثل هذه الهيكليات نموذجاً فعالاً ومستداماً لتقديم الخدمات، خاصة في ظل سياق لا يزال يشكل فيه انعدام الأمن تحدياً كبيراً^٢.

وقد عملت المجالس الصحية في المقاطعات على دعم عملية جمع البيانات السكانية، وحصر المناطق سهلة الوصول/غير سهلة الوصول والترتيب لحملات حشد مجتمعي (إبلاغ/جمع أفراد المجتمع عندما كان الرصد ضرورياً). وتم تدريب مسؤولي سجلات المقاطعات في وزارة الصحة ليصبحوا مدربين للمدربين وشاركوا في التدريب الذي عُقد لباحثي التغذية المجتمعيين حول جمع البيانات والإشراف عليها. وأشرف فريق فني على هذه العملية وقام بتعميم البيانات على فريق البرنامج وأفراد المجتمع وشركاء كتلة التغذية في منطقة جدو وغيرهم من الجهات الرئيسية ذات العلاقة. وينصبّ التركيز على خطة تتكون من مراحل لتأسيس الهيكليات التي توفر إشرافاً مباشراً على الخدمات الصحية مع مواصلة عقد التدريبات لبناء قدرات مسؤولي الحكومة المحلية.

الدروس المستفادة

هناك عدد من جوانب البرنامج التي تسير على ما يرام، بما في ذلك تبني طاقم العمل والحكومة والمجتمع المحلي للبرنامج، مما يتيح تنفيذ واستخدام البيانات لصناعة القرار وحشد الموارد. إضافة إلى ذلك، حققت باحثات التغذية المجتمعية ما هو أبعد من نتائج النظام المبسط القائم على المجتمع المحلي لرصد تدخلات التغذية إذ قمن بتدريب النساء على عملية قياس محيط منتصف أعلى الذراع في قراهن. وقد تزايد الآن عدد الأمهات اللواتي أصبحن على دراية بسوء

توفير منتجات غذائية محلية عالية الجودة ومدّعة و متمازجة في غرب أفريقيا



صوفيا كونديز هي أخصائية اقتصادية في الصحة العامة وتعمل لصالح التحالف العالمي لتحسين التغذية GAIN ضمن فريق سياسة وتمويل الغذاء، وتركز في عملها على منطقة دول أفريقيا الناطقة بالفرنسية وأمريكا اللاتينية.

جينيفر دده هي مستشارة تمويل وتعمل كمنسقة مشاريع لصالح التحالف العالمي لتحسين التغذية GAIN في منطقة دول أفريقيا الناطقة بالفرنسية.

اختبار الأغذية لإنتاج الأغذية المدّعة والمتمازجة المنتجة محلياً. وقد استهدف بشكل رئيسي الرضع والأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6-09 شهراً (نوع الحبوب الكاملة التي تتكوّن منها العصيدة)؛ والأطفال الذين تزيد أعمارهم على خمس سنوات (معجون زبدة الفول السوداني)؛ والنساء الحوامل. وينصبّ تركيز المشروع على ثلاث دول ناطقة بالفرنسية في غرب أفريقيا: السنغال، ومالي، وبوركينا فاسو. وفي كل دولة منها، يتم التعاون مع القطاعات الحكومية ذات الصلة، بما في ذلك وزارات التجارة والزراعة والصحة.

تتضمن الأغذية المدّعة والمتمازجة المعجون القابل للدهن والمكوّن من الدهون إضافة إلى أنواع الدقيق والحبوب المدّعة التي يمكن تناولها في الأوضاع المستقرة وفي حالات الطوارئ على حدّ سواء. ويتم تدعيم هذه المنتجات بالمغذيات الدقيقة التي تتم مواءمتها لتعويض النقص في المغذيات وتؤثر مباشرة على السكان المحليين. وسيتم بيع هذه المنتجات بشكل تجاري في السوق المحلية. ويمكن أيضاً شراؤها وتوزيعها من قبل منظمة الأغذية العالمية وغيرها من الشركاء على هامش العمل الإنساني الذي يظلمون به.

ويعزز المشروع التحسينات في المصانع وبناء القدرات والآلات بالإضافة إلى توفير المساعدة الفنية. ولأن الشركات ستصبح قادرة على استخدام المكونات المحلية، فإن تكلفة إنتاج المنتجات ستتيح للشركات بيعها بسعر أقل وستكون على الأرجح منتجات مستدامة. ومع أنه لم يتم تحديد التكلفة السوقية لهذه المنتجات بعد، إلا أن العمل جارٍ لتحديد أسعار أقل من تكلفة السوق الحالية لمنتجات مماثلة. (كما ينبغي الإشارة إلى أن المنتجات التي تم إنتاجها في إطار المشروع لن تكون موجهة للرضع دون سنّ الستة أشهر، ومن غير المتوقع أن تشكل بديلاً للأغذية المحلية الأخرى، بل ستكون مكملة لها).

ومن المقرر أن ينتهي المشروع الذي يمتد على مدار أربع سنوات في أواخر العام 2019. ومن بين المزايا التي يتفرد بها المشروع أنه يركز على ثلاثة أجزاء متكاملة من سلسلة القيمة هي: المزارعون الذين يزرعون المكونات الغذائية؛ وشركات الأغذية المحلية التي تحولها إلى منتجات جاهزة؛ والمختبرات التي تضمن تلبية الاحتياجات الغذائية ومعايير الجودة الصارمة.

من بين المعوقات التي تحول دون ضمان الوصول إلى المنتجات الغذائية المدّعة والمتمازجة ميسورة التكلفة في أفريقيا هو الافتقار إلى وجود شركات تتمتع بالقدرات والتكنولوجيا والمعرفة الفنية (بما فيها آليات واختبارات ضبط الجودة) للإنتاج. وتعتمد المنتجات الغذائية العلاجية والتكميلية، مثل معجون الفول السوداني المغذي Plumpy Nut والحبوب الكاملة (السوبر)، إلى حد كبير على الواردات. وللتغلب على هذا العقبة، نفّذ التحالف العالمي لتحسين التغذية GAIN وبرنامج الأغذية العالمي WFP مشروعاً بملايين الدولارات في العام 2015 أطلق عليه اسم «الشراء محلياً والتغيير الغذائي وتحسين النوعية» ALTAAG. ويدرك هذا المشروع الروابط الوثيقة القائمة بين الزراعة وشركات إنتاج الأغذية والتغذية. ويعمل المشروع مع المزارعين وشركات الأغذية ومرافق



أمهات يطعن أطفالهن أغذية مدّعة في ماتام، السنغال

بعد ذلك، تمت مواءمة تركيبة المنتجات بما يتناسب مع المكونات وعدادات الأكل المحلية. وتعتبر بوركينا فاسو من أكثر الدول التي أحرزت تقدماً على هذا الصعيد إذ تعاون التحالف العالمي لتحسين التغذية GAIN مع فريق من الخبراء في منظمة دولية فرنسية غير حكومية لإعادة تركيب دقيق القمح المدعم والمتمازج من أجل التقيّد بالمعايير الوطنية ومواصفات المنتج الذي يتم توزيعه في الحالات الطارئة.

واشتمل المشروع على تنفيذ تقييم تفصيلي لاحتياجات كل شركة من الشركات لتقييم الفجوات القائمة في الإنتاج. فعلى سبيل المثال، تم إنشاء مختبر مصغّر ليتسنى إجراء تحاليل روتينية للمواد الخام والمنتجات الجاهزة. علاوة على ذلك، تم ضمان تطبيق إدارة جودة منتظمة وتدريب طاقم العمل على ممارسات النظافة العامة.

أخيراً، يتم العمل على إعداد وصفات وتقييم احتياجات المعدات في كل من السنغال، وبوركينا فاسو، ومالي، إضافة إلى إجراء دراسات لقياس مدى تقبل هذه المنتجات، مما سيلعب دوراً رئيسياً في ضمان رواج المنتجات وتقبل مذاقها لدى المستهلكين. وسيتم تنفيذ دراسة لتحديد يَسر تكلفة المنتجات من خلال وضع خطة تجارية شاملة لضمان تحديد السعر المناسب لهذه المنتجات.

الدروس المستفادة

واجهت بداية المشروع وتحقيق بعض أهدافه شيئاً من التحدّيات. فقد استغرق المشروع في بداية إطلاقه وقتاً أطول مما هو متوقع للعثور على المصانع والمختبرات المناسبة التي كانت مستعدة للتعاون مع المشروع للارتقاء بجودة الإنتاج والتحليلات. وقد تعلّم الفريق أهمية عقد شراكات مع الأطراف التي كانت لديها أصلاً عملية إنتاج عالية الجودة وأدرك قيمة توسيع خدماته. وانطوت التحدّيات الأخرى على العمل مع المزارعين وإقناعهم بتغيير بعض ممارساتهم. وساعد في التغلب على هذه العقبة التعاون مع مدربين محليين كانوا على دراية بممارسات المزارعين وحظوا بثقتهم عند اقتراحهم لطرق عمل جديدة. بشكل عام، وجد المشروع شركاء متمكنين جداً في كل دولة من الدول، وأصبح الفريق على ثقة بأن إطلاق المنتجات سيفضي إلى استهلاك مستدام لأغذية ذات قيمة تغذوية أكبر.



عملية تصنيع الفول أو الفستق السوداني لإنتاج معاجين الفول السوداني المدعمة



مختبرات تمت ترقيتها بمعدات جديدة وتدريب لطاقم عملها

«يسهم المشروع في رفع مستوى فعالية نظام سلامة الأغذية الوطني، والذي يشكل عنصراً رئيسياً في حماية صحة المستهلكين. وقد كان لدعم تحسين مستوى ضبط الجودة وتكريس آلية اعتماد المختبرات أثراً إيجابياً كبيراً».

ندابي ياسين ديالو، مستشار الجودة الصناعية،
معهد تكنولوجيا الأغذية ITA، السنغال

العمل مع المزارعين من أجل تحسين جودة المواد الخام

تبدأ سلسلة التوريد «من المزرعة إلى المائدة» في الحقل. وقد رُفد المشروع المزارعين بمعدات (مثل آلات لتجفيف وتخزين الحبوب) بالإضافة إلى عقد تدريبات لتعزيز نقل المعرفة. (على سبيل المثال، وفر المشروع دورة «تدريب المدربين» في السنغال للمزارعين المحليين من أجل تدريبهم على يد مدربين محليين على دراية بسيقاتهم وممارساتهم.) كما تمكن المدربون من الالتقاء بمدراء الجودة وخبراء تكنولوجيا الأغذية في المصانع لفهم احتياجات ومعايير المواد الخام عالية الجودة.

دعم الشركات لإنتاج المنتجات

في البداية، كان من الضروري اختيار المنتجات المصنوعة من المكونات المحلية التي كان يتم استهلاكها بانتظام. وقد تم تحديد دقيق القمح (للصائد) ومعاجين الأغذية (مثل زبدة الفول السوداني) كأفضل الوسائل لأنها معروفة أصلاً لدى السكان المحليين. وتم تقليل محتوى السكر في معاجين الفول السوداني بنسبة ٤٠٪ مقارنة بمعاجين زبدة الفول السوداني التقليدية غير المدعمة المستهلكة في هذه الدول، وذلك من أجل دعم الجهود الرامية إلى تكريس نظام غذائي صحي.

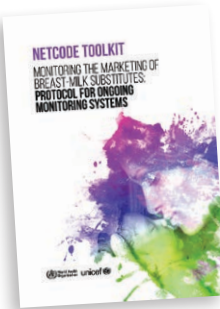
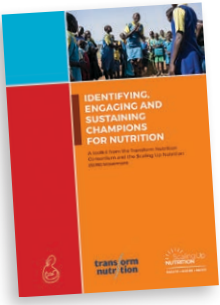
وقد تم اختبار ثلاث شركات لتساعد في إنتاج هذه المنتجات، بواقع شركة واحدة في كل دولة، وهي عبارة عن شركات متوسطة الحجم سبق لها إنتاج منتجات غذائية يمكن تعزيز المحتوى الغذائي فيها للمساعدة في تلبية احتياجات النساء والأطفال.

أدوات متوفرة مباشرة على الإنترنت

حقيبة أدوات مناصري التغذية

حقيبة أدوات - تحديد وإشراك وإدامة مناصري التغذية - من منظمة Transform Nutrition والأمانة العامة لـ «حركة توسيع نطاق التغذية» - تشارك تجارب أكثر من 30 دولة حول تعزيز الدعم على جميع المستويات؛ على المستوى الرفيع بما فيه السياسيون والمناصرين المشهورون، والوزراء، والنواب، ورؤساء المنظمات؛ وعلى المستوى الشعبي، بما فيه العاملون في مجال التوسع الصحي والزراعي والتغذوي، والزعماء الدينيين. ويجب أن يكون المناصرون ذوي صلة بالسياق والغرض المحدد. وتتضمن الأداة خطة مشاركة لانخراط المناصرين من أجل ضمان المشاركة الاستراتيجية طويلة الأجل.

<http://docs.scalingupnutrition.org/wp-content/uploads/2017/12/SUN-Engaging-and-sustaining-champions-for-nutrition-ENG.pdf>



إدارة مراقبة لـ "المدونة"

كي يتسنى دعم تطبيق المدونة الدولية لتسويق بدائل حليب الأم (المدونة)، عملت منظمة الصحة العالمية واليونيسف والشركاء على تطوير مجموعة أدوات NetCode. وتتضمن هذه المجموعة إرشادات وأدوات لترسيخ نظام وطني للرصد؛ والكشف والتحقيق والتصرف حيال أية انتهاكات مزعومة للتدابير الوطنية القائمة وللمدونة؛ وإجراء تقييمات دورية للتحقق من مستوى الالتزام بالتدابير الوطنية. وقد نُفِذت كل من تشيلي، والإكوادور، والمكسيك مسجلاً معمقاً حول ممارسات التسويق غير اللاحقة بناءً على البروتوكول، بينما عدلت كل من كمبوديا وكينيا البروتوكول في إطار إعداد للتنفيذ والرصد بهدف إنفاذ قوانينها الوطنية التي تحتكم إليها المدونة.

www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/netcode-toolkit-monitoring-systems/en

المنصات المباشرة على الإنترنت

تتناول منصة Malnutrition Deeply المواضيع الحرجة مثل التقزّم، وصحة الأمهات، والأمن الغذائي، والتغذية. وتغطي المنصة قصصاً على أرض الواقع، والنقاشات الدائرة حالياً وكيف يمكن للابتكارات أن تؤثر في مجتمع التغذية.

www.newsdeeply.com/malnutrition/about



منصة SDG 2 advocacy hub هي مبادرة تجمع بين المنظمات المعنية بالتغذية والأغذية والزراعة وتوفر لها فرص العمل بشكل استراتيجي نحو القضاء تماماً على الفقر من أجل تحقيق هدف التنمية المستدامة الثاني. ويمكن للأعضاء التشبيك فيما بينهم والوصول إلى المحتوى، وأدوات المناصرة، وتوجيه الحملات عبر منصة مباشرة على الإنترنت

www.sdg2advocacyhub.org/index.php

الأدوات الخاصة بالنوع الاجتماعي

يساعد مؤشر تمكين المرأة في الزراعة على مستوى المشروع مشاريع التنمية الزراعية في تقييم مدى تمكين المرأة في بيئة أي مشروع، وتشخيص المجالات التي تفتقر إلى تمكين المرأة، واستراتيجيات التصميم الهادفة إلى التصدي لأوجه الخلل ومراقبة مخرجات المشروع.

<http://scalingupnutrition.org/share-learn/planning-and-implementation/information-systems-for-nutrition>



مبادرة التغذية الآمنة SecureNutrition

هي إحدى المبادرات التي أطلقها البنك الدولي وتشتمل على مكتبة شاملة للموارد القائمة على الأدلة والتي تركز على النهج متعددة القطاعات الهادفة إلى تحسين مخرجات التغذية. وتتفاوت الموارد بين دراسات الحالة والمقالات الصحفية وحقائب الأدوات والتدريب. كما توفر هذه المنصة معلومات حول أحداث حقيقية ومدونات ونشرات إخبارية تتعلق بروابط التغذية متعددة القطاعات.

gender.manuals.wfp.org/en/gender-toolkit



مستشارة تتصح الأمهات بممارسات إطفام الرضّع وصغار الأطفال في مركز صحي جنوب السودان



امرأة تجمع الحبوب من نباتات السرجوم في توركانا، كينيا

تحديث عن "حركة توسيع نطاق التغذية" SUN: بلورة نظام الرصد والتقييم والمساءلة والتعلم MEAL

الأعضاء الجدد الاستفادة من فرص التعلم مع الأعضاء القدامى والحصول على المساعدة الفنية من أجل تعزيز كل من البيئات السياسية والمالية الممكنة. كما أنه يسلب الضوء على ضرورة المزيد من التركيز على الدول المعرضة أكثر للمخاطر الإنسانية، وكذلك دول غرب ووسط أفريقيا، من خلال تمكينها أكثر من الوصول إلى موارد تعلم كل دولة من الأخرى.

وقال ممثل من شبكة المجتمع المدني التابعة لـ «حركة توسيع نطاق التغذية» أثناء الندوات الإلكترونية: «يمكن استخدام نظام الرصد والتقييم والمساءلة والتعلم لمراجعة البيانات عبر مختلف القطاعات وتحفيز النقاشات حول الفجوات والتحديات وتقييم ما إذا كان هناك انسجام في العمل المتواصل أم لا». وهذا ما عبرت عنه شبكة الأمم المتحدة الخاصة بالحركة حين صرحت بالقول: «إنها أداة مفيدة جداً للجمع بين مختلف الشبكات على المستوى القطري. ويمكن استخدامها للتفكير ومعرفة أين تقف الدولة وفي أي اتجاه تنوي الذهاب». وقد أكد أحد الأكاديميين، وهو واحد من أعضاء اللجنة التنفيذية ضمن «حركة توسيع نطاق التغذية» من نيبال، على أنه يتم استخدام لوحة المعلومات لمناصرة وضع برامج وتنفيذ استثمارات على المستوى الوطني ومستوى المحافظات والأقاليم على حد سواء. وفي كينيا، أشار مسؤول الاتصال والتنسيق الخاص بالحركة إلى إمكانية استخدام لوحة المعلومات للتخطيط على مستوى المحافظات والأقاليم وتحديد الفجوات فيها.

بينما تعكف «حركة توسيع نطاق التغذية» على تنفيذ التقييم السنوي المشترك، يُسهّم نظام الرصد والتقييم والمساءلة والتعلم في توجيه تحديد الأولويات والمجالات لزيادة مستوى التركيز. فعلى سبيل المثال، توضح الأداة أن أغلبية الدول الأعضاء في «حركة توسيع نطاق التغذية» تحتاج إلى وضع غايات فيما يتعلق بالأمراض غير السارية المرتبطة بالنظام الغذائي في خططها الغذائية، وخطط التنمية الوطنية واستراتيجيات التنمية الاقتصادية. كما تظهر الأداة أيضاً وجوب إيلاء المزيد من التركيز على نافذة فرصة الـ ١٠٠٠ يوم الأولى، إذ أن معظم الدول الأعضاء في الحركة لا تمتلك التمويل الكافي الذي يمكن تخصيصه لتوسيع نطاق التدخلات الخاصة بالتغذية بفعالية. كما تبين الأداة بشكل جلي ضرورة وضع النساء والفتيات اليافعات في صميم الجهود المبذولة.

وقد صرّح أحد أعضاء اللجنة التنفيذية لـ «حركة توسيع نطاق التغذية» قائلاً: «في ضوء ما تشير إليه بشكل ممتاز لوحة المعلومات القطرية لـ «حركة توسيع نطاق التغذية» الخاصة بنيجيريا، فإن نيجيريا تحقق أداءً جيداً على صعيد توفير البيئة التمكينية والتشريعات، ولكنها لا تحقق نجاحاً كبيراً في توسيع نطاق التدخلات وجودة إمدادات الأغذية وعلى صعيد محفزات هدف التنمية المستدامة الخاصة بالتغذية (مثل برنامج المياه والصرف الصحي والنظافة العامة)، وتمكين المرأة وتحديد سن الزواج». لذلك، يوضح نظام الرصد والتقييم والمساءلة والتعلم أهمية قيام الدول الأعضاء في «حركة توسيع نطاق التغذية» بتحسين تنفيذ إجراءات التغذية عالية الأثر من خلال مجموعة من المنصات والقطاعات التي لا تقتصر على الصحة فقط.

تتوفر المزيد من المعلومات على صفحة الويب الخاصة بنظام الرصد والتقييم والمساءلة والتعلم:

www.scalingupnutrition.org/progress-impact/monitoring-evaluation-accountability-learning-m

في مطلع هذه السنة، عقدت الدول الـ ٦٠ والولايات الهندية الثلاث الأعضاء في «حركة توسيع نطاق التغذية» التقييم السنوي المشترك الخاص بالحركة للعام ٢٠١٨. وتعتبر ٢٠١٨ السنة الخامسة التي تقوم فيها الدول الأعضاء في الحركة بتنفيذ هذه العملية، مما يتيح المزيد من التعاون بينها والوصول إلى الإجماع ووضع الأولويات للسنة المقبلة.

وبالتعاون مع «شبكة التغذية في حالات الطوارئ» ENN ومنظمة Secure Nutrition، عقدت الأمانة العامة لـ «حركة توسيع نطاق التغذية» سلسلة من الندوات الإلكترونية لمساعدة الدول في التحضير للتقييم السنوي المشترك والاستفادة من لوحات المعلومات القطرية التي تركز على مجالات التركيز لتوسيع نطاقها في كل دولة من الدول. وتشكل لوحات المعلومات الأساس لنظام «الرصد والتقييم والمساءلة والتعلم MEAL، المنبثق عن «حركة توسيع نطاق التغذية»، والذي يقيس مدى تحقيق الحركة للنتائج والأثر الذي تحدثه.

وتتواءم مؤشرات نظام الرصد والتقييم والمساءلة والتعلم مع أطر عمل الرصد المتفق عليها عالمياً وتستفيد من البيانات المتوفرة أصلاً، وتمت مراجعته لضمان جودته (مثل قواعد بيانات اليونيسف العالمية، والمرصد الصحي العالمي الخاص بمنظمة الصحة العالمية). وقد تم دمج هذا النظام مع النتائج التي يتم الإبلاغ عنها سنوياً من التقييم السنوي المشترك وكذلك بيانات التمويل من تحليلات الموازنات الوطنية ومراجعات إنفاق المانحين. يوفر تقرير خط الأساس لنظام الرصد والتقييم للعام ٢٠١٦ تحليلاً مفصلاً لكل مؤشر من المؤشرات في مختلف النطاقات الثمانية (الشكل ١) لتقييم التقدم الذي تحرزه الدول الأعضاء في «حركة توسيع نطاق التغذية». ويتيح نظام الرصد والتقييم والمساءلة والتعلم للدول

الشكل ١	
النطاقات الثمانية لنظام الرصد والتقييم والمساءلة والتعلم MEAL	
 بيئة مُمكنة	 تمويل التغذية
 التدخلات وإمدادات الأغذية	 التشريعات التي تَمّ سَنُها
 محركات التغذية ضمن هدف التنمية المستدامة	 إطعام الرضع وصغار الأطفال والمدخول الغذائي
 الوضع التغذوي	 أهداف التنمية المستدامة المرتبطة بالتغذية



للتسجيل من أجل الحصول على إصدار "التبادل الغذائي"
Nutrition exchange، يرجى الذهاب إلى الرابط التالي:
www.ennonline.net



ENN إنتاج شبكة التغذية في الطوارئ

ENN

شبكة التغذية في الطوارئ

العنوان: ٣٢ شارع ليوبولد أوكسفورد OX٤ ١٢٧
المملكة المتحدة - بريطانيا

البريد الإلكتروني: office@ennonline.net رقم الهاتف: +٤٤ (٠) ١٨٦٥-٣٢٤٩٩٦

رقم تسجيل الجمعية الخيرية: ١١١٥١٥٦ رقم تسجيل الشركة: ٤٨٨٩٨٤٤



@theenonline



@ENNonline



ENN Online