

مال نقدي للاجئين
الصوماليين

تجنيد الحمير لتحسين
التغذية في إثيوبيا

ولائم من الخضروات
في تنزانيا

NUTRITION EXCHANGE

ENN

تبادل التغذية



تجارب من باكستان
لتوسيع نطاق التغذية
دروس من برنامج التغذية
الشامل في كينيا 2011/2012

المحتويات

3 كلمة التحرير

4 ملخص المقالات

4 الهزال والتقرم

22 تغذية الرضع وصغار الأطفال IYCF
وتغيير السلوك

26 الزراعة، وسبل العيش، والمرونة

33 تغذية الأمهات والفتيات المراهقات

34 الماء والصرف الصحي والنظافة
الشخصية WASH والتغذية

36 الحُكم والتنسيق

39 أنشطة وأحداث

تشكر شبكة التغذية في الطوارئ ENN المترجمين والمدققين التقنيين أنا كريس، وإليز بيكار، ورندة العزيز، وجمعية العون الصحي الأردنية على جهودهم في إعداد النسختين الفرنسية والعربية من هذه المطبوعة.

صور الغلاف:

الغلاف الأمامي: موضع جديد لغسيل اليدين في المدرسة الابتدائية الرسمية في أمبوهيماسينا. بلدية تالاتان أنغافو، مدغشقر، أكتوبر/ تشرين الأول 2013.

”واتر آيد“ WaterAid / إرنست راندياريمالالا

الغلاف الخلفي: ستضع ”واتر آيد“ في نهاية العام 2014 مضخات للماء النظيف، أمبوهيماهاستينجو، مدغشقر.

”واتر آيد“ WaterAid / آبي ترايلر-سميث

الغلاف الأمامي الداخلي: حمير الهيئة الطبية الدولية IMC تساهم في إدارة سوء التغذية الحاد لدى الأطفال. إثيوبيا. بيريهان، غومو، 2013.

تم تمويل هذه النسخة من ”تبادل التغذية“ Nutrition Exchange

من قبل ”إيريش آيد“ Irish Aid، منحة مشتركة من هيئة الإغاثة

الأمريكية USAID والوكالة الأمريكية للتنمية الدولية OFDA لشبكة

التغذية في الطوارئ ENN بعنوان ”بناء معرفة وقدرة قطاعية وفردية

ودولية ووطنية للاستجابة للطوارئ في قطاعي الأمن الغذائي والتغذية

حول العالم“ بموجب الإتفاق رقم AID-OFDA-G-11-00217

 **Irish Aid**
Rialtas na hÉireann
Government of Ireland

 **USAID**
FROM THE AMERICAN PEOPLE



يقفل الكثير من الناس أهمية وقيمة تجاربهم الفردية وكيف يمكن أن تفيد مشاركتهم الآخرين الذين يعملون في ظروف مشابهة. تهدف شبكة التغذية في الطوارئ ENN إلى توسيع مجموعة الأفراد، والوكالات، والحكومات التي تساهم بموادها في النشر على صفحات ”تبادل التغذية“.

يبدأ العديد من المقالات التي ترونها في ”تبادل التغذية“ كنقاط رئيسية يتبادلها معنا الكتاب. يستطيع فريق تحرير ”تبادل التغذية“ مساعدتكم على كتابة أفكاركم وتحويلها إلى مقال صالح للنشر.

كخطوة أولى، ما عليكم سوى مراسلتنا على العنوان التالي:

nutritionexchange@enonline.net مع ملخص عن

أفكاركم (في أقل من 500 كلمة) والسبب الذي باعتقادكم

سيدفع قراء ”تبادل التغذية“ إلى الإهتمام بتجاربتكم.

وفي حال كنتم تعرفون أشخاصاً آخرين يعملون على

المستوى الوطني، خاصة من يعملون في الحكومة المحلية

أو في المنظمات المحلية غير الحكومية NGOs، ويستحقون

المساهمة معنا، يرجى منكم تزويدهم بهذه التفاصيل.

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. تُعطي أولوية النشر للمقالات المكتوبة بأقلام محلية. كما تلخّص 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.

ما هي وتيرة نشرها؟

إن «تبادل التغذية» مطبوعة سنوية مجانية متوفرة بالنسختين الورقية والإلكترونية.

كيف يتمّ الإشتراك فيها أو إرسال المقالات؟

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

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

وللإتصال بالمحررات من أجل التعليق أو كتابة مقال، راسلونا على البريد الإلكتروني التالي: nutritionexchange@enonline.net

عن شبكة التغذية في الطوارئ ENN

تمكّن شبكة التغذية في الطوارئ من تحقيق التواصل والتعلّم في قطاع التغذية لإنشاء قاعدة مبنية على الدلائل لبرمجة التغذية. نركز على المجتمعات التي تعاني من أزمات وعلى الأماكن حيث يعتبر نقص التغذية مشكلة مزمنة. إن عملنا موجهٌ بما يحتاج ممارسو المهنة إلى القيام به بفعالية.

- نلتقط خبرات ممارسي المهنة وتبادلها عبر إصداراتنا ومندياتنا على الشبكة الإلكترونية
- نتولى الأبحاث والمراجعات حيث تكون الدلائل ضعيفة
- ننظّم نقاشات تقنية حيث يغيب التوافق
- نساند القيادة والإشراف في التغذية على المستوى الدولي.

كلمة التحرير

يسرّنا أن نتشارك معكم العدد 4 من «تبادل التغذية» NEX. إلى جانب الملخصات المعتادة للإصدارات الهامة المتعلقة بالتغذية، يعرض هذا العدد 12 مقالاً أصلياً من قرائنا حول العالم. وهذه زيادة ملحوظة من المقالات الثلاثة الأصلية التي نشرناها في العدد 3 وهي وتيرة نأمل الإستمرار عليها. هدفنا أن تصبح «التبادل الغذائي» المطبوعة الرئيسية المكتوبة بأقلام محلية لقراء محليين. ونتوجه بالشكر الحار لكل الكتاب المحليين على إعطاء الوقت لتوثيق تجاربهم القيّمة ومشاركتها.

تصف المقالات الـ 12 الأصلية حصيلة غنية من التجارب مع تطبيق البرامج الخاصة بالتغذية والحساسية لها عبر إفريقيا وآسيا. وتتضمن مقالات من تنزانيا، وغامبيا، ومغسركات اللاجئ الصوماليين في كينيا عن زيادة القدرة على الوصول إلى الأغذية المتنوعة عبر مناهج مبتكرة، مثل بستنة النساء، ومجموعات حسابات التوفير، ومن خلال الفسائم النقدية. ويركز مقالان من باكستان على تجارب وضع الحُكْم المطلوب في مكانه لتوسيع نطاق التغذية والتعامل مع الممارسات دون المستوى الأمثل في تغذية الرضع وصغار الأطفال. وهناك ستة مقالات من كينيا، وإثيوبيا، وتشاد، وباكستان تصف مختلف الطرق لمواجهة المعدلات المرتفعة من سوء التغذية الحاد في بيئات الموارد المقيّدة. ومن الصومال، هناك وصف لمشروع يهدف إلى زيادة الحضور المدرسي، خاصة لدى البنات.

تسلّط المطبوعات والإجتماعات الأساسية التي تمّت مراجعتها في هذا العدد على الإدراك العالمي لأهمية الوقاية من التقرّم، والروابط الفيزيولوجية بين الهزال والتقرّم، وآثار البرامج كذلك الصلات بين النمو الإقتصادي ونقص التغذية لدى الأطفال.

كما تمّ تلخيص نشرتين عن الروابط بين الماء والصرف الصحي والنظافة الشخصية WASH وهو الأطفال. إن الماء والصرف الصحي والنظافة

الشخصية والتغذية مجال بحثي واهتمام برامجي في طور النمو، ونأمل بعرض المزيد من التجارب عن الروابط العملية بين الماء والصرف الصحي والنظافة الشخصية والتغذية في عددنا المقبل. كما لخّصنا نشرتين هامتين عن تغذية الأمهات والفتيات المراهقات.

لا يعرض هذا العدد كميات كبيرة من المعلومات عن الأخبار والأنشطة. والسبب أن شبكة التغذية في الطوارئ ENN طوّرت موقعها الإلكتروني بحيث أصبحت الأخبار الراهنة، والأحداث والأنشطة، والتدريبات، والروابط الإلكترونية ذات الصلة، والوظائف المتاحة معروضة باستمرار وتحديث دائمين. كما يتضمن موقعنا المحتوى التقليدي لرسائل شبكة التغذية في الطوارئ الإخبارية الإلكترونية، هكذا صدرت آخر رسالة إخبارية إلكترونية في يونيو/ حزيران. يرجى منكم الإطلاع على التغييرات على <http://www.enonline.net> ومتابعة الأحدث عبر زيارة الموقع بانتظام!

كالعادة، نحن نرحّب بتعليقاتكم بشأن هذه المطبوعة وبأفكاركم حول المقالات لعددنا المقبل، والذي سيصدر في مايو/ أيار 2015.

مع أطيب التحيات،

محررات «تبادل التغذية» في شبكة التغذية في الطوارئ ENN

(كارمل، وفاليري، وكلوي)





قاعدة بيانات مشتركة لليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية والبنك الدولي عن سوء تغذية الأطفال

عالمياً، قُدّر انتشار الهزال المعتدل والهزال الحاد في 2012 بحوالي 18% وبالكاد أقل من 3% على التوالي.

في العام 2012، سكن 71% تقريباً من جميع الأطفال المصابين بهزال حاد في آسيا و28% في إفريقيا، وكانت الأرقام مماثلة لدى الأطفال المصابين بهزال معتدل في 69% و28% على التوالي.

زيادة الوزن

عالمياً، كان هناك 44 مليون طفل تحت عمر الخمس سنوات لديهم زيادة في الوزن في 2012.

إن الاتجاه العالمي لانتشار زيادة الوزن وثقله في ارتفاع. بين العامين 1990 و2012 ارتفع انتشار زيادة الوزن من 5% إلى 7%، وزاد الثقل العالمي من 32 مليون إلى 44 مليون. إن الارتفاع في انتشار زيادة الوزن منعكس في جميع المناطق؛ وبينما ينخفض الثقل في إفريقيا وآسيا والدول المتقدمة، يثبت في أمريكا اللاتينية وأوقيانوسيا.

في العام 2012، كان انتشار زيادة الوزن هو الأعلى في إفريقيا الجنوبية (18%)، وآسيا الوسطى (12%)، وأمريكا الجنوبية (7%).

لوحات عدادات البيانات

تمّ تطوير ست لوحات عدادات تفاعلية على الإنترنت تسمح للمستخدمين باستكشاف كل السلسلة الزمنية (1990-2012) للتقديرات العالمية والإقليمية عن انتشار وثقل التقرّم، وانخفاض الوزن، وزيادة الوزن، ومؤشرات الهزال المعتدل والهزال الحاد مصنّفة بحسب أقاليم الدول المختلفة ومجموعات الدخل.

تتوفر لوحات العدادات على الإنترنت على الرابط التالي:
http://www.childinfo.org/malnutrition_dashboard.html

في سبتمبر/أيلول 2013، حدّثت اليونيسيف UNICEF ومنظمة الصحة العالمية WHO والبنك الدولي World Bank قاعدة بياناتها المشتركة عن سوء التغذية لدى الأطفال وأصدرت تقديرات عالمية وإقليمية جديدة للعام 2012. وللمرة الأولى، تضمنت قاعدة البيانات تقديرات عالمية وإقليمية عن الهزال والهزال الحاد.

نتائج أساسية

التقرّم

عالمياً، كان هناك 162 مليون طفل تحت عمر الخمس سنوات مصابين بالتقرّم في 2012.

يستمر الاتجاه العالمي في انتشار التقرّم وثقله بالتناقص والانخفاض. بين العامين 2000 و2012 انخفض انتشار التقرّم من 33% إلى 25% وتناقص الثقل من 197 مليون إلى 162 مليون.

في العام 2012، عاش 56% من جميع الأطفال المصابين بالتقرّم في آسيا و36% في إفريقيا.

انخفاض الوزن

عالمياً، كان هناك 99 مليون طفل تحت عمر الخمس سنوات منخفضي الوزن في 2012.

يستمر الاتجاه العالمي لانتشار انخفاض الوزن بالتناقص، لكن بوتيرة بطيئة. بين العامين 1990 و2012 تناقص انتشار انخفاض الوزن من 25% إلى 15%، وهو رقم ما زال غير كاف للإيفاء بهدف الألفية للتطور والنمو MDG بإنقاص نسبة الانتشار بحسب 1990 بمقدار النصف بحلول 2015.

في العام 2012، عاش 67% من جميع الأطفال المصابين بانخفاض الوزن في آسيا و29% في إفريقيا.

الهزال والهزال الحاد

استناداً إلى بيانات الانتشار¹، كان هناك عالمياً 51 مليون طفل تحت عمر الخمس سنوات مصابين بالهزال و17 مليوناً مصابين بالهزال الحاد في 2012.

¹ يرجى ملاحظة وجود حجة قوية لتقديرات الهزال لكي تعتمد على بيانات الحالات مما أنه يُعتقد أن بيانات الانتشار قللت تقدير الثقل الحقيقي عالمياً.

إجتماع مجموعات العمل المعنية بالتقرّم والهزال: نقاط مختصرة

- في ضوء الأنماط الموسمية لكل من الهزال والتقرّم، هناك حاجة لضمان أن تسهّل سياسات التبرع التدخلات الوقائية المبكرة التي تهدف إلى تخفيف الذروات الموسمية.

آثار السياسة المحتملة

- مع وجود دلائل على أن الوزن والطول عند الولادة يحددان نمو الطول في مراحل لاحقة، يمكن النظر إلى البرامج التي تستهدف البيئة داخل الرحم، مثل صحة المرأة الحامل أو دعم تغذيتها، على أنها تدخلات وقائية هامة ضد التقرّم (والهزال المحتمل).
- يحدّ الفصل الموجود حالياً بين برامج العلاج وبرامج الوقاية كلاً من الشفاء المستدام للطفل المصاب بالهزال وكذلك الوقاية ضد مزيد من نوبات الهزال، مع آثار محتملة للتقرّم.
- تحتاج البرامج إلى ربط الخدمات التي تتصدى لمختلف عوامل الخطر الشائعة في الهزال والتقرّم بدل التعامل مع كل علاقة بخط مختلف.

كما تمّ تحديد فجوات في الأبحاث. هذا العمل مستمر وسيتهي في وقت لاحق من العام 2014. للحصول على جميع نقاط الاجتماع والأوراق ذات الصلة، يرجى الاتصال على البريد الإلكتروني التالي: Tanya@ennononline.net



فحص موجود محلياً لسوء التغذية الحاد



فحص موجود محلياً لسوء التغذية الحاد في مجتمعات بينوم بن

Samaritan's Purse, Cambodia, 2010

عُقد إجتماع دعت إليه شبكة التغذية في الطوارئ ENN لمناقشة دلائل العلاقات بين الهزال والتقرّم والآثار التي قد تتركها على البرامج والسياسات. وجاءت استنتاجات الاجتماع الأساسية على النحو التالي:

الروابط بين الهزال والتقرّم لدى الأطفال

- يؤثر الهزال سلباً على مؤشر نمو الطول عند الطفل، ويفيد الشفاء من الهزال نمو الطول.
- عند نقطة ما أثناء الهزال، يتباطأ نمو الطول مع احتمال التوقف. مع أننا لا نعرف بالضبط متى يحدث هذا الأمر، يُعتقد أن مستويات دهون الجسم تنظم نمو الطول.
- تظهر عادة حالة تقرّم لدى الطفل المصاب بالهزال.

عوامل الخطر والآثار المشتركة

- يرتبط كل من الهزال والتقرّم بزيادة الوفيات، خاصة إذا تجاوزت الحالتان.
- يشترك الهزال والتقرّم في الكثير من عوامل الخطر الشائعة وفقاً لما أوضحه إطار العمل المفاهيمي لمنظمة اليونيسيف UNICEF وظهرت دلائله في المادة المطبوعة التي فشلت في تحديد عوامل الخطر للهزال، والتي لا تنطبق أيضاً على التقرّم.
- هناك دليل جيد على أن الظروف داخل الرحم ونمو الجنين يساهمان بشكل ملحوظ في التقرّم عند الولادة وفي مرحلة الطفولة. كما أن هناك دلائل تظهر عن إسهامهما (الظروف داخل الرحم ونمو الجنين) في الهزال.
- تقترح الدلائل أن مسار الطول أثناء مرحلة الطفولة يرتبط في البداية بالطول بحسب العمر عند الولادة ويرتبط أيضاً وإلى حد ما بالوزن بالنسبة للطول في نفس المرحلة العمرية. ربما يلعب مخزون الدهون لدى الجنين والطفل دوراً هاماً في نمو طول الطفل.
- تسهم بشكل هام الأمراض المعدية في مرحلة الطفولة المبكرة في الهزال والتقرّم.
- هناك دليل يقترح أن الالتهاب وصحة الأمعاء قد يلعبان أيضاً دوراً هاماً في كل من الهزال والتقرّم (سواء أكان عبر آثار الالتهاب المزمن، وضعف الامتصاص و/ أو الآثار على الشهية).
- هناك علاجات فعّالة للهزال؛ إلا أنه توجد دلائل محدودة على تدخلات علاجية فعّالة للتقرّم.
- يحدّ الفصل السائد في السياسات والتوجيهات والموارد للهزال والتقرّم من تأثير الجهود الحالية لتقليل نقص التغذية في الطفولة.
- بما أن الهزال والتقرّم يتقاسمان العديد من عوامل الخطر المشتركة، هناك حاجة لتوجيهات سياسة أوضح تشجع وتسهّل الروابط العملية لبرمجة متكاملة أكثر.

تغذية الأم والطفل (MCN)

عدد خاص: تعزيز النمو الصحي والوقاية من التقرّم في الطفولة،
سبتمبر/أيلول 2013 (مجلد 9، ملحق العدد، صفحات 149-1)

تعزيز النمو الصحي والوقاية من التقرّم في الطفولة: تحدّي عالمي (تحرير)

أديلهيد دبليو. أونيانغو

وفي الوقت نفسه، تطبق منظمة الصحة العالمية WHO مشروع تعزيز النمو الصحي والوقاية من التقرّم في الطفولة بهدف تطوير أدوات وأطر عمل للدول حتى تضعها هذه الأخيرة وتطبق أجدانها لخفض التقرّم وتحوّل التركيز الوطني من انخفاض الوزن إلى التقرّم. هذا الملحق الخاص هو مجموعة من الأوراق التي تبحث في الأوجه المتنوعة للتحديات التي يمثلها هدف خفض التقرّم وطرق مواجهتها.

وضعت جمعية الصحة العالمية هدفاً لخفض عدد الأطفال تحت عمر الخمس سنوات المصابين بالتقرّم بنسبة 40% من 2010 إلى 2014. وقد وُجِدَت سياسة عالمية وجهود تقنية وأكاديمية ملحوظة لمعالجة هذه الحالة بما فيها اتفاقية التغذية العالمية للنمو، والتي تحدد التزامات الدول وحركة الموارد لإدارة برامج التغذية. وتوجد سلسلة لانست لتغذية الأم والطفل التدخلات المتوقعة منها التأثير الأكبر في التصدي لنقص التغذية وانخفاض الوزن، وتكاليفها، وأهمية التدخلات الحساسة للتغذية وكيفية رفع قدرة الرخم السياسي الحالي.

الأساس المنطقي الاقتصادي للاستثمار في خفض التقرّم

جون هودينوت وآخرون

وصحة الشخص البالغ، ووضع التغذية، والخصوبة والأمومة/ الأبوة بين الأجيال. وأشار إطار العمل إلى عدد من الآثار الإيجابية المحتملة على مدى دورة الحياة للاستثمارات التي تخفف التقرّم.

قُدِّمَت الأبحاث الأساسية التجريبية حول منتجات التقرّم بما فيها احتمال خسارة النمو الجسدي، وتدهور المهارات الإدراكية وزيادة خطر الإصابة بالأمراض المزمنة، كما حددت الأبحاث الفجوات والثغرات.

وقدمت الأبحاث تقديرات الفوائد المرتبطة بدور كل تدخل في التغذية في خفض التقرّم (موجزة في سلسلة لانست لتغذية الأم والطفل). وتمت مناقشة الإجماع بشأن فعاليتها وتكاليفها. الفائدة: تجاوزت نسبة التكلفة المرتبطة بتطبيق هذه التدخلات الفائدة الواحدة في جميع الدول التي تضمنها بحث الأوراق (وهي أكبر من معظم تدخلات التنمية).

اختتم الباحثون باقتراح مفاده أن الدول التي ترغب في توليد وتمديد الثروة على نطاق واسع ستجد على الأرجح أن توسيع هذه الاستثمارات المحددة في التغذية من أفضل الاستثمارات التي يمكن لهذه الدول القيام بها.

فيما هناك أساس منطقي واضح وحقيقي للاستثمار في خفض التقرّم، يفتقر الأساس المنطقي للاستثمارات العامة. في هذا السياق تبيّن أن لهذا الاستثمار عوائد اقتصادية حقيقية ودائمة. توجز هذه الورقة الأساس المنطقي للاستثمارات الاقتصادية التي تخفف التقرّم مع هدف توليد تقديرات موثوقة للنسبة بين الفائدة والتكلفة فيما يتعلق بوضع تدخلات غذائية معقولة.

يقدم الباحث إطار عمل يبيّن نتائج التقرّم على مدى دورة الحياة. من الملامح الأساسية لإطار العمل هذا أنه يفصل بين أسباب التقرّم الكامنة وتلك التي تعكس القرارات الخاصة/ العائلية وبين الأسباب التي تعكس قرارات السياسة العامة للبدء أو عدم البدء بالاستثمارات التي تخفف عوامل الخطر في التقرّم.

يمكن أن يكون للتقرّم منتجات متعددة على مدى دورة الحياة. في خلال أول 1000 يوم، تُصنّف الحالة على أنها تتعلق بالمهارات الجسدية، والمهارات الإدراكية، والمهارات الاجتماعية - الشعورية ومهارات التنفيذ والتنظيم الذاتي. وفي فترة لاحقة من دورة الحياة، يؤثر التقرّم أيضاً على الاشتراك في قوة العمل، والأجور المكتسبة، والأسهم في سوق الزواج، والتورط في الجريمة والعنف،

مقالات إضافية في ملحق «تغذية الأم والطفل»

- مبادئ وممارسات تأييد التغذية: دلائل، وتجارب، والطريق المفتوح لتخفيف التقرّم
 - مبادئ أساسية لتحسين البرامج والتدخلات في التغذية التكميلية
 - تصميم توصيات مناسبة في التغذية التكميلية: أدوات للعمل المبرمج
 - إدخال مؤشرات تغذية الرضع والأطفال الصغار إلى أنظمة مراقبة التغذية الوطنية: دروس من فيتنام
- دخول مجاني إلى جميع المقالات على الرابط التالي:
<http://onlinelibrarywiley.com/doi/10.1111/mcn.2013.9.issue-s2/issuetoc>

- الهدف العالمي لمنظمة الصحة العالمية WHO لتخفيف التقرّم بحلول 2025: الأساس المنطقي والمبادرات المقترحة
- سياقات التغذية التكميلية في إطار عمل أوسع للوقاية من التقرّم
- التدخلات متعددة القطاعات لنمو صحي
- طول الأهل ومو الطفل منذ الولادة وحتى عمر السنتين في دراسة منظمة الصحة العالمية عن النمو، والتي تعتبر مرجعية في العديد من المستشفيات
- الأساس المنطقي الاقتصادي للاستثمار في تخفيف التقرّم (الملخص أعلاه)

نوافذ حساسة لتدخلات التغذية ضد التقزم

أندرو إم برانتس وآخرون
أم جي كلين، مايو/ أيار 2013

التغذية خارج هذه النافذة المذكورة لن يكون لها أثر. بينما تساند هذه الورقة أهمية الألف يوم والتدخلات لمواجهة نقص التغذية في هذه الفترة، تقدم تحليلاً يبيّن وجود نوافذ فرص أخرى للتصدي للتقزم، والتي لا يجب أن يتم إغفالها، فقد تمنح كذلك نقاطاً للتدخلات. ويجادل الباحثون بأن المراهقة تمثل نافذة إضافية يمكن أن تمنح خلالها التدخلات المعززة للنمو دورة حياة متينة وتأثيرات بين الأجيال.

يُظهر تحليل لأنماط النمو المبكر في الأطفال من 54 دولة ذات موارد فقيرة في إفريقيا وجنوب شرق آسيا انخفاضاً سريعاً في قياس الطول بالنسبة للعمر خلال أول سنتين من الحياة بالإضافة إلى عدم شفاء الأطفال إلى أن يبلغوا عمر الخمس سنوات فما فوق. وقد ركزت هذه النتيجة الانتباه على الفترة منذ الإخصاب وحتى عمر 24 شهراً على أنها «نافذة الفرصة» للتدخلات ضد التقزم، وقد اكتسبت دعماً سياسياً للاستثمار الذي يستهدف تغذية الأطفال خلال أول 1000 يوم من الحياة. وظهرت وجهة نظر ترجّح بأن تدخلات

فعالية برنامج التغذية التكميلي الشامل في الوقاية من سوء التغذية الحاد: دلائل من أبحاث أجريت في تشاد

مذكرة شبكة التغذية في الطوارئ ENN 2013

بالوكو باهوير وآخرون

متوفرة على موقع www.enonline.net



أم مع طفلها أثناء التقييم في عيادة صحية في تشاد

ALIMAC/Chad

التحكم بأسعار الغذاء) الزيادة النموذجية في معدلات سوء التغذية الحاد في سياق أزمة غذاء حادة، وارتفاع أسعار الغذاء كسلعة رئيسية ومستوى سوء التغذية الحاد السنوي المرتفع في موسم الجوع. أشارت نتائج المسح إلى انخفاض في معدلات الوفيات في منطقة التدخل أثناء موسم الجوع.

استمرت لدى عدد لاف من الأطفال الذين تمت تغذيتهم جيداً في السابق ونسبتهم 34.6% حالة سوء التغذية الحاد خلال فترة المتابعة رغم مجموعة التدخلات.

يقترح تحليل سرعة النمو أن مواسم الجوع المتتالية تسهم بشكل ملحوظ في زيادة انتشار التقزم، ولا يجب النظر إلى التخفيف الفعال للجوع الموسمي على حصيلة التغذية فقط كتدخل لمحاربة سوء التغذية الحاد، بل أيضاً كاستراتيجية لخفض معدلات التقزم.

كان قياس محيط منتصف أعلى الذراع MUAC أقل من 135 مليمترًا، و WLZ أي قياس الوزن بالنسبة للطول على قياس Z أقل من -1 في بداية موسم الجوع من المتنبئات المستقلة لسوء التغذية الحاد ويمكن أن تؤخذ كمعايير اختيار عندما تقلّ السلع الغذائية.

إن وضع تغذية الأم، والذي يحدّد بقياس محيط منتصف أعلى الذراع، هو متنبئ لخطر إصابة الطفل بسوء التغذية الحاد أثناء موسم الجوع.

حتى يومنا هذا، لا توجد سوى أبحاث قليلة عن برنامج التغذية التكميلي الشامل BSFP في الوقاية من تدهور وضع التغذية على المستوى الفردي أو السكاني. أجرت شبكة التغذية في الطوارئ ENN بالتعاون مع برنامج الغذاء العالمي WFP، ومنظمة أوكسفام إنترنوم، ومركز دعم الصحة الدولي ووزارة الصحة التشادية على مستوى الدولة بحثاً في برامج التغذية التكميلية الشاملة، مصمماً لمنع زيادة سوء التغذية الحاد أثناء أزمة 2012 الغذائية لدى الأطفال بين سن 6 أشهر و24 شهراً بما جالم في تشاد.

تلقي الأطفال المستهدفون 200 غرام في اليوم من سوبر سيريال بلاس (غذاء الحبوب التكميلي)، وتلقت الأمهات المرضعات 220 غراماً في اليوم من سوبر سيريال بلاس، وتلقى سكان البيوت التي تعاني من خطر حاد في التغذية حصة عائلية (450 غراماً من الذرة الرفيعة، و60 غراماً من البقوليات، و25 غراماً من الزيت و5 غرامات من الملح). وتلقى سكان البيوت حيث الأطفال ضعفاء ومصنفون ضمن الخطر الحاد في التغذية كلاً من سوبر سيريال بلاس والحصة العائلية.

نتائج رئيسية

• منعت مجموعة التدخلات (برنامج التغذية التكميلي الشامل، والمال النقدي، والماء والصرف الصحي والنظافة الشخصية WASH وتدخلات

دروس مستقاة من 2012/2011 برنامج التغذية التكميلي الشامل في كينيا

بقلم: جويس أويغار

جويس حالياً مرشدة برامج في برنامج التغذية ضمن برنامج الغذاء العالمي في كينيا حيث تعمل هناك منذ العام 2007

ووثقت استطلاعات التغذية في يوليو/ تموز وحتى نوفمبر/ تشرين الثاني انخفاضاً في مستويات سوء التغذية العالمي الحاد.

بيّن الفحص السريري لسوء التغذية (قياس محيط منتصف أعلى الذراع MUAC والاستقساء) أثر دورة التدخل على تحسّن الوضع الغذائي لدى الأطفال تحت عمر الخمس سنوات في عمليات التوزيع المتتالية.

كان الانخفاض العام في انتشار سوء التغذية العالمي الحاد وتوجهات قياس محيط منتصف أعلى الذراع لدى الأطفال خطوة إيجابية، ولكن تمّ الاعتراف بوجود عوامل أخرى / أو برامج أخرى يمكن أن تكون قد أسهمت في تحسين الحالة الغذائية (رسم بياني 1).

إنجازات

بداية سريعة. من الإنجازات الأساسية لبرنامج التغذية التكميلي الشامل القدرة على الشروع بالتطبيق في وقت قصير نسبياً. بدأ برنامج التغذية التكميلي الشامل 2012/2011 في أكثر المناطق المتضررة بشكل حاد، توركانا الشمالية، في غضون شهر واحد من إصدار نتائج الاستطلاع الغذائي التي أظهرت سوء التغذية العالمي الحاد بنسبة 37%. بدأ التدخل خلال الشهر الثاني في المقاطعات الحرجة، وأعطيت الأولوية للأطفال تحت عمر الثلاث سنوات والنساء الحوامل والأمهات المرضعات في عمليتي التوزيع الأولى والثانية بالإضافة إلى جميع الأطفال تحت عمر الخمس سنوات بدءاً من عملية التوزيع الثالثة. وقد سهّل العملية بشكل هائل تطوير استراتيجية لتطبيق برنامج التغذية التكميلي الشامل والتنسيق الجيد بين الشركاء المطبقين.

تغطية جيدة. تمّ تجاوز التغطية المخطط لها نتيجة أنشطة التغطية المجتمعية المكثفة حول برنامج التغذية التكميلي الشامل ونوعية الحصص المقدمة. تُظهر القائمة التالية التغطية المخطط لها مقارنة بالتغطية الفعلية خلال برنامج التغذية التكميلي الشامل.

دروس مستقاة

تمّ اكتساب العديد من الدروس المستقاة من تطبيق برنامج التغذية التكميلي الشامل 2012/2011.

مجموعة شاملة من التدخلات:

تلقي الأطفال والنساء ممن لم يأخذوا التطعيمات والمكملات¹ هذه الخدمات أثناء برنامج التغذية التكميلي الشامل كما تلقي المستفيدون تربية صحية وتمّ

تحويلهم إلى الخدمات الطبية عند الضرورة. مع ذلك، بينما كان الغذاء متوفراً بيسر خلال الدورتين الأولى والثانية، كانت التطعيمات والمكملات متوفرة فقط منذ الدورة الثالثة.

الدرس. إن التخطيط والتنسيق الشاملين منذ البداية من قبل قطاع التغذية وجهات أخرى، بما فيها قسم التطعيم في وزارة الصحة، يكفلان نهجاً متسقاً.

¹ للأطفال - فيتامين أ والزنك لعلاج الإسهال. للنساء الحوامل - حديد/ فولت، والتخلص من الديدان وتطعيم التيتانوس أو الكزاز. للأمهات المرضعات - فيتامين أ.
² لم تكن الدورة الخامسة مخططة لمانديرا وسامبورو نظراً للتغير في المواسم

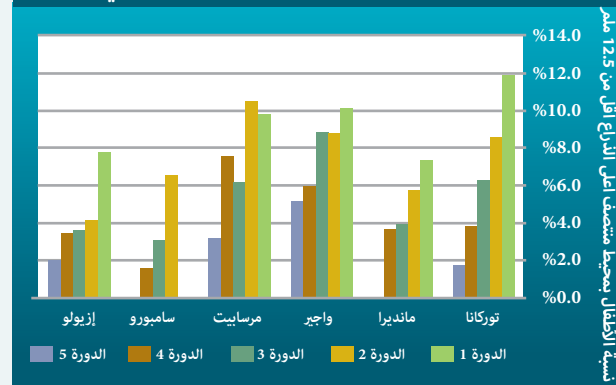
وانخفاض مؤشرات خطر إنتشار الجوع

جراء الجفاف المتكرر في المقاطعات القاحلة في كينيا، طُبّق برنامج الغذاء العالمي وقطاع التغذية في كينيا برنامج التغذية التكميلي الشامل BSFP للحؤول دون تدهور المجموعات القابلة للجوع (بالذات الأطفال تحت عمر الخمس سنوات، والنساء الحوامل والأمهات المرضعات). في يوليو/ تموز 2011، واستجابة للمستويات المرتفعة من سوء التغذية العالمي الحاد GAM بسبب فشل موسمي المطر القصير والطويل، تمّ تطبيق برنامج التغذية التكميلي الشامل في ست مقاطعات قاحلة: توركانا، مانديرا، واجير، إزيولو، سامبورو ومرسايت.

وقرّ برنامج التغذية التكميلي الشامل مجموعة من خدمات الصحة والتغذية الأساسية بما فيها فحص سوء التغذية الحاد، وتقديم استشارات وعلاجات منظمة للصحة والتغذية، إلى جانب توزيع الأغذية (وتتألف من خليط الذرة والصويا المدعم والزيت النباتي).

منذ بدء برنامج التغذية التكميلي الشامل، تمت مراقبة الوضع الغذائي عبر مسوحات التغذية ومن خلال فحص جميع الزبائن عند كل توزيع.

الجدول 1: توجهات قياس محيط منتصف أعلى الذراع للأطفال في ست دول



المقاطعات	المستفيدون بحسب الدورات					
	الدورة 1 حسب المخطط	الدورة 1	الدورة 2 حسب المخطط	الدورة 2	الدورة 3 حسب المخطط	الدورة 3
إزولو	33,358	13,629	37,289	15,751	25,562	27,266
مانديرا	103,292	93,138	146,826	118,090	166,170	179,142
مرسايت	27,503	28,049	46,577	30,501	45,233	46,581
سامبورو	30,016	35,026	59,609	46,996	58,210	60,774
توركانا	81,805	73,270	139,933	92,189	135,288	131,682
واجير	86,297	86,763	193,661	98,505	185,173	196,165
المجموع الكلي	362,271	329,875	623,895	402,032	615,636	641,517
النسبة من الهدف	100%	91%	100%	111%	99%	103%

نظراً لحالة الطوارئ في التدخلات، قد لا يتم توظيف جميع العاملين المطلوبين في الوقت المحدد، هكذا يستمر التوظيف خلال مسار التطبيق.

التدريبات: تتفاوت نوعية التدريبات. كانت التدريبات التي أجريت عند حدوث الاستجابة أطول ووفرت تفاصيل أكثر من التدريبات اللاحقة.

سرعة تغيير العاملين: كانت عالية لذا، كانت هناك حاجة متواصلة للتدريب. كما كان توظيف العمالة الماهرة، وبالذات العاملين في مجال التمريض، خلال وقت قصير جداً تحدياً أيضاً.

الدرس: يجب أن يكون التدريب ميزة دائمة مع تمويل مخصص للتدريب الروتيني. من أجل تقليل سرعة تغيير العاملين العالية، يجب أن تكون للعاملين في برنامج التغذية التكميلي الشامل عقود مرنة لفترة مدة التطبيق على عكس العقود العادية (التي بدورها تقلل حجم التدريبات المطلوبة). بالنسبة للعمالة الماهرة، مثل العاملين في التمريض، يجب تحديد تجمع من الممرضات والممرضين لحالات الطوارئ يستدعيه القطاع الصحي لضمان توفر هؤلاء العاملين ضمن مهلة قصيرة للاستجابة الفعالة لحالات الطوارئ المستقبلية.

التوثيق: طُوّر برنامج التغذية التكميلي الشامل 2012/2011 نظام كتابة تقارير مسهب وفيه جُمعت العملية الروتينية لمراقبة البيانات (عدد المستفيدين، والفحوصات، والعلاج المنظم وتقارير التخزين) من كل موقع توزيع من قبل شركاء التطبيق وأُرسلت إلى منظمة «أنقذوا الأطفال» في المملكة المتحدة SCUK، والتي كانت الشريك الأساسي في عملية المراقبة. دعمت «أنقذوا الأطفال» هذه التقارير وأنتجت تقارير متابعة شهرية/ دورية لبرنامج التغذية التكميلي الشامل، والتي كانت القاعدة للنقاشات وأعمال المتابعة على المستويين الوطني والمقاطعي. كما راقبت منظمة «هيلين كايبر الدولية» أيضاً الأوجه النوعية للبرنامج وأنتجت تقارير شهرية/ دورية أيضاً للنقاش والمتابعة. كان يفترض لهذه التقارير أن تصب في روتين التقرير الحكومي؛ مع ذلك، لم تفعل غالبيتها هذا الأمر لأن التقارير إما لم تصل إلى المرافق الصحية أو أنها وصلت ولكن لم يتم إدخالها ضمن روتين التقرير على مستوى المرفق. نتيجة لذلك، لم يتم تسجيل أعداد المستفيدين الذين تلقوا علاجاً منظماً عبر برنامج التغذية التكميلي الشامل في تقارير المرفق الصحي في المقاطعة.

الدرس: يجب أن يتكامل جمع بيانات برنامج التغذية التكميلي الشامل ورفع التقارير ضمن أنظمة روتين إدارة المعلومات الصحية، وعلى عملية التوثيق والتصاميم والمتطلبات أن تكون واضحة لجميع المعنيين منذ البداية.

صندوق 1: تركيبة فريق التوزيع لكل 250 مستفيداً:

- 4 أشخاص لإجراء الفحوصات (الاستقساء، والطول وقياس محيط منتصف أعلى الذراع)
- شخصان للتسجيل
- 5 أشخاص للتحكم بالحشود
- 4 أشخاص للتوزيع (2 لخليط الذرة والصويا و2 للزيت النباتي)
- شخصان للتحميل (تجديد خليط الذرة والصويا والزيت النباتي)
- شخص واحد للتحقق (الطباعة بالجر)
- عامل واحد في الصحة المجتمعية (مساعد أو مساعدة ممرضة أو ممرض)
- ممرضة واحدة أو ممرض واحد (توزيع العلاج المنظم والتطعيمات)
- مشرف واحد

التخزين المسبق: كان توفير مصادر كافية من السلع (خليط الذرة والصويا CSB والزيت) بشكل سريع تحدياً. حال النقص في مخزون خليط الذرة والصويا CSB والزيت في البداية دون استهداف كل الأطفال تحت عمر الخمس سنوات. أعطيت الأولوية للأطفال تحت عمر الثلاث سنوات وللنساء الحوامل والأمهات المرضعات في أول عمليتي توزيع.

الدرس: هناك حاجة لضمان وجود مخزون من الإمدادات الغذائية متاح فوراً لاستجابة الطوارئ. في 2011 أسس برنامج الغذاء العالمي WFP مركز المشتريات المسبقة في شرق إفريقيا على المستوى المناطقي بهدف ضمان توفر مخزون في حالات الطوارئ للدول في مناطق معينة. وفي النتيجة، أصبحت الدول مجهزة أكثر لحالات الطوارئ فيما يتعلق بتوفر الإمدادات.

تخطيط الاستجابة: كان مخططاً لبرنامج التغذية التكميلي الشامل BSFP أربع دورات توزيع خلال خمسة أشهر أغسطس/ وآب - ديسمبر/ كانون الأول مع توقعات بأن يتحسن الأمن الغذائي والحالة الغذائية بحلول بداية 2012 بسبب موسم المطر في أكتوبر/ تشرين الأول - ديسمبر/ كانون الأول 2011. مع ذلك، وبسبب التأخر في إمدادات الأغذية والطرق المنجرفة، استمر برنامج التغذية التكميلي الشامل حتى مارس/ آذار 2012 (ثمانى دورات توزيع). أدى هذا الأمر إلى تحديات إضافية بما أن بعض تكاليف التشغيل، مثل مستوى العاملين وأبنية المكاتب والمركبات، تمت صيانتها طوال فترة التطبيق الممتدة. بالإضافة إلى ذلك، كان الأمن الغذائي وخطر التعرض لسوء التغذية مختلفين عبر المقاطعات واحتاج البعض لمساعدة أطول فيما لم يحتج البعض الآخر لها.

الدرس: يجب أن يُصمم التوقيت والاستجابة وفق حالة كل منطقة.

معلومات الإنذار المبكر: لم تكن بيانات مسوحات التغذية المتوفرة استناداً إلى فحص قياس محيط منتصف أعلى الذراع MUAC في أواخر 2010 وبدايات 2011 موثوقة، لذا أجريت مسوحات التغذية. أجريت مسوحات التغذية خلال ذروة موسم الجفاف وعكست الوضع أثناء أسوأ فترة. طُبّق برنامج التغذية التكميلي الشامل للوقاية من تدهور إضافي في مستويات سوء التغذية، لكن نموذجياً كان يمكن أن يطبق في وقت مبكر أكثر بكثير.

الدرس: يجب أن تكون أنظمة المراقبة الغذائية المتوفرة مدعومة لتدلل على الحالة المتدهورة وتسمح للاستجابة بتخفيف حالة الطوارئ. كبدل، يجب إجراء مسوحات التغذية مبكراً لإتاحة الاستجابة في الوقت المناسب.

ترابط برنامج التغذية التكميلي الشامل وبرنامج الإدارة المتكاملة لسوء التغذية الحاد IMAM: في استراتيجية برنامج التغذية التكميلي الشامل، يتم تحويل الأشخاص المصنفين ضمن سوء التغذية الحاد إلى برنامج الإدارة المتكاملة لسوء التغذية الحاد في الحكومة الكينية. مع ذلك، تبين عملياً كيف يمكن أن يشكل تحدياً موضوع ربط الأشخاص في المناطق حيث قدرات برنامج الإدارة المتكاملة لسوء التغذية الحاد محدودة.

الدرس: في البرمجة المستقبلية، يجب أن يُخطط لتطبيقات برنامج التغذية التكميلي الشامل إلى جانب تدخلات برنامج الإدارة المتكاملة لسوء التغذية الحاد الموجودة لضمان تكامل تام. ربما تكون هناك حاجة لمدخلات إضافية (عاملين ومركبات وإمدادات) في تطبيق برنامج الإدارة المتكاملة لسوء التغذية الحاد لضمان الترابط الفعال.

مصادر بشرية:

العاملون: بالاستفادة من برنامج التغذية التكميلي الشامل 2010، طُوّر برنامج التغذية التكميلي الشامل 2012/2011 وطبّق استراتيجية مسهبة للعاملين وكان المجموع 21 عاملاً لكل 250 مستفيداً لموقع محدد كما هو موضح في الصندوق رقم 1.

الربط بين النمو الاقتصادي ونقص التغذية في الطفولة المبكرة: شهادة من 121 مسحاً صحياً ديموغرافياً من 36 دولة ذات مدخول محدود ومتوسط

سيباستيان فولير وآخرون
لانست للصحة العالمية 2014

وانخفاض الوزن، والهزال في الطفولة المبكرة. وهناك عدة أسباب محتملة لذلك:

- قد يكون توزيع نمو المداخيل غير متساوٍ.
 - في حال وصلت المداخيل إلى معظم البيوت، فقد لا تكون بالضرورة صُرفت بطرق تحسّن الوضع الغذائي للأطفال.
 - قد يكون ارتباط ارتفاع معدلات المداخيل بتحسينات الخدمات العامة الضرورية لتحسين الوضع الغذائي للسكان ضعيفاً.
- والأهم أن إجمالي هذه النتائج يتحدى الاعتقاد بأن النمو الاقتصادي سيؤدي بشكل آلي إلى تقليص نقص التغذية لدى الأطفال. تشدّد هذه النتائج على الحاجة إلى التركيز على الاستثمارات المباشرة في الصحة والتغذية.

من المسلّم به أن زيادة نمو الاقتصاد تقود إلى زيادة في معدلات الدخل، خاصة تحسّين مداخيل الفقراء، والذي بدوره يحسّن إمكانية الحصول على البضائع والخدمات واستهلاكها ما يؤدي إلى تحسّين الوضع الغذائي والصحي. مع ذلك، رغم وجود بعض الدراسات التي نظرت في العلاقة بين النمو الاقتصادي ونقص التغذية، ما زالت الدلائل التي تدعم هذه النتيجة غير واضحة. بحثت هذه الدراسة فيما إذا كانت التغيرات في نمو الاقتصاد الوطني مرتبطة بانخفاض انتشار التقرّم، وانخفاض الوزن، والهزال في الطفولة المبكرة.

تمّ تحليل بيانات أطفال بين عمر 0-35 شهراً من 121 مسحاً صحياً ديموغرافياً من 36 دولة ذات مدخول محدود ومتوسط. أظهرت النتائج الإجمالية أن لنمو الاقتصاد الكلي تأثيراً معدوماً أو محدوداً بالنسبة لتقليص التقرّم،

استخدام قياس محيط منتصف أعلى الذراع لإنهاء علاج سوء التغذية الحاد يقود إلى زيادة أعلى في الوزن لدى معظم الأطفال المصابين بسوء التغذية

نانسي إم دايل وآخرون

بلوس واحد PLOS one، فبراير/شباط 2013، المجلد 8، العدد 2

يحتاجون إلى الاستقرار، فقد تمّ تحويلهم إلى أقرب مرفق صحي للمرضى الداخليين.

استناداً إلى الدلائل على وجود وفيات قليلة جداً بين الأطفال ذوي قياس محيط منتصف أعلى الذراع فوق 125 ميليمتراً، وُضعت معايير الإخراج للأطفال في قسم المرضى الخارجيين في البرنامج العلاجي ذوي قياس محيط منتصف أعلى الذراع فوق 125 ميليمتراً على مدى دورتي قياس متتاليتين، بالإضافة إلى تمتعهم باستقرار في الوزن أو استمرار في زيادة الوزن، وغياب الاستقساء الثاني لمدة أربعة أسابيع، وشهية وصحة جيدتين.

كانت نتائج الأطفال في قسم المرضى الخارجيين في البرنامج العلاجي ضمن معايير سفير SPHERE مع نسب من الشفاء، والإنسحاب أو عدم إكمال العلاج، والموت 82% و 15% و 1% على التوالي. وتمّ تحويل النسبة الباقية 2% إلى مستشفى المنطقة الرئيسي. كان متوسط فترة إقامة الأطفال 60 يوماً. احتاج الأطفال بقياس محيط منتصف أعلى الذراع منخفض فترات أطول من العلاج. وكانت النسبة الإجمالية لزيادة الوزن لدى جميع الأطفال 21 واكتسب معظمهم أكثر من 15% زيادة على الوزن الذي كانوا عليه عند إدخالهم.

يقترح تصريح مشترك لمنظمة الأمم المتحدة عن الإدارة المجتمعية لسوء التغذية الحاد (CMAM 2009) إدخال الأطفال في برامج تغذية علاجية على أساس أن يكون قياس محيط منتصف أعلى الذراع MUAC أقل من 115 ميليمتراً، وإخراجهم بعد اكتساب الوزن بنسبة بين 15% و 20%. عندما تُتبع هذه الاقتراحات، يتلقى أكثر الأطفال المصابين بسوء التغذية الحاد علاجاً قصيراً مقارنة بالأطفال الذين لديهم سوء تغذية حاد أقل.

أجرت منظمة أطباء بلا حدود MSF سويسرا دراسة استخدمت فيها قياس محيط منتصف أعلى الذراع كمعيار لكل من عمليتي الإدخال والإخراج في برنامج التغذية في الطوارئ بمنطقة القضايف في شمال السودان لمعرفة إذا كان يلغي آثار فترة العلاج القصيرة لدى معظم الأطفال المصابين بسوء التغذية الحاد.

عالج البرنامج الأطفال بأعمار بين 6 أشهر و 59 شهراً ممن لديهم قياس محيط منتصف أعلى الذراع MUAC أقل من 115 ميليمتراً و/ أو استقساء خفيف. وأدخل الأطفال الذين يتمتعون بشهية جيدة ولا يعانون من مضاعفات طبية حادة إلى قسم المرضى الخارجيين في البرنامج العلاجي. أما الأطفال الذين

- لا يبدو أن استخدام قياس محيط منتصف أعلى الذراع كمعيار للإخراج قد أطل فترة الإقامة وبالتالي تكلفة البرنامج، مع أن الأمر يختلف بحسب السياقات.
- يستنتج الباحثون أن قياس محيط منتصف أعلى الذراع فوق 125 ميليمتراً كمعيار للإخراج مسألة قابلة للتطبيق وقد قادت إلى فترات علاجية وزيادات في الوزن معقولة في هذا الإطار. ويقترحون تأكيد إتاحة هذه الطريقة في أطر أخرى.

تُظهر الدراسة ما يلي:

- استخدام قياس محيط منتصف أعلى الذراع كمعيار للإخراج يلغي آثار العلاج الأقصر في معظم الأطفال الأكثر إصابة بسوء التغذية الحاد والعلاج الأطول في الأطفال الذين لديهم سوء تغذية حاد أقل، مثلما لوحظ مع النسبة المئوية لزيادة الوزن.
- كنتيجة للعلاج الأطول، حقق الأطفال الأكثر إصابة بسوء التغذية الحاد، كذوي قياس محيط منتصف أعلى الذراع الأضعف عند الإدخال، نسبة مئوية أعلى من الـ 15% المقترحة في زيادة الوزن.

اجتماع "أليف أند ثرايف" حول خفض التقزم: أكتوبر/ تشرين الأول 2013



تضمّن البرنامج عروض أوراق وأبحاث، وفيديو، وأسئلة وأجوبة، ولجنة متبرّعين تناقش المسار المستقبلي.

لقراءة المزيد، زوروا الرابط التالي:

<http://www.aliveandthrive.org/events>

في أكتوبر/ تشرين الأول 2013، شاركت الحكومة الإثيوبية مع «أليف أند ثرايف» في استضافة اجتماع حول «خفض التقزم: حلول تغذية وما أبعد». وضمّ الاجتماع معاً أكثر من 100 خبير تقني، وممثل حكومي، ومنظمة تطبيق برامج، ومعهد أبحاث، وجهة مانحة، وضيف دولي مدعو. كان هدف الاجتماع استكشاف مناهج لخفض التقزم مع التركيز على التوجيه العملي لتصميم برامج خفض التقزم وتطبيقها وتقييمها.

بعض عروض الأوراق والأبحاث ننصحكم بالاطلاع عليها:

الإستدامة: منهج جديد في المجتمع لتغذية الرضع وصغار الأطفال IYCF
الدكتور رابول هايك، دكتوراه، براك BRAC

المساعدة

مبادرة SUN في إثيوبيا

فيرو ليما، إثيوبيا SUN

توسيع نطاق التغذية باستخدام منهج القطاعات المتعددة: تجربة أوغندا
مورين باكوزي، مكتب رئيس الوزراء، أوغندا

تغيير السلوكيات

ما الذي تستطيع فعله بقية أفراد الأسرة؟: سلوكيات للآباء في إثيوبيا
ميدهانيت زيوالي، «أليف أند ثرايف» و«ثرايف إثيوبيا»، «منظمة صحة العائلة الدولية 360» FHI 360

أي سلوك سيقوم به العاملون في الخطوط الأمامية؟ دعم غسيل اليدين في
بنغلادش

سوميترو روي، «أليف أند ثرايف بنغلادش»، «منظمة صحة العائلة الدولية
360»

دور التغذية ضمن إطار عمل أوسع لخفض التقزم
كاثرين جي. ديوي، دكتوراه، جامعة كاليفورنيا، دايفس

برنامج التغذية الوطني

فيرو ليما، وزارة الصحة الفيدرالية، حكومة إثيوبيا

روابط متعددة القطاعات

تدخلات وبرامج حساسة للتغذية: كيف تساعد على تسريع التطور في
تحسين تغذية الأمهات والأطفال؟

روييل، المعهد الدولي لبحوث السياسات الغذائية IFPRI

بيبي واش WASH: تدخلات الصرف الصحي والنظافة الشخصية
للوقاية من أمراض الأمعاء البكتيرية المنقولة من بيئة الطفل، والتقزم،
والاستقساء في الأطفال الرضع

مدودوزي مبوبا، زفيتامبو

العاملون في الخطوط الأمامية

إرسال عاملين في الخطوط الأمامية لتفعيل التأثير الغذائي: بعض
التحديات، وبعض الفرص

بورنيما مينون، المعهد الدولي لبحوث السياسات الغذائية IFPRI

إدارة سوء التغذية الحاد الشديد مع ندرة المصادر في باكستان

الدكتورة موبينا أغبواتوالا، HOPE باكستان



بناء طاقة استيعابية. قام الفريق الأساسي² في «هوب» بتدريب فريق الوزارة العامل في المراكز الصحية للأمومة والطفولة MCH ووحدات الصحة الأساسية BHUs في استراتيجية تغذية الرضع وصغار الأطفال IYCF على تقديم الاستشارة والفحص لسوء التغذية الحاد. كما تمّ تدريب العاملين في التربية الصحية الموجهة والوقائية بالمراكز الصحية الهامشية، والذين لم يكونوا في الأصل جزءاً من أنشطة «هوب» الغذائية. واشتمل التدريب على ترويج الرضاعة الطبيعية والتغذية التكميلية المناسبة.

تحريك المجتمع. واصلت «هوب» دعم خدمات صحة الأمومة والرضع وصغار الأطفال في شبكة مراكز صحية خارجية ودُمج تحريك المجتمع من أجل التغذية مع الأنشطة الموجودة. بالإضافة إلى ذلك، أدخلت فرق التوعية في «هوب»، والتي سافرت إلى القرى، فحص واستشارة التغذية في زيارات هذه المجتمعات، وحددت الأطفال المصابين بسوء التغذية الحاد ونقلتهم (مع أمهاتهم) إلى المرافق الصحية المناسبة.

البرنامج العلاجي للمرضى الخارجيين OTP وفُرت «هوب» بشكل مخفّض خدمات البرنامج العلاجي للمرضى الخارجيين على مستوى المرفق الصحي. تلقى الأطفال الذين صُنّفوا أنهم مصابون بسوء التغذية المتوسط MAM (قياس محيط منتصف أعلى الذراع 11.5-12.5 ميليمتراً) والأطفال المصابين بسوء التغذية الحاد الشديد وبدون مضاعفات (قياس محيط منتصف أعلى الذراع أقل من 11.5)، وجبة وعلاجاً طبيياً عندما حضروا إلى المرفق الصحي. بينما أدخل الأطفال المصابون بسوء التغذية الحاد الشديد مع مضاعفات إلى مركز تثبيت الاستقرار لعلاج المرضى الداخليين.

لم يكن الغذاء العلاجي الجاهز للاستخدام RUTF متوفراً بسبب التكلفة المرتفعة. وكبديل بتكلفة منخفضة، كانت تُحضّر يومياً الأطعمة المغذية المتوفرة محلياً، مثل كيشري وسوجي (وهي أطعمة نصف صلبة من العدس، والأرز، والقمح مع بعض الزيت النباتي). كان العاملون في «هوب» يحضرون هذه الأطعمة التي تعطيها الأمهات أو الشخص الراعي للأطفال. بعدها تمّ توجيه الأمهات لتحضير هذه الأطعمة في المنزل يومياً (من المواد المتوفرة في المنزل - لم تقدّم «هوب» الأطعمة) والعودة كل أسبوعين لزيارة متابعة للطفل.

تمّ توفير الأدوية الضرورية للأمراض الخفيفة، مثل السعال، والزكام، والإسهال، والتقيؤ.

الدكتورة موبينا أغبواتوالا طبيبة أطفال ورئيسة التربية الصحية الموجهة والوقائية «هوب» HOPE. عملت بكثافة في برامج صحة الأمومة والطفولة، بما فيها البرامج المجتمعية والمرتكزة على المستشفى لعلاج الأطفال المصابين بسوء التغذية الحاد الشديد.

مقدمة

تعتبر التغذية في باكستان تحدياً حرجاً مع 44% من الأطفال تحت عمر الخمس سنوات يعانون من التقرّم و18% يعانون من هزال متوسط أو حاد¹. بعد فياضات 2010 و2011، فاق مستوى سوء التغذية العالمي الحاد عتبة الطوارئ المحددة من منظمة الصحة العالمية WHO بنسبة 15%. وللتعامل مع ارتفاع سوء التغذية الحاد الشديد، دعمت وكالات الأمم المتحدة، والمنظمات الدولية غير الحكومية INGOs والمنظمات الوطنية غير الحكومية NGOs تطوير مشاريع الإدارة المجتمعية لسوء التغذية الحاد CMAM. بعد سنة، نفذ تمويل الطوارئ قصير المدى للإدارة المجتمعية لسوء التغذية الحاد وتوقفت الأنشطة لتحسين الوضع الغذائي. يوجز هذا المقال تجربة التربية الصحية الموجهة والوقائية والمنظمات الوطنية التي تلقت الدعم لتطبيق طوارئ الإدارة المجتمعية لسوء التغذية الحاد في ثلاث مقاطعات (تاتا، ودادو، وشاهداتكوت) وكيفية تعاملها مع مشكلة مستويات سوء التغذية الحاد المرتفعة والمستمرة بعد انتهاء تمويل الطوارئ.

في إبريل/ نيسان 2012، نفذ التمويل الخارجي لـ «هوب» عن أنشطتها في الإدارة المجتمعية لسوء التغذية الحاد. مع ذلك، كانت هناك مناطق واسعة، بينها مدن في جيمبر، وساكر، وسوجاوال استمرت فيها مستويات مخيفة من سوء التغذية العالمي الحاد (21.1% استناداً إلى المسح الغذائي لكل من مؤسسة العمل ضد الجوع ACF ومنظمة اليونيسيف UNICEF). قررت التربية الصحية الموجهة والوقائية أن تحاول الاستمرار مع مستويات مخفّضة من خدمات الإدارة المجتمعية لسوء التغذية الحاد بالمصادر المتوفرة في منطقة تاتا من إبريل/ نيسان 2012 وحتى مارس/ آذار 2013.

تطبيق المشروع

تضمّن عمل «هوب» بمستويات مخفّضة من خدمات الإدارة المجتمعية لسوء التغذية الحاد (1) بناء طاقة استيعابية من العاملين في المركز الصحي لفحص سوء التغذية الحاد وتقديم استشارة صحية، (2) وتحريك المجتمع، (3) وتوفير أطعمة مصنوعة محلياً للمصابين بسوء التغذية الحاد كما هو موصوف أدناه.

¹ وضع الأطفال في العالم، اليونيسيف 2013 UNICEF
² مسؤول التنسيق الغذائي، ومسؤول التغذية، ومسؤول الخدمات الإجتماعية، ومسؤول الاتصالات

التحديات

واجه البرنامج العديد من التحديات:

- لم يكن هناك تمويل خارجي، وشغلت «هوب» البرنامج بالمتوفر من البنى التحتية، والعاملين، والمعدات الطبية.
- كان عدد العاملين المخصصين للتغذية قليلاً.
- لم يكن الغذاء العلاجي الجاهز للاستخدام RUTF في البرنامج العلاجي للمرضى الخارجيين OTP أو لـ «أنقذوا الأطفال» متاحاً ولم يتوفر F75 أو F100 للعناية بالمرضى الداخليين.
- لم ترغب الأمهات بالبقاء في المستشفى لمدة أسبوع أو عشرة أيام بسبب وجود أطفال آخرين لهن في المنزل.

التكاليف

كان إجمالي تكلفة برنامج «هوب» الصحي 68,000 دولار أمريكي على مدى ثلاث سنوات³. وُصِفَ 35% من الميزانية على مكافآت العاملين، و20% على الأدوية، و30% على الخدمات اللوجيستية وحوالي 15% على الأطعمة. وبحسب تجربة «هوب»، يعادل هذا المبلغ حوالي 40% من تكلفة برنامج الإدارة المجتمعية لسوء التغذية الحاد بحجم مماثل مُمَوَّل من الجهات المانحة.

خاتمة

جزء المصادر المحدودة، صممت وطُبقت «هوب» بالاستشارة مع فريقها المدرب في الإدارة المجتمعية لسوء التغذية الحاد (أطباء أطفال وأخصائيي تغذية) برنامجاً لعلاج الأطفال المصابين بسوء التغذية الحاد باستخدام مكونات محلية، وأكملتها بالدعم الطبي المناسب لمدة سنة. بينما لبى البرنامج معايير سفير Sphere الدولية من حيث شفاء المرضى الخارجيين، كان عدد المنسحبين مرتفعاً ومدة البقاء أطول بكثير من المحدد. لم تشف حالات المرضى الداخليين المصابين بسوء التغذية الحاد الشديد بحسب معايير سفير Sphere الدولية. مع ذلك، استمر تحريك المجتمع فيما حاولت «هوب» تعزيز تغيير السلوك لدعم الممارسات الصحية والغذائية الإيجابية في غياب أي شيء آخر.

بينما لا يعتبر الوضع مثالياً، فهو ما يواجهه غالباً برنامج الطوارئ في النهاية. واستناداً إلى هذه التجربة، تحث «هوب» الجهات المانحة على مراجعة سياساتها فيما يتعلق بالتمويل قصير المدى للطوارئ من أجل دعم برامج التغذية، وتدعو إلى تمويل طويل المدى/مرن لتمكين البرامج من الاستمرار إلى ما بعد مرحلة الطوارئ، خاصة في السياقات ذات العبء المرتفع، والمصادر الفقيرة، والمعرضة للطوارئ. فضلاً عن ذلك، تدعم «هوب» الحكومة في الإمساك بزمام الأمور بالنسبة لخدمات التغذية، وتشجع التخطيط الإستراتيجي المشترك لضمان الاستدامة.

³ هذا يتضمن أنشطة الإدارة المجتمعية لسوء التغذية الحاد CMAM بالإضافة إلى أنشطة الصحة واسعة النطاق. بما أن أنشطة الإدارة المجتمعية لسوء التغذية الحاد أدخلت إلى أنشطة الصحة واسعة النطاق، ليس بالإمكان تحديد تكلفة أنشطة الإدارة المجتمعية لسوء التغذية الحاد على حدة.

نقلت «هوب» الأطفال للعودة إلى منازلهم. وطلب من الأمهات إحضار الأطفال في غضون أسبوعين من أجل فحص المراجعة. وبما أن فريق «هوب» زار القرى كل أسبوع، فقد اختار أكثر الأطفال/ الأمهات المحتاجين للعودة إلى البرنامج.

تضمنت زيارات المتابعة تقييم قياس محيط منتصف أعلى الذراع والوزن، ومراجعة تاريخ النظام الغذائي وتوفير الاستشارة الغذائية. وتم توفير الأدوية في حالات الأمراض الخفيفة. قدّم العاملون في المرفق الصحي استشارة للأمهات الأطفال الذين لم يكسبوا وزناً واقتروا تقنيات لإطعام أطفالهن.

أخذَ الأطفال المصابون بسوء التغذية الحاد الشديد (قياس محيط منتصف أعلى الذراع أقل من 11.5) مع مضاعفات إلى مستشفى للمرضى الداخليين حيث عولجت مضاعفاتهم الطبية. واعتمد الغذاء العلاجي على الكيشري والسوجي، والساغودانا (عصيدة من الأرز). في المستشفى، تم تقديم شرح للأمهات حول تحضير الطعام إلى جانب توجيهه بالنسبة للرضاعة من الثدي وممارسات تغذية الرضع وصغار الأطفال IYCF. وأُخْرِجَ المرضى استناداً إلى زيادة الوزن بنسبة تفوق 15% وأعيدوا إلى القرى بمواصلات العاملين في الصحة المجتمعية و«هوب». وتم تشجيع المرضى للذهاب إلى أقرب مرفق صحي (البرنامج العلاجي للمرضى الخارجيين الثابت) للمتابعة بشكل شهري.

أداء البرنامج

استمرت خدمة الإدارة المجتمعية لسوء التغذية الحاد المخفضة هذه لمدة سنة تقريباً، من إبريل/ نيسان 2012 وحتى مارس/ آذار 2013. خلال هذه الفترة حُدِّدَ ما مجموعه 9600 طفل مصاب بسوء التغذية الحاد في المرافق الصحية الهامشية، انظر الجدول أدناه. من بين الأطفال المصابين بسوء التغذية المتوسط، عولج 5616 (90%) منهم وشفى، مع أن معدل الذين لم يكملوا العلاج كان مرتفعاً، 9.5% (593 طفلاً). ووسط الأطفال المصابين بسوء التغذية الحاد الشديد بدون مضاعفات، شفي 1253 طفلاً (87%) فيما انسحب 151 طفلاً (12%).

في هذه الفترة، أُدخل 231 مريضاً (13.8% من مجموع الأطفال المصابين بسوء التغذية الحاد الشديد) إلى مراكز تثبيت الاستقرار. وبين هؤلاء، شفي 137 (59.2%)، فيما انسحب 32 مريضاً (14%) لأنهم لم يرغبوا في الإقامة كمرضى داخليين. ولم يُلاحظ تغيير في الوزن لدى 37 مريضاً (16%) بينما أظهر 18 مريضاً (7.8%) خسارة في الوزن.

تطلّب الشفاء من سوء التغذية المتوسط معدل 5.4 أشهر. وبقي الأطفال المصابون بسوء التغذية الحاد الشديد بدون مضاعفات في البرنامج بمعدل 6 أشهر. بينت التسجيلات أن 86% من الأطفال تمت متابعتهم في منازلهم من قبل العاملين في الصحة المجتمعية. من المعروف أن نتائج شفاء الأطفال المصابين بسوء التغذية الحاد الشديد مع مضاعفات لا يلبي معايير سفير SPHERE الدولية. ويُعتقد أن السبب الدعم الغذائي المحدود الذي كان متوفراً - لم يكن هناك حليب علاجي (F75 أو F100) أو غذاء علاجي جاهز للاستخدام RUTF في مركز تثبيت الاستقرار SC.

نتائج برنامج الأطفال في البرنامج العلاجي للمرضى الخارجيين OTP			
وفيات	إنسحاب	شفاء	
0.1% (8)	9.87% (616)	90% (5616)	الأطفال المصابون بسوء التغذية المتوسط
1% (14)	12% (173)	87% (1253)	الأطفال المصابون بسوء التغذية الحاد الشديد بدون مضاعفات
3% (7)	14% (32)	59.2% (137)	الأطفال المصابون بسوء التغذية الحاد الشديد مع مضاعفات

الأطفال الذين تمّ فحصهم وإدخالهم في البرنامج	
9600	مجموع الأطفال (تحت خمس سنوات ممن تمّ فحصهم)
6240	الأطفال المصابون بسوء التغذية المتوسط
1440	الأطفال المصابون بسوء التغذية الحاد الشديد بدون مضاعفات
231	الأطفال المصابون بسوء التغذية الحاد الشديد مع مضاعفات

البرنامج المتكامل يحقق نسب نجاة جيدة لكن بشفاة محدود بين الأطفال ذوي سوء التغذية الحاد الشديد في الهند

فيكتور أغوايو وآخرون
المجلة الأمريكية للتغذية العيادية 2013



جلسات مرحلة ما قبل المدرسة في مركز أنغانواي، مقاطعة ساغار، ماديبها براديش

التغذية الحاد الشديد في ماديبها براديش أولوية للأطفال الأصغر من سنتين، وبالذات البنات، من مجموعات اجتماعية-اقتصادية محرومة.

وسُجّلت الحصيلة الإجمالية التالية:

- وفيات: مات طفلان (0.1%) وهما في مركز التغذية التأهيلي
- الانسحاب وعدم إكمال العلاج: 531 طفلاً (19.8%) عجزوا عن إكمال العلاج (غادروا مركز التغذية التأهيلي قبل إتمام 14 يوماً)
- إخراج: 2151 طفلاً (80.1%) تمّ إخراجهم من مركز التغذية التأهيلي إلى مرحلة الإدارة المجتمعية من البرنامج.

أكّد الباحثون على أهمية معدل الوفيات المنخفض مقارنة بمعايير العناية الوطنية والدولية. مع ذلك، كانت نسبة الذين انسحبوا من العلاج (32.0%) أعلى من معايير العناية الوطنية والدولية. يُعتقد أن سبب الغياب المرتفع رجع إلى التكلفة المرتفعة على الأسر لفرصة وجود طفلهم في المرفق مدة 14 يوماً متتالياً. كانت نسبة الأطفال الذين تمّ إخراجهم من البرنامج (67.6%) أدنى من معايير العناية الوطنية والدولية، خاصة بسبب النسبة اللافتة من الأطفال الذين انسحبوا قبل إتمام فترة الإقامة المطلوبة. كان متوسط زيادة الوزن في مرحلة الإدارة الصحية أقل من الحد الأدنى للمعايير الوطنية والدولية، ما يشير إلى أن نوعية الغذاء العلاجي المستخدم في مركز التغذية التأهيلي أقل من المستوى الأمثل. كان متوسط زيادة الوزن في مرحلة الإدارة المجتمعية أقل مما لوحظ في برامج الإدارة المجتمعية لسوء التغذية الحاد في أماكن أخرى، ما يبيّن أن كثافة المواد المغذية في الأطعمة التي استخدمت في هذه المرحلة أقل من المناسب لضمان زيادة وزن ملائمة وشفاء في حينه.

خُصّص الباحثون إلى أن البروتوكولات الحالية والأغذية العلاجية تتطلب تحسيناً. وبحكم ثقل سوء التغذية الحاد الشديد في الهند، ليس بالإمكان عملياً علاج جميع الأطفال المصابين بسوء التغذية الحاد الشديد في مراكز التغذية التأهيلية. تُظهر التجربة في ماديبها براديش إمكانية تقوية الأنظمة الصحية الموجودة من خلال تعديلات ممكنة لتوفير عناية فعّالة للأطفال المصابين بسوء التغذية الحاد الشديد عبر نموذج متكامل مؤلف من عناية صحية وأخرى مجتمعية.

في أية فترة من الزمن، يعاني 8 ملايين طفل هندي في المتوسط من سوء التغذية الحاد الشديد. في ولاية ماديبها براديش، تُقدّر إصابة 1.26% من الأطفال تحت عمر الخمس سنوات بسوء التغذية الحاد الشديد. الاستجابة لسوء التغذية الحاد الشديد هي برنامج متكامل يتمّ فيه أساساً إدخال الأطفال إلى مرحلة الإدارة الصحية في مركز التغذية التأهيلي NRC. وبعد مرحلة الإدارة الصحية، يُنقل الأطفال إلى المرحلة المجتمعية في المنزل. هذا المقال يقيّم فعّالية النموذج المتكامل في إدارة سوء التغذية الحاد الشديد في الهند والمؤلف من مرحلتين العناية الصحية والعناية المجتمعية باستخدام البروتوكولات المعتمدة محلياً لإلهام تصميم البرامج وتطبيقها مستقبلاً من أجل نشر الخدمات للأطفال المصابين بسوء التغذية الحاد الشديد في الهند.

يجري الكشف عن سوء التغذية الحاد الشديد على المستوى المجتمعي عبر العاملين في أنغانواي، وهم العاملون في الخطوط الأمامية في البرنامج الهندي للخدمات المتكاملة لتطوير الطفل ICDS. يُحدّد الهزال الحاد عبر قياس محيط منتصف أعلى الذراع أقل من 115 ميليمتراً و/ أو الطول بالنسبة للوزن قياس WHZ أقل من -3 من متوسط WHZ لمعايير نمو الطفل وفق منظمة الصحة العالمية. تمّ إدخال جميع الأطفال بين عمر 6 أشهر و59 شهراً المصابين بإستسقاء ثنائي عميق، و/ أو طول بالنسبة للوزن أقل من -3، و/ أو قياس محيط منتصف أعلى الذراع أقل من 115 ميليمتراً إلى مركز التغذية التأهيلي. وعولج الأطفال بحسب بروتوكولات منظمة الصحة العالمية، وتشتمل على مراحل تثبيت الاستقرار، والانتقال والتأهيل. والتحق بمرحلة التأهيل منذ اليوم الأول لإدخال الأطفال ذوو الشهية الطبيعية وغير المصابين بمضاعفات طبية. وقد أكمل جميع الأطفال إقامة إلزامية لمدة 14 يوماً في مركز التغذية التأهيلي، ثم نُقلوا إلى المرحلة المجتمعية حيث تابعهم العاملون في المجتمع وعادوا في زيارات متابعة إلى مركز التغذية التأهيلي كل 15 يوماً بعد الإخراج.

نتائج ونقاشات

كان الأطفال الذين دخلوا صغاراً جداً؛ 78.7% كانوا بين 6 أشهر و23 شهراً؛ و55.7% كانوا من الإناث و64.1% كانوا من الذكور ممن اختارتهم الطائفة أو العائلات القبلية. يقترح الباحثون أن تعطي برامج الأطفال للمصابين بسوء

تلبية الحد الأقصى لطلب إدارة مجتمعية لسوء التغذية الحاد الشديد في الخدمات الصحية الحكومية في كينيا

ريجين كوبلاو وآخرون
التبادل الميداني 47، صفحة 3

الخدمة، والقوى العاملة الصحية، والمعلومات، والمنتجات والتقنيات الطبية، والتمويل، والقيادة والحكم).

في مايو/ أيار 2012، تمت الانطلاقة التجريبية لنموذج الإدارة المجتمعية العاجلة لسوء التغذية الحاد في فِرَق الإدارة الصحية للمنطقة والعالمين في الصحة في ثلاث مناطق بمقاطعة مارسايت؛ وهي مستمرة حتى يومنا هذا. وسوف يتم تقييم النموذج في وقت لاحق من 2014 للإبلاغ عن توسيع نطاق محتمل أو استنساخ في مقاطعات أخرى في الأراضي شبه القاحلة.

تتضمن الدروس المستفادة حتى اليوم الحالي ما يلي:

- يرتبط قبول النموذج بشكل وثيق بمدى بساطته
- من الهام إدخال الأنظمة المجتمعية إلى النموذج وترك مساحة لمزيد من التطوير
- من المطلوب المراجعة المنتظمة لعتبة النموذج نظراً للتغيرات في السياق المحلي
- يتيح الحكم غير المركزي مرونة ومحلية في اتخاذ القرارات، وهو فرصة للنموذج العاجل.

أبرزت تجربة الإنطلاقة التجريبية أيضاً أن القدرة المحلية مسألة جوهرية نظراً لطبيعة الطوارئ «الغذائية» التي يمكن توقعها، ما سيستدعي كلاً من الوكالات الخارجية والعالمين في الصحة الحكومية للأداء بشكل مختلف. يمكن أن يسهل نموذج الإدارة المجتمعية العاجلة لسوء التغذية الحاد إعادة تنظيم الأدوار الحكومية وغير الحكومية لتوفير إدارة مجتمعية لسوء التغذية الحاد أكثر فعالية وأقل تكلفة للسماح للخدمات بالوصول إلى الناس في الوقت المناسب.

يدرك المجتمع الإنساني والحكومات المحلية بشكل متزايد أن الإنذار المبكر والاستجابة المبكرة أكثر فعالية وأقل تكلفة من الاستجابة المتأخرة. واستناداً إلى الدروس المستفادة من الاستجابة المؤجلة في الأراضي شبه القاحلة ASALs في كينيا الشمالية في 2011/2010، طوّرت كونسرن ورلدوايد Concern Worldwide نموذج دعم الإدارة المجتمعية العاجلة لسوء التغذية الحاد.

يرتكز نموذج الإدارة المجتمعية العاجلة لسوء التغذية الحاد على مبدأ أن التقصي المبكر لسوء التغذية الحاد يؤدي إلى نتائج علاج محسّنة وحالات أقل من سوء التغذية الحاد الشديد SAM. يهيئ النموذج النظام الصحي للتخطيط والتقصي والاستجابة بفعالية للزيادة القوية في انتشار سوء التغذية المتوسط MAM وسوء التغذية الحاد الشديد وعدد الحالات. يهدف النموذج إلى تقوية قدرة الأنظمة الصحية الحكومية على إدارة ارتفاع عدد حالات سوء التغذية الحاد بفعالية أثناء حالات الطوارئ المتوقعة من دون زعزعة النظام الصحي، ومخزون الخدمات الأخرى وأنظمة تعزيز الجهود المستمرة.

يناسب نموذج الإدارة المجتمعية العاجلة لسوء التغذية الحاد السياقات حيث:

- تتواجد زيادات قوية متكررة وموسمية في انتشار سوء التغذية الحاد، مع خطر لاف في حدوث المرض والوفيات.
- تعتبر إدارة سوء التغذية الحاد معياراً قياسيياً في خدمة الصحة الحكومية.
- تعمل الأنظمة الصحية الحكومية على معيار قياسي معتدل أثناء الأوقات خارج الطوارئ، وتتواجد جهود معززة ومناسبة للنظام الصحي (في المكان المشار إليه).

يشتمل نموذج الإدارة المجتمعية العاجلة لسوء التغذية الحاد على أجزاء تعزز حجر أساس النظام الصحي بحسب منظمة الصحة العالمية WHO (تقديم



سلسلة أوراق موجزة «أكسس فور آل» Access for All من مؤسسة العمل ضد الجوع ACF

التي تواجهها برامج التغذية هي أيضاً تلك التي تواجهها التدخلات الصحية العامة (مثلاً نقص المناعة، ومرض السل، والملاريا، إلخ).

المجلد 3 راجع ما فعلته التدخلات الصحية الأخرى لتجاوز تحديات الوصول، وكيف يمكن لأخصائيي التغذية التعلم من تجارب بعضهم البعض.

جميع الأوراق متوفرة مجاناً على الموقع الإلكتروني لشبكة مراقبة التغذية:

<http://www.coverage-monitoring.org/useful-documents/policy-papers>

نشرت مؤسسة العمل ضد الجوع ثلاثة إصدارات لبرهنة سبب ضرورة تحسين تغطية البرامج الغذائية ولمنح القطاع بدائل للقيام بذلك مبنية على الدلائل.

المجلد 1 نظر في أداء برامج التغذية في العقد الأخير وكيف بقي إجمالي أدائها عالياً. مع ذلك، وُجد أن التغطية كانت غير ثابتة طوال هذه المرحلة.

المجلد 2 حَقَّق في أسباب التغطية غير الثابتة. ووفّر، عبر بعض العمل الميداني في باكستان، وإثيوبيا، وكينيا، «منظوراً مجتمعياً» للتحديات التي يواجهها الناس الذين يتمنون استخدام هذه البرامج. كما بيّن هذا المجلد أن التحديات



Seife Kiffayohannes, 2012

معسكر مايل للاجئين

علاج مشكلة معدلات الانسحاب المرتفعة في محيط معسكرات اللاجئين - دروس من تشاد

سيفي كيفلايوهانس تيميري

استُخدم إطار العمل السببي لسوء التغذية الحاد إلى جانب انتقاء أدوات اجتماعية-أنتروبولوجية وصحية لتحديد الأسباب الكامنة لسوء التغذية الحاد. واستُعرِضت كتابات وتحديد الافتراضات حول الأسباب الكامنة لسوء التغذية الحاد ونوقشت في ورش عمل، وجمعت معلومات من الأفراد، ومجموعات النقاش الصغيرة وعبر الملاحظات لتثليث النتائج. حُدِّدت الأسباب الكامنة لسوء التغذية الحاد في المعسكرين على أنها (1) نقص في الأغذية (لم تغطّ المساعدات الغذائية احتياجات السكان للاجئين من الطعام لمدة شهر كامل وكان اللاجئون يبيعون جزءاً من هذه الحصّة لزيادة قدرتهم الشرائية)؛ (2) غياب القدرة على الوصول إلى مياه الشرب النظيفة؛ (3) ونقص المعرفة بممارسات تغذية الرضّع وصغار الأطفال.

تمت مراجعة البيانات الروتينية لاستيعاب إضافي للوضع. وأظهرت بيانات شهر يناير/ كانون الثاني معدلات مرتفعة وثابتة من الانسحاب من البرنامج المستهدف للتغذية التكميلية TSFP وبرنامج علاج المرضى الخارجيين OTP كما هو موضح في الجدول 1.

كان معدل الانسحاب أعلى بكثير من الحد الأدنى لمعايير سفير Sphere وهو أقل من 15%. وتُرجمت معدلات الانسحاب المرتفعة عبر تغطية ضعيفة

سيفي كيفلايوهانس تيميري ممرض تغذية. يعمل في الهيئة الطبية الدولية منذ 2010.



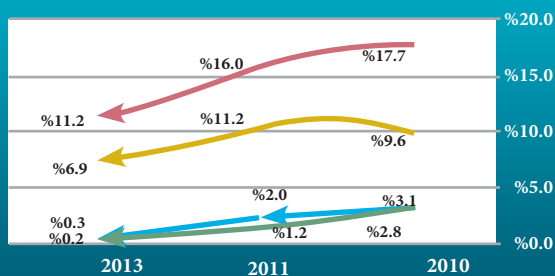
يتواجد في تشاد الشرقية 12 معسكراً للاجئين السودانيين. منذ 2004، توفّر الهيئة الطبية الدولية IMC دعماً وطنياً في معسكرين من هذه المعسكرات: مايل وكونونغو. الوضع الغذائي متزعزع مع انتشار كبير لسوء التغذية الحاد. وقد تجاوز سوء التغذية العالمي الحاد GAM في الماضي عتبات «الطوارئ» بحسب منظمة الصحة العالمية WHO، وخلال 2013 انخفض معدل سوء التغذية العالمي الحاد في جميع المعسكرات مقارنة بالعامين 2010 و2011 (أنظر الرسم البياني أدناه). كما يسود النقص في المغذيات الدقيقة أي الفيتامينات والمعادن؛ وقد وثّق مسح مشترك للهيئة الطبية الدولية والمفوضية العليا للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين UNHCR في يناير/ كانون الثاني 2013 انتشار فقر الدم أو الأنيميا في الأطفال بين سنّ 6 أشهر إلى 59 شهراً بنسبة 52.6% (في مايل) و46.8% (في كونونغو). ويعتمد اللاجئون في هذين المعسكرين بشكل كبير على المساعدة الإنسانية والإعانة الغذائية.

استعراض البرنامج

أثناء 2010 و2011، ركّز دعم الهيئة الطبية الدولية بشكل أساسي على علاج سوء التغذية الحاد الشديد SAM وسوء التغذية الحاد المتوسط MAM. مع ذلك، لم تتدخل الهيئة الطبية الدولية أو أي شريك آخر في الأنشطة الوقائية أو الدراسات لاستيعاب الأسباب الكامنة لسوء التغذية الحاد الشديد في المعسكرين.

في 2012، أجرت المفوضية العليا للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين بالتعاون مع الهيئة الطبية الدولية تحليلاً سببياً لسوء التغذية الحاد في معسكر مايل. وقد

إتجاهات سوء التغذية الحاد في مخيمي مايل وكونونغو (2012-2013)



الجدول 2						
إجمالي معدل المنسحبين سنوياً من OTP		إجمالي معدل المنسحبين سنوياً من TSFP				
معسكر	2013	2012	2011	2013	2012	2011
مايل	4.8%	10.7%	13.1%	6.1%	12.2%	16.3%
كونونغو	7.0%	11.2%	17.3%	4.7%	9.5%	16.8%

- توسيع معايير الفحص. تستخدم بروتوكولات التغذية التشادية كلاً من قياس محيط منتصف أعلى الذراع MUAC ومؤشر الوزن بالنسبة للطول المنخفض WFH للإدخال. وللتأكد من أن فحص قياس محيط منتصف أعلى الذراع قد حدّد جميع الأطفال بمؤشر وزن بالنسبة للطول منخفض، استُخدم في البداية قياس محيط منتصف أعلى الذراع أقل من 140 ميليمتراً لفحص الأطفال¹.
- أُجريت عملية توعية مجتمعية خلال التوزيع العام للغذاء بما أن العائلات، والتي تسافر بشكل ملحوظ، ترجع عادة عند التوزيع العام للغذاء GFD (في بداية الشهر).

النتائج

بعد تطبيق هذه الأنشطة، انخفض المعدل السنوي للانسحاب كما هو موضح في الجدول 2.

استنتاج

من خلال مراجعة شاملة للبرنامج وتقصي أسباب الانسحاب، حددت المفوضية العليا للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين والهيئة الطبية الدولية العوائق الأساسية لتحقيق تأثير وتغطية أفضل للبرنامج. وأُخذت خطوات ملموسة لمواجهة هذه العوائق وقد تحسّن معدل الانسحاب. مع ذلك، يبقى الوضع الغذائي غير مستقر. وأدركت الهيئة الطبية الدولية أن هناك الكثير مما يمكن القيام به للوقاية من ضعف التغذية وعلاجها في المعسكرين. في مايو/أيار 2012، بدأت الهيئة الطبية الدولية بالتعاون مع المفوضية العليا للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين بتوزيع نوتريباتر Nutributter[®]، وهو غذاء تكميلي يعتمد على الدهون، على الأطفال بين عمر 6 أشهر و24 شهراً للوقاية من سوء التغذية الحاد. بالإضافة إلى ذلك، تخطط الهيئة الطبية الدولية لاستمرار في تتبع المنسحبين والبدء بأنشطة جديدة لتحسين إضافي في ممارسات تغذية الرضع وصغار الأطفال ونقص المغذيات الدقيقة أي الفيتامينات والمعادن.

للمزيد من المعلومات، يرجى الاتصال بسييفي كيفلايوهانس تيميري على البريد الإلكتروني التالي: stemere@internationalmedicalcorps.org

¹تمّ تهنته الأطفال غير المؤهلين للبرنامج ويُعطى الشخص الذي يرعاهم لوحاً من الصابون.



فريق الإدارة المجتمعية لسوء التغذية الحاد في كونونغو

الجدول 1		
معسكر	% المنسحبون (يناير/كانون الثاني 2010)	
	OTP	TSFP
مايل	16.7% (3)	24.2% (16)
كونونغو	17.4% (4)	19.2% (10)

للبرنامج بما أن الأطفال تركوا البرنامج قبل أن يشفوا. كما يمكن ربط عدم الاستجابة بالانسحاب أيضاً لأن الأمهات ربما كنّ يقررن إيقاف مشاركة طفلهن في البرنامج ما لم يشاهدن تحسناً ملحوظاً في صحة طفلهن ورفاهيته. وقد أُجريت دراسة عن الانسحاب للتحقيق في السبب وراء هذا المعدل المرتفع منه. ووثقت الدراسة عدداً من العوائق التي تمنع إحضار الأطفال إلى البرنامج. من أكثر العوائق التي حدّدت الحاجة إلى التنقل المتكرر خارج المعسكر لزيارة أفراد العائلة (في معسكرات أخرى أو في السودان)، وجمع الحطب للنار، والأعمال اليومية المدفوعة الأجر. وبين العوائق والتحديات الأخرى للحضور ما يلي:

- عندما كان الطفل مريضاً، اقترحت المعتقدات التقليدية أن يعالج المرض معالج تقليدي. هكذا، تزور الأمهات المعالج التقليدي أولاً، ثم يحضرن الطفل غالباً إلى البرنامج العلاجي للمرضى الخارجيين أو للتغذية العلاجية بعدما تُستنفذ خيارات العلاج التقليدي.
- يبدو أن الحصة الصغيرة المقدّمة (2.8 كغ كل أسبوعين) لم تعادل عناء التسجيل في البرنامج، وبحسب الثقافة كان يتم تقاسم الحصة الصغيرة بين جميع الأطفال.
- كانت نوعية خليط الذرة والصويا CSB ضعيفة أحياناً بسبب سوء أوضاع التخزين.
- كان يُعتقد أن خليط الذرة والصويا يسبب الإسهال.
- كانت المراكز الصحية مكتظة.
- أصبح البرنامج الغذائي التكميلي الذي يشمل فئات عمرية محددة مستهدفاً، ما أبعد الناس عن الحضور وبالذات النساء الحوامل والأمهات المرضعات.

أنشطة البرنامج التي تمت مراجعتها

بعد نتائج تقييم الانسحاب وعدم الإكمال، وبدعم من المفوضية العليا للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين UNHCR، ركّز فريق التغذية في الهيئة الطبية الدولية IMC على الأنشطة الرئيسية لخفض المعدلات المرتفعة من الانسحاب وسوء التغذية الحاد

- أُعطى التدريب للمعالجين التقليديين في تحديد الأطفال والنساء الحوامل والأمهات المرضعات وتحويلهم إلى البرنامج. وأصبح الكثير من المعالجين التقليديين في واقع الأمر متطوعين في البرنامج، يقيمون الأطفال باستخدام قياس محيط منتصف أعلى الذراع MUAC ويحولون إلى البرنامج الأطفال بقياس محيط منتصف أعلى الذراع منخفض.
- أثناء النقاشات مع الأمهات/من يرضع الأطفال (في المراكز الصحية) والعائلة بأكملها (في الزيارات المنزلية)، تمّ التشديد على عجينة الفستق السوداني PlumpyNut وخليط الذرة والصويا CSB كعلاج وليس كغذاء فقط.
- تقديم العناية وتقييم مؤونة الصحة والغذاء. تمّ توفير عجينة الفستق السوداني PlumpyNut عبر العاملين الصحيين خلال زيارات ما قبل الولادة في العيادات الصحية أو عبر الزيارات المنزلية التي قام بها مساعداو الولادة التقليديون أو العاملون في الصحة المجتمعية.

تجاوز تحديات تخزين الغذاء العلاجي الجاهز للاستخدام RUTF في تيغراي، شمال إثيوبيا

لولسيديج تولا، تشارلوت والفورد
وبانغاج كومار، «كونسرن
وورلدوايد» إثيوبيا



خزانة مصممة خصيصاً للعلاج الغذائي الجاهز للاستخدام قيد الاستعمال، مقاطعة ميريب ليهي، منطقة تيغراي، إثيوبيا

Charlotte Welford, 2013

تشارلوت والفورد تعمل مع
«كونسرن وورلدوايد» إثيوبيا منذ
سبتمبر/ أيلول 2012 مساندة
برامجهم في CMAM و IYCF.



بانغاج كومار لديه أكثر من
أربع سنوات خبرة مع «كونسرن
وورلدوايد» إثيوبيا وقد عمل في
عدد من الدول الإفريقية.



لولسيديج تولا يعمل مع
«كونسرن وورلدوايد»
منذ 2011 على برامج
CMAM و IYCF.



مقدمة

أظهر المسح الديمغرافي والصحي الإثيوبي على المستوى الوطني أن 9.7% من الأطفال تحت عمر الخمس سنوات يعانون من الهزال و44.4% يعانون من التقزم. مستويات نقص التغذية في هذه الفئة العمرية، في منطقة تيغراي بالذات، أعلى من المستوى العام: 10.3% مصابون بالهزال و51.4% مصابون بالتقزم. وقد طُبِّقت مجموعة من حالات الطوارئ على نطاق واسع وبرامج تطوير من قبل الحكومة وأصحاب المصالح الرئيسيين (المنظمات غير الحكومية وNGOs ومنظمات الأمم المتحدة) لدعم تحسين الصحة والتغذية.

منذ العام 2007، كانت «كونسرن وورلدوايد» إثيوبيا توفر الدعم لمنطقة تيغراي في شمال إثيوبيا لعلاج سوء التغذية الحاد عبر برنامج العناية بالمرضى الخارجيين OTP، والذي أدخل الآن إلى توزيع الخدمة في المرافق الصحية. في أغسطس/ آب 2009، تم رفع الترخيلات، بتمويل من البنك الدولي، في خمس مقاطعات تعاني من معدلات مرتفعة من سوء التغذية الحاد.

خلال السنوات الأربع الماضية من تطبيق أنشطة العناية بالمرضى الخارجيين، لوحظ أن لدى معظم المواقع الصحية مشاكل في التخزين الصحيح لمؤن العلاج الغذائي الجاهز للاستخدام RUTF والعناية بالمرضى الخارجيين. أجرت «كونسرن وورلدوايد» والحكومة المحلية تقييماً لحالة التخزين من أجل تحديد العوائق أمام التخزين الصحيح وتطوير حلول عملية وبتكاليف معقولة.

طريقة التقييم

يتألف التقييم النوعي من (1) مقابلات مخبرية مع العاملين في الصحة الممتدة HEWs وخبراء الصحة (مشر في برنامج الصحة الممتدة وخبراء مكتب التغذية الصحية للمقاطعة)، (2) ومراقبة الفريق التي تمت في 72 موقعاً صحياً في خمس مقاطعات في المنطقة.

نتائج التقييم

حدّدت المقابلات والمراقبة في المراكز الصحية قضيتين أساسيتين في تخزين العلاج الغذائي الجاهز للاستخدام:

التخزين المفتوح. تتكوّن معظم المواقع الصحية من غرفة واحدة، بما أن دورها في الأساس كان توفير الأنشطة الصحية الوقائية فقط. ومع أنها مبنية حديثاً، لا توجد غالباً مساحة مناسبة لتخزين مؤن العلاج الغذائي الجاهز للاستخدام والعناية بالمرضى الخارجيين. وكان من النادر تخزين العلاج الغذائي الجاهز للاستخدام في وحدة مستقلة ومقفلة أو في غرفة منفصلة كما يُنصح مع المؤن الطبية الأخرى. تمّ إبقاء العلاج الغذائي الجاهز للاستخدام في غرفة تخزين مع غيرها من المؤن الطبية وغير الطبية في 42% من المواقع الصحية. أما في المواقع الصحية المتبقية، فقد تمّ في 37% منها تخزين العلاج الغذائي الجاهز للاستخدام على الأرض أو على مقعد طويل أو دكة، وفي 14% منها تمّ التخزين في خزانات مقفلة أو غير مقفلة، فيما تمّ تخزين العلاج الغذائي الجاهز للاستخدام في 7% منها في غرفة الفحص، وفي أكياس أو بالقرب من المركز الصحي.

القوارض والحشرات. كانت الفئران مشكلة في 50% من المواقع الصحية والحشرات الصغيرة (حشرات الفاكهة) مشكلة في 4%. ويعود السبب الأكبر في الأمر إلى وجود فتحات/ شقوق حول حواف النوافذ والأبواب وتحت السقف.

أنشطة البرنامج

من أجل تحسين التخزين في المواقع الصحية، وُضع عدد من التغييرات المناسبة:

- صُمّمت خزانة مناسبة وقابلة للإقفال لتخزين مؤن العلاج الغذائي الجاهز للاستخدام RUTF والعناية بالمرضى الخارجيين OTP. وصُنعت وأُرسلت إلى 90 موقعاً صحياً. رُكِّبت الخزانات بداية في 2012 وأُظهرت متابعتها أثناء زيارات المراقبة استخدامها 100%. وأبلغ العاملون في الصحة الممتدة عن عدم ضياع أي علاج غذائي جاهز للاستخدام بسبب القوارض، والحشرات أو السرقة مع استخدام الخزانات. ومن المتوقع للخزانات أن تعيش أكثر من 15 سنة. وتبلغ تكلفة الخزانة المعدنية الواحدة حوالي 450 دولاراً أميركياً.
- كما تمّ أيضاً تدريب العاملين في المواقع الصحية حول أفضل طرق

- وليس كمادة غذائية، لضمان التخزين بالوضع الصحيح.
- يجب أن يتلقى العاملون في الصحة الممتدة تدريباً (قبل الخدمة أو في الخدمة) على الإدارة اللوجيستية
- يجب تأمين مرافق تخزين مناسبة ومقفلتة للعلاج الغذائي الجاهز للاستخدام كمعيار قياسي سواء أكان على شكل خزانة مقفلة أو كغرفة إضافية ملائمة. وتعتبر الآن إضافة مثل هذه الخزانة لمؤن التغذية أفضل ممارسة من قبل شركاء التطوير والحكومة الإثيوبية كجزء من البرنامج الوطني للتغذية
- للمزيد من المعلومات، يرجى الاتصال ببانكاج كومار على البريد الإلكتروني التالي: pankaj.kumar@concern.net

تخزين العلاج الغذائي الجاهز للاستخدام، والأدوية، والمعدات ومؤن توعية العناية بالمرضى الخارجيين بحسب البروتوكول الإثيوبي الوطني لإدارة سوء التغذية الحاد.

اقتراحات إضافية

- من أجل تحسين شروط تخزين العلاج الغذائي الجاهز للاستخدام بشكل أوسع في إثيوبيا، يُنصح بالأنشطة التالية:
- تطوير توجيهات سياسية واضحة بالنسبة للتعامل مع العلاج الغذائي الجاهز للاستخدام وتخزينه بالتعاون مع الحكومة
- تأمين التوعية للعاملين في الصحة الممتدة، والمشرفين والشخص المنسق في المقاطعة بأهمية العلاج الغذائي الجاهز للاستخدام كمؤونة طبية،



أطفال في الصفوف المدرسية بهدف التعليم

Mohamed Osman/Adam, Somalie, 2013

التغذية المدرسية: تجارب من الصومال

عبد القدير عيسى فرح

عبد القدير عيسى فرح هو مدير برنامج شبكة التعليم الرسمي للمدارس الخاصة FENPS. ويعمل في التعليم في حالات الطوارئ منذ 8 سنوات.



الدراسي. بعد دروس التغذية، زُوِّدَ الأطفال بوجبة مغذية تألفت من حساء الفاكهة (فواكه متنوعة مخلوطة ومطهونة معاً في الماء والقليل من الزيت)، والأرز المطبوخ، وحليب للشرب، وموزة وأحياناً بيضة مسلوقة و/أو لحم، أو عصير المانجا أو العصيدة. إلى جانب الوجبة، زُوِّدَ الأطفال بحصة من الطعام التكميلي لأخذها إلى المنزل. اتبعت «شبكة التعليم الرسمي للمدارس الخاصة» توجيهات برنامج الغذاء العالمي WFP لسلة الغذاء عند تشكيل الحصة. واشترت «شبكة التعليم الرسمي للمدارس الخاصة» الأغذية لهذا البرنامج من الوجبات المحلية في الأسواق.

كجزء من البرنامج، وضعت «شبكة التعليم الرسمي للمدارس الخاصة» مرافق صرف صحي مدرسية توفر مياه شرب آمنة ومياهاً للنظافة الشخصية، ودرّبت متطوعين من المجتمع على طريقة صيانة هذه المرافق وخدمتها. ودُعي أهالي الأطفال إلى ورش عمل عن التغذية حتى يستوعبوا هم أيضاً أهمية التغذية لجميع أفراد المنزل.

سلّطت التقييمات الداخلية لشبكة التعليم الرسمي للمدارس الخاصة FENPS ومراجعة خارجية للبرنامج¹ في منتصف الفترة الضوء على عدد من النتائج الإيجابية، خاصة:

- حضور الأطفال المتزايد (لاحظه العاملون في «شبكة التعليم الرسمي للمدارس الخاصة»)
- التأثير الإيجابي والبيئة الجاذبة لكل من الأطفال والمعلمين (بناءً على مقابلات مع الأهل والمعلمين)

تأثر الشعب الصومالي بنكبات الحرب، والجفاف، والفيضانات لأكثر من عشرين عاماً. ونزحت مئات الآلاف من العائلات الصومالية كما يُقدَّر هروب حوالي نصف مليون صومالي من البلد بحثاً عن مكان أكثر أمناً للعيش فيه. في العام 2011، خرّبت أسوأ موجة جفاف منذ 60 عاماً عدة مناطق في الصومال. وأضيف إليها الصراع الموجود والوضع الغذائي الضعيف، لتُعلن المجاعة رسمياً في عدة أجزاء من المنطقة الجنوبية.

استجابة لهذا الوضع، أطلقت شبكة التعليم الرسمي للمدارس الخاصة FENPS، وهي منظمة إنسانية تأسست في 2003، برنامجاً مدرسياً لإعطاء ما يقارب 5,000 طفل في المرحلة العمرية المدرسية بين سنّ 5 سنوات و15 سنة في مقاديشو، عاصمة الصومال، تعليماً وتغذية نوعيين بالمجان عبر برنامج التغذية المدرسية. وهَدَفَ البرنامج إلى ضمان الحقوق الجوهرية للناس في تعليم مناسب ونوعي خلال الأزمات، مع تركيز خاص على أمان الأطفال ورفاهيتهم.

تمّ تطبيق البرنامج من 1 يناير/ كانون الثاني إلى 31 ديسمبر/ كانون الأول 2013 مع تكلفة 332,880 دولاراً أميركياً. توفّر التمويل من جهات مانحة دولية متنوعة عبر الصندوق الإنساني المشترك CHF. غطت نفقات البرنامج مبادرات المعلمين، وإنشاءات المدارس، وتكلفة مياه الشرب النظيفة، والغذاء، ومؤن النظافة الشخصية والصرف الصحي، وتكلفة ورش العمل التدريبية للمعلمين ولجان التعليم المجتمعي CECs.

من خلال البرنامج، أُعطي الأطفال دروساً في التغذية إذ تمّ تعليمهم العادات الغذائية الجيدة والممارسات الصحية. وقد أُدخلت هذه الدروس إلى المنهج

¹ أجرته «أفريكا برمس» المتحدة Africa Primus Inc.

تم تشجيع الأهالي للبحث عن طرق بديلة للتنشئة الإجتماعية للبنات حيث يُمارس الختان عليهن (على سبيل المثال الدعم النفسي-الإجتماعي، والمهارات الحياتية والتوجيه).

واقترحت البدائل ما يلي:

- التعليم وفتح الحوار في المنازل والمدارس
 - انخراط الأهالي في مجموعات نقاش حول القضايا التي تؤثر على الأطفال
 - تشجيع الحوار بين الأهالي والأطفال عبر المدارس
 - ترويج اشتراك الأطفال في اجتماعات تُعنى بحماية حقوق الطفل
 - تحريك اهتمام الأهالي بالنسبة لأهمية تعليم البنات.
- دعمت نسبة تسجيل المزيد من البنات (51%) في «شبكة التعليم الرسمي للمدارس الخاصة» المدارس في الفصل الثاني.
- وبالنظر إلى المستقبل، نصحت «شبكة التعليم الرسمي للمدارس الخاصة» بإدخال برامج التغذية إلى استجابة التعليم في حالات الطوارئ. مع أن هذا البرنامج قد انتهى، تستمر الحاجة إلى تعليم مُحسّن وتلتزم «شبكة التعليم الرسمي للمدارس الخاصة» بدعم التعليم المُحسّن في كل الصومال.

- الحافز المتزايد في الأنشطة المدرسية الأخرى (بَلغ عنها المعلمون وغيرهم من دائرة الموظفين في التربية).

التحديات

- كانت المشكلة الأساسية التي واجهها البرنامج هي انخفاض التسجيل بين البنات مقارنة بالصبيان. وهذا عائق شائع في الصومال إلى جانب إبقاء البنات في المدرسة. يوجد عدد من الممارسات الاجتماعية-الثقافية السلبية التي تعرقل تسجيل البنات في المدارس بالصومال وتتضمن التالي:
- ختان البنات FGM الذي يتركهن في وضعية المقبلات على الزواج
 - التمييز الجنسي العام الذي يُفضل هودجياً الذكور على الإناث
 - عمل الأطفال الذي يؤثر بشكل غير متكافئ على البنات المطلوب منهن زيادة مدخول الأسرة
 - وعياً شعبياً ضعيفاً بأهمية تعليم البنت.
- وللتعامل مع بعض هذه المعوقات وتحسين تسجيل البنات، أثارت «شبكة التعليم الرسمي للمدارس الخاصة» جدالات حول القضايا التي كانت تضر البنات وتلك التي كانت في صالحهن. فضلاً عن ذلك، أُعطي الأهالي دروساً لرفع التوعية بشأن زواج الأطفال وختان البنات لتجاوز هذه التحديات. وقد

تجنيد الحمير لتحسين الدعم الغذائي في الريف الإثيوبي

عبد الجبار عثمان عبد الله وسيلاماويت يلما

عبد الجبار عثمان عبد الله هو منسق مشروع التغذية للهيئة الطبية الدولية في إقليم أوراميا بمنطقة شرق هاراجي. عمل خلال السنوات الـ11 الماضية في الحقل الإنساني مع كل من الحكومة والمنظمات غير الحكومية NGOs.



سيلاماويت يلما مسؤولة إتصال وتوثيق في الهيئة الطبية الدولية في إثيوبيا. عملت خلال السنوات الـ14 الماضية مع المنظمات الدولية غير الحكومية INGOs، وأكاديميا، الهيئة الإعلامية الخاصة.



المقالة الرئيسية

Mohamed Osman Adam, Somalia, 2013

معرضة للجفاف والنزاعات (غورسوم، وميديغا-تولا، وغولا-أودا، وشيناكسين، وفيديس، وميو-مولوكي وكومبي).

يفاقم وضع منطقة شرق هاراجي سوءاً نقص البنى التحتية والوصول المحدود إلى الإتصالات عن بعد. في بعض المقاطعات، تعرقل الطرق السيئة نقل المؤن الطبية، والغذائية، وغيرها من المؤن إلى المراكز الصحية HCs والمواقع الصحية HPs. ونتيجة لذلك، لا يستطيع المحتاجون إلى العلاج الاستفادة من برنامج¹ الإدارة المجتمعية لسوء التغذية الحاد CMAM.

تتسم منطقة شرق هاراجي في إثيوبيا بغياب مزمن للأمن الغذائي مع فترات جفاف منتظمة ونزوح داخلي بسبب الصراعات القبلية تؤدي إلى معدلات مرتفعة من سوء التغذية. إن النساء الحوامل والأمهات المرضعات هن الأكثر تعرضاً في هذه المنطقة لسوء التغذية والمشاكل الصحية المرتبطة به.

وبحسب أحدث تصنيف لوحدة التنسيق الغذائي لحالات الطوارئ، جميع تدخلات الهيئات الطبية الدولية في منطقة شرق هاراجي هي «النقطة الساخنة الأولية رقم واحد». وللتصدي للأسباب الكامنة وراء الضعف الصحي وسوء التغذية في هذه المناطق، تطبق الهيئات الطبية الدولية حالياً خمسة برامج حالات طوارئ غذائية نشطة، والماء والصرف الصحي والنظافة الشخصية WASH، والصحة الإنجابية RH في سبع مقاطعات

¹ تتضمن الإدارة المجتمعية لسوء التغذية الحاد البرنامج العلاجي للمرضى الخارجيين OTP، وخدمات مركز تثبيت الاستقرار حيث تتم رعاية الأطفال في المركز الصحي SC، والبرنامج المستهدف والتغطية للتغذية التكميلية (TSFP وBSFP).

كل مقاطعة عشوائياً ووُثِّق عدد المخزون النافذ وعدد المنسحبين أو من لم يكملوا العلاج خلال فترة أربعة أشهر (سبتمبر/أيلول حتى ديسمبر/كانون الأول 2013) وتمت المقارنة. يُظهر الجدول أدناه كم مخزوناً نافذاً من الغذاء العلاجي الجاهز للاستخدام تمّ التبليغ عنه من المواقع الصحية ومعدل انسحاب الأطفال من خدمات البرنامج العلاجي للمرضى الخارجيين.

أظهرت مراقبة البيانات أن لدى المواقع الصحية في مقاطعة فيديس تقارير أقل بكثير عن نفاذ مخزون الغذاء العلاجي الجاهز للاستخدام مقارنة بالمواقع الصحية في كومبيلشا.

من ناحية أخرى، بينما انسحب ثلاثة أشخاص فقط من خدمات البرنامج العلاجي للمرضى الخارجيين في مراكز فيديس الصحية، انسحب 14 شخصاً في كومبيلشا أثناء نفس الفترة.

ستتابع الهيئة الطبية الدولية مراقبة تأثير المشروع وتوثق بالتفصيل التحديات والدروس المستفادة كجزء من تقييمها ومراجعتها للفترة النهائية. مع ذلك، تُبين البيانات الأولية المُقدّمة أعلاه أن الحمير في مناطق التدخل تساهم في تحسين الوصول إلى المُنون الطبية والغذاء العلاجي الجاهز للاستخدام وخفض محتمل لمستويات الانسحاب.

وكتيجة للإسهام الإيجابي لهذه الحمير، التزم المركز الصحي لمقاطعة فيديس بإبقاء إسهام الحمير والاستمرار في النهوض بأعبائها بالاعتماد على مساهمات المجتمع لخدماتها. واعترفت رئاسة المركز الصحي لمقاطعة فيديس بإسهام الحمير في اجتماع مراجعة الفترة الوسطى، والذي عُقد في 19 مايو/ أيار 2013.

«كنت أنا من اعترض بشدة على الفكرة خلال ورشة العمل التوجيهية، ولكنني الآن أدعو بحماسة إلى توسيع هذا المشروع التجريبي. يستطع البرنامج العلاجي للمرضى الخارجيين الاستمرار من دون انقطاع بفضل الحمير».

كما دعا قسم زونال الصحي بحماسة أيضاً لتمديد هذه الممارسة إلى مقاطعات أخرى أثناء اجتماع زونال التنسيق للتغذية في الطوارئ ENCU. وأعطى نائب رئيس مكتب زونال الصحي تعليمات ثابتة للشركاء الآخرين، المنظمات غير الحكومية وشركاء التطبيق، للتفكير في تدخلات مماثلة في المستقبل.

لمزيد من المعلومات، يرجى الاتصال بسيلاماويت يلما على البريد الإلكتروني التالي: sylma@internationalmedicalcorp.org أو إيمبييت دياسو على البريد الإلكتروني التالي: edlasso@internationalmedicalcorps.org

بيانات البرنامج.

تساند الهيئة الطبية الدولية IMC في إثيوبيا وزارة الصحة MOH لوجيستياً في نقل البضائع وتقنياً في الصفوف الدراسية والتدريب في العمل فضلاً عن الإشراف المساند لتطبيق الإدارة المجتمعية لسوء التغذية الحاد CMAM (ومكوّناته هي البرنامج العلاجي للمرضى الخارجيين OTP، والبرنامج المستهدف للتغذية التكميلية TSFP، ومركز تثبيت الاستقرار حيث تتم رعاية الأطفال في المركز الصحي SC) منذ العام 2005.

يُبلِّغ مسؤولو الصحة في المقاطعات المذكورة أعلاه باستمرار عن أن نقص القدرة على الوصول إلى المُنون هو عقبة كبيرة للإمداد في الإدارة المجتمعية لسوء التغذية الحاد. من بين 174 موقعاً صحياً، أبلغ 28 عن وجود تحديات بالنسبة لتأخر الخدمات غالباً خلال موسم المطر والتي تتأثر إماً بعدم الانتظام أو بعدم وجود مَنوع لعلاج سوء التغذية. ما يخفض معدل التغطية، والتي تقدّر بنسبة 16.1%.

ولمواجهة هذه القضية، اقترح المدير الغذائي لقسم زونال الصحي استخدام الحمير لنقل مواد البرنامج العلاجي للمرضى الخارجيين وغيرها من المُنون الصحية من المراكز الصحية إلى المواقع الصحية. في مقاطعة غورسوم، أُجريت إنطلاقة تجريبية لفكرة استخدام الحمير في نقل مَنوع صحية (على الرغم من مقاومة بعض العاملين في قسم زونال الصحي ممن فضّلوا الحصول على دراجة نارية بدل ذلك). واعتامداً على فعالية هذه الطريقة، قررت الهيئة الطبية الدولية إطلاق البرنامج تجريبياً في المناطق المستهدفة.

وقّرت الهيئة الطبية الدولية حميراً وصناديق لإثني عشر مركزاً صحياً حول سبع مقاطعات في شرق هاراجي من يونيو/ حزيران 2013 إلى يناير/ كانون الثاني 2014. تمّ شراء صناديق الحمير بمتوسط سعر 2,200 بير (115 دولاراً أميركياً)، واستُخدمت لنقل التطعيمات، والكروسين، والغذاء العلاجي الجاهز للاستخدام، والأدوية والماء من المراكز والمواقع الصحية المحددة. تُستخدم صناديق الحمير ثلاثة أيام في الأسبوع لنقل المُنون؛ وخلال الأيام المتبقية تنقل أغراضاً للمجتمع لإنتاج دخل تستعمله المراكز الصحية من أجل شراء الأغذية والعناية بالحمير. هناك شخص واحد في كل مركز صحي مسؤول عن إطعام الحمير وتطعيمها وتقديم العناية لها بمتوسط تكلفة 400 بير (20 دولاراً أميركياً) في الشهر. ويغطي المكتب الصحي في المقاطعة هذه التكاليف.

تراقب الهيئة الطبية الدولية، بالتعاون مع زونال والمقاطعة على المستوى الحكومي، مشروع الإنطلاقة التجريبية لحمير النقل بانتظام لتحديد التأثير (إن وُجد) على الأنشطة الغذائية. تمت مقارنة نتائج أداء البرنامج في المواقع الصحية في مقاطعة فيديس حيث كانت تُستخدم الحمير في نقل الغذاء العلاجي الجاهز للاستخدام مع أداء البيانات من المواقع الصحية حيث لم تُطبّق مبادرة الحمير (مقاطعة كومبيلشا). واختيرت ثلاثة مواقع صحية في

المقاطعة	الموقع الصحي / سبتمبر / أيلول		أكتوبر / تشرين الأول		نوفمبر / تشرين الثاني		ديسمبر / كانون الأول	
	عدد التبليغ عن نفاذ RUTF	عدد المنسحبين	عدد التبليغ عن نفاذ RUTF	عدد المنسحبين	عدد التبليغ عن نفاذ RUTF	عدد المنسحبين	عدد التبليغ عن نفاذ RUTF	عدد المنسحبين
فيديس (استخدمت صناديق الحمير)	0	0	0	0	1	1	0	0
	0	0	1	0	0	0	0	0
	1	1	0	0	0	0	0	0
كومبيلشا (لم تستخدم صناديق الحمير)	0	0	0	1	2	2	2	2
	1	1	0	0	1	1	3	3
	0	0	0	0	2	2	2	2
	1	1	1	1	5	5	7	7

دوائر تأثير التغذية والممارسة الإيجابية

فيمباي تشيشانو وآخرون، GOAL
التبادل الميداني 47، صفحة 43



تحسين الوعي والممارسة، (ب) والبستنة الصغيرة لتحسين الأمن الغذائي، (ج) وشروحات توضيحية للطبخ من أجل تحسين ممارسات التغذية والرعاية. وهذا ما يتيح للمشروع التعامل مع الأسباب الكامنة لنقص التغذية.

على مدى فترة تصل إلى 12 أسبوعاً، يجتمع الأعضاء بانتظام لمدة ساعتين أو ثلاث ساعات في المرة الواحدة للنقاش والتعلم بشأن الممارسات المقترحة والوصول إلى دعم نظرائهم. يقود دوائر تأثير التغذية والممارسة الإيجابية متطوعون مجتمعيون مدربون (ذكوراً وإناثاً) يمثلون قذوة إيجابية في المجتمع، وتتمتع منازلهم بوضع تغذية أفضل نسبياً من غيرهم.

أعطيت الأولوية لعدد من أكثر الأفراد المعرضين للخطر أو لدوائر تأثير التغذية والممارسة الإيجابية¹ NIPP من بينهم:

- أطفال تم إخراجهم من علاج المرضى الخارجيين لسوء التغذية الحاد الشديد SAM

¹ للمزيد من التفاصيل حول معايير الإدخال والإخراج، انظر المقال الأصلي في «التبادل الميداني» 47 على الرابط الإلكتروني التالي: www.enonline.net/fieldexchange

إن دائرة تأثير التغذية والممارسة الإيجابية NIPP المنهجية هي طريقة مجتمعية للتغذية تهدف إلى مواجهة مشاكل استدامة نقص التغذية من خلال مساندة المجتمعات لتساعد نفسها باستخدام المصادر المحلية والتقنيات منخفضة التكلفة. تُستخدم دوائر تأثير التغذية والممارسة الإيجابية في السياقات المجتمعية حيث تم تحديد وجود نقص في تنوع النظام الغذائي وممارسات غير ملائمة اجتماعياً، وصحياً أو بيئياً وعلى مستوى الرعاية والعناية كعوامل مساهمة في حدوث نقص التغذية.

كيف تعمل دوائر تأثير التغذية والممارسة الإيجابية؟

إن دوائر تأثير التغذية والممارسة الإيجابية هي تجمعات منفصلة للذكور والإناث ضمن مجتمع ما تسمح للرجال والنساء بالتعبير عن النفس بحرية والتركيز على الحواجز على مستوى الجنس بالذات ومحفزات التغيير. وتهدف الدوائر إلى تسهيل تقاسم المعرفة والمهارات لكل من النساء والرجال الذين يستخدمون نقاشات المجموعة، والتدريبات العملية، والتعزيز الإيجابي لمساعدة العائلات على اعتماد سلوكيات إيجابية مستدامة. توجد ثلاث مناطق يتم التركيز عليها: (أ) الاتصال والاستشارة لتغيير السلوك من أجل

الرسم البياني 1: صورة مرسومة للمكونات الأساسية لطريقة عمل دوائر تأثير التغذية والممارسة الإيجابية NIPP



- في موقع آخر في جنوب السودان، طلبت إحدى دوائر التي تضم أعضاء من الذكور فقط أن تُسند إليها مهمة إنشاء وصيانة الحدائق الصغيرة بدل زوجاتهم كجزء من تقاسم الأدوار فيما بينهم وبين زوجاتهم.
- أُعيد تأكيد الدور اللافت الذي تلعبه الجدات في تغذية العائلة ضمن السياقات الأولية، وتتم الآن دعوتهن بوضوح للانضمام إلى دوائر الإناث، خاصة عند مناقشة ممارسات تغذية الرضع وصغار الأطفال IYCF.

تحديات البرنامج

تتضمن التحديات الرئيسية ما يلي:

- ضعف مشاركة الذكور في أنشطة الدائرة، رغم معالجة الأمر بطرق مختلفة في مختلف المواقع وبحسب العوائق التي تمّ تحديدها.
- المشاركة التطوعية (في جنوب السودان)، بما أن «غول» GOAL لم تُوفّر حوافز ومكافآت للاشتراك في البرنامج، والذي تطلب نقاشات مجتمعية متكررة، وعمليات شراء، وتحفيز المجتمعات لكي تساعد نفسها بنفسها.
- نقص المياه في المناطق الجافة. تعزيز زيادة المحاصيل إلى الحد الأقصى خلال مواسم الريّ بالأمطار عبر عمليات المعالجة، والحفظ، والتخزين المستدامة لتحسين الوصول خلال المواسم الجفاف إلى المنتجات الغذائية التي تمّ حصادها. بالإضافة إلى ذلك، تمّ تعزيز استخدام مياه الصرف الصحي المنزلي لريّ الحدائق الصغيرة التي تقلص حجمها خلال مواسم الجفاف.

كما واجهت «غول» GOAL مشاكل في عدد من المواقع الميدانية حيث أدى التنسيق الضعيف بين المنظمات الوطنية غير الحكومية الشريكة إلى ترويج برامج غير تلك التي تقوم بها دوائر تأثير التغذية والممارسة الإيجابية NIPP باستخدام أشكال مختلفة من الحوافز للتطوع (سواء أكانت مالية أو غذائية أو أفراض غير غذائية)، ما خلق صعوبات في الإمتثال لبرامج دوائر تأثير التغذية والممارسة الإيجابية التي تعمل من خلال التطوع.

النتائج

بالنسبة لجميع فرق دعم تطبيق «غول» GOAL، كان مثبّرًا للاهتمام بالذات تسهيل برنامج يبحث في علاج نقص التغذية من خلال طريقة مجتمعية متكاملة تضمّ مختلف القطاعات باستخدام تنسيق متقارب بين القطاعات. بالإضافة إلى ذلك، تقترح ردود الفعل الإيجابية والإمكانية الإستيعابية حتى الآن وجود إمكانية ضخمة لدى الشركاء المحليين، من المنظمات الوطنية غير الحكومية ووزارة الصحة، لتشغيل البرنامج على مدى أطول وبتكلفة أقل من التكاليف.

² «تيبسي تابس» Tippy-taps هي مواضع لغسيل اليدين في المنازل بحجم صغير تستخدم المواد المتوفرة والمتاحة محلياً.

³ الدائرة الكبرى تتألف من دائرة الإناث ودائرة موازية للذكور ودائرة مجتمعية.



حصاد الباذنجان من حديقة منزلية تابعة لدائرة تأثير التغذية والممارسة الإيجابية في إقليم أولانغ، جنوب السودان

- أطفال يعانون من سوء التغذية المتوسط MAM
- أطفال رضع يعانون من سوء التغذية/معرضون للخطر وتحت عمر 6 أشهر
- نساء حوامل أو أمهات مرضعات يعانين من سوء التغذية
- وعائلات مصابة بأمراض مزمنة.

يُحتمل إدخال أطفال يعانون من سوء التغذية على أساس انخفاض قياس محيط منتصف أعلى الذراع MUAC، ومعيار الوزن بالنسبة للطول، أو الوزن بالنسبة للعمر، لتشجيع الشمولية (على سبيل المثال، التحويل من عيادات مراقبة النمو). توفر وزارة الصحة والزراعة، إلى جانب العاملين في «غول» GOAL داخل البلد، تدريبات تقنية للعاملين والمتطوعين، بما فيها فحص قياس محيط منتصف أعلى الذراع، وتقنيات الاستشارة وتغيير السلوك، وإنشاء الحدائق الصغيرة واستخدامها، وبناء المواقف التي ترشد استهلاك الطاقة واستخدامها، والاشتراك في الشروح التوضيحية للطبخ، وحفظ الأغذية وتصنيعها وتخزينها، «تيبسي تابس» Tippy-taps² (أو بدائلها) وبناء المراحيض. كما يساعدون في مراقبة المنازل ومساندتها لتطبيق تغيير السلوك ويساهمون في جمع البيانات حيث يسمح حجم العمل.

ترتبط المراكز الصحية مباشرة بدوائر تأثير التغذية والممارسة الإيجابية مع مشتركين يتمّ تحويلهم إلى المرافق الصحية للحصول على الخدمات المتاحة (علاج الأمراض، والعناية ما قبل الولادة وما بعدها، وبرنامج التطعيمات الموسّع، ورصد النمو حيث يكون بالإمكان، إلخ...). كما يُحوّل من يتمّ إخراجهم من البرنامج العلاجي للمرضى الخارجيين أيضاً إلى دوائر تأثير التغذية والممارسة الإيجابية بعد العلاج.

إطلاق البرنامج

بالتعاون مع الحكومات والمنظمات الوطنية غير الحكومية NGOs الموجودة في المجتمعات المحلية، أطلقت «غول» GOAL دوائر تأثير التغذية والممارسة الإيجابية في جنوب السودان، والسودان، وزيمبابوي. وقد أُطلقت حتى اليوم على التوالي 50، و125، و25 دائرة كبيرة³ لتأثير التغذية والممارسة الإيجابية.

مراقبة البرنامج

تمّ تصميم نظام مراقبة بسيط وواقعي لتمكين «غول» GOAL من رصد مختلف النتائج، بما فيها حالة الجسم السريرية لصغار الأطفال والنساء الحوامل والأمهات المرضعات، وممارسات الرعاية والتغذية، والبستنة الصغيرة، واستخدام الأغذية، وممارسات النظافة الشخصية والصرف الصحي والتوعية للوقاية من مرض نقص المناعة HIV. وجمعت البيانات على الخط الأساسي، عند تخريج جميع حالات الدخول، ثم بعد شهرين، وستة أشهر، و12 شهراً بعد التخرّج، ما يساعد على إعطاء صورة عن استدامة مختلف عناصر البرنامج.

تكاليف البرنامج

استناداً إلى تكاليف برنامج زيمبابوي، بلغ متوسط حساب تكلفة كل مستفيد (المستفيدين الأساسيين المباشرين) حوالي 67 جينيه إسترليني تقريباً عن الشخص في العام الواحد.

نتائج ودروس

- كان هناك العديد من النتائج الإيجابية لبرنامج دوائر تأثير التغذية والممارسة الإيجابية في الدول المتعددة، مثل:
 - في موقع واحد في جنوب السودان، أنشأ أعضاء الدائرة مخطط حسابات التوفير والقروض الخاصة بقريتهم الصغيرة بشكل مستقل عن «غول» GOAL. واستخدمت حسابات التوفير لشراء البذور على التوالي في الأماكن حيث ظهرت صعوبات في الحصاد.



رئيس وزراء بلوشستان يقدم «مشروع قانون بلوشستان لحماية الرضاعة الطبيعية وتغذية الرضع/ صغار الأطفال» في مجلس النواب الإقليمي للتصديق عليه

الأحدث في تطور تغذية الرضع وصغار الأطفال IYCF في بلوشستان، باكستان

محمد شيراز والدكتور علي نصير بوعتي

والكتابة، وهو منظمة وطنية غير حكومية (NGO)، مشروعين مختلفين بهدف الضغط على صنّاع السياسة لتقوية تدريبات تغذية الرضع وصغار الأطفال والموافقة على «مدوّنة تسويق بدائل حليب الأم» وتطبيقها بفعالية على المستوى الإقليمي.

وقد أتت هذه الجهود ثمارها؛ ففي يناير/ كانون الثاني 2014، مرّر مجلس نواب بلوشستان «مرسوم بلوشستان لحماية الرضاعة الطبيعية وتغذية الطفل 2013». واعتبر هذا المرسوم نشر أية مادة من المنتج أو الموزع تُسوّق للرضاعة الاصطناعية أو لا تشجّع على الرضاعة الطبيعية أمراً غير قانوني يُعاقب عليه بالسجن لمدة تصل إلى سنتين مع غرامة تتراوح بين 500 إلى 5000 دولار أميركي. ومنع المرسوم تقديم أية هدية أو مصلحة أخرى للعامل في المجال الصحي أو للطبيب الممارس، وتخضع هذه الحالة لنفس العقوبات. كما منع المرسوم أيضاً أي شخص كان من تأكيد أن أي منتج مصمّم هو بديل، أو معادل، أو أفضل من حليب الأم. في الوقت ذاته، فرض المرسوم على منتجي أية مادة مصمّمة نشر إشعار واضح بالخط العريض على عبوة المادة يقول «إن حليب الأم هو الأفضل للطفل ويساعد على الوقاية من الإسهال والأمراض الأخرى».

وسوف تحدّد حكومة بلوشستان الآن مجلس تغذية الرضع الذي يتشكّل من أعضاء في مجلس النواب البلوشستاني، وقسم الصحة، والمجتمع المدني، بمن فيهم أطباء أطفال وأطباء أمراض نسائية معروفون. وسيكون المجلس الجديد مسؤولاً عن ضمان تطبيق القواعد واللوائح لمشروع القانون الذي تمّ تمريره. مع الدعم والتطبيق المناسبين لهذا القانون، هناك أمل كبير بتحسين ممارسات تغذية الرضع وصغار الأطفال في بلوشستان.

للمزيد من المعلومات، يرجى الاتصال بمحمد شيراز على البريد الإلكتروني

التالي: Mohammad.sheraz@live.com

محمد شيراز هو مسؤول إدارة معلومات التغذية في قسم الصحة ضمن حكومة بلوشستان.



الدكتور علي نصير بوعتي هو المنسق الإقليمي للتغذية في قسم الصحة ضمن حكومة بلوشستان.



في بلوشستان توجد أعلى مستويات لنقص التغذية في باكستان، وتعكس أزمته الغذائية تراكم ممارسات التغذية غير السليمة، والمعدلات المنخفضة للرضاعة الطبيعية الحصرية وغيرها من العوامل، مثل ضعف الصحة، وغياب الأمن الغذائي، والفقر. وبحسب مسح التغذية الوطنية لتغذية الرضع وصغار الأطفال، إن المؤشرات في بلوشستان ضعيفة عموماً؛ فنسبة الرضاعة الطبيعية الحصرية (0-6 أشهر) تبلغ 27%، والرضاعة الطبيعية المناسبة للعمر (0-23 شهراً) هي 54%، والحد الأدنى المقبول من التنوع الغذائي (أشهر 6-23 شهراً) هو 2.1% فقط. كما أن البداية المبكرة للرضاعة الطبيعية في أحسن أحوالها هي 64%.

تعمل وحدة التغذية الحكومية في بلوشستان بنشاط بالتعاون مع مختلف شركاء التنمية الغذائية للتصدي للمؤشرات الضعيفة في تغذية الرضع وصغار الأطفال. في العام 2013، طبّقت وحدة التغذية، بالتعاون مع اليونيسيف UNICEF و«هيلب» HELP (برنامج الصحة والتربية وتعلّم القراءة

دعم التغذية وحماية سبل العيش

زينبي ديستا

زينبي ديستا يعمل كمستشار إصلاحي لمنظمة «أنقذوا الأطفال» في إثيوبيا. يمتلك خبرة في التقارير، والتحرير وخبرة في الإصلاحيات.



خلفية معلوماتية

يطبّق برنامج الوكالة الأميركية للتنمية الدولية USAID والأغذية بالوصفة الطبية FBP في سبع مناطق في إثيوبيا¹. يهدف البرنامج إلى تحسين التغذية والنتائج السريرية بين مرضى نقص المناعة من الأفراد، والنساء الحوامل والنساء بعد الولادة والأطفال الأيتام والضعفاء OVC. وهدف البرنامج هو إدخال التقييم الغذائي وخدمات التقييم الغذائي والإشارة والدعم NACS إلى المرافق الصحية التي تعاني مرضى نقص المناعة/ الإيدز وخلق روابط بين مبادرات التقوية الاقتصادية ES.

يُزوّد جميع المستفيدين من الأغذية بالوصفة الطبية بالتقييم الغذائي والإشارة والدعم وعلاج لسوء التغذية المتوسط أو الحاد. المكوّن الرئيسي في البرنامج هو مبادرة التقوية الاقتصادية، والتي تهدف إلى الوقاية من الانتكاسة في سوء التغذية الحاد بين الأشخاص في سنّ العمل عبر تحسين دخلهم المحتمل وسبل العيش. وتشمل التقوية الاقتصادية الأنشطة المنتجة للدخل IGA، والتي تتضمن البستنة في المناطق الحضرية، ومجموعات المساعدة الذاتية، والمجموعات المجتمعية لحسابات التوفير الصغيرة.

بدأ تطبيق الأنشطة المنتجة للدخل قبل أكثر من ثلاث سنوات منذ منتصف العام 2009. بعد مرور ثلاث سنوات، وجد البرنامج أن المستفيدين ينتهون إلى صرف معظم المال الذي يكسبونه في دفع الديون. ولا يستطيعون غالباً إعادة الاستثمار في أعمالهم، ما أدى إلى فشل متكرر وحال دون استمرار التغيير في اقتصاديات المنازل.

برنامج العودة إلى العمل

من أجل خلق فرص تقوية اقتصادية بديلة، بدأت إنطلاقة تجريبية لبرنامج العودة إلى العمل BTW لسنة واحدة في نوفمبر/ تشرين الثاني 2011 لتعزيز شراكات الأعمال العامة والخاصة بهدف خلق فرص عمل والوصول إلى الوظائف. بدأت الإنطلاقة التجريبية من خلال شراكة بين المنظمة الوطنية غير الحكومية المحلية، «الأمهات للامهات». وتحققت نتائج واعدة بعد بضعة أشهر قليلة. على سبيل المثال، وفّرت «ألميدا تيكستابل» في أدوا مهارات تدريبية لـ 27 مستفيداً، وبدأوا ينتجون مختلف البضائع بالمنتجات المهذّرة من المصنع أثناء عمليات التصنيع. وبطريقة مماثلة، بدأ 50 مستفيداً يمدّون بالأطعمة المقصف الذي يخدم مئات الموظفين في مصنع «سابا ليمستون» في أدوا. ووظّف معهد «بولي» في ميكيلي مباشرة 11 مستفيداً وأعطى منحاً دراسية لأكثر من 30 في دوراته بالتعليم العالي.

تمّ تمديد الإنطلاقة التجريبية للمشروع إلى شريكين لبرنامج الوكالة الأميركية للتنمية الدولية والأغذية بالوصفة الطبية، ملابس «أكاي» في أديس أبابا ومصنع «ميتهارا» للسكر في منطقة أروميا. معاً وظّف المصنعان ودزبا بنجاح 45 مستفيداً في برنامج العودة إلى العمل. وبناء على التأثير الإيجابي للإنطلاقة التجريبية للمشروع، تلقى دعماً لزيادة برنامج العودة إلى العمل

في خمس مناطق أخرى في بداية 2013 ليستمّر حتى سبتمبر/ أيلول 2014. ونُظّمت ورشة عمل وطنية لتبادل الخبرات في فبراير/ شباط 2013 لضمان إسهام التعلّم من الإنطلاقة التجريبية في تصميم أنشطة الزيادة.

منذ زيادة برنامج العودة إلى العمل، تمّ ربط ما يقارب 800 مستفيد (في مختلف المناطق) بالتوظيف في مؤسسات خاصة. وشارك حوالي 700 آخرين في تدريبات المهارات الأساسية وهم حالياً في عملية الربط مع أرباب العمل.

الإلغاء التدريجي

ينتهي الدعم الخارجي لبرنامج العودة إلى العمل في سبتمبر/ أيلول 2014، لذا فالتركيز الآن هو على استدامة المشروع على المدى الطويل. وكانت الوحدة الإقليمية الحكومية للتقوية الاقتصادية لمكاتب الوقاية من نقص المناعة/ الإيدز والتحكّم فيه الشريك الرائد على مدى تطبيق المشروع وستواصل قيادة مجموع الأنشطة بعدما يُغلق التمويل الخارجي للمشروع. يعمل برنامج الوكالة الأميركية للتنمية الدولية والأغذية بالوصفة الطبية عن كثب مع مكاتب الوقاية من نقص المناعة/ الإيدز والتحكّم فيه لضمان توفّر القدرة والأدوات المطلوبة لكي يواصلوا القيادة والإشراف على تطبيق هذه الأنشطة. وتتضمّن إنتاج كتيب لبرنامج العودة إلى العمل، وملفات الإحالة التي تُدرج من يوفرون التقوية الاقتصادية في كل مدينة لتسهيل التخطيط والأنشطة المشتركة بين المرافق الصحية ومكاتب الوقاية من نقص المناعة/ الإيدز والتحكّم فيه. تأسست اللجان، والمؤلفة من شخصيات حكومية رسمية ذات صلة تدعم مكاتب الوقاية من نقص المناعة/ الإيدز والتحكّم فيه، في المدن التشغيلية الكبيرة لتحديد الفرص والدعوة للمساعدة من المؤسسات العامة والخاصة.

سيستمّر المشروع في الربط بين الزبائن وفرص التوظيف من خلال الشركاء المنفّذين إلى أن يتوقف التمويل الخارجي. في هذه الأثناء، ستُعقد اجتماعات استشارية مع جميع أصحاب المصالح لمناقشة وتحديد كيفية تأمين أفضل الخدمات في المستقبل. ونظراً للملكية الوطنية والإقليمية القوية للمشروع من قبل مكاتب الوقاية من نقص المناعة/ الإيدز والتحكّم فيه فضلاً عن شركاء التنفيذ من المنظمات الوطنية غير الحكومية المحلية، يُعتدّ بشدة أن جميع أصحاب المصالح ملتزمون بضمان توزيع خدمة فعّالة بعد سبتمبر/ أيلول 2014.

¹ للمزيد من التفاصيل حول معايير الإدخال والإخراج، أنظر المقال الأصلي في «التبادل الميداني» 47 على الرابط الإلكتروني التالي: www.ennonline.net/fieldechange



مستفيدات يتدربن على الخياطة في «ألميدا تيكستابل» لتنمية المهارات قبل ربطهن بالتوظيف، تيغراي، شمال إثيوبيا



Issack/HKI, Tanzania/Sageema, 2012

مشتركات في نشاط اجتماعي يحصّن ورق القطيفة للوليمة

ولائم من الخضروات في مجتمع غير نباتي: تجارب من تنزانيا

أيساك كيتورورو، وفكتور كاماجينجي،
والدكتورة كريستينا نيوس ديلون

الدكتورة كريستينا نيوس ديلون تمتلك أكثر من 15 سنة في التنمية الدولية للعيش والعمل في إفريقيا، وآسيا، وأمريكا اللاتينية وأوروبا. وتعمل الآن نائبة مدير «هيلين كالبر الدولية» في دولة تنزانيا.

فيكتور كاماجينجي عمل لصالح «هيلين كالبر الدولية» كمنسق برامج لمشروع تحسين إنتاج الغذاء في الأرض المحيطة بالمنزل EHFP. ويمتلك أكثر من 18 سنة خبرة في تطبيق برامج التنمية.

أيساك كيتورورو يعمل لصالح «هيلين كالبر» ويمتلك أكثر من 5 سنوات خبرة في تصميم وتطبيق برامج التسويق الاجتماعي وتغيير السلوك في صحة الأم والطفل، والتغذية، ونقص المناعة/ الإيدز، والصرف الصحي والنظافة الشخصية.

مشروع «هيلين كالبر الدولية» لتحسين إنتاج الغذاء في الأرض المحيطة بالمنزل هو مشروع زراعي-غذائي لمدة ثلاث سنوات (2011-2014) مطبّق في 12 قرية بقسمين في منطقة البحيرة بتنزانيا ويطل بشكل مباشر 1,200 منزل يعيش فيها أطفال تحت عمر السنتين.

يهدف المشروع إلى تحسين صحة الأم والطفل والوضع الغذائي من خلال زيادة القدرة على الوصول إلى الأطعمة الغنية بالمواد الغذائية الدقيقة (بما فيها الخضروات المحلية الأصلية) واستهلاكها، وترويج أفضل الممارسات في تغذية الرضع وصغار الأطفال IYCF باتباع إطار عمل تطبيقات التغذية الأساسية. ENA.

بالعمل مع البنى الحكومية المحلية ومن خلالها، وفّر المشروع تقريباً لجميع المستفيدين المستهدفين معلومات ومساهمات زراعية وتدريب في البستنة. لم يضاعف التعرّض للممارسات الزراعية، مضافاً إليه الدعم المنتظم من مسؤولي الزراعة الممتدة الحكوميين، إنتاج إجمالي الخضروات فحسب، بل حسّن أيضاً استيعاب المستفيدين لفوائد استهلاك الخضروات. ويتّضح ذلك في تقييم الفترة النصفية حيث وافق 93% من المشتركين (32% وافقوا بشدة)

«لم أكن أعرف أن بالإمكان إقامة نشاط يجمع أكثر من 300 شخص وجعلهم يأكلون من دون وجود لحم بقري، أو دجاج أو سمك! الآن أعرف، وأؤمن أن بالإمكان إقامة نشاط حيث تقدّم الخضروات وحدها، لو كانت محضّرة بشكل جيد.»
(ألكس رمدهان، مسؤول التنمية المجتمعية، منطقة سينجيرما)

لا يعتبر طبخ الخضروات واستهلاكها حدثاً شائعاً في معظم منازل منطقة البحيرة في تنزانيا. نموذجياً، تبالغ المنازل التي تطبخ الخضروات فتفرط في طهيها، وتدمّر الطعم والمنظر والعديد من المواد الغذائية الدقيقة الأساسية (مثل فيتامين أ، ومجموعة فيتامينات ب، وفيتامين سي أو ج). يمنع هذا الأمر عادة أفراد العائلة، وبالذات الأطفال، من تناول هذه الأطعمة الغنية بالمواد الغذائية الدقيقة. وبعد استيعاب هذه المسألة، أطلق مشروع «هيلين كالبر الدولية» لتحسين إنتاج الغذاء في الأرض المحيطة بالمنزل EHFP أنشطة مجتمعية حيث أتيح للمستفيدين من البرنامج تعلّم التقنيات واكتساب المهارات والدعم لزراعة الخضروات وتحضيرها بما يضمن أفضل سبل الاحتفاظ بقيمتها الغذائية ولونها ونكهتها.



التعلّم بالممارسة: مشاركة الذكور مسألة أساسية لرفاهية التغذية في العائلة

Issack/HKI, Tanzania/Sengerema, 2012

أجراها استشاريون مجتمعيون مدربون عبر الزيارات المنزلية ومجموعات النقاش الصغيرة. ومن السلوكيات التي تمت معالجتها، الاستهلاك الضعيف للخضروات بسبب المعتقدات السائدة (مثلاً، الخضروات للناس الفقراء الذين لا يستطيعون دفع تكاليف السمك)، والاقتصار على الرضاعة الطبيعية، والرضاعة الطبيعية في غضون ساعة من الولادة، وسماكة قوام الغذاء (مثلاً، صنع العصيدة بقوام ثخين يدل على غناها بالدهون على عكس العصيدة شديدة السيولة) أثناء التغذية التكميلية، والمراقبة الروتينية لتطعيم الدجاج.

لدى المشروع أكثر من 70 متطوعاً يوفرون للمستفيدين الاستشارة المتعلقة بالتغذية، وهم مدعمون تقنياً من العاملين المدربين في المرافق الصحية ومنسقي التغذية في الأحياء، والذين هم جميعهم موظفون حكوميون، بالإضافة إلى العاملين في المشروع. تتيح الزيارات الميدانية لفريق المشروع تأمين الإشراف المساند للمنقذين على مستوى القاعدة (مسؤولي الزراعة الممتدة ومستشارين مجتمعيين). من خلال هذه الزيارات، يستطيع الفريق أن يقيس بشكل روتيني مدى تطبيق المستفيدين للمعرفة والمهارات المكتسبة. وراقب الفريق التحسينات على المستوى المنزلي فيما يتعلق بتوفر الخضروات والطلب عليها فضلاً عن التقنيات المناسبة لتحضيرها.

يشير تقرير الفترة النصفية أن حوالي نصف المستفيدين استهلكوا الخضروات من حدائق منازلهم. مع ذلك، أظهر درس المشروع أن التوفر الكبير للخضروات في المجتمع لا يُترجم مباشرة زيادة في الاستهلاك. يحتاج الأشخاص الذين يحضرون الطعام (مثل الأمهات، والآباء، والأطفال الكبار، والجدات) توجيهاً ملائماً في طبخ الخضروات ليس لضمان استهلاك الخضروات والاستمتاع بها فقط، بل أيضاً للاحتفاظ بموادها الغذائية الدقيقة إلى أقصى حد ممكن.

يقدم تحسين تغذية الأم والطفل تحديات متعددة وعوائق. ويعتبر تحسين استهلاك الخضروات المزروعة محلياً والغنية بالمواد الغذائية الدقيقة نقطة بداية لخفض مستدام وطويل الأمد لسوء التغذية في المواد الغذائية الدقيقة لدى هذه الشعوب الضعيفة.

¹ بما فيها اختصار وقت الطبخ للحصول على درجة قوام الطعام المرغوبة، واستخدام المكونات المناسبة والمتوفرة بسهولة، واستعمال الساكنين الحادة (لقطع الخضروات بنظافة بدل هرسها)، وإضافة عصير الليم لتحسين امتصاص المواد الغذائية الدقيقة للخضروات المزروعة منزلياً
² مثل الخردل الإثيوبي (لوشو)، وحبوب الصويا (صويا)، واللوبياء (كوندي)، وورق القطيفة (مشيشا)، والجزر (كاروتي)، والبطاطا الحلوة ذات القشرة برتقالية اللون (فيازي ليشي)، ونوع من عائلة الباذنجان (منافو)

على أن الخضروات تؤمن المواد الغذائية الأساسية لعيون سليمة، وتحمي من الأمراض، ويجب أن تكون جزءاً من كل وجبة، وللأطفال بالذات.»

مع ذلك، يبقى تحضير الخضروات بالطريقة المناسبة تحدياً للعديد من الأشخاص. من إبريل/ نيسان 2012 وحتى فبراير/ شباط 2013، أظهرت بشكل ثابت تقارير المرّبين المجتمعيين الذين قاموا بزيارات توعية أن 75% من المستفيدين الذين تمّ الوصول إليهم يملكون مهارات محدودة جداً في تحضير الخضروات بالطريقة المناسبة، ولمواجهة الفجوة في المعرفة والمهارات، أضاف تحسين إنتاج الغذاء في الأرض المحيطة بالمنزل EHFP إلى المشروع في يونيو/ حزيران 2012، نشاطاً استراتيجية التواصل في تغيير السلوك BCC. وتمّ تنظيم ثلاثة أنشطة، ركّز إثنان منها على المبادئ الأساسية لتحضير الخضروات¹ وأعطى المشترين فرصة لممارسة التقنيات الجديدة في مجموعات صغيرة تحت إشراف فريق مشروع تحسين إنتاج الغذاء في الأرض المحيطة بالمنزل. أحضر المشترين خضروات طازجة² (من الحدائق الجديدة في منازلهم) ومدّمهم المشروع بالأرز، وزيت الطبخ، والملح وطحين الذرة.

في أحد هذه الأنشطة، جاء أكثر من 150 مستفيداً من المشروع (حوالي 25% من الرجال يمثلون زوجاتهم) ومجموع 300 عضو في المجتمع من ست قرى مشاركة. بعد النشاط، عُقدت مجموعات شخص لشخص ومجموعات نقاش صغيرة غير رسمية أدارها فريق المشروع وكانت ردود فعل المشترين إيجابية بأغلبية ساحقة.

قال أحد المستفيدين:

«نحن نزرع مجموعة متنوعة من الخضروات، ولكننا لا نستخدمها. الآن سنبدأ باتباع هذه المبادئ في منازلنا.»

وقال مستفيد آخر:

«الآن أستطيع مساعدة زوجتي في تحضير الخضروات وسأحرص على أن تتضمن كل وجبة نوعاً واحداً من الخضار على الأقل. بالإضافة إلى ذلك، ومع الملاحظات التي سجّلتها، سأتمكن من مساعدتها بسهولة كلما نسبت الوصفة وأضمن أن تستهلك عائلتي الخضروات المحضّرة جيداً.»

كانت النية في مشاركة المعرفة والمهارات المكتسبة واضحة بما أن المشترين، وبالذات الرجال، استعملوا دفاتر الملاحظات لتدوين الوصفات وخطواتها.

بعيداً عن هذا الحدث، استُخدمت أساليب أخرى لنشاط استراتيجية التواصل في تغيير السلوك BCC تضمنت جلسات استشارة تفاعلية بين الأشخاص



Issack/HKI, Tanzania/Sengerema, 2012

مشتركون يحضرون خضار المنافو

قسائم نقدية للاجئين الصوماليين: تجارب من انطلاقة تجريبية لبرنامج في إثيوبيا

صموئيل تاديسي

صموئيل تاديسي يعمل كمستشار في التغذية والأمن الغذائي في المفوضية العليا للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين UNHCR بإثيوبيا. ويمتلك أكثر من 15 سنة خبرة في برامج الاستجابة الإنسانية، بما فيها التغذية، والأمن الغذائي، وسبل العيش.



WFP/UNHCR

بعد تغيير برنامج الغذاء العالمي من المعونة الغذائية إلى المساعدة الغذائية وخطه عمل برنامج الغذاء العالمي - المفوضية العليا للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين العالمية للمال والقسائم النقدية، وضع برنامج الغذاء العالمي والمفوضية العليا للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين في إثيوبيا مسودة خطة عمل مشتركة لانطلاقة تجريبية لبرنامج المال والقسائم النقدية في إثيوبيا في منتصف العام 2012. كما نوقشت هذه الخطة مع إدارة شؤون اللاجئين والعائدين في الحكومة الإثيوبية حيث وافقت جميع الأطراف على الأهداف والطريق المستقبلية. وأجرت المنظمات الثلاث عدة تقييمات للقطاع تَصَمَّتْ جدوى السوق وإتاحته؛ والأمن؛ وأنظمة التعاملات المالية؛ والدعم والتماكك الاجتماعي ما بين اللاجئين والمجتمع المستضيف؛ والسياسة الحكومية. بالإضافة إلى ذلك، أُجريت تقييمات معمّقة للسوق والبائعين واستشارات للمستفيدين بمختلف المجموعات في مواقع الإنطلاقة التجريبية المحتملة (المخيمات الصومالية في الشرق والمخيمات الأريتيرية في الشمال).

أظهرت نتائج هذه الدراسات أن لدى المخيمات في الجزء الشرقي من البلاد أسواقاً وظيفية وأن التجار قادرون على الاستجابة لزيادة الطلب المتوقع. وأشارت الاستشارات مع مجتمعات اللاجئين إلى اهتمام بالمزج بين المال النقدي والأغذية العينية من أجل الوصول إلى أغذية متنوعة أكثر في الأسواق. في الوقت نفسه، تلقى برنامج الغذاء العالمي مليون يورو من جهة مانحة لإنطلاقة البرنامج التجريبية لكي يتمكن اللاجئين من الحصول على المستويات الدنيا من الأمن الغذائي. تتضمن الأهداف المحددة لهذا التمويل: حصول المستفيدين على الأطعمة المفضلة لديهم، وتوفير مرونة للاجئين في أنواع الأغذية وخياراتها، وتحسين تنوع النظام الغذائي وتخفيف الآثار غير المقصودة لعمليات نقل الأغذية (خفض عمليات بيع الحصص الغذائية).

تمّ تصميم الانطلاقة التجريبية لبرنامج القسائم النقدية. وتمّ اختيار مخيمين: شيدر (12,500 لاجئ صومالي) وأو-بار (13,500 لاجئ صومالي). فضلاً عن

تعتبر إثيوبيا منزلاً لأكثر من 400,000 لاجئ من الدول المجاورة، والذين نزحوا بسبب أحداث من صنع البشر أو بسبب كوارث طبيعية أجبرت الناس على الهرب من بيوتهم والبحث عن مساعدة إنسانية. وتنسّق المفوضية العليا للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين UNHCR بالتعاون مع إدارة شؤون اللاجئين والعائدين في الحكومة الإثيوبية ARRA مساعدة إنسانية لحماية ودعم اللاجئين. تعتمد الشعوب اللاجئة بشكل أساسي على الحصص الغذائية العامة التي يؤمنها شهرياً برنامج الغذاء العالمي WFP وتديرها إدارة شؤون اللاجئين والعائدين في الحكومة الإثيوبية. تُعطى المساعدة الغذائية العينية، والتي تتألف من حبوب القمح، والأرز، والأغذية المخلوطة، والزيت النباتي، والبقوليات، والسكر، والملح، لتلبي الحاجة اليومية من الطاقة 2,100 كيلو سعرة حرارية ومتطلبات المواد الغذائية الدقيقة الضرورية/ الأساسية.

في أكتوبر/ تشرين الأول 2012، كشف تقييم المهمة المشتركة JAM لبرنامج الغذاء العالمي والمفوضية العليا للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين والشركاء أن اللاجئين يبيعون العينات الغذائية ويقايضونها مع الأطعمة المفضلة وغيرها من الاحتياجات التي لم تتمّ تلبيتها. وأثر هذا الأمر سلباً على تنوع النظام الغذائي في الأطعمة المستهلكة. بالإضافة إلى ذلك، تباع الأغذية عادة بشروط تجارية ضعيفة مقارنة مع أسعار نفس البضائع في السوق المحلية. ومن أكثر البضائع التي تباع القمح. وكشفت المعلومات المستقاة بانتظام من السوق أن اللاجئين في معظم المخيمات يبيعون أكياس القمح زنة 50 كغ بمتوسط 200 بير إثيوبي (أي حوالي 10.68 دولارات أميركية)، وكيло القمح الواحد بمبلغ 4 بيرات إثيوبية (0.21 سنتاً من الدولار الأميركي). بينما يكلف برنامج الغذاء العالمي شراء ونقل نفس الكميات إلى الموقع حوالي 600 بير إثيوبي (31.90 دولاراً أميركياً) و12 بيراً إثيوبياً (0.64 سنتاً من الدولار الأميركي) عن الكيس بزنة 50 كغ. كحيلة لهذه النتائج، اقترح تقييم المهمة المشتركة وسائل بديلة عن المساعدة الغذائية، بما فيها المال والقسائم النقدية.



مخيم شيدر، مستفيدة من المال النقدي للاجئين أكتوبر/ تشرين الأول 2013

العليا للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، وإدارة شؤون اللاجئين والعائدين في الحكومة الإثيوبية).

فيما يتعلق بالتأثير الغذائي، تمّ حساب إجمالي مجموع استهلاك الأغذية FCS في مسح عقب التوزيع (أكتوبر/ تشرين الأول 2013) أظهرت النتائج تحسناً إيجابياً في استهلاك الأغذية (الجدول 2) مقارنة بما كان عليه الوضع عند بدء تطبيق البرنامج (أغسطس/ آب 2012). واقتوتحت النتائج أن اللاجئين قادرون على شراء تشكيلة متنوعة من الأغذية، بما فيها الفواكه والخضروات الطازجة، ومصادر البروتين الحيواني، مثل اللحوم والحليب والحبوب المفضلة لديهم. وأبلغ المستفيدون أنهم راضون جداً باستبدال بعض القمح من الحصّة بالمال النقدي بما أنه أعطاهم مرونة ومكّن منازلهم من التنوع في نظامها الغذائي (الجدول 3). وكشفت حلقات النقاش أن المال النقدي الإضافي قد عزّز الكرامة ودعّم قوة اللاجئين التفاوضية مع التجار.

ستخضع نتائج البرنامج لمزيد من المراجعة بعد المسوحات الغذائية المشتركة، والتي أجريت في مايو/ أيار 2014، لمعرفة التأثير الغذائي مقارنة ببيانات الخط الأساسي. وتقترح ردود الفعل غير الرسمية أن المال النقدي لاقى ترحيباً جيداً؛ وطلب العديد من المستفيدين استبدال كل حصّة سلة الحبوب بالمال النقدي.

الجدول 2: التغيير في مجموع استهلاك الأغذية بين 2012 و2013 (مخيم شيدر)

تصنيف قياس مجموع استهلاك الأغذية	مسح الخط الأساسي أغسطس/ آب 2012	مسح ما بعد التوزيع أكتوبر/ تشرين الأول 2013	نسبة التغيير بين 2012 و2013
ضعيف	18	8	-55%
عند الحدّ	35	17	-52%
ملائم	47	75	+60%

الجدول 3: أنواع الأغذية التي تمّ شراؤها بالمال النقدي من السوق المحلية

الحليب (الجبن واللبن الرائب)	22
الخضروات (والفواكه)	16
السكر	14
الباستا والمعكرونة	13
طحين القمح	9
اللحوم والبيض	6
إعادة دفع القرض للأغذية المستعارة	16
أغذية أخرى (أرز، زيت، إلخ...)	4
المجموع	%100

تبيان ملاءمة السوق ومصحة المستفيد، كان المخيمان اللذان تمّ اختيارهما متوسطي الحجم ولم يكن من المتوقع حدوث تدفق كبير من اللاجئين في العام 2013. وافق الشركاء على البدء بطريقة حذرة باستبدال الستة كيلوغرامات من القمح (حوالي 50%) من حصّة الغذاء العامة الشهرية بمبلغ 100 بير إثيوبي (5.30 دولارات أميركية) في الشهر. اتُّخذ هذا القرار بناء على حلقات النقاش مع المجتمع وتمت إعادة تأكيدها مع أمهات صرف الحصص وبيانات المراقبة ما بعد التوزيع. واعتُقد أن هذا المبلغ المالي سيمكّن المستفيدين من شراء كمية مماثلة من الحبوب المفضلة لديهم بهدف الحفاظ على الحد الأدنى المطلوب من الأمن الغذائي (2,100 كيلو سرعة حرارية في اليوم للشخص الواحد). وتمّ الاعتراف بأن كل منزل سيُتخذ القرار النهائي بشأن ما سيشتريه لدعم عائلته. وكما هو الحال مع العينات الغذائية، تكون بطاقة حصّة العائلة مع النساء وهنّ من يتلقى بشكل رئيسي المساعدة الآتية لعائلتهن. تمّ التعامل مع المال النقدي بنفس الطريقة، بما أن برنامج الغذاء العالمي WFP والمفوضية العليا للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين UNHCR وإدارة شؤون اللاجئين والعائدين في الحكومة الإثيوبية ARRA استخدمت نفس لائحة المتلقين للحصّة المالية المؤرّعة. هكذا، كانت النساء الهدف الرئيسي للمال النقدي وهنّ من يتلقاهن، باستثناء العائلات حيث لا توجد إناث بالغات. وبقيت بضائع العينات الغذائية الأخرى في السلال كما هو موضح في الجدول 1. بدأت الإنطلاقة التجريبية للمشروع على مراحل؛ أولاً في شيدر في يوليو/ تموز 2013 وتوسّعت إلى أو-بار في أكتوبر/ تشرين الأول 2013.

شدّد البرنامج بشكل كبير على المشاركة المجتمعية في كل مرحلة لضمان اشترك اللاجئين في اتخاذ القرار، مثل اختيار الجزء الذي سيستبدل بالمال من سلة الغذاء. وقادت مجتمعات اللاجئين بفعلية نشر المعلومات ما قبل التوزيع وانخرطت في الإبلاغ عن الحوادث المرتبطة بالمال النقدي، وتحكّمت بالحدود أثناء التوزيع، وأعطت الأولوية للمجموعات الأضعف، وحافظت على السلام والأمن في قرأها. كان العديد من أعضاء لجنة اللاجئين ذكوراً، وتمّ تحريك الرسائل الفعّالة لضمان راحة النساء وصمّهن إلى النقاشات.

بعيداً عن المراقبة المنظمة (بما فيها مراقبة توزيع الأغذية/المال النقدي والمراقبة ما بعد التوزيع)، أجريت دراسة معمّقة في مخيم شيدر خلال أكتوبر/ تشرين الأول، بعد ثلاثة أشهر على انطلاقة البرنامج، لتقييم إضافي لقضايا الفاعلية، وفعالية التكلفة، والحماية والتأثير الغذائي للبرنامج. تألّفت الدراسة من تقييمات منازل الأفراد (بما فيها استبيانات التّوَع الغذائي ومدى تكرار الأغذية)، وحلقات النقاش مع نساء ورجال ولقاءات مع المخبرين الرئيسيين (الباعة بشكل أساسي والعاملين في برنامج الغذاء العالمي، والمفوضية

الجدول 1: لوائح سلال الأغذية والمال النقدي

سلّة الأغذية العينية قبل إدخال المال النقدي	دمج الأغذية والمال النقدي
حبوب القمح 11.4 كغ	القمح 5.4 كغ
الأرز 4 كغ	الأرز 4 كغ
البقوليات 1.5 كغ	البقوليات 1.5 كغ
خليط الذرة والصويا المدعّم CSB 1.5 كغ	خليط الذرة والصويا المدعّم CSB 1.5 كغ
الزيت النباتي 0.9 كغ	الزيت النباتي 0.9 كغ
السكر 450 غراماً	السكر 450 غراماً
الملح 150 غراماً	الملح 150 غراماً
100 بير إثيوبي (5.30 دولارات أميركية)	

بستنة النساء في غامبيا

أولاولي أف. أولانيان

أولاولي أف. أولانيان باحث (متطوع) مع «مركز ترايبانو توليرانس» ولديه أكثر من سبع سنوات خبرة في البحث الزراعي التنموي.



تنوعاً إضافياً في النظام الغذائي، وتسدّد تكاليف المدرسة، وغيرها من الاحتياجات العائلية.

- **وظيفة مرنة وصديقة للطفل.** إن أنشطة الزراعة مرنة، وتتأمن احتياجات الرعاية للنساء وأطفالهن عبر مجموعة الدعم. تُعفى النساء الحوامل في المرحلة الأخيرة والأمهات المرضعات من أي نشاط زراعي من خلال العضوات الأخريات في المجموعة. وتمّ تخطيط حدود جزء من الحديقة للرّضع حيث يرعاهم أفراد العائلة البالغون. فضلاً عن ذلك، تستفيد جميع النساء من استراحة ثلاث ساعات كل يوم فتيحة لهن الانخراط المباشر في تحضير الأكل وإطعام عائلاتهن.

التقدم إلى الأمام

رغم انقطاعات الدعم من الجهة المانحة طويلة المدى للجمعية، حافظت المجموعة على استدامتها اعتماداً على التوفير وفعالية التنسيق والشراكة لدى عضواتها. مع ذلك، تبقى هناك ثلاثة تحديات: (١) التقلبات في أسعار السوق (خاصة في موسم المطر)، (٢) ونقص مرافق التخزين، (٣) وضعف بنى الأسوار. فيما تحدّ هذه التحديات حديقة نساء بانجولدينغ حالياً، هناك خطط للتجديد، ومتى ما تحققت، ستضمن تخزيناً أفضل وتوسعة مواكبة في القريب المنظور.

خاتمة:

حديقة نساء بانجولدينغ هي نموذج لكيفية تمكين مجموعة ملتزمة من النساء وتنظيمهن للمساهمة في أغذية عائلاتهن والأمن الغذائي ونظام الزراعة الأوسع.

تصوير مزارع حديقة نساء بانجولدينغ



خلفية معلوماتية

بدأت جمعية الزراعة المجتمعية، والتي تحوّلت في النهاية إلى حديقة نساء بانجولدينغ، في العام 1989 مع قطعة أرض بمساحة هكتار واحد وتجمّع 80 عضوة زرعن بشكل جماعي الذرة أو الدخن خلال ثلاثة أو أربعة أشهر هي موسم المحصول. في العام 1996، ومساندة خارجية بما فيها النصائح التقنية وتسوير أرض بمساحة 8 هكتارات، تيسّر للجمعية زرع البطيخ الأحمر والفسق السوداني. بعد مرور سنة، توفّر الدعم لمزيد من البذور، والسماد، والمرشات، ومساحة تخزين ومكاتب، وأنتجت تشكيلة متنوعة أكبر من الخضروات المزروعة (بينها البندورة، والفليفلة، والباذنجان، وكذلك محاصيل البقوليات، مثل الفستق السوداني) وزيادة إنتاج بلغت 120.8 طناً مترياً من المحصول. استهلكت عائلات النساء المحصول وتمّ بيع الفائض منه في أسواق الخضار المحيطة.

على مدى أكثر من 15 سنة، كبرت الحديقة والجمعية. توجد الآن 110 نساء منظمات في 22 مجموعة فرعية تتضمن خمس نساء. تشارك كل مجموعة فرعية في زراعة المحصول، مثل الفستق، والفليفلة، والبندورة، واللوبياء الخضراء، والبامية، والباذنجان، والخيار، والبطاطا الحلوة على ثلاث قطع أرض مختلفة بقياس 40 متراً x 30 متراً لكل قطعة. ويحق لكل عضوة أخذ قطعة شخصية. ويمكن لمزرعة الجمعية، ومساحتها الإجمالية الآن 23 هكتاراً، أن تنتج حتى 2,000 كغ من الذرة و1,000 كغ من الفستق. ومن أجل تنوع القاعدة الغذائية ومصادر الدخل، استثمرت الجمعية في الماشية والأرانب. ويُجمّع الحليب ويبيع كل يوم للعضوات كمصدر هام للبروتين الحيواني.

الإنجازات:

- **زيادة إنتاج الأغذية.** تنتج قطعة أرض المجموعة الفرعية متوسطة سناً من البندورة يبلغ 4,000 كغ بالإضافة إلى 10 كغ في الأسبوع تتقاسمها خمس نساء للإستهلاك المنزلي. منذ 2005 وحتى 2013، زادت الجمعية إنتاج المحصول بنسبة 50%.
- **تحسين دخل الأمن الغذائي.** يتيح نظام الريّ الزراعة على مدى السنة، ما ضاعف توفّر المحصول للعضوة، والقدرة على الوصول إليه، وتأمين مصدر دخل حتى أثناء موسم الجوع السنوي (يونيو/ تموز حتى أغسطس/ آب). ودعم الدخل الآتي من خلال بيع محصول الزرع

الأغذية البرية، والأسعار، والأنظمة الغذائية، والتنمية: الإستدامة والأمن الغذائي في الكامبيون المدنية

سنايد، لورين كيو.

الإستدامة (2013) 5 (11) 4728-4759



Shayla Lauren Q

مع ذلك، تؤثر الأجور المنخفضة والتكاليف المرتفعة للعيش في المدينة على قدرة المنازل على الوصول إلى الأغذية البرية/ التقليدية. وتستبدل المنازل هذه الأغذية ببدايل أرخص سعراً وأسوأ نوعية، مثل الأرز المستورد. بناء على ذلك، تتغير الأنظمة الغذائية التقليدية ويواجه سكان المدن في الكامبيون نقلة بعيداً عن الأغذية البرية/ التقليدية الغنية بالمواد المغذية التي يفضلونها باتجاه أغذية أفقر في المواد المغذية. ويدعو الكاتب إلى مزيد من البحث في آثار هذا التغيير على الأمن الغذائي، والتغذية، ونتائج الصحة العامة.

للمزيد من المعلومات، زوروا الموقع الإلكتروني التالي:
<http://www.mdpi.com/2071-1050/5/11/4728>

يحلل هذا المقال طرق إسهام الأغذية البرية والتقليدية في الأمن الغذائي للمنازل المدنية في الكامبيون الجنوبية وفق البيانات التجريبية والنوعية التي جُمعت من مسوحات طالت 371 منزلاً وسوقاً في مدن الكامبيون.

تقترح بيانات المسح أن الأغذية البرية/ التقليدية متوفرة في مدن الكامبيون في معظم الأوقات، وبينها 66 نوعاً برياً من الفاكهة، والخضروات، والبهارات، والحشرات. يعتمد توافر هذه الأغذية على الموسم، والطقس، والقدرة على الوصول إلى الغابة الإستوائية المحيطة. يصرف الكامبيونيون قسماً كبيراً من ميزانية الغذاء (25%) على الأغذية البرية/ التقليدية، ويعتقد الكثير منهم أن هذه الأغذية ضرورية لتحضير الوجبات المنزلية المعتادة.

«سكويزد» التقلص: الحياة في زمن تقلب أسعار الغذاء، نتائج السنة الأولى

نعومي حسين وآخرون

أوكسفام إنترناشونال ومعهد دراسات التنمية IDS



الغذاء، ووقّرت اقتراحات بشأن أفضل طرق التحضير، وتتضمن:

- توسيع المساعدة الإجتماعية للفئات الأضعف
- الجاهزية مع إجراءات تحمي مرحلياً من الارتفاع الحاد في أسعار الغذاء
- مراقبة التأثيرات الحقيقية على حياة الناس ورفاهيتهم
- إعادة النظر في سياسة الحماية الإجتماعية
- تمكين الناس من المشاركة في السياسات لمواجهة التقلب في أسعار الغذاء.

تتوفر تقارير منفصلة عن نتائج الأبحاث في كل دولة في العام 2012، بالإضافة إلى حساب مفصل لمنهجية البحث.

للمزيد من المعلومات، زوروا الموقع الإلكتروني لأوكسفام البريطاني:

<http://policy-practice.oxfam.org.uk/our-work/food-livelihoods/food-price-volatility-research>

«سكويزد» أو التقلص هو حساب الضغوطات المتراكمة من ارتفاع أسعار الغذاء على الحياة اليومية في الدول النامية، وكيف تغير السلوك، والعلاقات، والتنظيم الإجتماعي بطرق تؤثر على التنمية. بينما لم تعد «أزمة الغذاء» تحتل العناوين الرئيسية في الأخبار، إلا أنها لم تنته. تستمر أسعار الغذاء بالارتفاع وفي بعض الأحيان تصل إلى ارتفاع حاد؛ ما يسبب ضائقة لا يُطرح التساؤل عنها. تهدف «سكويزد» إلى مساعدة صنّاع القرار على التفكير في كيفية الاستجابة لتقلب أسعار الغذاء عبر توجيه الانتباه إلى التالي:

- كيف يتأقلم الناس والمجتمعات مع التغيرات في أسعار الغذاء
- ما هو النشاط الذي قد يفيد اتخاذه الآن
- ما هي أوجه التأقلم التي تحتاج إلى مراقبة أفضل
- ما الذي يتطلب استيعاباً أكبر بشأن هذه التغيرات المعقدة.

تلخص «سكويزد» نتائج السنة الأولى من دراسة تستمر أربع سنوات في 10 دول، وتسمى «الحياة في زمن تقلب أسعار الغذاء». في النهاية، أعطت «سكويزد» أسباباً للتحضير للارتفاع الحاد المقبل في أسعار

منشورات مركز فينشتاين الدولي، جامعة تافتس

الجزء 1: ميري فيتزباتريك وهيلين يونغ. الماشية، وسبل العيش، والاستجابة للكوارث: الجزء الأول: مراجعة مشاريع سبل العيش المبنية على الماشية في السودان. 2013.

الجزء 2: غيتاشو جييرو، وحنان يوسف، وعبد الحفيظ محمد، وبيليهو نيغيسي، وهيلين يونغ. الماشية، وسبل العيش، والاستجابة للكوارث: الجزء الثاني: ثلاث دراسات حالة لبرامج الطوارئ في الماشية بالسودان، والدروس المستفادة. 2013.

تتوفر النشريات على الموقع الإلكتروني لمركز فينشتاين الدولي:
<http://fic.tufts.edu/publications>

أصدر مركز فينشتاين الدولي، جامعة تافتس نشرة من جزئين عن التدخلات الطارئة في الماشية بالسودان. يعتبر إنتاج الماشية إستراتيجية عيش جوهرية للمزارعين والرعاة في كل السودان، ويساهم في اقتصاد أوسع مرتبط بتسويق الماشية، ومنتجاتها، وعلفها، والماء، وخدمات الدعم. في السودان، توجد تجربة طويلة من التدخلات في الماشية. وقد راجعت هذه النشرة التدخلات الطارئة الحديثة في الماشية وإدخال التوجيهات الطارئة ومعايير الماشية إلى السودان.



مبادئ مقاييس المرونة - السلسلة التقنية رقم 1 لشبكة الأمن الغذائي الدولية FSIN

أُنشِئت ورقة تقنية حول الخطوة الأولية باتجاه تطوير تصميم مقاييس المرونة ليستخدمها أصحاب المصالح (مثلاً، العاملون في البرنامج، والمراقبة والتقييم، وصنّاع السياسة). وتوجز الخطوط العريضة ما يلي:

- تحديد ما تعنيه المرونة
 - سلسلة مبادئ تصميم المقاييس
 - توجيهات تقنية عامة لمقاييس المرونة شائعة الاستخدام لترويج الإنضباط في جميع مناهج المقاييس
 - مجموعة من القضايا الموضوعية والإهتمامات التحليلية.
- السلسلة التقنية رقم 1 لشبكة الأمن الغذائي الدولية FSIN هي الأولى من ثلاث أوراق بحثية ستصدر على مدار العام المقبل.

للمزيد من المعلومات، زوروا الموقع الإلكتروني لتجمّع الأمن الغذائي:

<http://foodsecuritycluster.net/document/fsin-paper-series-no1---resilience-measurement-principles>

هناك اتفاق واسع الآن على أن الأنشطة التفاعلية بين اتجاهات تغير المناخ، وهشاشة النظام البيئي، وعدم الاستقرار الجيو-سياسي قد أنتجت سلسلة جديدة من المخاطر التي تتزايد صعوبة التنبؤ بها. المرونة، والتي يراها العديدون كطريقة للتعامل مع سلسلة المخاطر التي لا يمكن التنبؤ بها والتي تُضعف الرفاهية، ظهرت مؤخراً كمفهوم رئيسي في سياسات وبرامج التنمية. بينما صدرت عدة أوراق وبيانات سياسة عامة وأطلقت مجموعة واسعة من المبادرات المُمَوَّلة، كان هناك تركيز محدود على المقاييس. وللتعامل مع هذا الوضع، عُقد اجتماع استشاري لمدة ثلاثة أيام حول مقاييس المرونة للأمن الغذائي في روما، إيطاليا (فبراير/ شباط 19-21، 2013). وقدم الاجتماع، والذي جمع معاً صنّاع السياسة، والعاملين في البرنامج، والباحثين، والقادة من مختلف الوكالات والمنظمات، فرصة لمشاركة النتائج الأولية وطرح الأسئلة حول مقاييس المرونة. أحد أبرز نتائج الاجتماع كان تشكيل مجموعة عمل تقنية لتقود تطوير إطار العمل التحليلي المشترك والتوجيهات التقنية لمقاييس المرونة.

المؤتمر الدولي الثاني حول التغذية ICN2: أوراق الخلفية المعلوماتية

كُتبت سلسلة من أوراق الخلفية المعلوماتية تحضيراً للمؤتمر الدولي الثاني حول التغذية ICN2، والذي سيعقد بين 19 و 21 نوفمبر/ تشرين الأول 2014 (أنظر قسم «أحداث وأنشطة» للمزيد من التفاصيل). أدناه جزء من لائحة الأوراق، وللحصول على كل لائحة الأوراق والنص بالكامل، أنظر الموقع الإلكتروني التالي: <http://www.fao.org/food/nutritional-policies-strategies/icn2/expert-papers/en>

فيتامين أ: تحريك المنهج المبني على الأغذية إلى الأمام بقلم تيد غرابنير، جامعة هانيناغ

تصميم برامج زراعية حساسة للتغذية بقلم لاد، ACIDI/VOCA - الأمن الغذائي

تحسين التغذية عبر منتجات الماشية الثانوية من الحليب والبيض: الرعاة دراسة حالة في كينيا بقلم لورا إل. لانوتي وكارولين ليسوروغول مراقبة وتقييم الأمن الغذائي والآثار الغذائية للمشاريع الزراعية بقلم إف. جايمس ليفينسن، جامعة تافتس وأنا هيرفورت، جامعة كورنيل

مسارات التأثير من البحث الزراعي إلى التغذية والصحة المحسنتين: تحاليل كتابات وألويوات بحثية بقلم باتريك ويب

ربط ممارسات الإنتاج الزراعي لتحسين تغذية وصحة الإنسان بقلم روس إم. ويلش، وروين دي. غراهام، وإسماعيل كاكماك ساباني



تغذية الفتيات المراهقات في الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط

ديفيد إل. ثورنهام، رؤية وحياة Sight and Life، المجلد 27 (3) 2013. متوفر على الموقع الإلكتروني التالي: www.sightandlife.org

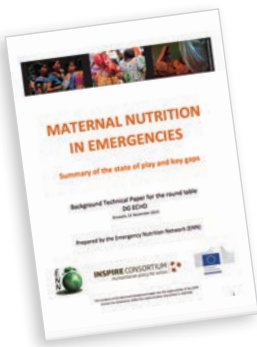


- وضعف نمو الجنين (الوزن المنخفض بالنسبة لمرحلة الحمل) وقد يعوق أية زيادة إضافية في طول الأمهات.
 - هناك ارتباط شديد بين الزواج المبكر، وضعف التعليم، والنظام الغذائي الفقير في القيمة الغذائية، والفقير.
 - ترويج التعليم الثانوي للفتيات قد يؤخر الزواج المبكر. تجذب التغذية المدرسية الغنية بالأطعمة المغذية الفتيات المراهقات للتعليم الثانوي وتساعد على إبقائهن فيه.
 - ستساعد جهود ترويج الأغذية المدعمة بالمواد الغذائية الدقيقة، بالتكامل مع التنوع الغذائي، على محاربة سوء التغذية، وقد تفيد نمو المراهقة وتبني قوى عاملة أكثر صحة لتخفيف الفقر في المستقبل.
- بينما تعتبر المراهقة فرصة للحاق بركب النمو، فإن الأنظمة الغذائية الفقيرة في القيمة الغذائية والاحتياجات الجسدية للزواج المبكر والحمل تعوق فرص النمو. وللتعامل مع هذا الوضع، يجب مساندة المواد الغذائية الدقيقة المدعمة لتحسين نوعية النظام الغذائي. كما يجب ترويج تنوع النظام الغذائي لضمان نمو كافٍ للعظام.

المراهقة أثناء سنوات البلوغ من 13 إلى 19 سنة هي فترة تغيير دراماتيكي. المراهقة هي المرحلة الوحيدة في الحياة، إلى جانب نافذة الفرصة في أول 1000 يوم من الحياة، حيث تتضاعف فعلياً سرعة النمو. بالنسبة للعديد من الفتيات، تتباطأ فرصة الاستفادة من هذه الفترة للنمو المحتمل مع الحمل المبكر. يصف هذا المقال الوضع الغذائي واحتياجات النساء المراهقات في الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط، ويسلط الضوء على المشاكل التي يفرضها سوء التغذية والزواج المبكر.

الرسائل الأساسية

- يدخل العديد من الأطفال في الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط مرحلة المراهقة بأجسام نحيفة، وتقرّم، وغالباً بنقص في غيرها من المواد الغذائية الدقيقة أي الفيتامينات والمعادن.
- المراهقة هي فرصة للحاق بركب النمو.
- تصبح العديد من الفتيات المراهقات حوامل قبل إتمام البلوغ في الوزن والطول.
- يزيد الزواج المبكر مخاطر وفيات الأمهات، والمضاعفات في الحمل،



تغذية الأمهات في حالات الطوارئ: ملخص الوضع الحالي والفجوات الأساسية

تانيا كارا وإيميلي مايتس، شبكة التغذية في الطوارئ ENN متوفر على الموقع الإلكتروني التالي: www.ennonline.net

تلخص هذه المراجعة أو النشرة الكتابات المتوفرة المتعلقة بضعف النساء، وآثارها بالنسبة للنساء والرضع، والتوجيهات الدولية الحالية بشأن تغذية الأمهات وما يتم القيام به في الوقت الراهن في برمجة حالات الطوارئ. كما تمّ تسليط الضوء على الفجوات الأساسية.

كانت التوجيهات الحالية بشأن سوء تغذية الأمهات محدودة حتى وقت قريب عندما نشر مجلس الصحة العالمي تقرير 2012 لمنظمة الصحة العالمية WHO «تغذية النساء أثناء الحمل» ونشرت منظمة الصحة العالمية 2013 «أنشطة التغذية الضرورية لتحسين صحة وتغذية الأمهات، والمواليد الجدد، والرضع، وصغار الأطفال». يتضمن إطار عمل توسيع نطاق التغذية SUN

تبيّن الدلائل الحالية أهمية الوضع الغذائي للنساء في وقت الإخصاب، وأثناء الحمل وخلال فترة الرضاعة الطبيعية كعامل جوهري في البقاء على قيد الحياة، والنمو الصحي ونمو الأطفال. مع أنه موضوع يحظى بالقليل من الاهتمام الدولي، إلا أن تغذية الأمهات مسألة جوهريّة بالنسبة لقدرة المرأة الخاصة على التمتع بحياة صحية.

أوكلت المفوضية الأوروبية مراجعة الكتابات والتوجيهات الموجودة لأنها قلقت من وجود عدد من الفجوات على المستويين السياسي والتطبيقي، وتتوفر توجيهات محدودة للتعامل بفعالية وكفاءة مع احتياجات تغذية الأمهات.

الفجوات الأساسية المحددة تتضمن:

- الفجوات المعرفية في كيفية التقييم والتحليل، ومن هي الفئات المستهدفة، وما هي الإستجابة الأكثر فعالية
- ما هي المواد بالتحديد التي تُستخدم في مكملات المواد الغذائية الدقيقة وفي التغذية التكميلية
- كيفية مراقبة الفعالية وتقييم تأثير برامج الطوارئ على النساء الحوامل والأمهات المرضعات وأطفالهن.

عدداً من التدخلات المباشرة لتغذية الأمهات، رغم أنه لم يتم التعامل مع سياق الطوارئ بشكل خاص. يعطي مشروع سفير 2011 SPHERE بعض التوجيهات، مع ذلك، يرتبط معظمها بتغذية الرضع وصالح الطفل فقط.

جمعت المراجعة أو النشرة الجهود المشتركة للتوجيهات المتوفرة بشأن مكملات المواد الغذائية الدقيقة (الفيتامينات والمعادن)، ومكملات المواد الغذائية التي يحتاجها الجسم بكميات كبيرة نسبياً (البروتينات والدهون والكاربوهيدرات)، والرعاية والدعم، والتدخلات المرتبطة بالصحة، والتدخلات الحساسة للتغذية من أجل تحسين تغذية الأمهات في العموم وفي حالات الطوارئ.

الماء والصرف الصحي والنظافة الشخصية WASH والتغذية

تأثير التدخلات لتحسين نوعية وإمدادات الماء، وتوفير الصرف الصحي، وترويج غسيل اليدين بالصابون على النمو الجسدي للأطفال نشرة كوكرين



WaterAid/ Ernest Randiarimalala

ألان دي دانغور وآخرون

مكتبة كوكرين 2013، النسخة 7

متوفر على الموقع الإلكتروني التالي: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0057931>

المرفق المُصمَّم لتحسين الصرف الصحي: (4) أو ترويج غسيل اليدين بالصابون بعد التغوط ورمي براز الطفل، وقبل تحضير الطعام وملامسته، أو مزيج من هذه التدخلات في الأطفال تحت عمر 18 سنة.

حدّد الكتاب 14 دراسة لهذه التدخلات شملت 22,241 طفلاً عند خط الأساس وبيانات نتائج التغذية لدى 9469 طفلاً. يقترح منهج ما وراء تحاليل الدلائل من اختبارات كتل عشوائية أن تدخلات الماء والصرف الصحي والنظافة الشخصية كانت لها فائدة قليلة على نمو الطول في الأطفال تحت عمر الخمس سنوات. فيما قد تكون هذه النتيجة هامة، إلا أنها مبنية على دراسات قصيرة المدى نسبياً، ولا توجد بينها أية دراسة ذات منهجية نوعية عالية، ولذا يجب التعامل معها بحذر. هناك العديد من الدراسات الجارية الكبيرة والقوية في إطار دول ذات دخل منخفض، ويجب أن تؤمّن دلائل للإبلاغ عن هذه النتائج.

في الدول ذات الدخل المنخفض، يقدر وجود 165 مليون طفل تحت عمر الخمس سنوات يعانون من التقرّم ما يسبّب لهم قصر القامة، و52 مليون طفل يعانون من الهزال الذي يسبّب لهم نحافة شديدة. يزيد ضعف النمو في المرحلة المبكرة من الحياة خطر الأمراض والموت في الطفولة. والسببان المباشرين لنقص التغذية في الطفولة هما الحصة غير الكافية في النظام الغذائي والأمراض المعدية، مثل الإسهال. يتم تطبيق تدخلات الماء والصرف الصحي والنظافة الشخصية WASH غالباً لتخفيف الأمراض المعدية؛ وتقيم هذه النشرة التأثير الذي قد تتركه تدخلات الماء والصرف الصحي والنظافة الشخصية على نتائج التغذية في الأطفال. وتتضمن النشرة دلائل من تدخلات عشوائية وغير عشوائية صُمّمت (1) لتحسين نوعية الجزئيات البيولوجية الدقيقة لماء الشرب أو حماية نوعية الجزئيات البيولوجية الكبيرة للماء قبل استهلاكه؛ (2) إدخال إمدادات ماء جديدة أو محسّنة أو تحسين التوزيع؛ (3) وإدخال أو توسيع تغطية واستخدام

افتتاح مشروع الأنبوب الكبير، أدي سبيها،
تيغراي، إثيوبيا 28 ديسمبر/ كانون الثاني 2013

WaterAid/Behailu Shiferaw



الماء والصرف الصحي والنظافة الشخصية WASH، وأمراض الأمعاء الميكروبية المنقولة من بيئة الطفل، والتغذية، والنمو المبكر للأطفال: خلق الرابط بينها

فرانسيس إم. نغوري وآخرون

حوليات أكاديمية نيويورك للعلوم، المجلد 1308، الطاقة الكامنة لكل طفل:

دمج تدخلات التغذية والنمو المبكر للأطفال، صفحات 118-128، يناير/ كانون الثاني 2014

متوفر على الموقع الإلكتروني التالي:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/nyas.12330/abstract>

وأخذه بعين الاعتبار كأحد أوجه تغذية الطفل وتدخلات النمو، وليس ببساطة مجموع الحمامات، وغسل أيدي الأشخاص الذين يرعون الطفل، وتنقية الماء. واقتروا مفهوم «بيبي WASH» - والهدف منه اعتراض الناقلات الأساسية للبراز إلى الفم بأيدي الأطفال، والحركة من اليد إلى الفم، والانتباه إلى براز الحيوانات وكذلك براز البشر.

على مستوى البرمجة، تتطلب تدخلات «بيبي WASH» غسيل أيدي الأطفال في الأوقات الرئيسية وخلق نظافة شخصية وحماية بيئة اللعب، إلى جانب تغذية الرضع بنظافة شخصية وغسيل أفراد المنزل أيديهم وتدخلات الصرف الصحي. ويدعو الباحثون لدعم «بيبي WASH» حتى يكون مكوناً إضافياً في برامج نمو الطفل المبكر. أخيراً، سلط الباحثون الضوء على مزيد من الحاجة إلى أبحاث متعددة التخصصات عن الرابط بين الماء والصرف الصحي والنظافة الشخصية WASH ونمو الطفل المبكر. ECD.

هناك ندرة في البحث والدلائل البرنامجية حول تأثير الظروف الضعيفة للماء والصرف الصحي والنظافة الشخصية WASH على التطور الإدراكي، والمهارات الحسية، والتطور الاجتماعي-الإنفعالي في الطفولة المبكرة. فضلاً عن ذلك، لا تصمّم الكثير من تدخلات الماء والصرف الصحي والنظافة الشخصية الشائعة خصيصاً لحماية الأطفال في السنوات الثلاث الأولى من حياتهم، عندما تتأسس صحة الأمعاء وهو الطول. راجع الباحثون دلائل الربط بين الماء والصرف الصحي والنظافة الشخصية، والأنيميا أو فقر الدم، ونمو الطفل، وسلطوا الضوء على المسارات حيث يمكن أن يؤثر الماء والصرف الصحي والنظافة الشخصية على نمو الطفل المبكر، وفي المقام الأول عبر التهاب الأمعاء، والتقرّم، وفقر الدم.

في هذه الورقة، يجادل الباحثون بأن ضعف النظافة الشخصية، والتي تؤدي إلى ابتلاع الجراثيم، هو عامل خطر في ضعف نمو الطفل المبكر. ECD. واقتروا توسيع مفهوم الماء والصرف الصحي والنظافة الشخصية

توسيع نطاق التغذية: تجارب من بلوشستان، باكستان

محمد شيراز والدكتور علي نصير بوعتي

محمد شيراز هو مسؤول إدارة
معلومات التغذية في قسم الصحة
ضمن حكومة بلوشستان.



الدكتور علي نصير بوعتي هو المنسق
الإقليمي للتغذية في قسم الصحة
ضمن حكومة بلوشستان.



Pakistan, Quetta, 2013

حققت باكستان، وبالذات بلوشستان، تحسناً لافتاً منذ العام 2010. في سبتمبر/ أيلول 2011، اتخذَ قسم الشؤون الاقتصادية في باكستان خطوة هامة عندما دعا إلى اجتماع شركاء التنمية والجهات المانحة المشاركة حالياً في مختلف المشاريع في باكستان (والمشار إليهم بالمجموعة D-10) إلى بحث التغذية. وخلال الاجتماع، التزمت المقاطعات بتحضير خطط تغذية متعددة القطاعات. ومنذ ذلك الحين، حققت بلوشستان التالي:

- طوّرت ملف توجيه سياسي لتقييم مستويات المقاطعة في نقص التغذية، وتحديد البرامج القطاعية المرتبطة بخفض نقص التغذية، وبدء تحديد الأدوار المحتملة لهذه القطاعات بجهد جماعي لخفض نقص التغذية في المقاطعة. كما تضمن الملف لائحة بالفوائد المحتملة التي ستعود على كل قطاع جزاءً التغذية المحسنة في المقاطعة.
- وضعت اللسمات الأخيرة على إستراتيجية تغذية بينية القطاعات. تبحث هذه الإستراتيجية كلاً من الوقاية من نقص التغذية وعلاجها مباشرة (تدخلات خاصة بالتغذية) كما تعالج محددات نقص التغذية (تدخلات حساسة للتغذية). وإن التركيز هو على ممارسات النظافة الشخصية، والوصول إلى الماء الآمن، وخدمات الصرف الصحي والصحة، والأمن الغذائي للمنازل، والوصول إلى نظام غذائي متنوع، والقيود الإجتماعية-الاقتصادية، ومحو الأمية.

في كل قطاع، تتضمن الإستراتيجية مجموعة من الأهداف الإستراتيجية، والنتائج، والمردود، والأنشطة مع خطة لتأجير وحدة تنسيق في قسم المقاطعة للتخطيط والتنمية. وتحدّد الإستراتيجية مؤشرات فرعية مشمولة في «إطار عمل نتائج المراقبة». ستعطي المراقبة والمراجعة المستمرتان لهذه المؤشرات المقاطعة وسائل لتقييم تطور الإستراتيجية على قاعدة مستمرة. ونظراً لتنوع وتعدد قطاعات أسباب نقص التغذية، سيتمّ خلق وحدة منفصلة تركز على التخطيط والمراقبة وتضمّن إلى قسم المقاطعة

بلوشستان هي أقل مقاطعات باكستان الأربع تنمية ولديها وضع صحي وغذائي ضعيف جداً. بحسب مسح التغذية الوطني للعام 2011، بلغ إنتشار التقرّم في بلوشستان 52.2%، وهو بين الأعلى في العالم. ويبلغ إنتشار الهزال 16.1% متخطياً عتبة الـ 15% المحددة من منظمة الصحة العالمية WHO، ومؤشراً على وجود حالة طوارئ في الصحة العامة. كما تعاني النساء والأطفال من أحد أعلى مستويات النقص في الفيتامينات والمعادن في العالم مع أنيميا أو نقص في الحديد بين الأمهات بنسبة 47.3% ونقص فيتامين أ في الأطفال بنسبة 74%. بناء على الإتجاهات الراهنة، بلوشستان ليست على الطريق الصحيح للإيفاء بالأهداف الإيمائية للألفية MDG لإنقاص مستوى نقص التغذية بحسب 1990 بمقدار النصف بحلول 2015.

تعرف حكومة بلوشستان وشركاؤها آثار مثل هذه المستويات المرتفعة من نقص التغذية على التنمية الاقتصادية والبشرية، وكنتيجة لذلك، تتعهد الحكومة وشركاؤها الآن بمنهج تغذية متعدد القطاعات تماشياً مع حركة SUN.

يشتمل إطار عمل SUN على ثلاثة مكونات رئيسية:

- تدخلات مبنية على الدلائل وقليلة التكلفة للوقاية من نقص التغذية وعلاجه، مع أولوية قصوى لنافذة الفرصة لدى الأطفال تحت عمر 9 أشهر إلى 24 شهراً، والمعروفة بمصطلح «أول 1000 يوم في الحياة».
- منهج متعدد القطاعات يتضمن دمج التغذية في القطاعات ذات الصلة واستخدام مؤشرات نقص التغذية كقياسات رئيسية في التطور الإجمالي في هذه القطاعات.
- توسيع نطاق المساعدة المنزلية والخارجية بصورة ملحوظة عبر استجابة تنسيق تنموي بالشراكة للدول التي تمتلك برامج تغذية وإمكانات.

2. تحسين استهلاك المواد الغذائية الدقيقة من خلال التدعيم والمكملات؛
3. تعزيز مستوى المعرفة وزيادة التوعية بتدخلات التغذية بين المنازل حيث يعيش أطفال تحت عمر الخمس سنوات ونساء حوامل/ أمهات مرضعات؛
4. تقوية برنامج التغذية من خلال قسم الصحة؛
5. وتقوية أنظمة المراقبة والتقييم مع التركيز على إنتاج معلومات للتخطيط والتطبيق على أسس مبرهنة.

التحديات المتوقعة

سيطلب المنهج متعدد القطاعات للنجاح مستوى عالياً من الالتزام، والتنسيق الفعال، والقيادة المطلعة. وتتضمن بعض التحديات المحتمل أن تواجه بلوشستان في التطبيق الفعلي:

- **المسؤولية:** لن يكون لقسم التغذية المؤسس مؤخرًا ضمن قسم التخطيط والتنمية سلطة مذكورة لتحمل غيره من الأقسام مسؤولية الإيفاء بالنتائج المرتبطة بالتغذية. وما زالت طريقة تحميل الأقسام الأخرى مسؤولية أمام قسم التغذية علامة استفهام كبيرة وتحدياً رئيسياً في المستقبل.
 - **الأولوية:** ليست التغذية أجندة شائعة لجميع الأقسام، من هنا يختلف مستوى الإلتعاب والأولويات ضمن الأقسام الأخرى.
 - **المصادر:** قد لا توجد المصادر الضرورية لجعل إستراتيجية التغذية جاهزة للعمل ومرتبطة بالعمليات بما أنه لا يوجد تمويل من الجهات المانحة للخطط الحساسة للتغذية في الأقسام الأخرى غير قسم الصحة الحالي.
 - **الإمكانية:** هناك إمكانية محدودة ضمن الأقسام الأخرى، وبالذات بالنسبة للتخطيط الحساس للتغذية، والذي قد يحد الإلتعاب بشأن ما تتطلبه إمكانية المصادر البشرية لطرح التدخلات الحساسة للتغذية.
 - **التنسيق:** لا تملك المقاطعة تجربة سابقة في التنسيق بين القطاعات للبرمجة المتعلقة بالموضوع.
- للمزيد من المعلومات، يرجى الاتصال بمحمد شيراز على البريد الإلكتروني التالي: Mohammad.sheraz@live.com

للتخطيط والتنمية لتحافظ على مسؤوليتها عن جميع المستويات الرئيسية وترصد إجمالي التطور. سيكون منهج الإستراتيجية الجوهرى هو «التخطيط متعدد القطاعات، والتطبيق على مستوى القطاع ثم المراجعة متعددة القطاعات». وستكون المرحلة التالية تقدير تكلفة الخطة. في الوقت الحالي، يشمل قسم المقاطعة للتخطيط والتنمية أقساماً، مثل الزراعة والصحة، ولكن ليس التغذية. يتفحص قسم الصحة حالياً التغذية مع خطط لتأسيس قسم تغذية منفصل ليخطط ويراقب إجمالي تطور الإستراتيجية بينية القطاعات.

حددت لجنة توجيه تغذية للمقاطعة، ويرأسها السكرتير العام الإضافي للتنمية، ثاني أعلى مرتبة رسمية على مستوى المقاطعة بعد السكرتير العام. أما أعضاؤها، فهم رؤساء أقسام الصحة والزراعة وغيرها من الأقسام ذات الصلة.

حددت مجموعة عمل تقنية بينية القطاعات تحت قسم التخطيط والتنمية. سيكون لكل قسم مجموعة عمل تقنية بينية القطاعات محددة، وتقود مجموعة العمل التقنية بينية القطاعات الخاصة بالتغذية ولجنة التوجيه تغيير إستراتيجية التغذية بينية القطاعات إلى خطة تشغيلية.

طلب من قسم التغذية وغيره من الأقسام تحضير اقتراحاته وتكاليفها تماشياً مع التدخلات الحساسة للتغذية والمحددة، والتي طرحتها إستراتيجية التغذية متعددة القطاعات لكل قسم. تهدف لجنة التوجيه ومجموعة العمل التقنية بينية القطاعات الخاصة بالتغذية إلى تحديد مصادر التمويل الملائمة عبر التمويلات الحكومية أو تمويل الجهات المانحة. عند كتابة هذا الموضوع، وضع قسم التغذية وحده تكلفة خطته بمجموع 14.92 مليون دولار أميركي (1492 مليون روبية باكستانية) على فترة ثلاث سنوات (يوليو/ تموز 2014 حتى يونيو/ حزيران 2017)، والتي ستستهدف 7 أحياء عالية الخطورة (من أصل مجموع 30 حياً بلوشستانياً). ضمن هذا الإطار، تبلغ ميزانية الإدارة المجتمعية لسوء التغذية الحاد CMAM وتغذية الرضع وصغار الأطفال IYCF معاً 5.42 مليون دولار أميركي. وتهدف خطة قسم الصحة إلى:

1. تحسين تغطية تغذية الرضع وصغار الأطفال وإتاحتها بالإضافة إلى خدمات الإدارة المجتمعية لسوء التغذية الحاد عبر الأحياء المستهدفة للسكان المستهدفين (الأطفال من الذكور والإناث 0-5 سنوات



حفل تأييد وتوقيع مسودة سياسة التوجيه الغذائية لبلوشستان



موظف من وزارة الصحة يعمل في عيادة العناية العلاجية بالمرضى الخارجيين في إثيوبيا

زيادة قصوى لنوعية توسيع نطاق إطار عمل برامج التغذية MQSUN مذكرة إعلامية 2 نوفمبر / تشرين الثاني 2013

ميدجيا أكوستا وآخرون، معهد دراسات التنمية، برايتون.



سنوي قصير المدى وبين التمويلات التي قد يتم تخصيصها على عدة سنوات. إن جعل دورات التمويل متزامنة قد يفتح الباب أمام تقسيم فعال للعمل وتمويل مستدام للتغذية من دون إضعاف أهمية ضرورة إعداد التقارير.

تحتاج الجهات المانحة وحكومات الدول إلى تطوير أجهزة متابعة الميزانية المحسنة من أجل السماح للحكومات بقدرة أعلى على وضع اليد على التمويل الغذائي بينما تضمن مساءلة مساهمات الجهات المانحة.

أبحاث إضافية:

- هناك حاجة لمزيد من العمل لتحديد وقياس الإمكانية والحافز لدى الدولة والجهات الحكومية للمشاركة في البرمجة الفعالة للتغذية.
- هناك حاجة لمزيد من العمل لتحديد وتوثيق كيف يمكن للتمويلات والإستراتيجيات تخفيف سوء التغذية المزمن وتكرار الإصابة بسوء التغذية الحاد على المدى الطويل في الدول الضعيفة والمتضررة جراء النزاعات وفي أماكن أخرى. كما يحتاج إلى التوثيق تأثير علاج سوء التغذية الحاد على التقرم والوقاية منه، وتحتاج السياسة وآثار البرنامج إلى التفصيل والتدقيق.
- هناك حاجة إلى الأبحاث لفهم كيف تؤثر دول محددة ضعيفة ومتضررة جراء النزاعات ودلائل انعدام الأمن الغذائي على مؤشرات التغذية.
- تحسين تصميم البرنامج الغذائي عبر تطوير واستخدام أجهزة متابعة التمويل لتحديد العلاقة بين الإستثمار الغذائي ونتائج التغذية في الدول الضعيفة والمتضررة جراء النزاعات.

تواجه جهود تقوية الإلتزام الحكومي بتخفيف نقص التغذية في الدول الضعيفة والمتضررة جراء النزاعات FCAS مجموعة من التحديات في سياقات محددة. أولاً، تميل معظم تمويلات التغذية إلى تبني مناهج إنسانية قصيرة المدى لمواجهة أزمات الغذاء والجوع. ثانياً، تفتقر الدول الضعيفة والمتضررة جراء النزاعات عادة إلى القدرة على تصميم وتطبيق إستراتيجياتها الغذائية الخاصة، من هنا تعزيز اعتمادها على نصيحة السياسة، والتدريب التقني، والتمويل من الجهة المانحة المجتمعية. ثالثاً، توجد روابط مسالة ضعيفة جداً -أو لا توجد- بين الدول والمجتمع في الدول الضعيفة والمتضررة جراء النزاعات، هكذا يفتقر المواطنون إلى وسائل لمحاسبة حكوماتهم وتفتقر النخب السياسية إلى الحوافز للإستجابة لمتطلبات المواطنين. هذه المذكرة الإعلامية تراجع ثلاث حالات محددة (نيجيريا، باكستان، وإثيوبيا) وتقدم اقتراحات عملية ونصائح السياسة للتعامل مع تحديات حكم التغذية في السياق الهش والضعيف.

اقتراحات للسياسة:

- يجب أن تُقيّم الحكومات المحلية مبادرات التغذية الموجودة وتهدف إلى المزاوجة بين الإستجابات الغذائية المتعددة تحت إطار عمل مؤسسي واحد أو إستراتيجية واحدة.
- يجب أن تدعم الجهات المانحة التي تعمل في أوضاع ضعيفة ومتأثرة بالنزاعات إستجابات التغذية في الطوارئ، مثل الإدارة المجتمعية لسوء التغذية الحاد أو برنامج التغذية الذي يشمل جميع الأطفال في الفئات العمرية المحددة، والتي تمتلك الإمكانية الأكبر في ترسيخ العناية الوقائية. وتعتبر الفسائم النقدية وسيلة أخرى ذات تأثير أعظم وطويل المدى.
- يجب أن تؤسس الوكالات متعددة وثنائية الأطراف طرقاً للمزج بين تمويل برمجة التغذية طويلة المدى عبر التمويلات المخصصة على أساس



Mohamed Osman Adam, Somalia, 2013

العمالون في المدرسة يوزعون الأغذية على التلاميذ بعد انتهاء الصفوف المدرسية



WaterAid/ Ernest Handrimalala

يجمعون الماء من نقطة الماء المبنية حديثاً



Victor/HKI, Tanzania/ Sengerema, 2012

مشاركات في نشاط مجتمعي يحضرن ورق القטיפئة للوليمة

نرجو منكم زيارة الموقع الإلكتروني التالي لشبكة التغذية في الطوارئ ENN: www.ennonline.net للحصول على القوائم المحدثة.

تمّ تحديث الموقع الإلكتروني لشبكة التغذية في الطوارئ وأطلق الموقع الجديد في شهر أغسطس/ آب. يوفر الموقع الإلكتروني الجديد باستمرار قوائم محدّثة للأخبار، والأنشطة والأحداث، والتدريبات، والوظائف الشاغرة في قطاع التغذية.

ملاحظة: ستوقف شبكة التغذية في الطوارئ عن إصدار نشرتها الإلكترونية الإخبارية مرتين في الشهر. ويحتوي الموقع الإلكتروني لشبكة التغذية في الطوارئ على جميع الأخبار والمستجدات التي كانت تُوزَع في النشرة الإخبارية.

الاجتماع التقني الدولي لشبكة التغذية في الطوارئ ENN حول التغذية

سوف تستضيف شبكة التغذية في الطوارئ ENN اجتماعاً يستمر ثلاثة أيام في أوكسفورد، المملكة المتحدة، من 7 وحتى 9 أكتوبر/ تشرين الأول 2014. وسيركز الاجتماع على التعليم التقني، وبناء علاقات تتعلق ببرامج التغذية المحددة، وتلك الحساسة للتغذية في حالات الطوارئ، وسياقات العبء المرتفع، فيكشف عن أفضل الممارسات وأولويات الأبحاث والتأييد. وسيجذب هذا الاجتماع جمهوراً عريضاً يتضمن المنظمات غير الحكومية الوطنية، ووكالات منظمة الأمم المتحدة UN، وحركة SUN، ومجموعة التغذية العالمية GNC، والأكاديميين، والجهات المانحة الثنائية والمتعددة، والقطاع الخاص وممثلين حكوميين. وسوف تُستخدم مجموعة واسعة من الإعلام الإلكتروني الحالي ومواقع التواصل الاجتماعي والأدوات لكي تواكب وتنشر بسرعة تجارب الاجتماع ونقاشاته ونتائجه.

أما أهداف الاجتماع المحددة فهي كالتالي:

- إعطاء المشاركين فرصة لتقديم أعمالهم، وتبسيط الضوء على الدروس، وتقاسم التجارب من البرمجة وميادين البحث الجديدة والأحداث/ المبتكرة.
- إعطاء المشاركين فرصة لتحديد ومناقشة الفجوات الجوهرية والأسئلة المعلقة بدون إجابات عن البحث والبرمجة مع زملاء من نفس مجتمع التغذية على نطاق أوسع والقطاعات ذات الصلة.
- إعطاء المشاركين مساحة لمناقشة كيفية التقدم إلى الأمام بشكل جماعي في بعض المجالات الأساسية المتعلقة بالتقنية والبرمجة، كذلك السماح للمجموعات التي تعمل/ ترشد حالياً في قطاع التغذية بالاجتماع واللقاء وأيضاً بتشكيل مجموعات جديدة، إذا لزم الأمر.
- تقوية إستيعاب الجهات المانحة والأكاديميين للتحديات التشغيلية داخل قطاع التغذية وما بين قطاعات التيارات العاملة.

للمزيد من المعلومات، زوروا الموقع الإلكتروني التالي: www.ennonline.net

المؤتمر الدولي الثاني حول التغذية ICN2: نوفمبر/ تشرين الثاني 2014



في روما من 19 إلى 21 نوفمبر/ تشرين الثاني 2014، سوف ينعقد المؤتمر الدولي الثاني حول التغذية ICN2، وهو إجتماع حكومي دولي حول التغذية تتشارك في تنظيمه منظمة الأغذية والزراعة الفاو FAO، ومنظمة الصحة العالمية WHO بالتعاون مع فريق العمل رفيع المستوى المعني بأزمة الغذاء العالمي HLTf، والصندوق الدولي للتنمية الزراعية، والمعهد الدولي لبحوث السياسات الغذائية IFPRI، ومنظمة اليونسكو UNESCO، ومنظمة اليونسيف UNICEF، والبنك الدولي، وبرنامج الغذاء العالمي WFP، ومنظمة التجارة العالمية WTO.

وسوف يجمع المؤتمر الدولي الثاني حول التغذية كبار صنّاع السياسات الوطنية في مجال الزراعة، والصحة وغيرها من الوزارات والوكالات ذات الصلة مع قادة وكالات منظمة الأمم المتحدة وغيرها من المنظمات الحكومية الدولية والمجتمع المدني، بما فيها المنظمات غير الحكومية، والباحثون، والقطاع الخاص، والمستهلكون. وسوف يراجع المؤتمر التطور الذي حصل بالنسبة لتحسين التغذية منذ العام 1992، ويفكر في قضايا التغذية الباقية بالإضافة إلى التحديات والفرص الجديدة أمام تحسين التغذية والمتمثلة بالتغيرات في الإقتصاد العالمي، وأنظمة الأغذية، والتطورات العلمية والتكنولوجية، فضلاً عن تحديد خيارات السياسة لتحسين التغذية.

وسوف يبني المؤتمر الدولي الثاني حول التغذية عمليات ومبادرات سياسية دولية مستمرة للإسهام في مرحلة ما بعد أجندة منظمة الأمم المتحدة للتنمية 2015، بما فيها تحديد مجالات الأولوية، وأهداف التنمية الغذائية بالإضافة إلى السياسات المطلوبة لإنجاز هذه الأهداف وقياسها وتحديد عواملها الرئيسية.

للمزيد من المعلومات، زوروا الموقع الإلكتروني التالي: <http://www.fao.org/food/nutritional-policies-strategies/icn2/en>



للتسجيل من أجل الحصول على إصدار تبادل التغذية
Nutrition exchange، يرجى الذهاب إلى الرابط التالي:
www.ennonline.net



ENN إنتاج شبكة التغذية في الطوارئ
Emergency Nutrition Network (ENN)

شبكة التغذية في الطوارئ
العنوان: 32 شارع ليوبولد أوكسفورد OX4 1TW
المملكة المتحدة - بريطانيا

البريد الإلكتروني: office@ennonline.net رقم الهاتف: 1865-324996 (0) 44+
رقم تسجيل الجمعية الخيرية: 1115156 رقم تسجيل الشركة: 4889844