

برنامج
الأغذية
العالمي



Program
Alimen
Mor

World
Food
Programme

Progr
Mul
de Alime

المجلس التنفيذي
الدورة السنوية

روما، 24-26/5/2004

قضايا السياسات

البند 5 من جدول الأعمال

الغذاء من أجل التغذية: دمج التغذية
في أنشطة البرنامج



Distribution: GENERAL

WFP/EB.A/2004/5-A/1

6 April 2004

ORIGINAL: ENGLISH

طبعت هذه الوثيقة في عدد محدود من النسخ. يمكن الإطلاع على وثائق المجلس التنفيذي في صفحة
برنامج الأغذية العالمي في شبكة إنترنت على العنوان التالي: (<http://www.wfp.org/eb>)

مذكرة للمجلس التنفيذي

الوثيقة المرفقة مقدمة لمجلس التنفيذي لإقرارها

تدعو الأمانة أعضاء المجلس الذين يرغبون في إبداء بعض الملاحظات أو لديهم استفسارات تتعلق بمحتوى هذه الوثيقة الاتصال بموظفي برنامج الأغذية العالمي المذكورة أسماؤهم أدناه، ويفضل أن يتم ذلك قبل ابتداء دورة المجلس التنفيذي بفترة كافية.

رقم الهاتف: 066513-2600

Mr S. Samkange

مدير شعبة الاستراتيجية والسياسات ودعم البرامج (PSP):

رقم الهاتف: 066513-2565

Mr P. Webb

رئيس دائرة التغذية (PSPN):

الرجاء الاتصال بمشرف وحدة التوزيع وخدمات الاجتماعات إن كانت لديكم استفسارات تتعلق بإرسال الوثائق المتعلقة بأعمال المجلس التنفيذي أو استلامها وذلك على الهاتف رقم: (066513-2328).



ملخص

تحدث معظم الوفيات التي يمكن الحيلولة دونها بين صفوف **م** خارج نطاق حالات الطوارئ. ففي البلدان التي لا تواجه صراعات أهلية أو كوارث طبيعية يلعب سوء التغذية دورا مباشرا في وفاة ملايين الأطفال والأمهات سنويا. وهكذا فإن جهود البرنامج الرئيسية التي تركز على إنقاذ الحياة في حالات الطوارئ ينبغي أن تنعكس في الجهود التي تستهدف علاج مشكلة سوء التغذية ومن ثم إنقاذ المعرضين للموت في حالات الطوارئ وخارجها.

وفي حين أن الكفاية من الأغذية لا تعني جودة التغذية، فإن الغذاء جزء مهم من معادلة التغذية. وتؤكد الأدلة العلمية الجديدة على أنه يمكن تحقيق تأثير تغذوي إيجابي من خلال تقديم المعونة الغذائية. واتساقا مع الأولوية الاستراتيجية رقم 3 يسعى البرنامج إلى استخدام الموارد الغذائية في تحقيق التأثير التغذوي بثلاث طرق متكاملة هي (1) تعزيز فعالية وأثر التدخلات التغذوية الموجهة لحماية صحة الأم والطفل التي تجمع بين الأغذية والمدخلات غير الغذائية المناسبة؛ (2) تعزيز القيمة التغذوية للأغذية التي يقدمها البرنامج باتخاذ إجراءات مثل تقوية الأغذية بالمغذيات الدقيقة؛ (3) تعزيز الأثر التغذوي لتدخلات البرنامج الأخرى. وهذه النهج تمثل دمج مسألة التغذية في جميع أنشطة البرنامج. ويتيح اعتماد البرمجة القائمة على الأدلة الثابتة والتدخلات المشتركة مع الشركاء وتصميمات المشروعات الجديدة مجالا واعداد لزيادة فعالية البرنامج وتعميق أثره خلال السنوات القادمة.

ينبغي قراءة هذه الوثيقة بالرجوع إلى وثيقتي السياسات الأخرين وهما "التقوية بالمغذيات الدقيقة وسبل التقدم: تجارب برنامج الأغذية العالمي وسبل التقدم" (WFP/EB.A/2004/5-A/2)، و"التغذية في حالات الطوارئ: تجارب البرنامج والتحديات التي تواجهها" (WFP/EB.A/2004/5-A/3).

مشروع القرار*

وفقا للقرار 2002/EB.A/4 يطلب المجلس من الأمانة العامة أن **م** صيف ما يلي إلى "الإطار الموحد لسياسات البرنامج: أداة التسيير والإدارة" (WFP/EB.A/2002/5-A/1) تحت بند القضايا المتداخلة:

"سوف يدمج البرنامج مسألة التغذية في برامجه وأنشطته في مجال الدعوة والشراكات بغرض (1) تناول مسألة التغذية بشكل مباشر ومواجهة سوء التغذية و/أو الوقاية منه إذا كان الغذاء سيققق أثرا في ذلك (2) تعزيز القدرات الوطنية والأسرية على الاستعداد للتحديات التغذوية ومواجهتها. وسوف يوسع البرنامج جهوده لتحقيق وتوثيق النتائج التغذوية الإيجابية. وسوف يشمل ذلك توفير الكفاءات المناسبة من الموظفين على المستويات القطرية والإقليمية والمقر في مجال تقدير الاحتياجات التغذوية وتصميم البرامج وتنفيذ المشروعات وجمع البيانات وإدارتها. وسوف يشترك البرنامج بشكل أوفى في حوار السياسات العالمية والقطرية بشأن مشكلات التغذية وحلولها بالتعاون مع الأطراف المناسبة".

* هذا مشروع قرار، وللإطلاع على القرار النهائي الذي اعتمده المجلس، يرجى الرجوع إلى وثيقة القرارات والتوصيات الصادرة في نهاية الدورة.



مقدمة

البنك الدولي 2003⁽¹⁾

- 1- سوء التغذية يمثل تحدياً هائلاً ولكنه لا يستعصي على الحل. فنحن اليوم نعرف أفضل من أي وقت مضى السبب الذي يجعل معالجة نقص التغذية والوقاية منه أمراً بالغ الأهمية، كما نعرف أن هذا أمر يمكن تحقيقه. وقد انخفض عدد الأطفال الذين يعانون من التقرم، أي انخفاض الطول مقارنة بالعمر، من 220 مليون طفل في 1990 إلى 180 مليون في عام 2003⁽²⁾. كما انخفض عدد من يعانون من نقص الوزن بالنسبة للعمر من 177 مليون طفل إلى 140 مليوناً. وقد انخفض عدد من يعانون من نقص اليود عما كان عليه منذ عقد مضى، بل وتحسن وزن المواليد وفرصة بقائهم على قيد الحياة في بعض البلدان⁽³⁾.
- 2- إن هذه المكاسب شيء مهم، فهي تبرهن على أنه يمكن إحراز التقدم برغم نمو السكان والصراعات المدمرة والكوارث الطبيعية ومحدودية التقدم المحرز في الإنتاجية الزراعية في معظم بلدان العجز الغذائي، إلا أنه لا يزال هناك الكثير الذي يجب إنجازه. فسوء التغذية ليس مجرد حالة بدنية أو لمحة عن الأحوال المعيشية الجارية وإنما هو عملية متكاملة. فانخفاض معدل استهلاك الأغذية واعتلال الصحة وسوء الرعاية يؤدي إلى الإصابة بالأمراض والهزال وضعف القدرة الذهنية. وتدهور الحالة الغذائية لا يرتبط فقط بمستويات الاستهلاك السائدة والحالة الصحية والرعاية بقدر ما يرتبط بالأحوال الحياتية من حيث وزن المواليد وشدة وطأة المرض. وتعتبر بعض فترات الحياة أكثر حساساً من منظور التغذية مقارنة بفترات الحياة الأخرى مثل فترات الميلاد وفترات الرضاعة والطفولة المبكرة والمراهقة والحمل والإرضاع. كما أن الضعف التغذوي يرتبط بأمراض مثل الحصبة والدرن ونقص المناعة البشرية/الإيدز.
- 3- يؤدي البرنامج دوراً متزايداً في مكافحة سوء التغذية، كما أصبح معترفاً به كفاعل رئيسي في مواجهة الطوارئ التغذوية وتقوية الأغذية بالمغذيات الدقيقة ووضع البرامج التغذوية لعلاج نقص المناعة البشرية والتغذية المدرسية والتدخلات المعززة لرعاية الأم والطفل. وتؤكد الخطة الاستراتيجية للفترة 2004-2007 التزام البرنامج بدعم برامج تحسين الوضع التغذوي والصحة للأطفال والأمهات وغيرهم من الفئات الضعيفة. غير أن سوء التغذية يتداخل مع الأولويات الاستراتيجية نظراً لأنه جانب رئيسي من أنشطة مثل الالتزامات المعززة للنساء للفترة 2003-2007 ومعظم الاستجابات لحالات الطوارئ.
- 4- تشرح هذه الوثيقة كيف يستخدم البرنامج المعونة الغذائية في دعم البرمجة التغذوية وتحدد التوجهات الاستراتيجية لضمان زيادة فعالية البرامج وأثرها. وبناء على الأدلة والاستعراضات الأخيرة لأفضل الممارسات، وعلى المشاورات التي أجريت مع الأمم المتحدة والشركاء الآخرين المعنيين بالتغذية، فإن هذه الوثيقة تلقي الضوء على الصلات القائمة بين التغذية والأهداف الإنمائية العامة كما تستفيد من الأنشطة التغذوية الجارية للبرنامج وتحدد مجالات توسيع نطاق الأنشطة وتكيفها وتتنظر في التحديات التي ينبغي التغلب عليها من أجل دمج الجوانب التغذوية في أنشطة البرنامج⁽⁴⁾.

التغذية والأهداف الإنمائية للألفية

- 5- لا يتحمل عبء المسؤولية عن مشكلة سوء التغذية الأفراد وحدهم بل المجتمع بأكمله. فمن جهة توجد تأثيرات تنتقل من جيل لآخر حيث أن سوء تغذية الأم يحدد وضع المولود ومنحنى نموه. كما ينتقل "ميراث الجوع" من الأبوين إلى الأبناء. ومن جهة أخرى توجد عواقب إنمائية خطيرة ناجمة عن سوء التغذية. فطبقاً للبنك الدولي "لا يمكن بلوغ الأهداف الإنمائية للألفية بدون تحقيق تقدم كبير في استئصال سوء التغذية"⁽⁵⁾. وليس ذلك مجرد كلام رنان وإنما تقوم مثل هذه التصريحات على أساس الأدلة المترابطة التي تبين مدى أهمية التغذية، وليس كمجرد ناتج للتنمية وإنما أيضاً كعامل يحسم عملية التنمية ذاتها.

(1) البنك الدولي 2003. مكافحة سوء التغذية: حان وقت العمل. واشنطن العاصمة، شبكة التنمية البشرية.

(2) اللجنة الفرعية للأمم المتحدة المعنية بالتغذية، التقرير الخامس عن الوضع التغذوي العالمي، جنيف.

(3) اليونيسيف 2004: نقص الفيتامين والمعادن: التقرير العالمي عن الأضرار، نيويورك.

(4) تجدر الإشارة بالتعليقات البناءة الواردة في مشروعات الوثائق السابقة لليونسيف ومنظمة الأغذية والزراعة والصندوق الدولي للتنمية الزراعية ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين ومنظمة الصحة العالمية.

(5) البنك الدولي 2003.



سوء التغذية والأمراض والوفيات

- 6- يوجد تفاعل شديد التأثير بين التغذية ومعظم الأهداف الإنمائية للألفية، لاسيما بين سوء التغذية والجوع (الهدف الإنمائي 1) ووفيات الأطفال (الهدف الإنمائي 4) وصحة الأم (الهدف الإنمائي 5) والأمراض مثل نقص المناعة البشرية/الإيدز (الهدف الإنمائي 6). مثال ذلك أن سوء التغذية يؤثر في نسبة تزيد على 50 في المائة من الأطفال الذين يتراوح عددهم بين 10 و 12 مليون طفل تحت سن الخامسة الذين يموتون سنويا⁽⁶⁾. وتصاب النساء أيضا بسوء التغذية حيث تسهم أنيميا نقص الحديد في مئات الآلاف من وفيات النساء أثناء الولادة سنويا، كما أن التقزم يشكل عاملا مهما يعرقل المخاض أثناء الوضع، مما يعد سببا آخر لوفيات الأمهات. ونتيجة لذلك فإن امرأة من كل 16 امرأة تموت في أفريقيا أثناء الحمل أو الوضع مقارنة بامرأة من كل 2 800 امرأة في البلدان الصناعية⁽⁷⁾.
- 7- سوء التغذية سبب يؤدي إلى الوفاة من خلال المرض. ويأتي قصور وزن الطفل والأم الحامل فيه في صدارة المخاطر التي تسبب الأمراض في العالم حيث يؤدي ذلك مجتمعا إلى وجود 170 سنة من الأعمار تضعع بسبب العجز⁽⁸⁾. فعندما تضعف قدرة الجسد على مقاومة العدوى قد يحدث المرض الحاد الذي يؤدي بدوره إلى فقدان الشهية ويقلل من القدرة على امتصاص المغذيات. وتعتبر العلاقة بين التغذية والمرض علاقة حاسمة فيما يتعلق بالدرن أو نقص المناعة البشرية/الإيدز (الهدف الإنمائي 6). وبينما يحتاج الأمر المزيد من البحوث فإنه من المعتقد أن سوء التغذية يعجل بتدهور حالة المريض ووفاته. وقد يكون علاج نقص المناعة البشرية/الإيدز بالعقاقير المضادة لانتشار الفيروس أقل فعالية وتكون لها آثار جانبية خطيرة على المصابين بسوء التغذية. ومع زيادة الاختبارات على المصابين بنقص المناعة البشرية/الإيدز ومع تزايد الفهم العلمي للصلات القائمة بين سوء التغذية والإيدز فإن الفرص الجديدة تظهر للتوصل إلى تدخلات تغذوية موجهة خصيصا للمصابين بهذا المرض والذين يعانون في الوقت نفسه من انعدام الأمن الغذائي.

سوء التغذية وأبعاد الفقر

- 8- ثمة علاقة أخرى لا تقل أهمية عما سلف وإن كانت غير متصلة مباشرة بين سوء التغذية والفقر (الهدف الإنمائي 1) والتعليم (الهدف الإنمائي 2) والمساواة بين الجنسين (الهدف الإنمائي 3). ويبلغ حجم خسارة الإنتاجية في البلدان النامية بسبب العوامل المجتمعة من التقزم ونقص اليود والحديد ما يعادل 4 في المائة من الناتج المحلي الإجمالي في السنة⁽⁹⁾. ويرجع السبب في ذلك أساسا إلى تأثيره على الأجور والإنتاجية والقوة العاملة التي تتغيب عن العمل نتيجة للمرض. كما يرتبط انخفاض الطول والوزن بين الكبار بانخفاض الناتج والأجور، وقد تبين أن زيادة المتحصل من الأسعار بنسبة 1 في المائة بين البرازيليين الذين يستهلكون 1 700 سعر حراري فقط في اليوم، أي أقل كثيرا من الحد الأدنى المطلوب، يؤدي إلى زيادة الدخل بنسبة 2 في المائة بسبب زيادة الإنتاجية⁽¹⁰⁾.
- 9- من العوامل الأخرى التي تسبب انخفاض الدخل عدم توافر التعليم والتميز بين الجنسين. فطبقا لمنظمة الأغذية والزراعة "يوجد دليل عملي كاف يبين أن التغذية في مرحلة الطفولة المبكرة تلعب دورا رئيسيا في القدرة على التحصيل والتعلم ومن ثم في الحالة المعيشية للأسرة"⁽¹¹⁾. وتتأثر الفتيات من هذه الأوضاع أكثر مما يتأثر الأولاد إذ أن الفتيات يواجهن صعوبات أكبر في الالتحاق بالمدارس والاستمرار في التعليم. ويسهم تحقيق المزيد من المساواة بين الجنسين في التعليم، بجانب تحسين أداء الفتيات نتيجة للحد من سوء التغذية، إسهاما كبيرا في تعزيز أوضاعهن كنساء بعد ذلك.

يشير هذا التفاعل طويل المدى إلى أنه ينبغي للبرنامج أن يولي

-10 SEQ paran *MERGEFORMAT

(6) جونز وآخرون 2003. كم عدد الأطفال الذين يمكننا إنقاذهم من الموت سنويا؛ نشرة لانست رقم 362؛ الصفحات 65-71 ورايس وآخرون 2000. سوء التغذية كسبب أساسي لوفيات الأطفال. نشرة منظمة الصحة العالمية 78(10): 1207-21. وبلاك وآخرون 2003 أين ولماذا يموت 10 ملايين طفل كل سنة. نشرة لانست 361 - الصفحات 2226-34.

(7) منظمة الصحة العالمية 2003. نسبة وفيات الأمهات أعلى كثيرا في البلدان النامية. النشرة رقم 77 لمنظمة الصحة العالمية (أكتوبر/تشرين الأول) جنيف.

(8) منظمة الصحة العالمية 2002، تقرير الصحة العالمية. جنيف.

(9) Horton, S. 1999. Opportunities for investment in nutrition. *Asian Development Review*. 17 (1/2): 246-73.

(10) Thomas, D. & Strauss, J. 1997. Health and wages. *Journal of Econometrics*. 77: 159-85.

(11) منظمة الأغذية والزراعة 2003. المتحصل التغذوي والنمو الاقتصادي، روما.



دور الأغذية في برمجة التغذية

11- المعرفة وفيرة حالياً عن كيفية تصميم التدخلات التغذوية الفعالة⁽¹²⁾، فالغذاء ليس هو المورد الأمثل الوحيد أو الدائم للاضطلاع بهذه الأنشطة. غير أنه عندما يرتبط سوء التغذية بصعوبة الحصول على الغذاء وعندما يكون من المطلوب الآن.

14- هذه النتائج العلمية لا تثبت فقط أن المعونة الغذائية يمكن أن تلعب دوراً مهماً في البرمجة التغذوية إلى جانب المدخلات الضرورية الأخرى، وإنما تثبت أيضاً أن البرنامج يتمتع بأساس متين يعزز فعاليته⁽²⁰⁾. لذلك ينبغي أن يكون الهدف في السنوات القادمة هو ليس فقط استكشاف طرق جديدة للعمل وإنما أيضاً توسيع وتعزيز ما أمكن إنجازه حتى الآن.

البرنامج والبرمجة التغذوية

15- اهتم البرنامج دائماً بمسألة التغذية. ففي الستينات بدأ البرنامج يدعم المشروعات المتعلقة "بالأم والطفل" التي تقدم الأغذية التكميلية من خلال العيادات الطبية، وهو نشاط استأثر بنسبة 6 في المائة من النفقات الإنمائية للبرنامج خلال ذلك العقد. وأسفرت هذه التجارب عن اتخاذ مؤتمر الأغذية العالمي لقرار في عام 1974 يدعو الحكومات التي تحصل على المساعدات الغذائية والمالية من جهات متعددة الأطراف أن تقدم الأغذية التكميلية للفئات الضعيفة " .. على نطاق واسع

(12) Allen, L. & Gillespie, S. 2001. *What works?* Geneva, UNSCN/Asian Development Bank.

(13) منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي/منظمة الصحة العالمية 2003، الفقرة والصحة. لجنة المساعدات الإنمائية، المبادئ التوجيهية وسلسلة المراجع، باريس.

(14) Kramer, M. & Kakuma, R. 2004. Energy and protein intake in pregnancy (Cochrane Review). *The Cochrane Library*. 1/2004. Chichester, UK.

(15) Wiley, J. et al. 1997. Effects on birth weight and perinatal mortality of maternal dietary supplements. *British Medical Journal*. 315: 786-90.

Ramachandran, P. 2002. Maternal Nutrition. *Nutrition Reviews*. 60 (5): 26S-34S; Rivera, J. & Habicht, J-P. [date?] Supplementary feeding on the prevention of mild-to-moderate wasting. ونشرة منظمة الصحة العالمية 80 (12). 32-926 عن أثر التغذية التكميلية في وقف نقص الوزن بالدرجتين من المعتدل إلى المتوسط.

(15) Behrman, J. & Hoddinott, J. 2001. *An Evaluation of the Impact of PROGRESA on Preschool child height*. Food Consumption Discussion Paper.

No. 104. Washington DC, IFPRI.

(16) Yamano, T. et al. 2003. Child Growth, Shocks and Food Aid in Rural Ethiopia. *World Bank Policy Research Working Paper Series* No. 3096.

(17) Quisumbing, A. 2002. Food Aid and Child Nutrition in Rural Ethiopia. *World Development*. 31 (7): 1,309-132.

(18) Shrimpton, R. et al. 2003. *Maternal nutrition, birth weight and infant growth in Nepal*. London, Institute of Child Health.

(19) Lopriore, C. & Branca, F. 2001. *Strategies to fight anaemia and growth retardation in Saharawi refugee children*. Rome, Italian Nutrition Institute.

(20) الآثار الإيجابية الأخرى للبرمجة التغذوية في البرنامج تحققت في إطار عملية تقييم البرنامج القطري لإكوادور في عام 2002 وأنشطة تقوية الدقيق في بنغلاديش والحد من سوء التغذية في جمهورية كوريا الديمقراطية في الفترة من 1998 حتى 2002.



يكفى لتغطية جزء كبير من احتياجاتهم على أساس دائم⁽²¹⁾. واستجابة لذلك تم التوسع في أنشطة البرنامج، لاسيما في آسيا، حيث ارتفعت الحصة المخصصة للأم والطفل في برامج الدعم إلى نحو 13 في المائة من حافظة التنمية خلال السبعينات من القرن الماضي وشمل ذلك نحو 1.5 مليون نسمة.

16- ويخصص البرنامج حاليا قرابة 20 في المائة من موارده الإنمائية لما يسمى الآن بتدخلات صحة وتغذية الأم والطفل، حيث تبلغ قيمة المخصصات حوالي 40 مليون دولار أمريكي وجهت إلى نحو 2.3 مليون نسمة⁽²²⁾. ويعيش معظم المستفيدين من البرنامج في جنوب آسيا (38 في المائة) وأفريقيا جنوبي الصحراء (49 في المائة). وتعالى جنوب آسيا من أعلى معدل لانتشار انخفاض وزن المواليد ونقص تغذية الأم وتقرم الأطفال. أما أفريقيا فتعاني من أكبر معدل لوفيات الأطفال وسوء التغذية الحاد. والواقع أن أفريقيا هي القارة الوحيدة التي تتفاهم فيها مشكلة سوء التغذية بدلا من أن تتحسن⁽²³⁾.

17- من بين البلدان الأفريقية الثلاثين التي تستضيف البرامج القطرية توجد تدخلات لصحة وتغذية الأم والطفل في 11 بلدا. وفي بعض البلدان، مثل ملاوي وغانا، تمثل معالجة سوء التغذية النشاط الرئيسي للبرنامج القطري. وبلغ مجموع المستفيدين الذين شملتهم هذه البرامج خلال عام 2002 في أفريقيا ما يربو على 3.5 مليون نسمة. وبينما يمثل هذا الرقم نحو نصف المستفيدين على الصعيد العالمي من برامج صحة وتغذية الأم والطفل التي يتولاها البرنامج فإنه يعتبر صغيرا بالنسبة لعدد من يعانون حاليا من سوء التغذية، كما أنه يمثل صعوبة خاصة في تنفيذ برامج صحة وتغذية الأم والطفل في البلدان ذات الطاقة الاستيعابية المحدودة بسبب سوء حالة البنية الأساسية ومحدودية تغطية النظم الصحية الحكومية للمناطق الريفية وقلة عدد شركاء التنفيذ المؤهلين.

18- وعلى النقيض من ذلك ففي آسيا، حيث توجد ستة برامج قطرية تتضمن أنشطة تغذوية، جرت العادة على وجود تدخلات تغذوية وطنية تقوم على أساس توفير الأغذية. فالهند وبنغلاديش وكمبوديا، مثلا، تمتلك إمكانات مؤسسية كبيرة تمكن البرنامج من أن يعمل كشريك في هذا المجال. وفي الهند يدعم البرنامج جهاز التنمية المتكاملة للطفل الذي أنشئ في عام 1975 وأخذ البرنامج يدعمه منذ عام 1977 نحو 20 مليون من الأطفال و 3.5 من الأمهات سنويا⁽²⁴⁾. وبالرغم من أن دعم البرنامج للهند تقلص في السنوات الأخيرة بسبب التركيز الجغرافي لأنشطة البرنامج القطري وبسبب قيود الموارد فإن الأنشطة الجارية في خمس ولايات تشمل ما يربو على مليون طفل سنويا.

19- يدعم البرنامج أنشطة التغذية في الأقاليم الأخرى ولكن على نطاق أصغر. فإقليم أمريكا اللاتينية والكاريبى يشمل سبعة بلدان تنفذ أنشطة في مجال صحة وتغذية الأم والطفل وتشمل أكثر من 500 000 مستفيد. وتعتبر التغذية هي النشاط الرئيسي للبرامج القطرية في غواتيمالا وهندوراس. ويحصل إقليم الشرق الأدنى وشمال أفريقيا على نسبة التسعة في المائة الباقية من عدد المستفيدين من أنشطة صحة وتغذية الأم والطفل على الصعيد العالمي. ويقع أكبر هذه الأنشطة حجما في اليمن ثم في باكستان مؤخرا.

الأهداف التغذوية لأنشطة صحة وتغذية الأم والطفل

20- إن أهداف تدخلات البرنامج في مجال صحة وتغذية الأم ليست أهدافا نمطية بأي حال برغم اهتماماتها المشتركة. فهذه الأهداف تتراوح بين علاج سوء التغذية الحاد في بنن وجمهورية أفريقيا الوسطى والحويلة دون فقدان أطفال في باكستان وأوزانهم، والحد من أنيميا نقص الحديد في الأمهات في نيبال وهندوراس، والحد من نقص فيتامين ألف بين أطفال بوليفيا، وتحسين المعرفة والممارسات التغذوية في سرى لانكا وبنغلاديش، وخفض عدد وفيات الأمهات بسبب الحمل والولادة في موريتانيا، بل والحد من انخفاض وزن المواليد في غانا ومدغشقر.

21- وهذا التنوع في الأهداف يأتي انعكاسا لطبيعة سوء التغذية متعددة الجوانب وتنوع الظروف التي يعمل البرنامج في إطارها. ففي إطار البرمجة الإنمائية، على سبيل المثال، أسهم البرنامج بتقديم الأغذية إلى ما يربو على 12 000 طفل يعانون من سوء التغذية الحاد في زامبيا خلال عام 2002 ونحو 5 000 طفل في بوركينافاسو. وعلى العكس من ذلك توجد عمليات طوارئ لا تعمل فقط على إنقاذ الأرواح وإنما تعمل أيضا على الترويج للتغير طويل الأمد في السلوكيات من خلال التوعية التغذوية. وخلال عام 2002 شملت أنشطة عشرة برامج للإغاثة الممتدة والإنعاش مسائل التوعية التغذوية. كما أن بعض عمليات الاستجابة للطوارئ شملت نقل الأغذية التكميلية للأطفال الذين يعانون من سوء التغذية وذلك من خلال المؤسسات المعنية بصحة وتغذية الأم والطفل. وبلغ عدد المستفيدين 300 000 في أفغانستان ونحو 1.5 مليون نسمة في

(21) مذكرة عن برمجة التغذية الخاصة – العمل المشترك بين البرنامج ومنظمة الأغذية والزراعة. الملف 1/1 الصادر في 24 مارس/آذار 1976.

(22) بيانات البرنامج لعام 2003. وتستبعد منها نفقات البرنامج للتغذية في حالات الطوارئ (قرابة 11 في المائة من نفقات الإغاثة) والتي أشركت خلال عام 2003، 6 ملايين شخص إضافي من الأمهات والأطفال. وبلغت نفقات اليونيسيف على التغذية في حالات الطوارئ 24 مليون دولار سنويا في التسعينات، بينما تقل قيمة الاستثمارات السنوية للبنك الدولي في مجال التغذية عن 11 مليون دولار. (Shrimpton, R. et al. 2002. UNICEF Nutrition

Portfolio Review. New York; and World Bank, 2003.)

(23) البنك الدولي 2002 التنمية البشرية في أفريقيا، واشنطن العاصمة.

(24) WFP/M.S. Swaminathan Foundation. 2001. Enabling Development: Food Assistance in South Asia. Oxford, UK, OUP.



جمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية. ويتطلب الأمر توفير المزيد من مدخلات التغذية والصحة كإجراء وقائي لوقف استمرار تدهور الوضع التغذوي.

22- نظرا لأن سوء التغذية مسألة تدخل في جميع فئات تخصيص موارد البرنامج فمن المهم للبرنامج أن يقيم الصلات كلما أمكن ذلك بين برمجة التنمية ومواجهة الطوارئ. ويجب على البرنامج وشركائه أن يهتموا بالطبيعة الخاصة للاحتياجات التغذوية ويعملوا على الاستجابة لها بالشكل المناسب. ويجب تلافى اتباع نهج 'الحجم الواحد المناسب لجميع الظروف' بسبب عدم فعاليته.

تطور الممارسات والمبادئ

23- في حين أن تقديم الأغذية التكميلية للأمهات والأطفال يظل دائما مسألة أساسية في العديد من الأنشطة التغذوية للبرنامج فقد حدثت تغييرات كثيرة خلال العقود الماضية. أولا، تطورت طبيعة أنشطة صحة وتغذية الأم والطفل بحيث لم يعد تقديم الأغذية يمثل الهدف الوحيد، وأصبح تصميم البرامج أكثر تواءما مع المشكلات التي يسعى إلى التغلب عليها. ثانيا، يزداد الاهتمام بتعظيم القيمة التغذوية للحصص الغذائية. ثالثا، أصبح نطاق برمجة التغذية يتجاوز مشروعات صحة وتغذية الأم والطفل المحدودة التعريف ليشمل الاهتمامات التغذوية للأنشطة غير الداخلة في مجال صحة وتغذية الأم والطفل.

الطبيعة المتغيرة لأنشطة صحة وتغذية الأم والطفل

24- إن الترويج لتدخلات صحة وتغذية الأم والطفل مسألة معقدة، وحتى تكون هذه العملية فعالة ينبغي للبرنامج ألا يتدخل إلا عندما يكون العامل الرئيسي الذي يقلل من نمو الطفل ووزن الأم هو عدم كفاية الأغذية، بما في ذلك المتحصل من المغذيات الدقيقة وعندما يمكن أن يكون الغذاء أداة لتوفير المدخلات غير الغذائية الضرورية⁽²⁵⁾ بجانب الأغذية. وفي مثل هذه الحالات يمكن أن تمثل المكملات الغذائية عنصرا أساسيا لنجاح التدخلات التغذوية. والواقع أن أنشطة البرنامج في السنوات الأخيرة اتسمت بمبادئ مشتركة في تصميمها وتدور حول الدروس المستفادة خلال التسعينات ومن أهمها تلك الدروس الوارد بيانها في الفقرات التالية.

25- الدرس المستفاد الأول هو أهمية التحليل الجيد للمشكلة الذي يوضح دور الأغذية. ذلك أن الاهتمام الجاد بتحليل هشاشة الأوضاع ورسم خرائطها وتقدير احتياجات الطوارئ لمواجهة المشكلات التغذوية أدى إلى تعزيز تحليل الأبعاد دون القطرية لسوء التغذية. والسؤال هنا هل المشكلة تتعلق بشكل أكبر بنقص الأغذية أو بوجود المياه غير النقية. وهل الأولوية من الاهتمامات تعطى للأطفال الرضع أم للأطفال في سن الدراسة أم للأمهات أو من هم في سن المراهقة. وكانت

26- مثال ذلك أن البرنامج القطري في الهند ركز أنشطته خلال عام 2003 على أربع ولايات ذات أولوية مع زيادة تركيز الموارد على عشرة أقسام إدارية فيها. وكان الهدف من ذلك هو تحقيق التناغم بين برامج البرنامج المختلفة، أي الجمع بين صحة وتغذية الأم والطفل والغذاء مقابل العمل وغير ذلك من أنشطة التنمية بغرض تحقيق تأثير مضاعف. كذلك ركز البرنامج أنشطته في موريتانيا على المناطق التي يشهد فيها انعدام الأمن الغذائي وسوء التغذية. وشجع الوكالات الأخرى مثل البرنامج التغذوي NUTRICOM الذي يتولاه البنك الدولي على العمل في نفس المواقع التي تعمل فيها مراكز الأغذية المجتمعية التي يدعمها البنك الدولي.

27- الدرس المستفاد الثاني هو أن المهارات والموارد التكميلية مطلوبة من أجل تنفيذ التدخلات التغذوية. وفيما يتعلق بالموارد فإن البرنامج يعمل على تحديد "الحزمة الأمثل للتغذية". وتدور برامج صحة وتغذية الأم والطفل حول مجموعة من الأنشطة التي تدعم بعضها بعضا والتي اتضح أنها تحد من سوء تغذية الأم والطفل وتشمل (1) التغذية التكميلية؛ (2) التوعية التغذوية، أي الترويج للإرضاع من الثدي بأسلوب جيد، وأساليب التغذية التكميلية للأطفال بما في ذلك التغذية المناسبة وعلاج الأطفال من الجفاف؛ (3) تقديم الخدمات الصحية، أي التطعيم والرعاية قبل الميلاد والرعاية الصحية؛ (4)

(25) البرنامج، 2003. استعراض مكتبي لتدخلات البرنامج والوكالات الأخرى في مجال صحة وتغذية الأم والطفل. روما، لويربوري وآخرون. 2004. أفضل ممارسات استخدام الأغذية لتغذية الأم والطفل (مشروع وثيقة) روما



(توفير المكملات بالفيتامينات/المعادن لاسيما فولات الحديد للحوامل وفيتامين ألف والملح الميود؛ (5) علاج الإصابة بالديدان؛ (6) مكافحة الأمراض⁽²⁶⁾ .

28- بينما عمل البرنامج منذ فترة طويلة مع وزارات الصحة في تنفيذ الأنشطة المتعلقة بصحة وتغذية الأم والطفل فإن المبالغ التي تنفقها الحكومات والجهات المانحة على التغذية كانت منخفضة بشكل عام وغير كافية عادة لمواجهة مشكلة بهذا الحجم⁽²⁷⁾ . ويعزى ذلك جزئياً إلى أن خطة الحد من الفقر طغى على مشكلة التغذية والجوع واستحوذ على مخصصات الميزانيات الوطنية والقطاعية⁽²⁸⁾ . وحيث أن التغذية الجيدة تتطلب أكثر من مجرد توزيع الأغذية فإن هناك حاجة إلى مضاعفة الموارد والمهارات حتى يمكن إحداث التغيير المطلوب.

29- وفيما يتعلق بتوفير المهارات يمكن للبرنامج أن يؤدي دوراً في بناء الإمكانات على الصعيدين الوطني والأسرى. ويجب إعطاء الأولوية للبحث عن سبل لإدراج التغذية في جدول الأعمال السياسي والجوانب المتعلقة بتخفيف وطأة الفقر، بما في ذلك بناء الإمكانات الوطنية لعلاج مشكلة سوء التغذية. ويسعى البرنامج بصورة متزايدة إلى دعم البنية الأساسية المحلية للصحة والتغذية وتقديم الخدمات في المناطق الريفية والنائية حيث يعيش معظم المستفيدين من البرنامج. أما فيما يتعلق بمبادئ البرمجة التي يطبقها البرنامج فإن العديد من مشروعات صحة وتغذية الأم والطفل يهدف إلى تحديد المراكز التي توفر حداً أدنى على الأقل من الموارد غير الغذائية والخدمات الضرورية لتحقيق الأثر التغذوي المنشود⁽²⁹⁾ .

ثالثاً، يزداد التركيز على الوقاية من سوء التغذية وليس علاجها -30 SEQ paran *MERGEFORMAT

31- ويقتضي هذا إشراك المجتمعات المحلية في تحليل المشكلة والتشجيع على تحديد الممارسات المحلية⁽³¹⁾ . ويقدم البرنامج بالفعل الدعم لمجموعة متنوعة من الإجراءات المجتمعية. ففي السلفادور على سبيل المثال يحصل الأطفال قبل سن الدراسة على أغذية تكميلية من خلال مراكز الرعاية النهارية التي يتولى أولياء الأمور والمعلمون المحليون تنظيمها وإدارتها. وفي كمبوديا جرى تعبئة المجتمعات المحلية خارج الأطر المؤسسية. وفي عام 2002 تولى ما يربو على 1 000 من المتطوعين القرويين رصد نمو الأطفال ونظموا التدريب التغذوي للأمهات في نقاط التجمع القروية. وتولى المتطوعون المسؤولية عن تخزين وتوزيع الأغذية التي قدمها البرنامج لنحو 40 000 طفل وأم بشرط مشاركتهم في أنشطة رصد النمو والمستوى التغذوي.

32- وفيما يتعلق بالتوعية التغذوية فإن العديد من النساء اللاتي يحصلن على التغذية التكميلية يتلقين أيضاً التدريب التغذوي. مثال ذلك تم تدريب 37 000 امرأة في زامبيا خلال عام 2002 على أفضل الممارسات التغذوية. وفي جمهورية أفريقيا الوسطى حصلت 8 000 امرأة على التدريب والمواد الإعلامية المتعلقة بالتغذية. وفي باكستان تم تدريب أكثر من 5 000 من المعاونين الصحيين في مجال علاج الأنيميا وتقديم المشورة التغذوية وتمت طباعة إرشادات تغذوية على بطاقات الحصص الغذائية. أما أنشطة البرنامج في السلفادور فتذهب إلى أبعد من ذلك حيث تشمل إشراك الآباء في فصول التوعية التغذوية. والواقع أن البرنامج اشترك بشكل مباشر في إعداد ونشر وتوزيع المواد التدريبية والتعليمية الجيدة المتعلقة بالتغذية في بلدان تمتد من نيبال إلى الهند وإلى موريتانيا وغانا.

33- وكان الهدف في جميع الحالات هو تزويد الأفراد والأسر بما يمكنهم من تحديد وإدارة الأنشطة التغذوية بأنفسهم. ويجب أن تكون فعالية وأثر المعلومات والتوعية وأنشطة الاتصال التي يدعمها البرنامج مفهومة بشكل أفضل وأن يتم نشرها حتى تعود فوائد المعرفة التغذوية على عدد أكبر من الأسر.

(26) اليونيسيف، 2002. *Facts for Life*. New York; Bonnard, P. et al. 2002. *A Review of the Title II Development Food Aid Program*. Washington DC,

FANTA.

(27) الإنفاق على التغذية يأتي عادة تحت بند النفقات الصحية وهي أصلاً نفقات منخفضة. مثال ذلك ففي البلدان الأفريقية التي يقل فيها نصيب الفرد من الناتج القومي الإجمالي عن 300 دولار في السنة فإن نسبة الإنفاق على الصحة لا تتعدى 1.4 في المائة (3.2 دولار للفرد في السنة) أما الإنفاق على التغذية فلا يمثل إلا نسبة تافهة من هذا المبلغ الضئيل (انظر Peters, D. et al. 2000. *Benchmarks for Health Expenditures in Africa. Bulletin of the*

(WHO. 78 (6): 761-69).

(28) البنك الدولي 2003.

(29) البرنامج 2003 الإطار الموحد لسياسات البرنامج: نسخة معدلة. WFP/EB.3/2003/10-B.

(30) يقول أمارتيا صن "طالما استطاع البرنامج أن يقلل من الحرمان (التغذية) في المستقبل من خلال التدخل الوقائي فإن ذلك يمكن أن يساعد في الاقتصاد في تكاليف الوقاية مستقبلاً" محاضرة ألقاها صن أ. في حلقة تدارس مشتركة بين البرنامج وجامعة الأمم المتحدة في 31 مايو/أيار 1997 عن الجوع من منظور الاستحقاقات.

(31) من الطبيعي أن تكون البرمجة على مستوى المجتمع المحلي هي المحرك الرئيسي لمعالجة نظم الصحة الحكومية وليست معزولة عنها. أيضاً على تعزيز القدرة على فهم



تعظيم القيمة التغذوية للأغذية المقدمة من البرنامج

- 34- في إطار التسليم بأن تقديم الغذاء وحده لا يكفي، لا بد من ألا تغيب عن الأذهان الأهمية الجوهرية لضمان توفير الأغذية ذات النوعية المناسبة لمن يعانون من سوء التغذية. ويركز البرنامج على تعزيز نوعية الحصص الغذائية، ليس فقط من خلال تقديم سلة متوازنة من الأغذية بل أيضا بإضافة قيمة تغذوية للأغذية بتقويتها بالمغذيات الدقيقة.
- 35- وعلى المستوى التقني يتعاون البرنامج مع مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين ومعهد لندن لصحة الطفل من أجل وضع البرمجيات التي تساعد موظفي البرنامج والمفوضية في تحسين عملية تقدير ومقارنة المكونات البديلة لسلة الأغذية⁽³²⁾. وقد وضع البرنامج مؤخرا نظاما لإجراء استعراض علمي خارجي للأغذية "الجديدة" المقترح أن يقدمها البرنامج. ويعمل فريق استشاري تقني من الخبراء في ميادين عديدة تحت إشراف جامعة الأمم المتحدة باسم البرنامج في استعراض السلع الجديدة التي يمكن تقديمها على أساس شروط الجودة والأمان والقيمة التغذوية والعملية لها مع الأخذ في الاعتبار متطلبات البرنامج في مجال الشحن والتخزين والمناولة⁽³³⁾.
- 36- وعلى مستوى البرمجة توسع دور البرنامج في تقوية الأغذية حيث أن نحو ثلثي مشروعات صحة وتغذية الأم والطفل تقدم السلع الغذائية المقواة. وكثيرا ما لا تكون الأغذية التكميلية المغذية غير متاحة للأمهات من أجل إطعام الأطفال قبل الشهر السادس من العمر، ومن ثم فإن البرنامج يشترك بصورة متزايدة في دعم إنتاج المكملات الغذائية المقواة قليلة التكاليف باستخدام العناصر المتوافرة محليا في المقام الأول⁽³⁴⁾. وقدم البرنامج حتى الآن المساعدة في إنتاج الأغذية المخلوطة المقواة في 13 بلدا⁽³⁵⁾. والواقع أن استخدام البرنامج للأغذية المخلوطة المقواة في الهند وحدها ارتفع من 000 55 طن في عام 2001 إلى 105 000 طن في الأشهر العشرة الأولى من عام 2003⁽³⁶⁾. وهذا يعكس قيمة الأغذية المقواة في أنشطة صحة وتغذية الأم والطفل وغير ذلك من الأنشطة ذات الصلة.

تعزيز المساهمة التغذوية لتدخلات البرنامج الأخرى

- 37- النهج الثالث لإدماج مسألة التغذية يتضمن التسليم بإمكانية تحقيق النتائج التغذوية حتى من خلال التدخلات غير المتصلة بصحة وتغذية الأم والطفل. مثال ذلك أن زيادة عدد أنشطة الغذاء مقابل التعليم تتضمن أهدافا لتعزيز المعرفة التغذوية كما حدث في رواندا وتنزانيا والحد من نقص المغذيات الدقيقة من خلال تقديم الوجبات المدرسية.
- 38- يبين استعراض أجري في عام 2002 لأنشطة الغذاء مقابل التعليم في 68 بلدا أن (1) معظم أنشطة التغذية المدرسية تشمل بندا واحدا على الأقل من الأغذية المقواة ضمن سلة الأغذية؛ (2) 13 منها تضمنت خليط الصويا والذرة؛ (3) سبعة منها تضمنت أربع سلع غذائية مقواة. واستخدمت هذه المنتجات في الحالات التي كانت تتطلب علاج نقص المغذيات الدقيقة من خلال الغذاء مقابل التعليم. مثال ذلك أن أنشطة الغذاء مقابل التعليم في أنغولا لا تهدف فقط إلى تعزيز إمكانات طحن وتقوية ذرة دقيقا وإنما أيضا استهداف الأطفال في المناطق المعرضة للإصابة بالبلاغرا بسبب نقص فيتامين ب2 باستخدام التغذية المدرسية، ومن ثم تحقيق عدة أهداف في وقت واحد. كذلك في بوليفيا حيث يدعم البرنامج أنشطة التغذية قبل سن الدراسة وأثناءها بدقيق القمح المقوى والملح المزود باليود والزيت النباتي المقوى إلى جانب أنشطة توزيع أقراص علاج الإصابة بالديدان التي تنظمها وزارة الصحة ومنظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة لرعاية الطفولة (اليونيسيف). وحقق الجمع بين الأغذية المقواة وعلاج الإصابة بالديدان والتوعية آثارا متكاملة مهمة.
- 39- علاج الإصابة بالديدان. يعتبر ذلك مجالا يحظى باهتمام متزايد يدور حول الفوائد التغذوية. فعلاج الإصابة بالديدان هو واحد من أكثر الطرق تمتمعا بفعالية التكاليف لضمان أن الأغذية التي يستهلكها الأطفال تحقق أقصى قدر من الفوائد فيما يتعلق بالعائد التغذوي. والأفراد الذين يعانون من الإصابة الخطيرة بالديدان يتعرضون لدرجة عالية من الإصابة بالأنيميا وغير ذلك من الأمراض المتعلقة بالقصور التغذوي. واستطاع البرنامج، من خلال العمل المباشر مع منظمة الصحة العالمية منذ عام 1998، زيادة تغطية أنشطته في هذا المجال لتشمل ما يربو على مليوني طفل، منهم 1.3 مليون طفل في أفريقيا حيث توجد هذه المشكلة على نطاق واسع، مع تنفيذ خطط ملموسة فيها من خلال المدارس وأنشطة صحة وتغذية الأم والطفل. مثال ذلك أن البرنامج يقدم الدعم في كمبوديا للخطة الوطنية للاستثمار التغذوي (2002-2007) التي تشمل أنشطة علاج الإصابة بالديدان التي أصابت ما يربو على مليوني طفل بجانب النساء الحوامل بعد الثلاثة أشهر الأولى.

(32) تمر هذه البرمجيات بمرحلة متقدمة من التصميم والاختبار وسوف تتاح لموظفي البرنامج الميدانيين في عام 2004.

(33) تحدد رموز اللطبات المقدمة إلى الفريق الاستشاري حتى تركز عمليات التقدير على الصفات التقنية للمنتج والغرض من استخدامه. ويتولى فريق

داخلي في البرنامج استعراض الخلاصات التي يصل إليها الفريق الاستشاري فيما يتعلق بعوامل إضافية مثل (1) التكلفة؛ (2) مسائل التوريد/الشحن؛

(3) الاعتبارات الإدارية والسياسية؛ (4) احتمال الاستخدام على نطاق واسع؛ (5) مدى موثوقية المورد/الجهة المانحة.

(34) من المهم ربط ذلك بالتوعية التغذوية لأنه ينبغي للأمهات أن يلتزم بالنصائح المتعلقة بالتغذية التكميلية للأطفال وإلا فإن المعلومات المقدمة لهن لن تكون ذات قيمة.

(35) بنغلاديش وبوليفيا وجمهورية كوريا الديمقراطية وأثيوبيا وهندوراس والهند واندونيسيا وكينيا وملاو ونيبال وباكستان والسنغال وزامبيا.

(36) قاعدة بيانات وينغز/سب.



- 40- تحققت أيضا مكاسب من خلال الأنشطة المولدة للدخل التي يتولاها البرنامج. ففي بنغلاديش والسنغال يشجع البرنامج الإنتاج المحلي للأغذية المخلوطة المقواة التي تساعد على تعويض نقص المغذيات الدقيقة. وفي بنغلاديش يوزع دقيق القمح المقوى على الأسر كحصاة غذائية منزلية بينما في السنغال توزع الأغذية المقواة القائمة على الذرة على الأطفال تحت سن الثالثة وتستهلك في مراكز التغذية المجتمعية. وتعتبر الاستدامة طويلة الأجل عنصرا مهما لأن هذه المشروعات تروج لتنمية الأعمال الإنتاجية المحلية فضلا عن تعزيز الإمكانيات التقنية والإدارية النسائية.
- 41- وأخيرا من المهم إبراز دور البرنامج في مجال مناصرة ودعم تطوير السياسات الوطنية⁽³⁷⁾، حيث يشترك البرنامج مع الحكومات الوطنية في:
- ◀ التحديد الأكثر وضوحا لطبيعة مشكلات التغذية في سياق التقدم المحرز في فهم طبيعة المخاطر المعيشية وانعدام الأمن الغذائي الأسري؛
 - ◀ تحديد دور البرمجة المدعمة بالأغذية في مواجهة مشكلة سوء التغذية، بما في ذلك الأنشطة الوطنية باستخدام الموارد المحلية كما هو الحال في الهند وسري لانكا؛
 - ◀ نشر الوعي لدى الجمهور والجهات المانحة بالمشكلات الملحة لسوء التغذية والتصدي لها بشكل أوضح في سياق استراتيجية الحد من الفقر والأهداف الإنمائية للألفية؛
 - تقديم المساعدة في الترويج للسياسات والاستراتيجيات الجديدة في مجال التغذية و/أو تقوية الأغذية، كما حدث في كمبوديا وبنغلاديش.
- 42- وهذه الأنشطة المتعلقة بالسياسات التي نُفذت بالتعاون الوثيق مع الخبراء الوطنيين وشركاء البرنامج في الأمم المتحدة لها أهميتها في إيجاد بيئة مواتية لتحقيق النجاح الميداني في التدخلات التغذوية الموجهة، كما أنها تمثل عناصر حاسمة في بناء القدرات المؤسسية التي توجد حاجة ماسة إليها لدعم البرمجة التغذوية الفعالة.

برمجة التحديات التي تواجه التغذية

ضعف الطلب على الخدمات التغذوية يعبر عن ضعف الإمكانيات

- 43- إن سوء التغذية المزمن كثيرا ما لا يلفت الانتباه. فعندما يعاني أكثر من نصف عدد الأطفال من التقزم يصعب على الأوبين تحديد العملية التي تقضي إلى تقزم أولادهم وبناتهم. ولكن عندما تغفل مشكلة سوء التغذية تختفي معها التغذية الجيدة. فالأفراد الذين يتمتعون بصحة وقدرة إنتاجية جيدة لا يربطون بين رفاهيتهم والتغذية السليمة. وهكذا يصبح من الصعب حفز الطلب على المنتجات والخدمات التي تسهم في الحالة التغذوية الجيدة. كما أن التغذية نادرا ما تحتل مكانة الأولوية في جداول الأعمال السياسية للحكومات الوطنية أو الجهات المانحة. ويترتب على ذلك إغفال الأولويات التغذوية عند تحديد أولويات مخصصات الميزانية، الأمر الذي يؤدي إلى ضعف القدرة على إحداث التغيير المطلوب⁽³⁸⁾.
- 44- يمثل ضعف الإمكانيات على جميع المستويات مشكلة يجب التغلب عليها. ومن الطبيعي أن أكثر الإمكانيات المؤسسية والبشرية ضعفا في مجال البرمجة التغذوية ترتبط بأكثر المشكلات التغذوية سوءا. وتتعرض عمليات التدخل لعراقيل تتمثل في محدودية نطاق البنية الأساسية لتوزيع الأغذية ونقص المهارات في المجالات التي تتجاوز التدريب الطبي وقلة الموارد غير الغذائية المتاحة⁽³⁹⁾.
- 45- إن التحول بشكل ملموس إلى البرمجة المجتمعية هو أحد وسائل التغلب على الضعف المؤسسي، ولكن هذا الخيار ليس سهلا. فالأمر يتطلب استثمارات كبيرة من الوقت والجهود لتشجيع الملكية المجتمعية مع عدم إغفال إعطاء الأولوية للتغذية من بين البنود المتنافسة على مخصصات الميزانية. ويسعى البرنامج إلى العمل بشكل وثيق مع البنك الدولي في بلدان مثل إثيوبيا لدعم المبادرات التي تساندها الحكومات والموارد المخصصة للأنشطة التغذوية. غير أن المجتمعات المختلفة غالبا ما تركز بشكل أكبر على احتياجات مثل توفير المياه النقية أو إنشاء الطرق. والأمر كذلك، يتعين التعاون مع الشركاء الذين لا يسهمون فقط في عمليات البرمجة وإنما أيضا الذين يدعمون تطوير المؤسسات وتنمية المهارات على الصعيدين الوطني والمجتمعي والذين يشجعون على الحوار المتعلق بالسياسات التي تضع التغذية في بؤرة الاهتمام جنبا

(37) يشمل ذلك ربط الاهتمامات التغذوية بالأولويات الأخرى مثل تعميم مراعاة اعتبارات الجنسين. مثال ذلك أن الالتزام الأول من الالتزامات المعززة للبرنامج تجاه النساء (2003-2007) يركز على تلبية الاحتياجات التغذوية للفتيات في سن المراهقة والأمهات وتعميق وعيهن التغذوي.

(38) البنك الدولي 2003 "التغذية لا تعامل بشكل منهجي في استراتيجيات المساعدة القطرية أو في عمليات تقدير حالة الفقر".

(39) منظمة الأغذية والزراعة 2003 غلسي وآلان 2001.



إلى جنب مع النمو الاقتصادي. ويجب تيسير "الطلب" على التغذية مثل تيسير الطلب على المساواة بين الجنسين أو تحقيق اللامركزية في ممارسة السلطات الذي حدث في العقود الأخيرة.

الشراكات

- 46- نظرا لوجود عوامل عديدة، مثل الأغذية والصحة والرعاية وتقديم الخدمات، تتفاعل عند العمل على تحسين الوضع التغذوي فيجب على البرنامج أن يوسع شبكة التعاون مع الوكالات والمؤسسات والخبراء في مجال السياسات والبرمجة التغذوية. والبرنامج هو بالفعل مساهم رئيسي في أنشطة وفي ميزانية اللجنة الدائمة للأمم المتحدة المعنية بالتغذية ولجنتها التوجيهية، وهو المحفل الرئيسي للحوار بشأن السياسات المتعلقة بالقضايا العلمية والتشغيلية الخاصة بالتغذية.
- 47- وفيما يتعلق بالشراكات يعمل البرنامج بصورة متزايدة مع وكالات الأمم المتحدة الشقيقة على تكاتف جهودهم في مجال التدخلات التغذوية. ففي إثيوبيا، مثلا، يشترك البرنامج مع اليونيسيف في العمل على تحقيق تغطية أشمل لأنشطة صحة وتغذية الأم من خلال توزيع الأغذية التكميلية المقواة كإجراء يرتبط ارتباطا شديدا برصد النمو والترويج له وتقديم الخدمات الصحية والتطعيم. ففي أفريقيا الجنوبية ستركز الأنشطة الجديدة المشتركة بين منظمة الأغذية والزراعة واليونيسيف والبرنامج على تلبية الاحتياجات العاجلة وطويلة الأجل للتغذية والأمن الغذائي المتعلقة بالآيتام الذين فقدوا آباءهم بسبب نقص المناعة البشرية/الإيدز في أفريقيا الجنوبية. ويعمل البرنامج في السنغال وموريتانيا ومدغشقر بصورة وثيقة مع البنك الدولي ومتطوعي الأمم المتحدة في هذا المجال.
- 48- يجري وضع خطط العمل المشترك في مجال التغذية بين البرنامج واليونيسيف ومنظمة الأغذية والزراعة كمظلة جديدة لعقد اتفاقات مع المراكز المعنية بمكافحة الأمراض والوقاية منها ومع المعهد الإيطالي للتغذية والمبادرة الخاصة بالمغذيات الدقيقة ومع المنظمات غير الحكومية. ويجب أن تعتمد التزامات البرنامج تجاه التنمية على الموظفين الملتزمين بها وليس فقط على موارد الأغذية. ويجب إعطاء الأولوية للتوسع في تدريب موظفي البرنامج في مجال التغذية وأن يقترن ذلك بإصدار الإرشادات المتعلقة بقضايا البرمجة التقنية.

الموارد غير الغذائية

- 49- إن قدرة البرنامج على الإسهام في الشراكات لا تعتمد على المهارات والقدرات فقط وإنما تعتمد أيضا على توافر الموارد. فالموارد غير الغذائية مطلوبة للتدريب وإنتاج مواد التوعية التغذوية ووضع وحدات نمطية تقنية لتدريب الموظفين. كما أن المشروعات التغذوية تحتاج إلى موارد غير غذائية تشمل تقديم الدعم لتدريب المتطوعين القرويين والاستشاريين في العيادات الطبية بجانب تقوية الأغذية بالمغذيات الدقيقة التي تشمل عمليات الطحين وشراء الأغذية المخلوطة المقواة المحلية وتحسين إدارة البيانات المتعلقة بالتغذية. كما أن عملية توثيق ونشر النتائج في إطار الإدارة القائمة على النتائج تتطلب من البرنامج أن يتولى جمع وتحليل وإدارة المعلومات المتعلقة بالتغذية. وقد اتسمت إجراءات التمويل المرنة التي تؤدي إلى تدفق الموارد النقدية في السنوات الأخيرة بقدر ملموس من الابتكار في عمليات البرمجة التغذوية التي يقوم بها البرنامج. ويجب تحديد الموارد النقدية اللازمة لدعم الأنشطة في مجال التغذية داخل البرنامج وتأمينها.

توثيق الأثر التغذوي

- 50- لا غنى عن البرمجة القائمة على الدليل الثابت لتحقيق الأهداف التغذوية. كما أن استخدام المؤشرات التغذوية في إطار الإدارة القائمة على النتائج تعد تحولا كبيرا في النهج الذي يستخدمه البرنامج. غير أنه نظرا لأن استخدام المعلومات المتعلقة بالتغذية في أعمال المؤسسة والإدارة مسألة جديدة على البرنامج، فإن هناك حاجة ماسة إلى تدريب الموظفين في هذا المجال، وتوفير التوجيه التقني والدعم التحليلي والتفاعل مع الشركاء الميدانيين في مجال التغذية. مثال ذلك أن الصندوق الدولي للتنمية الزراعية تعاون مع البرنامج في الفترة 2000-2001 في تجربة استخدام أدوات التقدير السريع للجوانب التغذوية بغرض وضع مؤشرات قياس أساسية للوضع التغذوي في الصين. كما ستستخدم عمليات المسح التي تجرى بالتعاون مع المؤسسات الوطنية في محافظات شانكسي وهوبي وغرب غوانجكسي كخيارات مرجعية لتقييم أثر الأنشطة حتى عام 2006.

- 51- وليس معنى ذلك أن موظفي البرنامج سوف يتولون مسألة جمع معظم البيانات المتعلقة بالتغذية، فهذه البيانات يتولى شركاء التنفيذ جمعها، ويتعين الإبلاغ عنها بصورة أكثر انتظاما. وفي بعض الحالات يتعين على مكاتب البرنامج القطرية أن تشترك مع النظراء المحليين في الإشراف بأنفسهم على جمع البيانات بدعم من المقر والمكاتب الإقليمية. ولابد من التعاون مع منظمة الأغذية والزراعة ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين واللجنة الدولية للصليب الأحمر واليونيسيف والوكالات الأخرى من أجل بناء القدرات الوطنية والمؤسسية المحلية لدعم البرمجة التغذوية. كما يجب التفاعل بين الوحدات التقنية في البرنامج دعما لإمكانات تجميع البيانات وتحليلها. وسوف يسهم ذلك مع مضي الوقت في تعميق فهم وامتلاك المعلومات المتعلقة بالتغذية في البرنامج.



52- هذه الأنشطة الجديدة إلى حد بعيد تستهلك إمكانات البرنامج لاسيما في المكاتب القطرية الصغيرة حيث لا تتوفر السيولة النقدية وحيث يجري الاعتماد كثيرا على الأموال الثنائية والمحلية في تنفيذ الأنشطة التي تحقق قيمة مضافة. ومن المهم رصد موارد كافية في ميزانية صياغة المشروعات من أجل عمليات المسح الأساسي والمتابعة، وكان ذلك يحدث أحيانا في الماضي على أساس مستمر.

الخلاصات والتوصيات

53- إن التدخلات التغذوية المحدد استهدافها تمثل قرابة 11 في المائة من نفقات البرنامج لمواجهة الطوارئ و 21 في المائة من حافظة التنمية. و سيكون من الواضح أن مساهمة البرنامج في البرمجة التغذوية ستكون مساهمة كبيرة حقا إذا أضيفت إليها تكاليف استثمارات البرنامج في عمليات الطحين وتقوية الأغذية بالمغذيات الدقيقة وأنشطة علاج الإصابات بالديدان والتوعية التغذوية في إطار برامج الإغاثة الممتدة والإنعاش والبرامج القطرية وإنتاج وشراء الأغذية المخلوطة المقواة وعلاج نقص المناعة البشرية/الإيدز و برمجة التغذية المدرسية ذات الأهداف التغذوية المحددة⁽⁴⁰⁾.

54- تلتزم الخطة الاستراتيجية للفترة 2004-2007 بإعطاء "أولوية عالية" للتغذية في أنشطة الخطة وتعمل على تحقيق ذلك بتوسيع نطاق جدول الأعمال التغذوي للبرنامج الذي لم يعد نشاطا مفردا للبرنامج وإنما أصبح نشاطا أساسيا يعرف بتقديم الأغذية للأغراض التغذوية. ويشمل ذلك الجيل الجديد من أنشطة صحة وتغذية الأم والطفل ويركز على التأثير الذي يحققه الغذاء في حد ذاته وعلى المكاسب التغذوية التي ستحقق حتى في إطار الأنشطة الهامشية المدعومة بالأغذية ودور البرنامج في الدعوة على المستويين الوطني والدولي لمناصرة السياسات والإجراءات لمواجهة مشكلة سوء التغذية.

55- تركز أنشطة الغذاء من أجل التغذية على تعزيز قدرة شعوب العالم التي تعاني من أسوأ حالات انعدام الأمن الغذائي في التغلب على الأعباء الجارية والمستقبلية المرتبطة بسوء التغذية. ويعني هذا بناء القدرات الوطنية والأسرية على استيعاب وإدارة تدهور الحالة التغذوية والوقاية منها في نهاية المطاف. غير أنه حتى يمكن للبرمجة التغذوية أن تحقق الأثر المنشود يجب حشد الموارد بطريقة مستدامة وتنسج بالمرونة. والاستدامة تعني التدفق المضمون للأغذية مع وصول السلع الغذائية في الوقت المناسب على مدى فترة برنامج التغذية بأكمله، لأن رعاية صحة الأمومة في وقت الحمل والولادة ونمو الطفل تعتبر أشد صعوبة إذا عولجت بعد الإهمال. كما أن "المرونة" تعني أن اتباع النهج التقليدية في تحديد احتياجات الموارد النقدية على أساس حجم الشحنات الغذائية لن يساعد في تنفيذ البرامج التغذوية من حيث النوعية أهم كثيرا من الكمية.

56- وبلوغا لأهداف البرنامج الاستراتيجية في مجال التغذية يجب تعزيز الإمكانات البشرية والمؤسسية على جميع المستويات. كما أن التحليل الجيد للمشكلات والبرمجة الابتكارية والتعاون الفعال مع الشركاء وتوثيق النتائج يحتاج إلى المزيد من المهارات والتمويل المستمر والالتزام بالوقاية والرعاية. وحتى يمكن تحقيق ذلك يجب تلبية المتطلبات الأساسية التالية:

◀ يجب تعزيز الإمكانات التغذوية على المستويين القطري والإقليمي لضمان أن يتمكن البرنامج من تطبيق أفضل الممارسات في مجال التغذية وتوثيق النتائج. وينبغي أن تتوفر لكل مكتب إقليمي وكل عملية ذات أولوية عالية العدد الكافي من الموظفين ذوي الخبرة المناسبة في مجال التغذية ودعم ذلك بتدريب جميع فئات الموظفين في مجال التغذية؛

◀ ينبغي استكشاف الطرائق الكفيلة بدعم الاحتياجات الخاصة من الموارد اللازمة للتدخلات التغذوية. ويعتبر توفير المبالغ النقدية أمرا حيويا لتقوية الأغذية المحلية والتوريد المحلي للأغذية المخلوطة، مع استخدام العناصر المحلية كلما أمكن ذلك وإنتاج مواد التوعية التغذوية ودعم التدريب المحلي في مجال التغذية. وحتى يمكن دمج اعتبارات التغذية في أعمال البرنامج قد يتعين توفير موارد داخلية لتمويل الأنشطة المتعلقة بالتغذية. وفي الماضي كان عدد قليل من الجهات المانحة يقوم بدور فعال في البرمجة التغذوية التي يتولاها البرنامج من خلال تقديمها لمنح الدعم المؤسسي. ومن المرغوب فيه زيادة هذا النوع من الدعم الذي يركز على البرمجة التغذوية.

□ إن الوقاية من سوء التغذية تتطلب البرمجة الخلاقة المدعومة بالأغذية كجزء من الحزمة الضرورية من الموارد والمهارات. وينبغي للبرنامج أن يلتزم ببناء القدرات في الأجل الطويل على المستويين الأسري والوطني مع العمل على تيسير إطلاق المبادرات على مستوى السياسات والقطاع الخاص التي تركز على تلبية احتياجات الأفراد الضعفاء تغذويا.

(40) إن تزايد الإدراك بنطاق أنشطة البرنامج ينعكس في اقتراح برنامج الأمم المتحدة الإنمائي الوارد في تقرير التنمية البشرية لعام 2003 والذي يفيد بأن التمويل الدولي للتغذية المجتمعية يمكن أن يتولى برنامج الأغذية العالمي تنظيمه كمصرف دولي يقدم الخدمات التغذوية للجميع" صفحة 90.



