

برنامج
الأغذية
العالمي



Programme
Alimentaire
Mondial

World
Food
Programme

Programa
Mundial
de Alimentos

المجلس التنفيذي
الدورة السنوية

روما، 24 - 2004/5/26

قضايا السياسات

البند 5 من جدول الأعمال

التغذية في حالات الطوارئ:
خبرات البرنامج والتحديات التي تواجهه



Distribution: GENERAL
WFP/EB.A/2004/5-A/3

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 انترنت على العنوان التالي: (<http://www.wfp.org/eb>)

مذكرة للمجلس التنفيذي

الوثيقة المرفقة مقدمة للمجلس التنفيذي ليقراها

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

لقد خطا البرنامج وشركاؤه خطوات عملاقة في العقد الماضي في طريق تناول مسألة سوء التغذية في حالات الطوارئ. ونظرا إلى أن سوء التغذية عنصر حاسم الأهمية في حالات الوفاة، فإن الأنشطة الغذائية تقوم بدور رئيسي في إنقاذ الأرواح بتأثيرها على تغذية وصحة السكان المتضررين.

والتدخلات الإنسانية الرامية إلى الحيلولة دون تدهور الحالة التغذوية، أو تعزيز الإنعاش، تصمم بشكل دقيق وفقا لطبيعة كل أزمة، وتسعى إلى التصدي للأسباب الأساسية. وثمة ثلاثة عناصر تتسم بأهمية حيوية في نجاح الإجراءات المتخذة:

كفالة وضع سلة أغذية ملائمة من الناحية التغذوية لتلبية الاحتياجات المحلية، وتقديم هذه السلة في الوقت المناسب وبشكل منسق، بمعنى أنها لا تتضمن سلعة واحدة في الشهر، ثم سلعة أخرى في الشهر اللاحق. فبعض السلع الغذائية ضرورية بكميات محدودة (الملح المزود باليود، وخليط الأغذية المقواة)، ولكن وجودها وتقديمها أمر ضروري في معظم الأحيان لتحقيق نتائج تغذوية إيجابية. كما أن هناك إدراكا متزايدا لأهمية المغذيات الدقيقة في تحقيق أهداف عمليات الطوارئ، كما أن هناك أدلة على ضرورة زيادة استخدام الأغذية المقواة قياسا بما كان عليه الوضع في الماضي.

وترادف المدخلات الغذائية والمدخلات غير الغذائية الضرورية أمر هام في برمجة التغذية. فالبرنامج يحتاج إلى موارد نقدية لتنفيذ مجموعة متنوعة من الأنشطة التغذوية وأنشطة الصحة العامة، بما في ذلك طحن الحبوب أو تقويتها محليا، وشراء الأغذية المخلوطة المقواة من السوق المحلية، ودعم الأنشطة التكميلية مثل التنقيف في مجال التغذية، والتدريب، وإزالة الديدان المعوية. وتتوقف القدرة على إدخال تحسينات مستدامة في التغذية على التعاون الوثيق مع شركاء ذوي خبرة في مجالي التغذية والصحة العامة، بما في ذلك إدارة المعلومات.

ويلزم تحسين الربط بين وضع برامج الطوارئ والأنشطة غير المرتبطة بحالات الطوارئ حتى يتسنى التصدي بفعالية على المدى الطويل للعمليات الأساسية التي تسهم في حالات سوء التغذية الخطيرة.

ينبغي عند قراءة هذه الوثيقة الرجوع إلى وثيقتي السياسات الأخريين وهما: الغذاء من أجل التغذية: دمج التغذية في أنشطة البرنامج (WFP/EB.A/2004/5-A/1) و"التقوية بالمغذيات الدقيقة: تجارب برنامج الأغذية العالمي وسبل التقدم" (WFP/EB.A/2004/5-A/2).



مشروع القرار*

وفقا للقرار 2002/EB.A/4 الذي يطلب من الأمانة أن ~~تستخدم~~ العبارة التالية "للإطار الموحد لسياسات البرنامج: أداة للتسيير والإدارة" (WFP/EB.A/2002/5-A/1) في إطار البند موضوعات متداخلة:

"سيحلل البرنامج بانتظام مشاكل التغذية في حالات الطوارئ، ويحدد أنجع الوسائل للتعامل معها على أساس آخر ما وصلت إليه المعرفة وأفضل الممارسات. وسيبذل مزيدا من الجهود لكفالة تقديم أغذية تتضمن مواد مغذية كافية سريعا، دعما لتحقيق الأهداف التغذوية. كما سيمكن البرنامج الموظفين من تصميم وتنفيذ أنشطة فعالة تتعلق بالتغذية، ورفع تقارير بالنتائج، وسيزيد التعاون مع الشركاء الذين يقدمون مهارات تكميلية في مجال التغذية. وسيجري استطلاع طرائق التمويل لتعزيز الموارد النقدية للبرنامج لدعم الأهداف التغذوية. كما سيولى مزيد من الاهتمام لدى إعداد برامج التغذية في حالات الطوارئ للأسباب الجذرية لسوء التغذية، وليس فقط للنتائج الخطيرة خلال الأزمات، وستسعى برامج التغذية إلى إقامة روابط مع الأنشطة الإنمائية على المدى الطويل".

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



المقدمة

- 1- تتسم حالات الطوارئ الإنسانية بعجز أعداد كبيرة من السكان عن الحفاظ على توازن بين الاحتياجات الغذائية وما يوسعهم أن يأكلوه. ولئن كان سوء التغذية لا ينجم عن مجرد نقص الأغذية، فإن الاستهلاك الغذائي غير الملائم لفترات طويلة يسفر عن ارتفاع معدلات سوء التغذية. وبناء على ذلك، تظل الأغذية تتسم بأهمية حيوية في معظم أنشطة التصدي لحالات الطوارئ، سواء بإدراجها في مجموعة من الأنشطة التي تتصدى لسوء التغذية بشكل مباشر – من خلال التوزيع العام للأغذية، وأنشطة الأغذية التكميلية والعلاجية، والتقوية بالمغذيات الدقيقة – أو بالتصدي للأسباب الجذرية بشكل غير مباشر.
- 2- وبينما تم الاعتراف منذ عقود بالروابط بين العجز الغذائي وسوء التغذية، فإن أهمية التصدي لأوجه العجز في مجال التغذية باعتباره المفتاح لإنقاذ الأرواح لم يصبح رائجا بشكل كامل إلا مؤخرا. وثمة اعتراف اليوم بأن: (أ) سوء التغذية الحاد مؤشر قوي يبنى بزيادة معدلات الوفيات بين صغار الأطفال⁽¹⁾؛ (ب) حتى حالات سوء التغذية المعتدلة تزيد نسبة الوفيات في حالات الطوارئ إذ أن نسبة كبيرة من السكان المتضررين يعانون بشكل معتاد سوء التغذية المعتدل لا الخطير⁽²⁾؛ (ج) يسهم العجز في المغذيات الدقيقة في الإصابة بأمراض تؤدي بشكل غير مباشر إلى الوفاة في حالات الطوارئ⁽³⁾؛ (د) وصول المساعدات الغذائية في حينه يسهم في الحيلولة دون حدوث حالات وفاة من خلال أثر المساعدات في الحد من سوء التغذية⁽⁴⁾.
- 3- وتوضح هذه الوثيقة كيف يستخدم البرنامج المعونات الغذائية في التصدي للشواغل التغذوية في حالات الطوارئ، استنادا إلى هذه الروابط المقررة علميا بين سوء التغذية والوفاة. واستنادا إلى مشاورات واسعة النطاق مع موظفي البرنامج وغيرهم من الموظفين الفنيين، إلى جانب استعراض معمق لوثائق المشاريع، تركز الوثيقة على التطورات الهامة في مجال التغذية في حالات الطوارئ في العقود الأخيرة، وتحصر العناصر الأساسية لأنشطة البرنامج للتغذية في حالات الطوارئ، وتحدد التحديات الرئيسية في مجال البرمجة، وتقترح تدابير عملية لعمليات البرنامج في المستقبل في حالات الأزمات⁽⁵⁾.

الاتجاهات السائدة في التغذية في حالات الطوارئ

- 4- منذ مطلع القرن الحادي والعشرين، تُخصص نسبة 75 في المائة أو أكثر من موارد البرنامج للإغاثة والإنعاش في حالات الطوارئ؛ وقد بلغ هذا الرقم زهاء 90 في المائة في عام 2003. غير أن الحال لم يكن هكذا على الدوام، ففي عام 1975، خصص البرنامج زهاء 90 في المائة من موارده للمشروعات الإنمائية؛ ومجرد 99 000 طن من الأغذية لدعم الأنشطة في حالات الطوارئ. وبحلول عام 2002، تجاوزت الموارد الغذائية في حالات الطوارئ 3 ملايين طن لنحو 60 مليون نسمة.
- 5- والزيادة في موارد البرنامج المخصصة للاستجابة للحالات الإنسانية تعكس تزايد الأزمات منذ أوائل التسعينات من القرن الماضي. فقد زاد عدد الأشخاص المتضررين من الكوارث الطبيعية من 50 مليون نسمة في 1980 إلى 250 مليون نسمة في عام 2000⁽⁶⁾. فالفيضانات وحدها تؤثر على ما متوسطه 140 مليون نسمة سنويا، بينما تضرر في عام 2002 أكثر من 600 مليون نسمة بالصدمات المناخية – وقد تضرر أكثر من نصفهم بحالات الجفاف في معظم المناطق الأفريقية وجنوب آسيا.

(1) التعريف العملي لزيادة معدل الوفيات هو تجاوز المعدل الإجمالي للوفيات لحالة وفاة واحدة بين كل 10 000 شخص يوميا. منظمة الصحة العالمية/مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين/الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر/برنامج الأغذية العالمي. 2002. إدارة التغذية في حالات الطوارئ الكبرى. جنيف.

(2) Pelletier, D. and E Frongillo > 2002. Changes in Child Survival Are Strongly Associated with Changes in Malnutrition in Developin Countries. Washington, D.c.: Food and Nutrition Technical Assistance Project.

(3) منظمة اليونيسيف، وبرنامج الأغذية العالمي ومنظمات أخرى. 2002. Facts for Life. New york.

(4) Mason, J. 2002. Lessonson Nutrition of Displaced People. J. malof Nutrition. 132: 2096S-2103S; Toole M., and RWaldman. 1997. The public health aspects of complex emergencies and refugee situations. Annual Review of Public Health. 18:283-312; Young, H.et.al.2004. Nutrition in Emergencies. The Lancet. Forthcoming 2004.

(5) نوقشت هذه المواضيع مع الشركاء الرئيسيين في مجتمع المساعدات الإنسانية، بما في ذلك مجموعة العمل المعنية بالتغذية في حالات الطوارئ المشتركة بين الأمم المتحدة ولجنة التنسيق الإدارية، ومع جهات الاتصال المعنية بالتغذية في برنامج الأغذية العالمي في عشرات المكاتب القطرية. ومن دواعي الامتنان ورود تعليقات بناءة من مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين ومنظمة اليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية.

(6) تستقى الإحصاءات في هذا المجال من تقرير عامي 2001 و2003 للكوارث في العالم الصادرين عن الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر، ومن بيانات تكميلية من مركز البحوث في الأمراض الوبائية (جامعة لوفان، بلجيكا).



- 6- وبالمثل، تضرر نحو 30 مليون شخص سنويا في التسعينات من القرن الماضي بالصراعات - عن طريق النزوح أو تدمير سبل عيشهم - في أكثر من 60 بلدا. ونجم عن الصراعات الدائرة في العقد الماضي في منطقة البحيرات الكبرى، والصومال، والبلقان، ومؤخرا في غرب أفريقيا الساحلية وجمهورية الكونغو الديمقراطية حالات وفاة مروعة⁽⁷⁾.
- 7- غير أنه على الرغم من زيادة عدد ونطاق حالات الكوارث، فإن زيادة الوفيات في حالات الطوارئ أخذت في الانخفاض، فحالات الوفاة غير الناجمة عن العنف المبلغ عنها في سياق حالات الطوارئ الرئيسية انخفضت بنحو 40 في المائة بين عامي 1993 و2003، قياسا بالعقد الماضي. فوكالات المساعدات الإنسانية تقوم بعملها بشكل أفضل من أي وقت مضى في إنقاذ وحماية الأرواح، ويعزى ذلك إلى حد بعيد إلى التعجيل بالتدخلات، وتحسين حشد الموارد، وتعزيز إدارة أعراض سوء التغذية وأسبابها.
- 8- وثمة عاملان هامان أسهما في هذا التحسن، الأول هو تطور العلوم الطبية والتغذية خلال التسعينات من القرن الماضي إلى جانب تزايد التطبيق المهني للمعارف على أرض الواقع. وقد تراكمت في الفترة الأخيرة مجموعة وفيرة من البحوث التطبيقية، ولا تزال تستفيد منها الاستراتيجيات الإنسانية للتصدي لحالات الطوارئ التغذوية (بما في ذلك البروتوكولات الطبية لعلاج حالات سوء التغذية الحاد، ومبادئ توجيهية لاستخدام الغذاء استخداما فعالا في البرمجة لحالات الطوارئ)⁽⁸⁾.
- 9- وقد حدث مثلا تحسن كبير على مر السنوات في فهم كيفية تصميم حصص غذائية يُراعى فيها تعظيم الفوائد التغذوية. ويوضح الجدول التالي تطور إعداد الحصص الغذائية استنادا إلى الاحتياجات التغذوية عوضا عن طبيعة الأغذية المتوافرة للاستخدام في حالات الطوارئ. وقد اعتمدت الوكالات الرئيسية بشكل تدريجي رقما تخطيطيا ليس المقصود به حماية الوظائف الأيضية الدنيا فحسب ("تجنب الموت جوعا" كحد أدنى)، ولكن أيضا تخفيض نسب الوفيات عن طريق تقويم أوجه العجز التغذوية الموجودة سلفا، وإتاحة النشاط البدني اللازم للتمكن من للوصول إلى الغذاء. وقد أدركت المنظمات الإنسانية المخاطر المتأصلة في توزيع منتجات الألبان ومركبات الرضع (خطر الاستعاضة عن اللبن الثديي، وزيادة معدلات وفيات الرضع عند استخدام مياه أو قنينات غير نظيفة). وتتعلق استنتاجات أخرى بضرورة التنوع في الحصص الغذائية وتقوية الغذاء للحماية من العجز في المغذيات الدقيقة.

المعالم البارزة في تطور الشواغل التغذوية في حالات الطوارئ ⁽⁹⁾	
السنينات من القرن الماضي	<input type="checkbox"/> الاستجابات الغذائية استنادا إلى السلع المتوافرة <input type="checkbox"/> تحديد المنح الغذائية حسب توافرها عوضا عن كفايتها من الناحية التغذوية <input type="checkbox"/> اعتراف محدود بأهمية المحتوى التغذوي للحصص الغذائية
السبعينات من القرن الماضي	<input type="checkbox"/> التركيز على العجز في البروتينات (في حالات سوء التغذية الناجم عن الطاقة البروتينية) <input type="checkbox"/> زيادة تنوع السلة الغذائية، بما في ذلك الحبوب والزيوت النباتية <input type="checkbox"/> استخدام الأغذية المخلوطة المقواة في التغذية التكميلية فقط
الثمانينات من القرن الماضي	<input type="checkbox"/> رفعت الغالبية العظمى من الوكالات الرقم التخطيطي للحصص الغذائية من 1 500 سعر حراري إلى 1 900 سعر حراري للشخص يوميا <input type="checkbox"/> إدراج الأغذية المخلوطة المقواة في معظم الحصص الغذائية للسكان المعتمدين بشكل كامل على المعونات الغذائية <input type="checkbox"/> تحديد السلة الغذائية بشكل متزايد على ست سلع أساسية: الحبوب، والبقول، والزيوت، والسكر، والملح، والأغذية المخلوطة المقواة
التسعينات من القرن الماضي	<input type="checkbox"/> يعمل عدد من الوكالات، من بينها برنامج الأغذية العالمي، على زيادة الرقم التخطيطي للحصص الغذائية بالنسبة إلى السكان المعتمدين كلية على المعونة الغذائية من 1 900 سعر حراري 2 100 سعر حراري <input type="checkbox"/> أسفر التقدم العلمي عن إعداد أغذية علاجية لمعالجة حالات سوء التغذية الحاد (F 75، و F 100) <input type="checkbox"/> وضع قيود أكثر صرامة على استخدام منتجات الألبان والمركبات المخصصة للرضع في حالات الأزمات <input type="checkbox"/> وضع سياسات ومبادئ توجيهية لوكالات الأمم المتحدة المختلفة بشأن اتباع نهج موحدة إزاء حالات سوء التغذية في حالات الأزمات <input type="checkbox"/> اشتراط تقوية الزيوت والملح والدقيق المشتري دوليا

(7) تتراوح التقييمات الأخيرة لزيادة الوفيات المرتبطة جزئيا بسوء التغذية والأوبئة بين 250 ألف في جنوبي السودان (لعامي 1998/1999) وزهاء 3 ملايين نسمة في جمهورية الكونغو الديمقراطية (عامي 2000/2001).

(8) The Sphere Project. 2004. Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response. Geneva; Collins, S. 2001. The Lancet. 358:498-501.

(9) مشتقة من تقرير السيد M. Toole (1998) عرض عام للتغذية في حالة الطوارئ. عرض مقدم إلى مجموعة العمل المعنية بالتغذية في حالات الطوارئ، 11 أبريل/نيسان، جنيف؛ Mason (2002)، المرجع نفسه.



	<input type="checkbox"/> التوسع في إنتاج الأغذية المخلوطة المقواة في عدد من البلدان النامية <input type="checkbox"/> استخدام البسكويت BP5 والبسكويت العالي الطاقة على نطاق واسع
بداية القرن الحالي	<input type="checkbox"/> زيادة استخدام الحبوب المطحونة والمقواة محليا لتوزيعها في إطار الإغاثة <input type="checkbox"/> شراء الأغذية المخلوطة المقواة محليا (البلدان النامية) لاستخدامها في بلدان أخرى <input type="checkbox"/> إعداد حصص من "أغذية علاجية جاهزة للاستعمال" لأغراض علاج سوء التغذية الحاد "في المنزل" <input type="checkbox"/> إيلاء مزيد من الاهتمام للروابط بين علاج سوء التغذية الحاد والوقاية من سوء التغذية المزمن

10- والعامل الثاني المساهم هو زيادة مواعمة السياسات والأساليب بين الوكالات. ومن الواضح تحسن التنسيق والتوحيد القياسي للأنشطة الإنسانية في صياغة العديد من المبادرات التي اتخذتها المنظمات غير الحكومية والرامية إلى الاتفاق على حدود مهنية وعلمية دنيا في أنشطة المساعدات الإنسانية⁽¹⁰⁾. وتشمل هذه الجهود عمليات النداءات الموحدة والتقييمات المشتركة للاحتياجات الأحدثين في التطور، وإعداد مبادئ توجيهية وأدلة مشتركة بين الوكالات. وقد تضمن شطر من هذه العملية التوقيع على مذكرة تفاهم تربط برنامج الأغذية العالمي بشكل أوثق بوكالات شقيقة، لاسيما مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين ومنظمة اليونيسيف، فضلا عن منظمات غير حكومية كبرى، في مجال التغذية في حالات الطوارئ. وقد انعكس ذلك بالنسبة إلى البرنامج في زيادة التركيز على التغذية بشكل أوضح.

برنامج الأغذية العالمي والتغذية في حالات الطوارئ

11- إن أهم أهداف عمليات الطوارئ هو إنقاذ الأرواح. وكثير من حالات الوفاة ترتبط بشكل مباشر أو غير مباشر بسوء التغذية، ولذا يعتمد البرنامج على الهدف الجوهري المتمثل في استخدام الأغذية لتوفير الدعم التغذوي للضعفاء. فالواقع أن "الغذاء هو العلاج الفعال لسوء التغذية الناجم عن نقص الطاقة البروتينية" وفقا لمنظمة الصحة العالمية⁽¹¹⁾. ويستخدم البرنامج ثلاث وسائل لتحقيق ذلك:

- ◀ **الدعم التغذوي العام** يتضمن توزيع "سلة" من السلع الغذائية على السكان المتضررين بالأزمات. والهدف المباشر للتوزيع العام هو تلبية الاحتياجات الغذائية للأشخاص الذين يعانون الوصول بشكل مقيد للمصادر الطبيعية للغذاء، ولذا تحاول وسيلة التوزيع العام "حماية" تغذيتهم.
- ◀ **تقويم سوء التغذية** يدور حول أنشطة تغذية مختارة (تكمّل عملية التوزيع العام) ترمي إلى عكس اتجاه تدهور الحالة التغذوية للمجموعات الضعيفة وتحقيق استقرار هذه المكاسب من خلال:
 - ◊ **التغذية التكميلية الموجهة** تسعى إلى الحيلولة دون تحول سوء التغذية المعتدل إلى سوء تغذية حاد، ودعم استرداد هؤلاء الأشخاص لصحتهم، أو توجيه المواد المغذية إلى مجموعات ضعيفة محددة.
 - ◊ **التغذية التكميلية العامة** تستخدم لمنع الإصابة بسوء التغذية وحالات الوفاة المرتبطة بها عندما يكون التهديد خطيرا على مجموعات من السكان.
 - ◊ **التغذية العلاجية** تستتبع علاج سوء التغذية الحاد بأغذية تتضمن مواد مغذية عالية الطاقة وتتضمن مواد مغذية إلى جانب تدخل طبي.
- ◀ **أنشطة المواد المغذية الدقيقة** تتضمن شراء أغذية مقواة (أو تقويتها محليا) لتلبية احتياجات السكان أو لمواجهة انتشار العجز في المغذيات الدقيقة.

12- والغرض الأساسي من الحصص الغذائية العامة هو منع حدوث عجز غذائي مستدام من شأنه أن يسهم في زيادة الوفيات عن طريق زيادة سوء التغذية. وتصمم الحصص الغذائية العامة خصيصا لتلبية الاحتياجات التغذوية لجميع السكان بدلا من الاحتياجات الفردية وكلما زاد تركيز الأنشطة على معالجة مشاكل تغذية محددة يواجهها الأفراد، تغيرت طبيعة الأغذية المقدمة بمعنى أن طرائق التدخل ذاتها تصبح أكثر تعقيدا، كما تزداد أهمية دور تدابير الصحة العامة.

13- وتبحث الأجزاء التالية بمزيد من التفصيل كيفية تخطيط هذه الأنشطة وتنفيذها على أرض الواقع. ويستند هذا البحث، جزئيا، إلى استعراض 37 عملية طوارئ (عمليات طوارئ وعمليات ممتدة للإغاثة والإنعاش) في عام 2002⁽¹²⁾. وقد وثق الاستعراض، (أ) تخطيط الحصص الغذائية؛ (ب) الكمية المقدمة وفقا للوثائق والتغذية الممتدة من المكاتب القطرية.

(10) لاسيما مشروع "أسفير" الميثاق الإنساني والمعايير الدنيا لمواجهة الكوارث، الذي يحدد المعايير الدنيا ويضع مدونة سلوك أخرى

(11) منظمة الصحة العالمية. 2000. إدارة التغذية في حالات الطوارئ الكبرى. جنيف، الصفحة 91.

(12) مركز الاستعراض على عينة من عمليات اللاجئين أو المشردين داخليا. والعمليات التي شملها البحث هي: أفغانستان، الجزائر، أنغولا، أرمينيا، أذربيجان، بنغلاديش، بوروندي، كولومبيا، كوت ديفوار، جيبوتي، الكونغو، إريتريا، إثيوبيا، جورجيا، غواتيمالا، غينيا، إيران، كينيا، ليبيريا، ملاوي، ناميبيا، نيبال، باكستان، جمهورية الكونغو، الاتحاد الروسي، رواندا، سيراليون، الصومال، سري لانكا، السودان، أوغندا، زامبيا. وإضافة إلى ذلك، تم



الدعم التغذوي العام في حالات الطوارئ

- 14- ليس حاجة الناس إلى الأغذية في حالات الطوارئ تتمثل في مجرد البقاء على قيد الحياة (للحيلولة دون الموت جوعاً) ولكن هذه الحاجة تكون أيضاً للأسباب التالية: (أ) المحافظة على النمو الفسيولوجي (والعقلي)؛ (ب) التمكين للاستشفاء من سوء التغذية السابق. فالسبب المباشر للوفاة في حالات الطوارئ هي الأمراض (لأسيما الحصبة، والكوليرا، والإسهال و/أو التيفود). وسوء التغذية، خاصة بين الأطفال، من العوامل الرئيسية التي تسهم في انتشار المرض وتأثيره⁽¹³⁾. ولذا يتحدد دور الغذاء في الإسهام في الحد من الوفيات بما يحدثه من أثر على الصحة من خلال التغذية⁽¹⁴⁾.
- 15- ليست جميع حالات الطوارئ متشابهة، فبعضها ينطوي على وضع يتمتع فيه السكان بتغذية جيدة من قبل لكنهم يواجهون فجأة خطر الوفاة بشكل كبير بسبب الأمراض الوبائية، أو النزوح، أو صدمات النزاعات (مثلما حدث في البوسنة وكوسوفو وأذربيجان)، بينما تضم الأزمات الأخرى تفاقم أوضاع خطيرة بالفعل مما يؤدي إلى التزامن مع سوء التغذية الحاد أو المزمن. فارتفاع مستويات سوء التغذية المستوطن في إثيوبيا وبنغلاديش مثلاً يعني أن الأزمات في مراحلها الأولى يمكن أن تحدث تفاقماً خطيراً في الأوضاع يتسبب في زيادة الوفيات. ومن هنا، فإن نطاق سوء التغذية السائد سلفاً يؤثر على كيفية تكشف الأزمات، ويحدد تصميم ردود الفعل وفقاً لذلك.
- 16- ويسهم تقييم مستويات واتجاهات وأسباب سوء التغذية الحاد في اتخاذ قرارات بشأن الاحتياجات في حالات الطوارئ، وترتيب المجموعات المتضررة من السكان على سبيل الأولوية وتخطيط الأنشطة، ورصد وتقييم الفعالية. ولئن كانت قد شهدت الأونة الأخيرة تقارباً في أساليب الاستقصاءات وأدوات التحليل، فإن زيادة توحيد الإجراءات ومتطلبات الإبلاغ بين وكالات المساعدات الإنسانية تظل أمراً لازماً. واعتماد البرنامج لمنهجية الإدارة القائمة على النتائج والمبادئ التوجيهية الجديدة لتقييم احتياجات الطوارئ يتيح الفرصة لتحقيق مزيد من الوضوح والانضباط في كيفية إدراج الوكالات لتحليل سوء التغذية في التقييمات المحسنة للاحتياجات الغذائية، وتصميم عمليات الطوارئ، وتقييم الأثر.

تخطيط الحصص الغذائية وتقديمها

- 17- التشكيل الجيد لسلة الأغذية أمر حاسم في المحافظة على الحالة التغذوية للسكان المتضررين؛ ويصح ذلك بشكل خاص في الحالات التي يعتمد فيها المستفيدون اعتماداً كلياً على المعونة الغذائية و/أو يعانون فيها من ضعف القدرة على التصدي. وتخطيط الحصص الغذائية لحالات الطوارئ ليس أمراً موحداً يلائم جميع الأنشطة: يجب أن يلائم حجم وتشكيلة سلة الأغذية ما يفضله السكان من الأغذية المحلية، والسمات الديموغرافية للسكان، ومستويات الأنشطة، والأوضاع المناخية، والأغذية المفضلة، وتقوم القدرة المحلية على التصدي، ومستويات سوء التغذية والأمراض الموجودة سلفاً.
- 18- لقد تغير تشكيل الحصص الغذائية في حالات الطوارئ خلال عمر البرنامج. فالعمليات الثلاث الأولى للبرنامج في عامي 1962/1963 كانت جميعها للتصدي لحالات إنسانية: زلزال وقع في إيران، وإعصار ألم بتايلاند، و عملية إعادة توطين 5 ملايين عائد في الجزائر. وكانت سلال الأغذية لتلك الأزمات تتضمن سلعتين أو ثلاث سلع فقط (بما في ذلك الشاي لإيران، والأسماك المعلبة واللبن المكثف لتايلاند). وكانت الشواغل الأكثر إلحاحاً تتمثل فيما يبدو في الجوار الجغرافي للجهات المانحة التي بوسعها أن تيسر تسليم السلع في حينه، والطابع العملي للسلع (من بينها تفضيل السلع المعبأة في علب). ولم تكن الاعتبارات التغذوية هي المهيمنة.
- 19- أما اليوم فالصورة مختلفة. فالحصص الغذائية، التي يتزايد طابعها الموحد، تشمل 5 أو 6 سلع: الحبوب (في شكل حبوب أو دقيق مطحون)، والبقول، والزيوت النباتية، والأغذية النباتية المقواة، والسكر و/أو الملح. وفي استعراض عمليات الطوارئ البالغ عددها 37 في عام 2002، تم تخطيط نحو 40 في المائة منها على أساس 5 سلع. بيد أن قائمة البنود المستخدمة تتراوح بين بند واحد (حبوب الذرة لزامبيا)، و 6 أو 7 سلع لعمليات الطوارئ في أنغولا، وجيبوتي، وغينيا، وناميبيا وجمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية، و 9 أو 10 منتجات للعراق وبنغلاديش.

دارسة ست عمليات "خاصة" كل على حدة (غير مدرجة في الإحصاءات المجمعة المذكورة في النص إذ أنها لا تشمل بالضرورة أعداداً كبيرة من اللاجئين/المشردين داخلياً)، ألا وهي: العراق (2003/2002) أفغانستان (2002/1999)، أمريكا الوسطى (العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش الإقليمية، 2003-2006)، جمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية (2003/2002)، عملية الطوارئ الإقليمية - الجنوب الأفريقي (2003/2002)، فنزويلا (2000). وتم مضاهاة الاختلافات في البيانات المقدمة ببيانات المكاتب القطرية للمقارنة بين الأرقام "المخططة والفعالية" بشكل دقيق قدر الإمكان.

(13) أكثر من نصف عدد الوفيات البالغ 11 مليون أو نحو ذلك بين الأطفال في السن قبل المدرسي في البلدان النامية كل عام يرتبط بسوء التغذية - في حالات غير الأزمات، ويمكن أن ترتفع هذه النسبة ارتفاعاً كبيراً في حالات الطوارئ.

(14) بينما لم تحدد عمليات التصدي الأخيرة لحالات الطوارئ أهدافاً تغذوية بخلاف حماية الأرواح (أذربيجان، وإيران وكولومبيا)، فإن أكثر من 85% من عمليات التصدي لحالات الطوارئ التي ينفذها البرنامج تحدد هدفاً تغذوياً واضحاً.



20- وفقا للتوصيات التي أقرتها وكالات عدة، اعتمد البرنامج في عام 1997 رقما مخططا للحصة الغذائية يبلغ 2 100 سعر حراري للشخص يوميا باعتباره قيمة مرجعية أولية لحساب المتطلبات الحرارية بالنسبة إلى السكان المعتمدين كلية على المعونة الغذائية⁽¹⁵⁾. وتجري تعديلات على هذا الرقم وفقا للأوضاع المحلية⁽¹⁶⁾. فعلى الرغم مثلا من أن العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش في أرمينيا تشير إلى أن الأسر المعيشية ستلبي 20 في المائة من الاحتياجات الغذائية من مواردها الخاصة (البساتين، والتجارة، والتحويلات)، فقد تم تحديد الحصة الغذائية بـ 1 922 سعرا حراريا (بدلا من 1 680 سعرا حراريا) نظرا إلى انخفاض درجات الحرارة في الشتاء في المناطق الجبلية. وبالمثل، فقد زادت عملية الطوارئ لمواجهة الجفاف في الجنوب الأفريقي رقم التخطيط الأولي إلى 2 200 سعر حراري للاستجابة للاحتياجات الكبيرة في ليسوتو خلال الشتاء، وكذلك لاستشراء وباء فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، ونظرا إلى مستويات الأنشطة المتوقعة في أنحاء أخرى في المنطقة. والواقع أن أزمة الجنوب الأفريقي هي حالة الطوارئ الرئيسية الأولى التي سلطت الضوء على أهمية إيلاء اهتمام خاص للاحتياجات التغذوية في المناطق التي يستشري فيها فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز.

21- وفي الحالات التي لا يعتمد فيها المستفيدون اعتمادا كليا على المعونة الغذائية، فإن السلة المزمعة تكون أصغر. فربح العمليات المستعرضة البالغ عددها 37 قد صممت لتقدم ما يقل عن 2 000 سعر حراري. والعمليّة الممتدة للإغاثة والإنعاش لغرب أفريقيا الساحلية، على سبيل المثال، صممت لتقدم "حصصا غذائية كاملة" (توفر 2 100 سعر حراري) للاجئين النازحين حديثا، قياسا بـ 1 790 سعرا حراريا للاجئين المستقرين (الذين لديهم آليات للتصدي لتغطية جزء من احتياجاتهم الغذائية). وبالمثل، فالعملية الممتدة للإغاثة والإنعاش لإثيوبيا في عام 2002 كانت تقدم 2 080 سعرا حراريا للاجئين السودانيين والإريتريين، قياسا بـ 1 730 سعرا حراريا فقط للاجئين الصوماليين على اعتبار أنهم يتمتعون بخيارات أفضل للتصدي، بما في ذلك البساتين المنزلية والمواشي والتحويلات من الخارج.

22- يتبع برنامج الأغذية العالمي في تصميم سلة الأغذية المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية/منظمة الأغذية والزراعة فيما يتعلق بنسبة الطاقة التي تستمد من البروتينات والدهون، وبمعايير العناصر المغذية الدقيقة. وفيما يتعلق بالبروتينات، فقد كان من المقرر في 80 في المائة تقريبا من عمليات الطوارئ في عام 2002 تقديم سلال أغذية تلتزم بهذه المبادئ التوجيهية، وقد كان. أما العمليات التي لم تف بالمحتوى الموصى به من البروتينات (من بين العمليات التي تم استعراضها) فهي كانت تنفذ جميعها في بلدان يقوم نظامها الغذائي على الأرز مثل نيبال، وبنغلاديش، وكولومبيا، وكوت ديفوار، حيث كان من الصعب تضمين الحصة الغذائية الكميات الملائمة من البروتين نظرا إلى أن الأرز من الحبوب منخفضة البروتين. ويتمثل أحد الخيارات في زيادة نسبة البقول والأغذية المخلوطة المقواة كوسيلة لتعزيز المحتوى من البروتين.

23- والوفاء بالمحتوى الموصى به من الدهون أمر صعب أيضا. فمن بين العمليات التي تم استعراضها، 68 في المائة كانت تعزز توفير أقل من التشكيل الأدنى اللازم من الدهون. ويرجع ذلك عادة إلى تكاليف شراء الزيوت النباتية، وشواغل صلاحية الأغذية (فارتفاع محتوى الدهون في الأغذية يمكن أن يؤدي إلى فسادها سريعا). بيد أن الدهون ضرورية، باعتبارها من المغذيات الدقيقة، بالكميات الملائمة لبقاء الإنسان، كما أنها ضرورية باعتبارها من عناصر السلة الغذائية لزيادة كثافة الطاقة في الوجبة، فضلا عن أنها تيسر امتصاص الفيتامينات التي تذوب في الدهون (ألف وهاء ودال وكاف).

24- وتدرك في بعض الحالات الأغذية المجهزة في الحصة الغذائية العامة لتحسين محتوى البروتينات والدهون المغذيات الدقيقة في السلة. ومن بين عمليات عام 2002 التي استعرضت، تضمن 40 في المائة منها أغذية مخلوطة مقواة في التوزيع العام، وخليطا مقوى للمغذيات الدقيقة من الصويا ودقيق الحبوب مع زيوت نباتية، وملحا (وأحيانا السكر). وتم السعي إلى تقديم أغذية مخلوطة مقواة من خلال عملية الطوارئ في إثيوبيا لنحو 35 في المائة من المستفيدين، وقد جاء هذا القرار بإدراج أغذية مخلوطة مقواة في سلة الأغذية العامة انطلاقا من اتساع نطاق سوء التغذية الحاد، وبسبب استشراء العجز في المغذيات الدقيقة لدى السكان.

25- ويمكن أيضا تقديم المغذيات الدقيقة من خلال أغذية أخرى. فالمبادئ التوجيهية للبرنامج والخصائص المحددة للمشتريات توصي بتقوية الزيوت النباتية المشتراة بفيتامين ألف، كما يطلب البرنامج تزويد الملح باليود. ولما كان الملح سلعة تلزم بكميات محدودة فإنه يطرح صعوبات لوجيستية نظرا إلى صعوبة تقسيمه وتتبعه وتوزيعه. ولعل هذا يفسر السبب في أن 68 في المائة من العمليات التي تم استعراضها لم توزع الملح، بما في ذلك أفغانستان وأرمينيا، وكولومبيا،

(15) يلاحظ أن القيمة بالسرعات الحرارية الواردة في النص هي للشخص يوميا.

(16) مفوضية شؤون الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين/برنامج الأغذية العالمي/منظمة الصحة العالمية 2002. الاحتياجات الغذائية والتغذية في حالات الطوارئ. روما



وجورجيا، وإيران--وهي بلدان تعاني بشكل معتاد من النقص في اليود، وربما كان الملح الذي يقدمه البرنامج يمثل المصدر الوحيد لليود لو كان قد تم توزيعه بشكل ملائم. كما توزع مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين بنودا غذائية طازجة في أماكن إيواء اللاجئين كمصدر للمغذيات الدقيقة.

معالجة سوء التغذية

26- تستخدم الأنشطة الغذائية الموجهة لتحقيق استقرار حالات سوء التغذية ومعالجتها بين الفئات الضعيفة من الناحية التغذوية في حالات الطوارئ. وفي عام 2002، استفاد أكثر من 360 000 طفل من أغذية البرنامج في إطار الأغذية العلاجية، كما قدمت المساعدة إلى 3 ملايين طفل من خلال التغذية التكميلية في إطار عمليات الطوارئ والعمليات الممتدة للإغاثة والإنعاش.

التغذية التكميلية الموجهة

27- توفر برامج التغذية التكميلية أغذية إضافية لفئات ضعيفة محددة. وفي بعض الحالات كانت أنشطة التغذية الموجهة تنفذ بالفعل قبل بدء حالة الطوارئ فعلى سبيل المثال، كانت أنشطة التغذية الموجهة تحظى بالدعم بالفعل في إطار البرامج القطرية في زامبيا وملاوي قبل التصدي لحالة الجفاف في عامي 2003/2002. وفي كلتا الحالتين، كانت الأنشطة تستهدف الأطفال والأمهات الذين يعانون سوء التغذية بهدف استرداد الصحة والوقاية، وقد استفادت عملية التصدي لحالة الطوارئ من خطوط الإمداد وآليات التوجيه القائمة سلفا (مما أتاح إجراء زيادة حثيثة في حجم الأغذية المقدمة بمجرد بدء تنفيذ عملية الطوارئ). وفي حالات أخرى، يمكن استخدام برامج التغذية التكميلية كأساس لبناء المؤسسات ونقطة تركيز لتقديم الخدمات من جانب المنظمات غير الحكومية والحكومة عندما تمر الأزمة بسلام وتظل الاحتياجات كبيرة.

28- ومن الأهمية في الواقع الاعتراف بأن برامج التغذية التكميلية لها في كثير من الأحيان فوائد تتجاوز تقديم الأغذية. فالأماكن المستخدمة لتوزيع الأغذية تتيح الفرصة للوصول إلى مجموعات مستهدفة خاصة وتقديم خدمات إضافية لها، مثل الإحالات الطبية والاستشارات قبل الولادة ومكملات الحديد وإزالة الديدان المعوية والتغذية والنهوض بالحالة الصحية، أو تقديم موارد غذائية أخرى من جانب شركاء متعاونين.

29- ويمكن أن تمتد أيضا برامج التغذية التكميلية لتصل إلى السكان المحليين. فتنجح هذه البرامج في سيراليون وغينيا على سبيل المثال التغذية التكميلية للأمهات والأطفال من القوى المجاورة التي تظل فيها معدلات سوء التغذية أعلى من مثيلتها في المخيمات. وهذا يقلل من حدة التوترات المحتملة بين اللاجئين والمجتمعات المضيفة، بل ويسهم أيضا في التصدي لمشكلة سوء التغذية على نطاق أوسع في المنطقة برمتها.

30- وعلى الرغم من قيام البرنامج وشركائه بتنفيذ هذه البرامج على نطاق واسع، فإن الغطاء الذي تقدمه هذه البرامج وفعاليتها يحتاج إلى التعزيز والتوثيق بشكل أفضل. ويتوقف جزء كبير من هذه العملية على توافر موظفين مدربين ووجود مدخلات غير غذائية لإجراء برامج تدريبية في مجال التغذية، والتثقيف في مجالي التغذية والصحة، وإجراء عمليات الفرز، والإحالة بشكل مناسب للأنظمة الصحية.

التغذية التكميلية "العامة"

31- توفر برامج التغذية التكميلية العامة دعما غذائيا موجهها نحو مجموعات محددة من السكان معرضة بشكل خاص لخطر سوء التغذية، مثل صغار الأطفال والحوامل والمرضعات. وتشير التوصيات الراهنة إلى أن تنفيذ برامج التغذية التكميلية العامة أمر ملائم في الحالات التي تتجاوز فيها معدلات سوء التغذية الحاد لدى الأطفال نسبة 15 في المائة وهو ما يمكن أن يحدث حتى في الحالات التي يتم فيها توزيع حصص غذائية عامة.

32- كما يوصى أيضا بالألا تستخدم برامج التغذية التكميلية العامة كبديل للحصص الغذائية العامة الناقصة، وإن كانت هذه الممارسة تنفذ أحيانا. فقد أدى العجز في خطوط الإمداد في إثيوبيا مثلا خلال عام 2002 إلى تخفيض الحصص الغذائية العامة، وبناء على ذلك استهل برنامج للتغذية العامة (900 سعر حراري إضافة إلى الحصص الغذائية العامة المنخفضة إلى النصف) لصالح 50 000 امرأة وطفل في مناطق ذات أولوية. غير أن هذا النهج يمكن أن يكون له نتائج عكسية إذ من الصعب منع تفاقم حالة سوء التغذية بتقديم أغذية تكميلية إذا ما بقيت كمية الأغذية بشكل عام منخفضة. وثمة خطر آخر هو أنه بينما يمكن احتواء سوء التغذية المستشري بين صغار الأطفال والأمهات، فإن حالة سائر السكان يمكن أن تتدهور. بيد



أنه عندما يعاني أكثر من 15 في المائة من الأطفال من سوء التغذية بشكل خطير، فإن التغذية العامة يمكن أن تكون ضرورية لاحتواء تفاقم الصحة العامة⁽¹⁷⁾.

التغذية العلاجية

- 33- تنفذ المنظمات غير الحكومية والحكومات برامج التغذية العلاجية بهدف خفض معدلات الوفاة بين السكان الذين يواجهون سوء تغذية حادا. وتتراوح نسبة المستفيدين من التغذية العلاجية، قياسا بالمستفيدين من الحصص الغذائية العامة، بين ما يقل عن 1 في المائة (كينيا وأوغندا) وما يصل إلى 12 في المائة (إريتريا والصومال).
- 34- والاعتراف بأن حالات سوء التغذية الحاد هو وضع تغذوي معقد قد أدى إلى إعداد أغذية مصممة للعلاج خلال فترة التسعينات من القرن الماضي، بما في ذلك الألبان F75 و F100، وغير ذلك من الأغذية الجاهزة للاستخدام؛ وقد أثبتت هذه الأغذية فعاليتها عند استخدامها في ظروف تحت السيطرة، ولكنها يمكن أن تكون مكلفة. وبموجب مذكرات التفاهم المبرمة مع منظمة اليونسيف ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، تضطلع هاتان الوكالتان بالمسؤولية عن شراء هذه الأغذية وتسليمها. ومع ذلك، فهناك حالات يتمتع فيها البرنامج بميزة نسبية في التصرف سريعا لكفالة تسليم أغذية عالية الطاقة وتساعد على استرداد الصحة في حينه. كما يدعم البرنامج التغذية العلاجية من خلال توفير أغذية مخلوطة مقواة، فقد تضمنت نحو 55 في المائة من عمليات الطوارئ خلال عام 2002 نوعا ما من أنشطة التغذية العلاجية وكان البرنامج مسؤولا فيها عن تقديم أغذية مخلوطة مقواة.
- 35- وبينما تبدو تكاليف الأغذية العلاجية مرتفعة، فإن حجمها (كميتها) منخفضة عادة. فلم يقدم مثلا في سياق العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش لبنغلاديش 10045.1 في عام 2002 (مساعدة اللاجئين من ميانمار) لم يقدم من الأغذية لأغراض التغذية العلاجية سوى 8 أطنان، قياسا بـ 4 400 طن من الأغذية للتوزيع العام.

أنشطة تقديم المغذيات الدقيقة

- 36- نقص المغذيات الدقيقة عامل رئيسي في حالات الوفاة والإصابة بالأمراض، وذلك حتى في حالات غير حالات الطوارئ⁽¹⁸⁾. وحالات الطوارئ يمكن أن تعمل على تفاقم الاضطرابات الناجمة عن نقص المغذيات الدقيقة في جميع الفئات العمرية. ولذا، فهناك تحديان يجب التصدي لهما: (أ) كيف يمكن منع و/أو معالجة حالات نقصي مرض نقص المغذيات الدقيقة في حالات الطوارئ؛ (ب) كيف يمكن التصدي لحالات العجز في المغذيات الدقيقة بغية الحيولة دون حدوث تدهور في أزمات لاحقة.
- 37- وفيما يتعلق بالتحدي الأول، فإن نقصي حالات العجز الخطير أصبحت نادرة بفضل رفع مستوى الوعي للمخاطر وتحسين التخطيط. فقد حددت مثلا العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش للإتحاد الروسي الأنيميا باعتبارها مشكلة خطيرة في المناطق المستهدفة، وطلبت من ثم تقديم منحة قدرها 30 000 طن من دقيق القمح المقوى بالحديد. وباستخدام استراتيجية مختلفة، تم تقوية 16 000 طن من دقيق القمح في باكستان باستخدام تكنولوجيا أدخلها البرنامج في ببشاور بهدف دعم التقوية لمشروع مخازن كابول في أفغانستان. وكانت أنيميا نقص الحديد هي الشاغل الأساسي وراء تلك المبادرة. وتمت تقوية دقيق الحديد وفيتامين ألف وفيتامين باء 1 وباء 2 والنياسين وحمض الفوليك لأنه كان من المعروف أن العجز في المغذيات الدقيقة واسع الانتشار بين السكان الأفغان بشكل عام.
- 38- أما فيما يتعلق بمنع حدوث أزمة مقبلة خاصة بالمغذيات الدقيقة، فإن برنامج الأغذية العالمي يدعم بشكل متزايد بناء القدرات المحلية للتقوية. فاستمرار انتشار مرض الحصاف مثلا في الجنوب الأفريقي (بسبب نقص النياسين في نظام غذائي يقوم أساسا على الذرة) ينبغي التصدي له لا من خلال شراء حبوب مقواة فحسب (زهاء 40 في المائة من أنشطة البرنامج للإغاثة المستعرضة تشمل سلعا أساسية مطحونة ومقواة في سلة الأغذية)، ولكن أيضا من خلال استخدام أغذية مقواة محليا.

(17) منظمة الصحة العالمية/مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين/الاتحاد الدولي لجمعية الصليب الأحمر والهلال الأحمر/برنامج الأغذية العالمي. 2000.

(18) تقوية المغذيات الدقيقة: تجارب برنامج الأغذية العالمي وسبل التقدم إلى الأمام (WFP/EB.A/2004/5-A/2).



التحديات الموجهة في عملية البرمجة

تقديم الغذاء المناسب في الوقت المناسب للسكان المناسبين

- 39- ينجح برنامج الأغذية العالمي في كفاءة تقديم المغذيات الكافية على نطاق واسع، فقد تضمنت عمليات الطوارئ الأخيرة ما يربو على 100 000 شخص وما يزيد على مليون شخص (أنغولا، وجمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية والبحيرات الكبرى)؛ وتضمن بعضها 10 ملايين شخص أو أكثر (أفغانستان، والجنوب الأفريقي). وكان الاهتمام بالشواغل التغذوية هو العنصر الأساسي لإنقاذ الأرواح في جميع الحالات.
- 40- غير أن من المستصوب إدخال تحسينات، فالتأخر في بدأ توزيع سلعة أو سلعتين من الأغذية و/أو حدوث انقطاع في خطوط الإمداد بعد إنشائها يمكن أن يؤثر بشكل خطير على الحالة التغذوية للسكان المستفيدين. ومن الضروري أن يكون تدفق الأغذية منتظما ومنسقا بشكل جيد حتى يمكن تقديم السلعة بأكملها لا مجرد السلع كل على حدة في أوقات مختلفة. والأهم من ذلك هو أن حتى إذا قدمت جميع الأغذية في حينه، فإن سوء التغذية والمعدلات الإجمالية للوفيات لا تتحدد بمجرد كفاية الأغذية، وهذا يشكل تحديا للبرنامج إذ إنه يسعى إلى إقامة الدليل على أثر الأغذية في الوفيات والحالة التغذوية على السواء في إطار عمليات الطوارئ.

انقطاع خطوط الإمداد والردود التشغيلية

- 41- قد واجهت تلت عملية الطوارئ الجارية في عام 2000 والتي تم استعراضها انقطاعا في الإمداد مرة واحدة على الأقل. كما واجه معظم هذه العمليات انقطاعين في الإمداد استغرق كل منهما شهرين إلى أربع أشهر. وترجع أسباب معظم حالات الانقطاع في الإمداد إلى نقص التمويل و/أو تأخيره و/أو القيود المفروضة على المشتريات. وهذا يدعو إلى القلق، فإذا كان سوء التغذية الحاد عاملا زناديا لعمليات الطوارئ، فنشر الموارد سريعا للتصدي لحالة سوء التغذية يمثل إذن أولوية عليا. ولا يمكن القضاء على سوء التغذية بشكل فعال ما لم تقدم البند الغذائية التكميلية بالكامل. ويجري بذل الجهود للتغلب على مشاكل انقطاع خطوط الإمداد، لاسيما في عمليات اللاجئين، ويعد البرنامج حاليا في هذا الإطار استيفاء شهريا بشأن خطوط الإمداد ويوزع ذلك على جميع عمليات اللاجئين التي تشارك فيها جهات مانحة وشركاء لتلافي الانقطاع المحتمل بسبب نقص التمويل.
- 42- ويتسبب تأخر وصول و/أو شراء السلع في تلت حالات انقطاع الإمداد. فالعملية الممتدة للإغاثة والإنعاش في زامبيا لصالح لاجئين من أنغولا والكونغو قد تواصلت خلال عام 2002 لمدة ستة أشهر دون حبوب الذرة بسبب تأخر في التسليم يرجع إلى حد بعيد إلى مشاكل لوجيستية ترتبط بالتصدي لحالة الجفاف الإقليمية. وواجهت العمليات المنفذة في أفغانستان، وباكستان، والكونغو أصعب العقبات اللوجيستية المبلغ عنها في عام 2002. وتجدر الإشارة إلى أن عملية خاصة قد استهلكت في الكونغو بغرض إصلاح السكك الحديدية لتخفيف الاختناقات اللوجيستية، ولكن العجز في التمويل لهذه العملية الخاصة قد بلغ 100 في المائة. وترجع الأسباب في حدوث انقطاعات أخرى إلى دواعي أمنية في بلدان مثل الصومال وكولومبيا.
- 43- والمشتريات المحلية يمكن أن تكون صعبة أيضا، فتواجه إثيوبيا مثلا مشاكل في شراء البقول من الداخل بسبب تشتت الأسواق والعقبات اللوجيستية. كما واجهت بلدان عديدة مشاكل في شراء الأغذية المخلوطة المقواة في عام 2002، ويرجع ذلك جزئيا إلى العقبات التي تواجهها القدرة الإنتاجية المحلية، وجزئيا إلى تزامن حالات طوارئ واسعة النطاق في مناطق مختلفة في أفريقيا. والحقيقة أن 73 في المائة فقط من حجم الأغذية المخلوطة المقواة المقررة لعام 2002 قد وزع فعليا. ويحتاج البرنامج إلى تقييم القدرة المحلية على إنتاج الأغذية المخلوطة المقواة في أفريقيا، وأن يدعم زيادة هذه القدرة، إذا ما استمرت عمليات الطوارئ المتعددة في التنافس على نفس الأغذية المحدودة الكمية.
- 44- وتتمثل الردود الأساسية على انقطاع خطوط الإمداد فيما يلي: (أ) الاقتراض بضمان أنشطة البرنامج القطري التي تنطوي في معظم الأحيان على الاقتراض من الشركاء من المنظمات غير الحكومية أو المخزونات الحكومية؛ (ب) تخفيض الحصة العامة بالنسبة إلى بعض المستفيدين؛ (ج) زيادة تركيز استهداف المجموعات الضعيفة من الناحية التغذوية، مما يعني زيادة استخدام الأغذية المخلوطة المقواة في الحالات التي لا تتوافر فيها الحبوب؛ (د) حذف بنود من السلعة جملة. والسلعة المشتركة المرشحة للحذف هي السكر، الذي لم يوزع منه فعليا سوى 44 في المائة من الكميات المزمعة في عام 2002.



العقبات التي تحول دون جودة برمجة التغذية في حالات الطوارئ

45- إن تقديم أغذية كافية وجيدة في حينه أمر ضروري ولكنه غير كاف للتغلب على العمليات الكامنة وراء أسباب سوء التغذية. فتوافر الموارد غير الغذائية المختلفة الأنواع أمر ضروري أيضا. ويتضح هذا بجلاء فيما يتعلق بالتغذية العلاجية التي يلزم فيها وجود الأدوية والمياه النظيفة والشركاء الماهرين إلى جانب الغذاء لتحقيق النتائج المنشودة. كما تلزم موارد تكميلية للتصدي لسوء التغذية المعتدل. وتنزع أنشطة التغذية المبتكرة التي نفذها البرنامج والتي تشمل أنشطة التوعية التغذوية والتقوية، إلى توافر كميات كبيرة من الحبوب، وغالبا ما ترتبط الكميات الكبيرة بزيادة توافر الموارد النقدية. ويلزم إيجاد سبل لكفالة تركيز الموارد غير الغذائية الملائمة لا على اللوجيستيات أو الأمن فحسب، ولكن أيضا على التغلب على سوء التغذية بمزيد من الفعالية.

قدرة الشراكات

46- يقدم كثيرون من شركاء البرنامج المهارات والموارد التي تكمل خبرة البرنامج ومدخلاته. ولا ينبغي الاستهانة بأهمية مذكرات التفاهم المبرمة مع مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، ومنظمة اليونيسيف، ولجنة الصليب الأحمر الدولية في أواخر التسعينات من القرن الماضي إذ أنها أرقت بالتعاون العملي، وكذلك على مستوى السياسات، إلى مستوى أعلى. وتزايد بشكل مستمر المشاركة المشتركة في تدريب الموظفين في وكالات الأمم المتحدة في قضايا التغذية في حالات الطوارئ؛ وقد أثبتت المبادئ التوجيهية المشتركة أهميتها في إزالة اللبس؛ كما أدى تحديد المسؤوليات بمزيد من الوضوح إلى زيادة الكفاءة. وبالمثل، يشارك البرنامج بشكل متزايد في الدورات التدريبية المشتركة، والمشاورات، والشركات مع العديد من المنظمات غير الحكومية التي تعمل في حالات الطوارئ التغذوية، بما في ذلك منظمة مكافحة الجوع ومنظمة أطباء بلا حدود. كما يتعاون البرنامج على المساعدة في تعزيز القدرات الوطنية، وقد وقع البرنامج ومنظمة كير الدولية في إريتريا مثلا مذكرة تفاهم محلية في عام 2003 للعمل سويا لدعم وحدة التغذية في وزارة الصحة، بينما يغطي البرنامج حاليا في إثيوبيا تكاليف موظفين رئيسيين في مجال التغذية يعملون في مناطق تثير القلق تحت رعاية وحدة الطوارئ التغذوية التابعة للجنة الوطنية للوقاية من الكوارث والاستعداد لها.

47- ومع ذلك، يظل هناك مشكلتان هامتان هما: أولاً، الشركاء يبذلون جهودا كبيرة من الناحية المالية والمؤسسية في عالم يقتضي في أغلب الأحيان خوض معارك لمكافحة الحالات الإنسانية على جبهات متعددة في آن واحد؛ ثانيا، ليس جميع الشركاء في حالات الطوارئ يتمتعون بالمهارات أو التدريب للتركيز على التغذية. فقد نفذت العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش في كولومبيا مثلا من خلال 350 شريكا منفذا، ولكن 11 شريكا منهم فقط قد نفذوا أنشطة التغذية. وفي الجنوب الأفريقي، شارك 53 شريكا منفذا فقط في عملية الطوارئ القطرية الست، وكان التنسيق جيدا نسبيا، ولكن لا تزال هناك مشاكل كثيرة، بما في ذلك انعدام الموارد لجمع وتحليل معلومات التغذية، ومحدودية المهارات للقيام بذلك.

معلومات التغذية

48- إن زيادة التزام البرنامج بتحقيق الأهداف التغذوية من خلال الإدارة القائمة على النتائج تقتضي من المنظمة أن تضطلع بمزيد من المسؤوليات عن توثيق الآثار. وهذا صعب في حالات الطوارئ بسبب العقبات الأمنية أو ندرة الموارد أو المهارات لجمع البيانات. ولكن الاستقصاءات/التقييمات الملائمة التي تتيح للبرنامج أن يفهم: (أ) مكان وأسباب المشاكل التغذوية؛ (ب) الاتجاهات في الحلقة التغذوية بين المجموعات السكانية لا بين الأفراد فحسب؛ (ج) فعالية أنشطة التغذية، كلها ضرورية للبرمجة الجيدة. وفي سياق الإدارة القائمة على النتائج لم يعد من الكافي الاعتماد على وكالات أخرى للاضطلاع بالمسؤولية عن توفير بيانات هامة عن التغذية لأغراض البرمجة في برنامج الأغذية العالمي. وقد تسبب ذلك في صعوبات في الماضي عندما كان يحتاج البرنامج إلى اتخاذ إجراءات سريعة، وكان الشركاء تعوزهم الأموال للتصرف في نفس الفترة الزمنية. وعلى ذلك، فإن تعزيز قدرة البرنامج على جمع بيانات التغذية وتفسيرها أمر ذو أولوية.

49- وإبلاء الاهتمام بشكل أكثر منهجية من ذي قبل للتغذية في أنشطة تقييم هشاشة الأوضاع ورسم خرائطها، وتقييم احتياجات الطوارئ يمثل إضافة لمبادرات البرنامج لبناء المعرفة. وستعزز المبادئ التوجيهية الجديدة لتقييم احتياجات الطوارئ الجاري إعدادها قدرة البرنامج على دمج معلومات التغذية في التقييمات، وتحديد أنواع أنشطة التغذية الأكثر ملائمة للتصدي في ظل ظروف محددة.

استدامة فوائد التغذية فيما بعد حالات الطوارئ

50- يحقق مجتمع المساعدات الإنسانية نجاحات متزايدة في إنقاذ الأرواح في حالات الأزمات، ومعالجة سوء التغذية الحاد، والسيطرة على سوء التغذية المعتدل في مخيمات اللاجئين. وبشكل متناقض، فإن اللاجئين يتمتعون عادة بعد الاستقرار بحالة تغذوية أفضل من المجتمعات المضيفة المحيطة بهم. وينبغي أن يتم تقاسم هذا النجاح على نطاق أوسع مع



السكان المضطربين، كما يجب أن تمتد أفضل الممارسات المستخدمة في المخيمات لتصحيح من الفوائد الدائمة فيما بعد الأزمات. وتسعى أنشطة البرنامج الجديدة في إثيوبيا، وأنغولا، وأفغانستان، بالتعاون مع منظمة اليونيسيف والحكومات الوطنية، إلى تعزيز الأثر التغذوي لعمليات الطوارئ بالاهتمام بفترة ما بعد الأزمة، مما يعني تعزيز القدرة المؤسسية المحلية لتقديم الموارد الصحية والتغذية للسكان الضعفاء وإنشاء نظم من شأنها أن تستمر في فترة الإصلاح/التنمية بعد مرور حالات الطوارئ.

51- ومن المهم في هذا السياق عدم معالجة سوء التغذية الفردية في معزل عن سائر السكان⁽¹⁹⁾. فالذين يتخرجون من الأنشطة العلاجية يحتاجون عادة إلى مزيد من الدعم في إطار برامج التغذية التكميلية، وهذا لا يتحقق إلا إذا كانت الحصص العامة تدعم تعزيز الأمن الغذائي. وأهداف "فعالية" الظروف القاسية والأوضاع المزمنة الأساسية تحتاج إلى مزيد من التنسيق باعتبارها أهدافا تدعم بعضها بعضا. وكثيرا ما يحدث أن تغلق مراكز التغذية العلاجية أبوابها بعد انتهاء الأزمة ولكن العمليات التي أفضت إلى انتشار سوء التغذية والوفيات على نطاق واسع لم تتغير جوهريا. ويلزم إجراء بحث أكثر تعمقا لدور تحسين الحالة التغذوية للسكان في الفترة الانتقالية بعد حالات الطوارئ، بما في ذلك القدرة على دعم ما يسمى بالرعاية العلاجية المحلية التي يتولى أمرها المجتمع المحلي والتي ترتبط بشكل عضوي بمحاولات حل مشاكل التغذية على المدى الطويل. وبالمثل، ينبغي، حيثما أمكن، تصميم بعض أساليب التوزيع التي تستخدم في حالات الطوارئ وغير حالات الطوارئ، مثل التغذية من خلال المدارس، بغية إقامة جسور لتغذية الأطفال بين العمليات العلاجية والعمليات الوقائية.

الاستنتاجات والتوصيات

- 52- لقد حقق البرنامج وشركاؤه تقدما كبيرا في إدارة شواغل التغذية في حالات الطوارئ. ولما كان سوء التغذية سببا هاما في الوفيات، فإن أنشطة التغذية المدعمة بالغذاء تؤدي دورا فعالا بشكل متزايد في إنقاذ الأرواح. بيد أنه يلزم اتباع نهج جديدة لتيسير الانتقال من التركيز على معالجة المشاكل المباشرة للتغذية في حالات الطوارئ، إلى التصدي للأسباب الجذرية لسوء التغذية في سائر الحالات. بيد أن هناك تحديات هامة:
- ◀ يحتاج البرنامج إلى تحليل الشواغل التغذوية بشكل أكثر منهجية من ذي قبل في إطار تقييم الاحتياجات الغذائية وغير الغذائية، وفي تصميم الأنشطة، وفي الإبلاغ عن نتائج عمليات الطوارئ. وهذا لا يستلزم مجرد تعزيز قدرات الموظفين على إجراء تحليلات عرضية أفضل وتصميم رد الفعل وفقا لذلك، ولكن أيضا إدارة معلومات التغذية على نحو قياسي أكثر من ذي قبل.
 - ◀ ومن الناحية التشغيلية، يلزم بذل مزيد من الجهود لضمان تسليم جميع عناصر السلة الغذائية الملائمة من الناحية التغذوية في حينه وبالكامل، مع إيلاء اهتمام خاص للسلع الحيوية من الناحية التغذوية، وإن كان حجمها أصغر. كما يلزم وضع أساليب تمويل مرنة لتعزيز قدرة البرنامج على الترويج للأغذية ذات القيمة المضافة من خلال عمليات الشراء المحلية، والتقوية المحلية للأغذية، واستخدام أغذية جاهزة جديدة متى تحققت فعالية التكاليف.
 - ◀ يلزم وضع مبادئ توجيهية محسنة بشأن التغذية التكميلية في إطار حالات الطوارئ المختلفة، مع التركيز بشكل خاص على أدوار ومسؤوليات الشركاء الذين يقدمون موارد غير غذائية، لاسيما مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين ومنظمة اليونيسيف والمنظمات غير الحكومية الكبرى التي تعمل في مجال التغذية والصحة العامة. ويجب على البرنامج أن يبذل الجهود لإقامة شراكات مع منظمات تتمتع بمهارات في مجال التغذية والصحة العامة عملا على زيادة نطاق وفعالية برامجه التغذوية.

(19) Prudhon, C. 2002. Assessment and Treatment of Malnutrition in Emergency Situations. Paris, France: Action Contre La Faim; Young et. al.

