

شرب / ل ١ - ٦ / ٩  
١٥ يوليوس ١٩٥٩  
الاص: بالانجليزية

لجنة الاقليمية لشرق البحر الابيض المتوسط  
الدورة التاسعة  
١٥ (ج) من جدول الاعمال

## التغذية

### ١ مقدمة

بالرغم من ان "التغذية" بالمعنى الدقيق للكلمة تعنى فعل او عملية تقديم او تلقي القوت،<sup>(١)</sup> فان تقدم علوم التغذية جعل تفسيرها يتسع ليشمل الاقانة وارتباطها بالصحة وفي هذا البحث النهى يستعمل التعبير بمفهومه الحديث .

ان تخطيط وتنفيذ برامج التغذية من المسئوليات الجوهرية لادارات الصحة العامة . ففي البلدان التى يكون فيها سوء التغذية ( السخل ) مشكلة صحية كبرى يجب ان تنظم هذه الادارات ويلحق بها عدد كاف من الموظفين المدربين تدريباً ملائماً ليحلجوا تلك المشكلات .

والتقدم العلمى فى ميدان التغذية كان سريعاً فى السنوات الاخيرة ، الا ان الادارات الصحية لم تلحق بالركب فى تطبيق هذا العلم . ويفسر هذا جزئياً على اساس صعوبة تطبيق هذا العلم . فامراض التغذية ليست مشكلة طبية فحسب ، كما هو الحال فى الامراض السارية كذل . ففي الحالة الاخيرة ، تعدد السياسة والوقاية ، بشكل تام ، ويكون الموضوع بين يدي ادارات الصحة العامة على نطاق واسع . ومن ناحية اخرى تعزى امراض التغذية ، جزئياً ، الى عدم كفاية فى موارد الغذاء او قصور فى القوة الشرائية . ومن ثم فان لادارات التغذية ، والزراعة ، والاقتصاد ، دوراً لتلمبه .

ومع ذلك ، ينبغى ألايخرب من البال أن المبادأة باقية في يد الإدارات الطبية ،  
التي تنفرد بإمكان تحديد المشكلة ومن ثم تتولى الزعامة التي سوف تجتذب الإدارات  
الأخرى المعنية الى القيام بعمل منسق لتحسين الحالة العامة لتغذية  
الأهلين .

#### ٢ . العوامل المؤثرة في حالة تغذية المجتمع

تتضمن عدة عوامل لتقرير النموذج الذي يتحكم في حالة تغذية المجتمع . وقد  
تنقسم هذه العوامل الى ( أ ) عوامل اجتماعية ، وتتضمن ندر ملكية الأرض ، وتمدد  
السكان ، والخطر الاجتماعي والمدنى ، وازدياد السكان الناجم عن اجراءات  
الصحة العامة ، و ( ب ) عوامل زراعية ، تتضمن وسائل الانتاج الزراعى ، ونوع  
المحاصيل الناتجة ، وتأثير الفصول ووسائل التخزين أو التوزيع ، و ( ج ) عوامل صحية  
تتضمن صحة البيئة ، ومكافحة الذباب ، ومرافق المياه العامة ، والاسكان و ( د )  
عامل العرض ، وأثره في ايجاد سوء التغذية وذلك أثر سوء التغذية أثناء المرض ،  
والعوامل الدينية ، بما فيها الصوم ، والمعتقدات التي تحكم نحر الحيوانات ،  
وأكل اللحوم والمنتجات الحيوانية الأخرى ، قد يكون لها دور تلعبه  
في بعض البلدان .

والعوامل الاجتماعية ذات أهمية عظيمة في المغزى الشامل للتغذية . فظروف  
القحط والمسغبة قد تنجم عن العمليات الحربية أو النزاع المدنى ، حيث قد  
تدمر المحاصيل وتسلب الحيوانات أو تقتل ، والنظم الاقطاعية العتيقة لملكية الأرض  
التي كانت راسخة في الماضى لحماية المجتمع هي عائق كبير لحسن تدبير  
الاقتصاد ، حيثما نالت في الوقت الحاضر على ماكانت عليه بدون التعديلات  
التي أدخلت عليها خلال الفرون في بلدان أخرى . وفي ظل هذه النظم  
غالبا ما لا يكون لدى المزارع باعث على أن يبنى أرضه الرعاية المتواصلة التي تحتاج  
اليها اذا أريد لها أن تنتج بسخاء ، فهو محروم من مسؤولية المصلحة ، وأحيانا  
ما يكون سيده مالكا غائبا عن أرضه يختصب أقصى ما يمكن أن تخله ممتلكاته  
وينفق النثر اليسير على صيانتها . ومع ذلك ، فان الاصلاح الزراعى لن يكسب  
تام النفع ما لم يصاحبه في نفس الوقت سياسة اصلاح أساليب الزراعة ، واعادة توزيع

الأرض تعطى المزارع الفلاح أملا جديدا ، إلا أنه إذا استمر ينزى بطريقة عتيقة ، فإن إنتاجه لن يتحسن كثيرا وكذلك لن تزيد قدرته في استخدام الأرض لتحقيق أقصى فائدة لنفسه ولمجتمعه . وعلى ذلك ، فإن الدراسة اللازمة لكل بلد يطبق الاصلاح الزراعى هى معرفة ما اذا كانت الحاجة تدعو الى اصلاح أساليب الزراعة ، والطريقة المثلى لأصلاح وسائل الانتاج الزراعى فى الريف .

ونزوح السكان الى المدن مظهر اجتماعى فى كل البلدان ، وسببه الحاجة الى ايجاد العمل والغذاء اللذين لا تسمح بتوفيرهما المناطق الريفية وكذلك الرغبة فى اقامة صلات أرحب مجالاً فى الحياة والمدنية والثقافة ليس لها وجود فى القرى الريفية . فالمدنية زاخرة بالحياة . ومن ثم يتهاى فيها نشاط ثقافى واستشارة لا يتهيان فى مكان آخر . وفى الغالب الأعم ، تقدم المدن التسهيلات الفريدة للتعليم وهو المطلب الذى يجتذب الشباب فى العالم الحديث . وازدياد نزوح السكان الى المدن يؤدى أيضا الى تفكك فى العلاقات القبلية والعائلية المألوفة ، ويخلق مشكلة جديدة ، إذ أن تزايد المجتمعات يتطلب وسائل تسويق لتوفير الطعام الذى عليه تعيش . والعادة أن يكون سكان المدينة غير قادرين على انتاج طعام يكفيهم ، فتشور مشكلة نظام معقد لتسويق وتوزيع المواد الغذائية والمومن . وقد يثبت أن هذا غير ملائم لتقديم الطعام للناس بأمان يمكنهم فيها من نظام المياومة او الأجور الشهرية .

وفى مجتمع القرية ، أيضا ، تسمى الاحتفالات العديدة التى تقام فى مناسبات الزواج ، والجنائز ، وبناء المنازل ، وفى المناسبات الدينية وغيرها ، تتمتع لنظام تغذية الأهلىين . وتضيق قيمة هذه الاحتفالات بسكان المدن ، وأعلى الأقل تتناقص الى حد كبير .

والناحية الأخرى لتدبير الطعام التى قد تتأكد يوما بعد يوم هى صعوبة توفير غذاء كاف للسكان الذين يتزايد عددهم بسبب مكافحة الأمراض القتالسة التى تذكر الملاريا كمثل بارز لها . وقد يسبب تلف المحاصيل مجاعة أو قحطاً بين السكان الذين يزيد عددهم فى الوقت الذى يظل فيه انتاج الطعام ضئيلا

ويجب ألا ينظر الى انتقال حياة الرضع والأطفال كهدف في حد ذاته ، مادامت النتيجة في المدى الطويل قد تكون سوء تغذية أو الموت بوجعاً في سن المراهقة الباكورة . ومن ناحية أخرى فان التطبيق الصحيح لاجراءات الصحة العامة بما في ذلك التغذية ، يجب أن يهدف الى زيادة الانتاج .

وكل هذه الأمور توفّر في حالة تغذية الناس في بلدان اقليم شرق البحر الأبيض المتوسط ، حيث المجتمع يتطور سريعاً ، وسكان المدن والريف على السواء يتزايدون ، الوقت يتعجل العاملين في ميدان التغذية . وفي المدينة كما في القرية ، ينخفض انتاج البالغين ، سواء أكانوا عمالاً أم مزارعين ، بسبب الاضطراب الى العيش على نظام غذائي غير ملائم ، ويعاني معهم أطفالهم ومن يعملون . والفئة الأكثر تعرضاً للخطر ، وهي التي تضم صغار الأطفال دون الرابعة من العمر ، اذا ما استهدفت لأخطار سوء التغذية ، فان آثارها تبقى مدى الحياة (الكساح مثلاً) . وقد ظهرت بوضوح نتائج تغذية الأطفال تغذية جيدة في البلدان التي أبدت اهتماماً خاصاً بهذه الناحية من نواحي رعاية الطفل وهي ظاهرة للعيان وتؤديها الاحصاءات عن طريق زيادة طول ووزن الشعوب المعنية اذا ما قورنت بأسلافها . والمعلومات الميسرة غير كافية بوجود عام فيما يتعلق بحالة التغذية بالنسبة لشعوب الاقليم ، وسبب ذلك أن الحكومات مشغولة بوجود مكافحة الأمراض السارية في بلدانها ، من ناحية ، ويحتمل أن تكون الناحية الأخرى هي أن المشكلة تتطور بشكل مخاتل ، وليس دائماً صريحة الوضوح كما هو الحال في الأمراض السارية . ففي أوقات تليق المحصول ، وعندما يحدث أن تفشل المواسم وتكاد الظروف تقترب من حافة المجاعة ، تصبح المشكلة واضحة مادام الناس ليس لديهم احتياطي كاف مخزون يعتمدون عليه سواء في مجتمعهم أو في أجسادهم . وان الشعب ذا التغذية الحسنة يسهل عليه أن يواجه نقصاً في الطعام ، أكثر من الشعب سيء التغذية . وعلى ذلك ، ففي هذه المرحلة ، يجب فحص أنواع سوء التغذية وانتشارها بين شعوب هذا الاقليم .

### ٣ الوضع الحالي في الاقليم

ان الوضع الحاضر في هذا الاقليم من وجهة نظر التغذية هو كما يلي :

#### شبه الجزيرة العربية

يشمل هذا التعبير المملكة العربية السعودية ، والمملكة المتوكلية اليمنية

ومستعمرة ومحمية عدن البريطانية ، وامارات الخليج الفارسي : مسقط ، وعمان ،  
والبحرين ، والكويت . وهي كيان جغرافي قائم بذاته .

ولا يعرف سوى النزر اليسير عن حالة تغذية شعوب هذه البلدان .

### المملكة العربية السعودية

المعلومات التالية حصل عليها من المملكة العربية السعودية (٢) بوساطة  
أحد خبراء هيئة الأغذية والزراعة في عام ١٩٥١ :

لم يعلق على نقص البروتين ، إلا أنه قيل أن الكساح واسع الانتشار ، وشهدت  
حالات البريبري بين المجتمعات آكلة الأرز . وأبلغ عن وجود الاسقربوط خاصة  
بين الأطفال والبالغين في الرياض ، وأن الأميبية سائدة ويزداد خطرهما  
بانتشار الملاريا واتساع مجال عدوى البلهارسية . ووجد نقص الريبوفلافين بوفرة  
بين الأطفال المفحوصين .

وهذه النتائج أكدها جزئيا خبير من الهيئة الصحية العالمية في صحبة  
الأم والدفل في تقرير قدم في عام ١٩٥٨ وبين أن الكساح منتشر جدا ، وخاصة  
بين البنات ، وأن الاسقربوط موجود رغم أن انتشاره ليس واسعاً . وشهدت  
البريبري كذلك ، إلا أنه أيضا ليس واسع الانتشار . وشهدت حالات نقص  
بروتين (كواشي اوركر) في عيادة الشركة العربية الأمريكية للنفط ( أرامكو )  
لأمراض الأطفال بالظهران . وأبلغ عن وجود الالتهاب المعدى المعوي والأسهال  
بكثرة ويعانى منه أكثر من ٨٥ من صغار الأطفال .

### المملكة المتوكلية اليمنية

بينما لا توجد سوى معلومات ضئيلة عن الطبيعة النوعية لاضطرابات التغذية  
في هذه المملكة حاليا فان التقارير<sup>(٤)</sup> تشير الى أن الكساح منتشر في  
صنعا ، وأن سوء التغذية ، و الطفيليات المعوية ، و الزحار (الدوسنتاريا )  
والاضطرابات المعدية المعوية منتشرة جدا أيضا .

### مستعمرة عدن

في مستعمرة عدن ، التي لا يثبت عدد سكانها على حال ، وهم يشملون المهاجرين من أنحاء أخرى من شبه الجزيرة العربية ومن الصومال ، فان حالة التغذية أبعـد ما تكون عن وصفها بالهيئـة ، وتبين التناوب<sup>(٥)</sup> الميسرة أن الضوى ( الهـزال العام ) وسوء التغذية هما بوجه عام السبب في السقم والوفاة ، وأن السبب الرئيسي للوفاة بين الاطفال الذين تقل سنهم عن سنة واحدة هو التهاب المعـدى المعوى والأسهال . كما لوحظ أيضا أن سمات الكساح كانت واضحة في السيدات الحوامل المترددات على المستشفى ، وخاصة القادمات من المحميات ومن اليمن كما أن ولادتهن كانت عرضة بسبب عظام الحوض المسطحة . ولوحظ كذلك أن الرخوة ( لين العظام ) كانت شائعة بين نساء اليمن . وفي عام ١٩٥٥ ، وردت التقارير بأن أشد حالات الاثيمية ، وتسمم الدم ، وسوء التغذية بين السيدات الحوامل قـدمت من لحج . وفي تلك السنة ، كانت نسبة وفيات الأطفال عالية جدا ، وعزى ذلك الى جفاف اللبن في صدور المرضعات من نساء العرب ، ويحتمل أن يكون ذلك هو السبب الرئيسي والعقبة الكأداء في سبيل التقدم .

### محميات عدن

(٦)  
أثبتت دراسة استقصائية أجريت في محمية عدن الغربية في ١٩٣٩-١٩٤٠ في انتشارا متفاوتا لتسوس الاسنان وشقها الشاذ تبعا للسكان ، من ٨٢٤ في الملاح الى ٨٢٤ في أبيين ، بينما كان الانتشار منخفضا في شكره . كما كانت اللثة الأسفنجية ، والتهاب اللثة ، والبيورية ، شائعة ، وتتراوح اللثة الأسفنجية بين ٨٧٣ في ظبيات و ٨٢٥ في شكره ، وتتراوح التهاب اللثة بين ٨٢٢ في حسكه و ٨١ في كيرس . أما الكساح بين الأطفال الذين تقل سنهم عن عشر سنوات فتتراوح بين ٨٢٤ في حسكه و ٨٦ في خور عميرة ، ولم يشاهد حالات في طليات . ولوحظت الامراض الجلدية من نقص الغذاء في جميع المناطق ، وتتراوح بين ٨٢٥ في الملاح و ٨٢ في خور عميرة . ولوحظ الممسى الليلي ( العشا ) في تورام بحا ، وخور عميرة وغيرهما ، كما شوهد أيضا ، في بعض المناطق ، الجلد الضفدعي ، والتهاب الفم ، وبقع بيتوت .

وقد وصف الناس ، على العموم ، بأنهم يعانون أشد المعاناة من نقص التغذية لافى النوع فحسب بل أيضا فى الكمية ، وقد يكون لفحولة الظروف الجغرافية وقسوتها دور فى هذا .

وقد بنى تقييم صحة الطفل فى محمية عدن ، أخيرا ، على أساس صحة أطفال المدارس ، إلا أن المستشفيات ، فى عام ١٩٥٧ ، أبلغت عن عدد من حالات الاسقربوط ، ولم تلاحظ حدوث حالات بلهرسية . ضمن الحالات الأخرى أبلغ عن الفرتيت ( العرق المدينى ) . وهذا النمط الكسح من مرض الأخييط قد يكون له أخطر الأثر على اقتصاد قرية مصابة إذ أن نتيجته هى إبطاء عدد كبير من الناس عن أعمالهم خلال الحصاد وغيره من الفترات الحرجة على مدار السنة . وهذا المرض يصيب الناس عندما يستحمون أو يغتسلون أو يستعملون ماء مصدره ملوث . وحاضرا ، الوسيط نوع من براغيث الماء هو " سيكلوس "

وكانت خدمات صحة الأم والطفل بالمحميات فى أولى مراحل نموها .

#### قبرص

نادرا ما تشاهد أمراض نقص التغذية واضحة ، إلا أن الحالة العامة للتغذية فى بعض المناطق غير الخصبة فى الجزيرة غير مرضية . فقد عولجت ثمانى عشرة حالة بلعجة ، مستشفى فى عام ١٩٥٣ . وقد أجريت فى تلك السنة دراسة استقصائية أدنينيكية لتلاميذ المدارس ، نالت فيها حالة التغذية اهتماما خاصا ، إلا أن النتائج لم تتوافر بعد .

#### أثيوبيا

جاء بتقرير عن دراسة استقصائية أجريت فى عام ١٩٥٧ أن أمراض (٨) النقص التالية موجودة :

- (أ) نقص فيتامين "أ" ظهر أن ٥٠% من الأطفال مصابون بجفاف الملتحمة وأن ٢٠% من الأطفال ( ٩٠% من البنات ) المنحوصين مصابون ببقع بيتوت .
- (ب) شوهت تخيرات اللثة التى قد تعزى الى نقص فيتامين ج ( حمض اسكوربيك )

(ج) لم يشاهد أن الكساح شائع إلا أن انتشاره لم يقيم بوضوح • ومن المؤكد أنه كان موجودا ، فقد لوحظت حالات كثيرة لتشويه الهيكل العظمي بين البالغين • وهذه الدراسة الاستقصائية كانت مرتبطة أساسا بصحة تلاميذ المدارس • ومنذ اجرائها ، أجريت دراسة استقصائية أخرى بوساطة فريق من لجنة الدفاع المشتركة بين الإدارات بالولايات المتحدة ، وما زال تقريرها النهائي منتظرا • وهذا الفريق الذي زارتك لنا أخرى في الأقليم ، قام بدراسات مفصلة عن حالة التغذية بين السكان المدنيين •

وفي التقرير المبدئي ، أشار الفريق الى وجود مناطق استيطان لممرض الأذرة (تضخم الغدة الدرقية) فقد وجد في مكان واحد أن ٨٢ • من الأفراد المفحوصين مصابون بتضخم ملموس مرئي في الغدة الدرقية • والاستدراق (فترط نشاط الغدة الدرقية) الجماعي لم يكن له وجود بالرغم من مثل هذه بعض حالات قميئة • وشهدت بقم بيتوت بين تلاميذ المدارس ، على الأخص ، حصول أديس أبابا ، حيث وجد في مدرسة واحدة أن نسبة الانتشار بلغت ٨ و ٥ ٪ وشهدت تغيرات اللثة بكثرة لأنه لم يكن هناك استقروط واضح • ولوحظت مشاهدات أخرى سوف تناقش على وجه أكمل في التقرير النهائي للفريق ، إلا أنه كان هناك فكرة عامة عن عدم كفاية الطاقة الحرارية بين السكان •

## ايران

قدمت الهيئة الصحية العالمية خبيرا لمعاونة الحكومة الإيرانية في تقييم مشكلات التغذية بالبلاذ في عام ١٩٥٢ وعام ١٩٥٦ • وبينت تقارير الفرق<sup>(٩)</sup> التي رأسها الخبير أن حالة التغذية خطيرة على وجه العموم (وخاصة بين الشبان) مع اختلاف بين في أعراض سوء التغذية بين مختلف المناطق التي زارتهما الفرق • وبينت الأعراض نقصا عاما في التغذية ، مع إثبات نقص البروتين وفيتامين "أ" و "ب" المركب (وخاصة الريبوفلافين والنياسين) ونقص حمض الاسكوربيك • وشهدت حالات بلعجة نموذجية في بعض قرى المصبصة •

وفي عام ١٩٥٦ أجرت لجنة الدفاع الوطني المشتركة بين الإدارات للتغذية بالولايات المتحدة - بناء على طلب الحكومة الإيرانية - دراسة استقصائية



عن حالة التغذية في القوات المسلحة بايران ، بالنيابة عن الحكومة . وكانت النتائج على العموم ، أن حالة التغذية ملائمة من حيث الطاقة الحرارية ، والبروتين والحديد ، والثيامين ، والنياسين ، إلا أنها بالكاد كافية بالنسبة للريبوفلافين وفيتامين " أ " أو الجزين ( الكروتين ) وفيتامين " ج " . وقد تم توصيات لتحسين الحالة .

### العراق

جاء في أحد البحوث (١١) التي قرئت في اجتماع لجنة التغذية ، المشتركة بين هيئة الأذية والزراعة والهيئة الصحية العالمية ، بالقاهرة ، أن الاستقصاء والبربري غير معروفين تقريبا في العراق ، بينما البلجيرة ونقص فيتامين " أ " نادران ، وإن وجد في شكل ثانوي بالنسبة لحالات أخرى . ومع ذلك فكان يظن أن أمراض النقص تحت الأكلينيكية ربما كانت أكثر شيوعا مما يظن أنها عليه الآن . وتعزى أمراض النقص إلى حدوث الانيميا ، وتليف الكبد ، والكساح وبعض تغيرات اللسان والجلد . وهناك زعم بأن نسبة الوفيات العالية بين الرضع وصغار الأطفال لها علاقة قاطعة بحالة التغذية . وكانت انيميا نقص الحديد شائعة جدا في بغداد ، وتصاحبها الانكلستومية ، ودرجة أقل ، الملاريا والبلهرسية البولية .

وجاء ببحث آخر قدمه معهد التغذية القومي بالعراق في نفس الاجتماع (١٢) أن نقص التغذية موجود بين البالغين كما بين الأطفال وأن الدراسة الاستقصائية للتغذية بين أفراد الجيش والبوليس في عام ١٩٥٥ كشفت عن نقص بسيط في متوسط الوزن بالنسبة للطول . وكان سوء التغذية منتشرا بين المزارعين ، والفئسات ذات الدخل المنخفضة ، والعامل السائد فيه هو البروتين . ووجد أن استسقاء العضلات في مستوى العضلة ذات الرأسين منتشر بنسبة ٨٨ بييسن الأطفال المفحوصين ، وكانت نسبته ٥٨ بين أفراد الجيش والبوليس الذين فحصوا في عام ١٩٥٥ . ووجد نقص البروتين الخفيف بين الرضع الذين تقل سنهم عن سنة واحدة ، وكان يميزه بطء النمو وأحيانا الأوديمة . وقد أبلغ في مناسبات عدة عن مشاركة أعراض نقص البروتين الشديد المعروف باسم

## " كواشى أوركر "

### اسرائيل

لقد تأثرت حالة التغذية فى اسرائيل تأثرا شديدا بالاحتياجات المتباينة لمختلف جماعات المهاجرين الذين قد موا الى البلاد • ويجرى تخطيط اجراء بحوث عن حالة تغذية السكان • وبالتالى ، فليس هناك فى الوقت الحاضر معلومات جامعية عن أمراض النقص الموجودة ، إلا أنه من المعلوم أن نوعا من الانيميا الخفيفة موجودة على نطاق واسع ، وأن أسبابه مازالت غامضة • وقد تكون فذائية جزئيا إلا أنه يحتمل وجود أسباب أخرى لها •

### الأردن

ان للعدد الكبير من اللاجئين الفلسطينيين فى الأردن مشكلات خاصة ، وقد تأكد وجود سوء التغذية الشديد بالنسبة للبروتين بين أطفال اللاجئين ، فى بحث (١٣) قريه أمام لجنة التغذية المشتركة بين هيئة الأغذية والزراعة والهيئة الصحية العالمية ، بالقاهرة ، فى عام ١٩٥٨ • وفيما يختص بحالة التغذية بالنسبة للفئات الأخرى من سكان الأردن ، لم تكن هناك معلومات حديثة ميسرة •

### لبنان

قام أحد خبراء الهيئة الصحية العالمية بزيارة ، ودراسة استقصائية ، للإمام بالحقائق فى عام ١٩٥١ ، وقدم تقريرا ذكر فيه وجود الكساح ونقص النياسين وتخيرات اللثة ، ويحتمل أن يكون سبب ذلك نقص حمض الاسكوربيك بين الاطفال ، وذكر كذلك نقص الريبوفلافين ، ولم يذكر أن الأطباء شاهدوا أية حالة بلجيرة أو بريبرى

### ليبيا

(١٥)  
أشير فى تقرير حديث تبين زيارة أحد مستشارى هيئة الأغذية والزراعة الى أن الاعراض الاجمالية للكساح منتشرة بين الرضع والاطفال قبل سن المدرسة

وأن بعض الأطفال لم يبدأوا المشى فى سن ٢-٣ سنوات من عمرهم . وكانت نسبة انتشار عقبول المرض شبة بين تلاميذ المدارس ، مع الإشارة الى أن نسبة الوفيات كانت مرتفعة بين الثالث الأصغر سنا . وكان الاسمال واسع الانتشار كما وجد نقص البروتين ونقص الريبوفلافين ، ونقص فيتامين " أ " . والمشكلة الجديدة بالنسبة لسوء التغذية بين الرضع ، هى تلك التى تسببها التغذية الخاطئة . وكانت نتيجة الزيارة الأخيرة التى قام بها فى ليبيا أخصائى فى طب الأطفال من قبل الهيئة الصحية العالمية ومستشار من قبل هيئة الأغذية والزراعة لدراسة برامج التغذية باللبن فى المدارس ، ان انتشار نقص الريبوفلافين بين تلاميذ المدارس بالرغم من الوجبة المدرسية ، كان نحو ١٦% ( فى نموذج صغير نسبيا ) . وان نسبة الوفيات بين الرضع كانت أكثر من ٣٠% وفى بعض الأماكن أكثر من ذلك بكثير . وفى هذا المجتمع يلمس أن تلاميذ المدارس يمثلون مبدأ البقاء للأصلح مما يفسر عدم وجود دليل واضح لسوء التغذية بينهم . ويحتمل أن تكون المشكلة فى ليبيا هى الافتقار الى المواد الغذائية .

وفى عام ١٩٥٧ أجرت لجنة الدفاع الوطنى المشتركة بين الادارات للتغذية فى الولايات المتحدة دراسة استقصائية بناء على طلب الحكومة . وشملت أفراد القوات المسلحة وبعض فئات المدنيين .

وفىما يختص بالحالة الغذائية للقوات المسلحة ، فقد وجدت مرضية الأأن المخزون الغذائى كان طفيفا ، بحيث أنه فى الظروف الطارئة وعند ما يتطلب الأمر مضاعفة الجهد الجسمى فقد يظهر سوء التغذية الجدى سريعا . ووضعت التوصيات لمعالجة هذا الموقف . وبخصوص بوليس الاقاليم وقوات الدفاع فان الحالة الغذائية وصفت بأنها مرضية بشكل اقل نوعا من الحالة فى الجيش الليبى .

أما الحالة الغذائية للرجال المدنيين من الليبيين . فكانت أقل كفاية منها بالنسبة للقوات المسلحة ، غير أنها كانت أحسن كثيرا من الحالسة بين النساء والأطفال . ووجد الرجال المدنيون أقصر قامة وأخف وزنا من رجال القوات المسلحة . وأكثر النتائج شيوعا كان نقص الوزن الذى يشير الى عسدم كفاية الطاقة الحرارية المأخوذة . وبالإضافة الى ذلك ، فان استهلاك

الفواكه الطازجة والخضروات ويقول كان غير كاف لسد الحاجة الى الفيتامينات  
والمعادن .

وقد شوهد عدد كبير من الرضع والأطفال الذين يعانون أشد المعاناة من سوء  
التغذية ، فمن بين الثلاثة والتسعين رضيعا الذين تتراوح سنهم بين  
٤ شهور و ٣٦ شهرا ، وتم فحصهم خارج المستشفيات ، بدأ على أكثر من  
٣٠٠ منهم أعراض اكلينيكية للكساح . وكان غذاء عدد من الرضع المفحوصين  
أقل كثيرا مما يلزم لحفظ الصحة . وصنف العظم العظام ل ١٥٠ من هؤلاء  
المفحوصين تحت بند " ضعيف " .

### باكستان

المعلومات الميسرة عن حالة التغذية في باكستان محدودة جدا . وأوضحت  
الدراسة الاستقصائية للتغذية والنظام الغذائي التي أجريت في عام ١٩٤٠ بليالبور  
في غرب باكستان أن ما يعرب من ثلث جميع الأشخاص المفحوصين كانوا سيئى  
التغذية . ووجد أن جميع طبقات المزارعين في هذه المنطقة لاتال كفايتها من  
فيتامين " أ " و " ج " وينقصها الأطعمة البروتينية . وفي ١٩٤٣ ، أظهرت  
دراسة استقصائية أخرى أجريت في لاهور وسيالكوت لمن النظام الغذائي  
غير متوازن بالنسبة للكتبة ذوى المرتب الضئيل ، وعمال المياومة ، والأجبراء ،  
وأن أكثر من ٢٥ ٪ من الكتبة ومن يعولون كانت تغذيتهم أقل من العادية .  
وانتشر بين الأجبراء سوء التغذية بدرجة قاسية ووجدت الرخودة ( لسين  
النظام ) في النساء الحوامل ، وكانت غالبية بين النساء من فئة العمر ١٥ - ٤٥ سنة .  
والكساح عامل كبير في زيادة نسبة الوفيات بين الرضع (١٧) .

ولوحظت أنواع عديدة من أمراض نقص التغذية خلال زيارة تمت في عام ١٩٥٥ ،  
( بيري وسانستيد ) لمستشفى كلية طب داء ، وشملت "كواشى أوركر" بين  
الرضع ، والسلاق (مرض فى العين) ، والعلامات التي تظهر على الفم  
من نقص الريبوفلافين ، والخضاب البلجرانى . ولم يشاهد تضخم الغدة  
التكفية (١٨) .

وفي عام ١٩٥٦ ، قامت لجنة الدفاع الوطنى المشتركة بين الادارات للتغذية بالولايات المتحدة بدراسة استقصائية بناء على رغبة الحكومة \* واقتصرت هذه الدراسة على القوات المسلحة فى باكستان ، وجاء بالنتيجة (١٩) الذى نشر فى سبتمبر ١٩٥٦ أن هناك نقصا طفيفا فى حالة التغذية المثلى للجنود المحسرين نفسى بعض المراكز . ولوحظ انتشار كبير لتضخم الغدة الدرقية بين جنود مقيمين فى مكان واحد ، واستدل من ذلك على أنه طالما كان هؤلاء الرجال جميعهم من أهالى المنطقة فقد يكون هناك نقص فى اليود فى غذاء السكان \* ووجدت الحالة الغذائية لاكلى الأرز من الرجال أضعف قليلا من حالة آكلى القمح فى نفس المنطقة بالنسبة لوزن الجسم ، والغذاء المأخوذ ، وانخفاض البول للريبوفلافين . ولوحظت دلائل كمية التغذية الاقل من المثالية بالنسبة لفيتامين " ج " على رجال فى منطقة واحدة ، ولوحظ أن بعض الرجال يحصلون على كمية أقل من المثالية من فيتامين " أ " أو الجزيرين . ووضعت توصيات لتحسين الحالة .

### الصومال

نذكر هنا الصومال تحت الوصاية الايطالية فقط ، إذ أن الصومال البريطانى يدخل فى نطاق الاقليم الأفريقى للمهية الصحية العالمية وفى عام ١٩٥٢ ، قدم أحد خبراء هيئة الأعدية والزراعة تقريرا ( ٢٠ ) ذكر فيه أنه وجد من بين الحالات التى فحصها ٦٤٧ و ٦٤٧ حالة نقص ريبوفلافين ، ٦٧٩ آفات باللثة يظن أن سببها الاسقربوط . وكان هذا سائدا على الساحل حيث تعرف الحالة بأنها " ريا " . وكان التهاب القولون والأمعاء بين الأطفال منتشرا وقاسيا فى جميع أرجاء الصومال كنتيجة مباشرة لعادات تغذية الأطفال والعادة السائدة هى استكمال الرضاعة بلبن البقر بعد الولادة مباشرة . وقد قدر الدكتور . موز نسبة وفيات الاطفال فى فيلا بروتسى ب ٦٥٢ و ٦٥٢ .

### السودان

ان المعلومات الميسرة عن حالة التغذية فى السودان ، فى الوقت الحاضر ،

تسمى فقط بتطبيقات نتائجها في مناطق محددة . فقد ابلغت المستشفيات في جميع أنحاء السودان - لمدة سنوات عديدة - عن وجود الاسقربوط والبلجيرة ، الا ان البريرى لم يرد ذكره كثيرا في تقارير المستشفيات . وأشارت الدراسة الاستقصائية التي اجريت في قرية " ابي دليق " الى وجود امراض نقص الفيتامين ، وبينت الدراسة الاستقصائية للنظام الغذائي النقص في البروتين الحيوانى ، والريبوفلافين وفيتامين " ا " و " ح " . وابلغ عن أن نقص الريبوفلافين . والاسقربوط ، والمالات البلجيرية ، تنتشر في نهاية فصل الجفاف في منطقة الفونج وحول القصارف ، كما لوحظ انه يبدوان وجود سوء التغذية يرافقه اتجاه الكازار الكامن الى النشاط . وقد لوحظ انتشار الاسقربوط المتقدم خلال جزء كبير من السنة بالقرب من الشلال الثانى فى " بطن الحجر " . وقد فحصت حالات كواشى اوركر فى شكله المأثور بمنطقة الخرطوم فى عام ١٩٥٢ ، كما لوحظت اضطرابات كـ ————— تختلف عن " كواشى اوركر " الا انه يحتمل ان لها به صلة .

#### تونس

جاء بتقرير اعدته احد مستشارى الهيئة الصحية العالمية فى عام ١٩٥٢ (٢٢) انه يوجد بمدينة تونس نقص عام واضح فى التغذية بين الحوامل والمرضعات ، كما ان الانيميا واسعة الانتشار ، وابلغ عن وجود الرخوة ( لين العظام ) ، وبين الرشح كانت الاوديعة والمزال العام والتهاب القولون والامعاء منتشرة . ولوحظت اشكال حميدة من الدساق . وفى قرى الاقليم الشمالى . لوحظ وجود نقص فيتامين ب - ٢ وفيتامين " ح " كما ان الطبيب لاحظ نقص البروتين فى تنوريا . واهتمت على تلاميذ المدارس المفحوصين هنا علامات نقص فيتامين ب المركب ، وخاصة الريبوفلافين . وفى منطقة الساحل الشرقى كان هناك نقص عام فى البروتين بين الاطفال قبل سن المدرسة ، كما شوهد الدساق المأثور الحاد . وابلغ فى بعض الاحيان عن وجود الاسقربوط . وكشفت فحص تلاميذ المدارس عن اصابة ٥٠ ٪ بنقص فيتامين ب - ٢ . وفى الاقليم الجنوبي كانت الاوديعة الناجمة من اضل غذائى هي النتيجة السائدة للأمراض النقص التى ظهرت اثناء الرضاعة . وكان الكساح شاعبا بين الاطفال قبل سن المدرسة . وشوهد السلان ( غلظ الملتحمة وجفافها بعد التهاب المدام المزمن ) بين صفار الرشح المنتمين الى قبائل الرحل نسي المنطقة ، وكان نقص فيتامين " ا " واسنح الانتشار .

الجمهورية العربية المتحدة

الاقليم المصرى

جاء فى بحث ( ٢٣ ) قرى امام لجنة التغذية ، المشتركة بين الهيئة الصحية العالمية

وهيئة الاغذية والزراعة ( اجتمعت بالقاهرة فى عام ١٩٥٨ ) ان نقص البروتين موجود بكثرة فى الاقليم ، وكانت هناك سلسلة من الحالات تحت الملاحظة المستمرة فى ذلك الحين بين الرضع بمستشفى المنيرة . وقيل عن الكساح انه مرض مازال شائعا ، وأن نسبة الاصابة به تبنى ٢٤ ٪ بين الاطفال الذين تقل سنهم عن عامين . وكشفت الدراسات الاستقصائية التى اجريت فى مراكز صحة الام والطفل بالقاهرة عن ان ١٥ ٪ من الاطفال الذين تقل سنهم عن عامين تظهر عليهم الاعراض الاكلينيكية للكساح .

وفى عام ١٩٥٤ زار مصر فريق من خبراء الهيئة الصحية العالمية للقيام بدراسة استقصائية عن انتشار البلجيرة والانيميا الغذائية . وذكر الفريق فى تقريره انه وجد ان البلجيرة مستوطنة وان مظاهرها الرئيسية هى الالتهابات الجلدية . وهى وان كانت نادرا ما تسبب مرضا خطيرا او قتالا ، الا انه يعزى اليها سوء الصحة المزمن وتناقص انتاج الناس وخصوصا العمال الريفيين . وقد اتصلت اتصالا وثيقا بالمشكلات الكبرى لضعف التصالح ( العمل على حفظ الصحة او اجراء ما يحفظها ) وانخفا عن مستويات المعيشة ، ونسبت مبدئيا الى النقص الغذائى فى طعام الذرة ، وثفاقت بسبب الطفيليات . وكان التهاب الاعصاب الدائريسة الناجم عن نقص الفيتامين ، نادرا ، لان الغذاء يحوى ما يكفى للوقاية من هذه الآفة .

وتسبب الانيميا فى مصر ضرا لالصحة اكثر مما تسببها البلجيرة . وهى تفقد اللون الطبيعى وسببها نقص الحديد وكان الرجال يحصلون على غذاء افضل وهم اقل اصابة بالانيميا من النساء اللاتى تنتشر بينهن اثناء الحمل . كما تنتشر بين الاطفال بعد الفطام . وقد تتب العاملون فى ميدان التغذية من المصريين ، ما جاء بتقرير هؤلاء الخبراء .

وفى عام ١٩٥٢ سجل علاج ١٨٠٠٠ حالة بلجيرة فى مصر واطهرت الدراسات الاستقصائية الحديثة فى القرى ان نسبة انتشار المرض تبدأ من ٢ ٪ وابلح عن وجود نقص الريبوفلافين بين الاطفال فى جميع انحاء الاقليم ، وان نقص فيتامين " ا " ينتشر فى الواحات وبعض المناطق الريفية ( ٢٥ ) .

### الاقليم السورى

فى عام ١٩٥١ قام احد خبراء الهيئة الصحية العالمية بزيارة لسورية ليتفقد الحالة فيها ، واورد فى تقريره (٢٦) ان هناك من الدلائل ما يشير الى وجود نقص الكاريتينول (فيتامين " ا " ) وحمض الاسكوربيك ، وكذلك نقص النياسين والريبوفلافين ، بين الاطفال المفحوصين . وكانت البلجيرة نادرة وشخصت بعض حالات الاسترطوط فى وقت الريبوتج ولم تشاهد بقى بيتوت الا ان العمى الليلى ( العشا ) كان موجودا ومصروفا جيدا فى حوران

تحت اسم "عشوشه" . وفي دمشق ، قيل ان الانيميا الغذائية المعزوة الى نقص الهروثسين والافتقار الى المعادن في الغذاء كانت عالية بين الرضع الذين تبلغ سنهم سنة او سنتين ولا ينالون اية تغذية اضافية ، وبناء على الاحصاءات الميسرة من قسم امراض الاطفال فان الاحوال الغذائية تسبب ٦٠ ٪ من نسبة الوفيات بين الاطفال . ويعانى من النسل ١٤ ٪ من جميع الاطفال المقبولين في المستشفيات او المترددين على العيادات الخارجية لامراض الاطفال .

#### ٤ مشكلات التغذية

الفئات المعرضة للاذى في ميدان التغذية هي ، اولاً ، الرضع والاطفال قبل سن المدرسة وثانياً ، السيدات الحوامل والمرضعات ، وثالثاً : تلاميذ المدارس ، ورابعاً : البالغون من السكان . ومع ذلك ، فان احتياجات هذه الفئات تتخالط تماماً ، وان الرجل البالغ الذي لا ينال كفايته من الغذاء ويصاب بالانيميا ، ينخفض مستوى انتاجه عنه اذا ما نال كفايته الغذائية ، ومن ثم ، فان المزاج ينتج طعاماً أقل ، وناتج عمل العامل في مصنع بالمدينة يكون منخفضاً . وبالتالي ، فان ما تناله الاسرة والمجتمع من غذاء يكفل العيش او من بضائع تشتري سيكون اقل ، ويعيش البجير الاحداث - الرضع والاطفال - على مستوى غذائى واقتصادى منخفض ، وقد تعانى السيدات الحوامل من نتائج سوء التغذية وان الشهور الناتجة من انخفاض مستوى المعيشة وضعف التصحاح لتسفر عن الامراض والطفيليات المعوية وهى التى تسهم الى حد كبير فى وجود سوء التغذية ومختلف امراض النقص الناشئة عنه - كما ان اصابة الشخص السليم التغذية بالطفيليات المعوية تكون اسهل ، والحوارض المرضية بالمثل ، تجد فريسة سهلة فى هذا القسم من السكان المصابين بسوء التغذية المزمن . وبالتالي ، فالتنا امام دائرة عسرة من الصعب كسرها . وسنحاول هنا ان نتناول مشكلات كل من الفئات المعرضة للاذى بنفس الترتيب المذكور اعلاه .

#### ١ الرضيع

يولد الرضيع ولديه مخزون من المواد المغذية ، وخاصة ، الحديد والكالسيوم ، والحديد ، وفيتامين " ا " وربما حمض الاسكوربيك . ويختزن الجنين هذا المواد خلال الاشهر الثلاثة الاخيرة من حياته داخل الرحم . ومن ثم فانه من الواضح ان احدى المشكلات التى تواجهه فى علاج الطفل المبتسر ( المولود قبل الاوان ) هى انه ليس لديه مخزون من هذه المواد الغذائية الجوهرية . وهذا المخزون مأخوذ من جسم الام ، وعندما تكون حالتها الغذائية سيئة ، فان صحتها وقدرتها على اطعام



رضيهما سيلحقهما الأذى . وهذه الناحية من المشكلة سوق تناقض عند الكلام عن الحوامل والمرضعات . وقد توضح ان غذاء الرضيع يبدأ وهو فى الرحم، ويفسر ذلك كمية الكالسيوم المختزنة فى الجنين حيث تستبقى فى الهيكل العظمى . وفي ذلك، فان لبن الام لا يحوى سوى كميات ضئيلة من الكالسيوم ، ويجرى امتصاصها لكن بكميات غير كافية لنمو العظام ، ويكمل الرصيد المطلوب من المختزن لدى الطفل من الكالسيوم . والموقف هو نفسه بالنسبة للحديد الذى يوجد عند الولادة فى شكل كرات الدم الحمراء . ولبن الام يحوى كميات قليلة من الحديد حتى ان الرضيع يعتمد خلال شهوره الاولى على المختزن لديه من الحديد الذى تحتوى عليه كرات الدم الحمراء . فاذا كانت الام تعاني ، مثلاً ، من نقص الحديد ، فان المخزون فى جسم الطفل قد يكون ضئيلاً . ويمكن ان نستخلص من هذين المثالين ان التوازن بين لبن الام والمختزن فى جسم الرضيع رقيق جداً ، الا انه عندما يحتفظ بهذا التوازن ، فان الرضيع سوف يكون فى احسن حال فى الشهور الستة الاولى ، أو نحوها من حياته .

وبعد ستة اشهر من العمر يصبح لبن الام وحده غير كاف لتأمين الرضيع باحتياجاته وتصعب التغذية الاضافية - واسيانيا الفطام من الضروريات . وفى بلدان اقليم شرق البحر الابيض المتوسط ، من المعتاد ان يستمر ارضاء الاطفال من لبن الام حتى يبلغوا السنة الاولى من العمر ، وفى بعض البلدان يستمر ذلك حتى السنة الثالثة . الا ان الفطام النامى لا يمكن ان يعيش على لبن الام وحده ، ولذا تعتبر التغذية الاضافية جوهرية . ويجب ان يوازن بين التغذية الاضافية وخطر العدوى المعدية المعوية الناجمة عن الوسائيل غير السحية لاعداد وتقديم الطعام . وهذه العدوى سبب غير مباشر لسوء التغذية ومن ثم يصعب من الامور ذات الائمة الاولى فى ميدان رعاية الامومة والطفولة ، وقايسة الرضيع من الاسهال وتعلم الام كيف تقدم التغذية الاضافية ، وكيف تغطم رضيعها على اساس كامل شامل .

## ٢ الطفلس الصغير

قد تؤثر بعض الظروف على ال طفل الذى يتغذى تغذية اضافة او الطفل المفطوم ( قبل سن المدرسة ) . ولا ينبغي اغفال الاحتيايات السيكولوجية لطفل من احدى هاتين الفئتين الا انها صعبة التقييم فى بعض بلدان الاقليم يفطم الطفل احياناً ، فجاءة على غذاء البالغين ، وينال نصيبه من غذاء العائلة . فاذا ما تخشى هذه العملية على قيامة الحياة ، فقد يتعرض لجميع اخطار التغذية غير الكافية لمواجهة احتياجات الطفل النامى . وأحد هذه الاخطار ، الذى يسبب مشكلة كبرى فى كثير من بلدان الاقليم ، هو

نقص البروتين الذي يحتمل ان يكون عاملا مشتركا في معظم حالات سوء التغذية . وتنشأ هذه الحالة عندما يحتوي الطعام كله نسبة ضئيلة جدا من البروتين رغم ان كمية الطعام تكفي لدرء الجوع . والنتيجة ان الاحتياجات السيكولوجية للجسم لا تستوفى ، وتبدأ حالة مرضية (نقص البروتين) في جسم الطفل ويبدو انها في شكلها الخفيف ، شائعة في اراء الاقليم ، وتظهر عليها العلامات المعروفة للاوزيمية ، والنمو المحووق والتخيرات العقلية والجلدية وأحيانا تغيرات الشعر. والاسهال منتشر كقاعدة وأحيانا النكاز (فقدان الماء) . ونقص البروتين الخفيف ينتج عنه تأخير النمو ، ويكون الطفل عادة اكثر تخافا من أقرانه الذين ينعمون بتغذية حسنة . وفي نقص البروتين الشديد (المسمى ايضا واشسى أوركز) تكون نسبة الوفيات عالية ، وسواخطر الاضطرابات الغذائية المعروفة التي تصيب الاطفال . والوقاية من هذا الاضطراب تعتمد على مقدرة الناس في توفير الاغذية البروتينية اللازمة للرضع وصغار الاطفال ، سواء أكانت نباتية او حيوانية ، في مختلف مناطق الاقليم حيث يوجد نقص البروتين . وهي تستوعب المجتمع بأكمله طالما كان الموضوع يتناول مستوى المعيشة الشامل وثقيف الشعب وخاصة الامهات .

ومن وجهة نظر الصحة العامة ، فانه من المهم اكتشاف نقص البروتين في مراحل المبكرة ، التي تكون اوسع اعراضه فيها تأخر النمو . وقد نشرت الهيئة الصحية العالمية بالتعاون مع هيئة الاغذية والزراعة ، سلسلة من المطبوعات العامة بهذا الموضوع من ناحيته الوقائية . ( ا ) التقرير الثالث للجنة خبراء التغذية المشتركة بين الهيئة الصحية العالمية وهيئة الاغذية والزراعة لعام ١٩٥٣ ،

( ب ) أعمال مؤتمر نقص البروتين المنعقد في جمايكا في عام ١٩٥٣ ،

( ج ) أعمال مؤتمر احتياجات البروتين الادمية وتوفيرها عمليا المنعقد في بزيستون في

عام ١٩٥٥ .

ويخصوص أمراغ النقص الاخرى التي تصيب الصغار ، فانها تتبني عادة النموذج الغذائي المحلي . وبالتالي فانه حيثما يحصل الناس على قدر ضئيل جدا من الخضروات والفواكه الصفراء وقليل ايضا من الدهن الحيواني ، يوجد نقص فيتامين " ا " وتتفشى البلجيرة بين الناس الذين يعيشون على غذاء من دقيق الذرة . وتختلف الاعراض الاكلينيكية ، الا ان المرض يتميز عادة ببصر و متناسقة ومحددة بشدة في الاجزاء المكشوفة من الجلد . ووجود التهاب اللسان شائع ويشاهد الاسهال وأحيانا التغيرات العقلية . والبلجيرة تفتقر وبائيا في اغلب الاحيان بقصر تنوع الغذاء على نطاق ضيق ، للذرة فيه النصيب الاوفى . ويقال ان البلجيرة مشكلة حيث يعتمد على الذرة في توفير ٦٠ ٪ او اكثر من الطاقة الحرارية للطعام

ويحدث نقص الريبوفلافين عند ما تنقص من الطعام كمية البقول والجوز والبروتين الحيوانى .  
والدساح منتشر فى انحاء اقليم شرق البحر الابيض المتوسط ويحتمل ان يكون ذلك من بعض  
نواحيه ، نتيجة لوضع الاطفال فى الاقطة او حجبهم عن ضوء الشمس الذى يؤثر على بعض  
الدهون الموجودة فى الجلد للحصول على فيتامين د . وتؤثر كمية الكالسيوم والفسفور فى الطعام  
على الكساح ، وقد يوجد البريبرى بين آكلى الارز الذين يستعملون الارز الابيض المضروب  
وفى اقليم شرق البحر الابيض المتوسط لا يوجد آكلو الارز الا فى مناطق محددة من  
باكستان ، وبعض انحاء ايران ، والعراق ، وشبه الجزيرة العربية . وتضخم الغدة الدرقية المزمن  
من ناحية اخرى ، ليس غربيا عن الاقليم فى مناطق محددة ، وقد لوحظ انتشاره  
فى اثيوبيا وبعض انحاء السودان وكذلك فى لبنان وغيره من البلدان . وهو يبين نقص اليود  
فى الطعام ويمكن علاجه باستعمال الاملاح المحللة باليود حيثما كان ذلك ممكنا . ولما كسان  
فى المناطق ذات الاستيطان المرتفع يمثل حالة استذراق ( فرط نشاط الغدة الدرقية )  
فقد يؤدى الى ظهور القماءة ( القزم ) ، واليكم والصمم ، والضعف العظمى ، رغم ان قيمة هذا  
الافتراض لم تتأكد بعد بوضوح . وقد ينتج عن سوء التغذية بين الصغار ، تسوس الاسنان  
وعدم انتظامها وسوء انطباق الفكين . اما الاسقربوط فليس شائعا بين الاطفال فى بلدان  
الاقليم .

### الانيميا

الانيميا خطر من الاخطار القاسية التى يتعرض لها الرضيع وصغار الاطفال . وأنواع  
الانيميا التى تعزى الى سوء التغذية ، عادة ، فى هذا الاقليم هى :

( ا ) انيميا نقص الحديد

( ب ) الانيميا المعزوة لاسباب اخرى دنقص حمض الاسكوربيك ( فيتامين ج ) ونقص البروتين  
أو سوء التغذية بوجه عام .

( ا ) انيميا نقص الحديد

ان هذا النوع هو اكثر انواع الانيميا شيوعا فى هذا الاقليم . وقد سبقت الاشارة الى ان  
محتوى الحديد بالجسم ، عند الولادة ، يكون فى اليدم حيث تحمله البلازما . وخلال  
المشهور الاولى من الحياة ، يتلقى الرضيع قليلا من الحديد فى اللبن ، واذا كان الملتزم بالانسجة  
ضئلا . فقد تنشأ انيميا نقص الحديد بسهولة ما لم تبدأ تغذية منوعة فى سن مبكرة  
بالرغم من انها لا تكون قاسية فى الاشهر الستة الاولى . ومع ذلك ، فان الطفل ذا  
المختزن الضئيل لدى ولادته ، قد يصاب بانيميا نقص الحديد بشكل قاسى فى اواخر السنة  
الاولى من عمره ، خصوصا عند ما يكون الغذاء كله تقريبا من اللبن . ويتجه احد يد الملتزمة  
الى التناقص خلال الاشهر القليلة الاولى من العمر عند ما يحتاج الجسم كله للحديد ،

ولكن سرعان ما يعود الى مستواه العادى . وينقص حديد البلزمة عند الاصابة بالامراض  
بأنيميا نقص الحديد ، وهى تجعل اللون شاحبا وفى العادة تكون خلية ( ذات خبيبات  
تظهر فى دم المصاب )

وعلى العموم ، فان انيميا نقص الحديد بين الرضع لا تكون شديدة ما لم تستمر التغذية  
غير المرضية فى العام الثانى ، بالرضع من ان تقدم الطفل قد يكون ضئيلا كما يكون هو اكثر  
قابلية للإصابة بالمرض الا انه حينما تكون التغذية غير مرضية - كما فى الطبقات الاجتماعية  
والاقتصادية الدنيا فى معظم بلدان هذا الاقليم - فقد تنشأ مشكلة جدية .

### ( ب ) الانيميا المتترنة باحواض غذائية أخرى

يقال شيق الانيميا ويغلب اقترانها باشكال أخرى من نقص البروتين .  
وقد اجتمعت أخيرا جماعة دراسة من قبل الهيئة الصحية العالمية ، واستعرضت  
المشكلة استعراضا كاملا مبدية مقترحاتها الخاصة بالتصرف العملى

### ٣ المرأة الحامل والمرضة

ان حالة التغذية بالنسبة للمرأة الحامل والمرضة ذات أهمية حيوية فى ضمان المعايير  
اللاحقة لتغذية الرضيع والطفل الصغير . ويتمكن جسم الام بسهولة من اختزان كميات  
كبيرة من الفيتامينات الذوابة فى الدم ، والكلسيوم والفوسفور ، ويحدث هذا بسهولة  
أكثر فى وقت الحمل اذا كان الغذاء جيدا . وهذه المخزونات هى التى تسحب اثناء  
الرضاعة وتستنفد لحفظ نوي وكمية اللبن . وانه لمن الأهمية بمكان ان يحتفظ بمخزونات  
الام خلال فترة الحمل ومن ثم المساعدة على افراز اللبن فيما بعد .

وبين فئات الشعب ذات التغذية الضعيفة ، قد ينجم عن ضعف التغذية اذق استطاع  
اللبن فى وقت مبكر ، فتتفق كميته كثيرا حتى خلال العام الاول مع عواقب خطيرة بالنسبة  
للطفل . وفى هذه الفئات ، تسهم زيادة الطاقة الحرارية والبروتين فى محتوى غذاء الام  
اسهاما كبيرا نحو الاحتفاظ بالحد الاقصى لافراز اللبن . وهذا هو المرغوب فيه بنى خاص  
بين الفئات الفقيرة من الشعب حيث الهدى هو الاحتفاظ بافراز اللبن لمدة عامين  
وعلى الاخر عند ما يتحذر حصول الطفل على لبن الحيوانات . ومن ذلك ، فان بعد ستة  
أشهر يستبر ان هذا اللبن ما هو الا غذاء اضافى ان انه بعد هذه الفترة - حتى ولو  
كان تدفقه مثاليا - لا يمكن ان يفى باحتياجات الطفل النامى . ومن ناحية أخرى فـ  
افراز اللبن لمدة طويلة هو جهد غذائى عظيم على الام التى تبدأ فى فقد مخزوناتا مسـ  
الفيتامينات ، والمعادن والبروتينات والطاقة الحرارية ، واذ لم تحتفظ بمخزون كاف مسـ

هذه المواد عن طريق الغذاء الجيد اثناء الحمل فقد تمرض • والانيمية مشكلة جدية بين النساء الحوامل والمرضعات في بلدان الاقليم وتفتقر بالحصول على كمية ضئيلة من الحديد في الغذاء ، والحديد غير ميسر بنسبة كافية في الاغذية المستولفة ( الحبوب ) ،وقد ان الحديد من الجسم ، وأحيانا عدم كفاية البروتين في الطعام •

#### ٤ البالغون

ان أمراض نقص التغذية التي تصيب البالغين ، أمرنا معروف • وحيثما يصيب البالغون يكون الاطفال المفلومون ، ايضا عرضة للخطر في معظم المجتمعات • والأمراض الأكثر شيوعا في هذا الاقليم مدرجة فيما بعد لسهولة الرجوع اليها :

( ١ ) البُلْجَرَة ونقص الريبوفلافين ( فيتامين ب المركب )

( ٢ ) العشا ( العشى الليلي ) وليان القرنية ( فيتامين " أ " )

( ٣ ) السعال والرخوذة ( لين العظام ) ( فيتامين " د " )

( ٥ ) الأوزيمة الغذائية

( ٦ ) انيمية من أصل غذائي - وتنشأ عادة الى نقص مركب ، لم يعرف تماما بعد • وقد أشير الى نتائج سوء التغذية بين البالغين في مكان آخر من هذا البحث •

#### ٥ استهلاك الغذاء في المنطقة

تشير البحوث التي اجريت في بعض بلدان الاقليم الى ان الحبوب هي المصدر الرئيسي للطاقة الحرارية والبروتين ، وان الحبوب تعطي من ٥٣% الى ٧١% من مجموع الطاقة الحرارية اللازمة • وظهر في هذه الدراسات ان البروتين الحيواني لا يتجاوز مقداره من ٨ الى ١٨ جراما لكل شخص يوميا • والنقطة الهامة هي النسبة المثوية العالية من الطاقة الحرارية التي يولدها السدر • وتقرير لجنة التغذية للشرقين الادنى والوسط التي عقدت تحت رعاية الهيئة الصحية العالمية وهيئة الافذية والزراعة ، بالقاهرة في نوفمبر ١٩٥٨ ، يحوى معلومات خاصة بهذا الموضوع • وتوجد نسخ من التقرير باللغة الانجليزية •\*

#### ٦ مكانة سوء التغذية

ان مكافحة سوء التغذية تتطلب اولا تنظيم الاضطرابات الناجمة عنها والتي تصيب الناس ، وبالتالي يتضح ان المبادرة بالعمل تقدي على عاتق الادارات الطبية بالبلاد فالادارة الطبية وحدها هي التي يمكنها ان تحدد المشكلة

وتتولى القيادة التي سوف تجميع الادارات الاخرى المعنية بالامر لتقوم بعمل منسقى يستهدف تحسين الحالة العامة لتغذية الناس . وعلى ذلك ، فانه حينما يشته في وجود سوء التغذية بين الاهلين ، فان اوان ما يلزم هو اجراء دراسة استقصائية لهالة التغذية بينهم . وزيادة على ذلك ، لما كانت درجة سوء التغذية قد تختلف تبعا لاختلاف تيسر المواد الغذائية نسبة للفصول ، فيجب الا تشمل الدراسة الاستقصائية فترة توافرها فحسب ، بل تشمل ايضا فصل الصيف . وفي معظم بلدان الاقليم يتفاوت توافر الطعام تفاوتا عظيما تبعا للفصول . وهذه الدراسة الاستقصائية ، يجب اجراؤها بين الطبقات الاجتماعية والاقتصادية الدنيا ، بوجه خاص ، بالرغم من انه من المرجح فيه ان تشمل ثقات تمثل المستويات الاجتماعية والاقتصادية العالية ، للمقارنة .

وتشور مشكلة اي من الثقات يجب ان تلقى عناية خاصة في الدراسة الاستقصائية للحالة الغذائية ، وما من شك في وجوب منى الاولوية للسيدات الحوامل ، والرضع ، وصغار الاطفال . والسبب الاول لذلك هو ان النساء الحوامل يستهدفن لغير رخص لا تستهدف له المرأة او الرجل غير المتزوجين ، وانهن يتطلبن عناية خاصة . وقد فصلت اسباب ذلك في مكان آخر من هذا البحث . وفيما يتعلق بالرضع وصغار الاطفال ، ونموهم في المستقبل ، من الناحية الجسمانية ، والى حد ما من الناحية العقلية ، فان ذلك يعتمد على حالة تغذيتهم . فالتلميذ السيء التغذية تنقصه قوة التركيز اللازمة لتلقى المعلم . ونقص البروتين الخفيف يجعل الطفل يتخذ في جسمانيا ، والدسلي يترك سمة تبقى طوال الحياة بسبب تشوهات الهيكل العظمي . ومن ذلك فان الرضع والاطفال يكونون اشر تعرضا للخطر بسبب اقتران الاسهال بالالتهاب المعوي المعدى مما يسبب الوفاة في عدد كبير من الحالات ، وهذا هو السبب الرئيسي لارتفاع نسبة الوفيات بين الرضع . ويحدث غالبنا قرب نهاية السنة الاولى من العمر عندما يبدأ الطفل تغذيته الاضافية ، ويكون سبب الاضطراب المعوي المعدى عادة عن طريق العدوى ، اذ ان الطفل السيء التغذية يكون اكثر تأثرا بالاسهال المعدى . وعندما تتطور الحالة فانه يصعب غير قادر على هضم ما يتناول من طعام ، ومن ثم ، تنشأ دورة خطيرة غالبا ما تكون نتائجها قاتلة . وفي بلدان الاقليم لا تصرف في معظم الاحيان نسبة وفيات الرضع ، او تبني على احصاءات خاطئة ، الا انها على وجه العموم عالية جدا ولا شك . فففي احد بلدان الاقليم ، مثلا ، يعتقد انها تبلغ على الاقل ٣٠٠ في الألف ، وفي بلد آخر يقال انها ٢٥٠ في الألف في المناطق الريفية ، وفي بلد ثالث حيث درست مجموعة من العائلات ظهر ان النسبة ٦٢٥ في الألف . وقد ثبت في لندن ان الاسهال بين الرضع معد عندما انخفضت النسبة العالية للاسهال الصيفي ونسبة الوفيات المالية التي صحبتها خلال الجزء الاول من هذا القرن ،

انخفاضاً سريعاً عندما اختفت بين شوارع المدينة البعيدة والمربعات التي تجرّها الجياد وحلت محلها السيارات وتلت مصادر توالد الذباب .

والدراسة الاستقصائية الكلينيكية لحالة التغذية يجب أيضاً ان تتضمن - حيثما أمكن - بحث درجة إصابة الشعب بالطفيليات ومستويات الميوجلوبين ونسب الانيميا الموجودة . ويجب أيضاً اجراء التحليل اليميائي الحيوي للكشف عن مستوى البروتينات المصلية وكذلك الكميّة حمض الاسكوربيك والنيامينات الاخرى الموجودة . وبهذه الطريقة يمكن اي فريق للتغذية من الاشارة بدقة الى اصفر نقص ، ويمكن هؤلاء المعنيين بانتاج وتوزيع المواد الغذائية من توجيه اهتمامهم الى المشكلات الكبرى في هذا الميدان . ويمكن ضرب مثل لذلك بالحالة في مصر حيث تتخذ الحكومة اجراءات لتشجيع الزراع على غرس مزيد من القمح وقليل من الذرة بغموض الاقلال من استهلاك الذرة ثم التضاء على البلّجعة في النهاية .

ويجب ان يصحب الدراسة الاستقصائية للتغذية تحليل تفصيلي للاطعمة المحلية سواء كانت نيئة او مطبوخة بالشكل الاكثر شيوعاً ، وعلى الاخص الاغذية الشعبية . والاثمان المطبوخة الميسرة في عدد من البلدان هي مرشد نافع لما ينتظره ، الا ان تغيرات محلية هامة تحدث ، وعلى الاخص في عملية اعداد وتخزين الاطعمة .

ومع الدراسة الاستقصائية الكلينيكية لحالة التغذية ، يجب دائماً اجراء دراسة استقصائية للنظام الغذائي تستخدم فالاعلام بما يأكله الناس وكيف يأكلونه . فطرق اعداد الطعام تكون عادة تقليدية تورثها الام لابنتها . ويحسن معرفة السبب ان الناس يأكلون ما يأكلون الا ان هذه المعلومات نادراً ما تتوافر .

وحالة التغذية بين البالغين من الرجال والنساء ، وخاصة صغار البالغين - يجب عدم اغفالها خلال الدراسة الاستقصائية لحالة التغذية ، حيث ان هؤلاء هم الذين يقومون اود العائلّة من ناحية وهن امهات المستقبل من ناحية اخرى فانتاج الامة يتوقف على جهود البالغ الصغير . والداريات الاخف من سوء التغذية لايسهل اكتشافها في البالغين كما هو الحال في الاطفال . وهنا نجد ان لليميائي الحيوي دوراً هاماً يلعبه في تقييم حالة التغذية . وانه لمن الالهية بمكان ايضاً استقصاء الحالة بين رجال القوات المحاربة ، حيث انهم يمثلون دائماً اعلى مستوى من اللياقّة البدنية في البلد .

ويجب ان تجمّع بيانات المقاييس الجسدية من ممثلين لطوائف الناس ، فمتوسط الاطوال والاوزان التي تقيّم دورياً ، هي المقاييس الذي يقاس به تحسن صحة الناس وان نسبة الوزن والطول تبقى ثابتة في شعب صحي البدن ، الا ان هناك زيادة واضحة في المقاييس كليهما كلما تحسنت الصحة . ففي انجلترا ، مثلاً قبل عام ١٨٨٠ كان متوسط

طول صبي في الخامسة من عمره ٤١ بوصة ، وفي ١٩٥٤ بلغ ٤٣ر٨ بوصة ، وبالمثل في سن الخامسة عشرة قبل عام ١٨٨٠ كان ٦٢ر٢ بوصة وفي ١٩٥٤ كان ٦٦ بوصة . وبين البنات كانت الأرقام ٤٠ر٦ بوصة في سن الخامسة قبل عام ١٨٨٠ ، و ٤٣ر٥ بوصة في عام ١٩٥٤ ، بينما في سن الخامسة عشرة كان ٦٠ر٩ بوصة قبل عام ١٨٨٠ ، و ٦٣ر٥ بوصة في عام ١٩٥٤ . وزادت بالمثل الأوزان . فقبل عام ١٨٨٠ كان متوسط وزن الصبي في الخامسة من عمره ٣٦ر٩ ليبره وفي ١٩٥٤ كان ٤٣ر٨ ليبره . وفي الخطأ ستة عشرة من العمر كانت الأرقام هي ١٠ر٢٧ ليبره قبل عام ١٨٨٠ ، و ١٢٦ر٨ ليبره في ١٩٥٤ (٢٨) وقد لوحظت زيادات مقارنة في اسكتلندة .

وتحفظ تسجيلات الأطوال والأوزان في بعض المدارس ببلدان الأقليم ، إلا أنه يبدو أن وسائل العمل بها غير ميسرة . وأن المعدات اللازمة للحصول على هذه التسجيلات ليست دائما معيثة . ومثل ذلك - كما يظهر ببلادنا من الأرقام البريطانية - فإن هذه التسجيلات هامة جدا عند تقييم التخشن الذي يطرأ على جسم الشعب ، وبالتالي صحته .

#### ٧ التقدم في ميدان التغذية

إن الملخص الوارد أعلاه فيما يتعلق بالوضع في مختلف بلدان الأقليم يوضح بجملاء أنه ما زالت هناك شجرة واسعة في معلوماتنا عن حالة تغذية الناس في الأقليم . ففي بلدان شبه الجزيرة العربية لم تجر أية دراسة استقصائية في أي من بلدانها ، والمعلومات الميسرة قليلة جدا .

إما في العراق وفي الأقليم المصري من الجمهورية العربية المتحدة ، فطالما اثير الأهتمام بميدان التغذية ، ويوجد في كلا البلدين معهد للتغذية يهتم أفرادها اجتماعيا فضلا بتتبع أمراض النقص ويستنبطون الوسائل لتحسين الحالة الدائمة وفي كلا البلدين يتلقى معهدا التغذية التعضيد الدامل من الحكومة . وفي باكستان ، نظم معهد للتغذية في سبتمبر ١٩٥٨ في كراتشي به نواة من الموظفين ومختبر . ويوجد في باكستان أيضا معهد تغذية للقوات المسلحة حيث أساس العمل الأهتمام باحتياجات القوات المسلحة .

وفي البلدان الأخرى التي بها مشكلات واسعة ملحة من مشكلات الصحة العامة ، فإن الموضوع يحل تلقائيا في ميدان الأولويات في نطاق الميزانيات الوأنية والحاجة إلى مكافحة الأمراض المعدية وتوفير التسهيلات الطبيعية والصحية الأساسية .

وتتمت حكومات بلدان الأقليم بالتغذية ، كما نظمت المؤتمرات بتشجيع وتعضيد الهيئة الصحية العالمية ، وهيئة الأغذية والزراعة وهمسوكا الوكالتان الدوليتان المختتان أساسا بهذا الميدان .



٨ سياسة التغذية من وجهة نظر الصحة العامة .

لكي تعالج برامج التغذية في بلد معين ، يجب ان تؤخذ في الاعتبار ثلاثة مستويات للإدارة :

- ١- ادارة قومية للتغذية
- ٢- برامج تغذية للإدارة الصحية في النطاق المحلي
- ٣- لجنة قومية للتغذية والغذاء

١- ادارة قومية للتغذية

ان نبي التنظيم الذي يمكن انشاؤه سوف يعتمد على التنظيم الادارى بكل بلد . وفي تقرير لجنة التغذية للشرقين الادنى والاوسط الذي سبقت الاشارة اليه فصل لخصت فيه الاعمال الرئيسية لادارة التغذية . وانه من المهم ان تكون برامج البحث والتطبيق متوازنة تمام التوازن في الادارة القومية للتغذية .

وفي ميدان البحوث ، يجدر ذكر اربع عمليات رئيسية : ( ا ) دراسات احصائية وعينات ( ب ) دراسات اكلينيكية ووبائية عن امراض التغذية والعلاقة بين التغذية والمرض ( ح ) دراسات اكلينيكية مختبرية وتحليل اغذية ( د ) دراسات استقصائية للنظام الغذائي ، ودراسات اجتماعية بشرية . وفي ميدان التطبيق يجب ان يؤخذ في الاعتبار ما يلي : ( ا ) برامج وقائية نوعية لمكافحة امراض النقص ( الانيميا ، وتضخم الغدة الدرقية المستوطن ، الخ . . . . . ) ، ( ب ) برامج لسماية الفئات المعرضة للخطر ، ( ح ) برامج لتعليم وتدريب الموظفين ، ووضع برامج للتغذية والاشراف عليها ، وتنفيذها الادارة الصحية في نطاق محلي ( د ) تعاون وثيق مع الوكالات الزراعية وغيرها من الوكالات ذات الصلة بمشكلات التغذية . وقد ساعدت الهيئة الصحية العالمية عددا من البلدان ، لا في هذا الاقليم فحسب ، بل في جميع انحاء العالم في انشاء هذه الادارات . وقد لعبت هيئة الاغذية والزراعة ايضا دورا هاما في هذا الشأن . وقد مت الهيئة الصحية العالمية معونتها ، بوجه خاص ، عن طريق الخبراء المعينين لامتد طويل أو قصير ، ومنح البعثات الدراسية للمواطنين ، والزيارات الدورية التي يقوم بها موظفو الهيئة الاقليميون وان تعينه مستشار للتغذية مشترك بين اقليم شرق البحر الابيض المتوسط والاقليم الافريقي ، وهو ما تجرر بشأنه المباحثات الآن ، سوف يعاون الى حد كبير في تنفيذ هذه البرامج في بلدان هذا الاقليم .

وفى تقرير لجنة التغذية لشرقين الادنى والاسطى، اقترى مندوب جامعة الدول العربية  
امكان انشاء لجنة اقليمية لتغذية . ورفق ما ينطوى عليه ذلك من صعوبات كثيرة الا انه  
يستحق النظر .

### ٢ برامج تغذية لادارة الصحية فى النطاق المحلى

ان نوى البرامج التى يمكن تنظيمها سواء يعتمد كلفة على حالة نمو الادارة الصحية، وخاصة  
على ابراز الموظفين المهتمين بهذه المراكز . والبرامج سواء تعتمد بالطبع على نوع  
المشكلات الموجودة محليا . وفى البلدان التى يوجد بها ادارات قومية للتغذية  
يجب تخطيط برامج الادارة الصحية فى النطاق المحلى بواسطة الادارة القومية للتغذية  
وفى حالة عدم وجود هذه الادارة، يجب ان تتولى مسئولية هذه البرامج ادارات قومية  
أخرى كصحة الأم والطفل او ادارات الخدمات الصحية المحلية . ولوحظ ان المشتغلين  
بالصحة فى النطاق المحلى قد لا يكونون ملهمين تمام الالمام بمشكلات التغذية فى المنطقة  
التابعة لمركز صحى، اذ ان فى الدراسات الاستقصائية التى قامت بها الادارة القومية للتغذية  
لم يكن يشترك المشتغلون بالصحة فى النطاق المحلى اشتراكا كافيا فى البحوث او فى مناقشة  
النتائج والتوصيات . ولهذا السبب فانه من الزم الضرورىات وجوب اجراء جميع الدراسات  
الخاصة بالتغذية فى منطقة يشملها مركز صحى، بالتعاون الكامل مع الموظفين الصحيين  
بالمنطقة، اذ ان الهدف وضح برامج منظمة تنظيما فعالا .

وبالاضافة الى ذلك، فان موظفى الصحة العامة فى الميدان هم فى مركز يسهل لهم  
بالحصول على البيانات الاساسية لتقييم اهمية بعض مشكلات التغذية فى الاقليم كالنسبة  
المئوية للسيدات الامل والذى يبلغ مستوى الميموبيلويين لدى من اقل من ١٠ اجزائها  
والوزن المكتسب اثناء الحمل، ونسبة الوفيات فى فئة العمر ١ - ٤ سنوات بالنسبة لمجموع الوفيات  
ودليل الابتسار (الولادة قبل الاوان) والنسبة المئوية للاطفال الذين يقل وزنهم عن  
الوزن المصارى، الخ .....

فاننا اذا ما تحدثت مشكلات المنطقة من ناحية اهميتها  
وطبيعتها، أمكن تنظيم الاجراء الحلقى الذى يتب . كما ان البرامج فى النطاق المحلى  
تضمها اربعة ميادين .

( ا ) برامج التغذية التكميلية

( ب ) الرعاية والاشراف على الاطفال قبل سن الدراسة

( ج ) الاجراءات الوقائية ضد العوامل المعطبة بسوء التغذية

( د ) التثقيف الصحى .

( ا ) برامج التغذية التكميلية

هناك برامج لتوزيع اللبن المخيض ، وتغذية تكميلية للحديد الخ . . . . .  
ومن المحتم ان يكون هناك سياسة محددة وتعليمات لاطفال هذه التكميلات لمختلف فئات العمر  
وان عدم وجود سياسة معينة يؤدي غالبا الى اساءة استعمال التكميلات والفشل في بلوغ  
المكاسب والتحسينات المنشودة أصلا . فمن الضروري مثلا ان يجرى توزيع اللبن المخيض  
المجفف وفي نفس الوقت تسجل اعمار المنتفعين ولا يأخذ بتسجيل الاوزان في حالة الرضخ  
والاطفال . وهذه التسجيلات سوف تسمى بتقييم البرامج وربما باعادة توجيهها في مسدد  
متفكرة .

( ب ) الرماية والاشراف على الاطفال قبل سن الدراسة

ان التغذية بالنسبة لدرطقال قبل سن الدراسة تعتبر واحدة من اكثر المشكلات  
خطرا . فهذه الفئة من العمر معيرة وهي اكثر الفئات اهمالا واذ انما حولنا جزءا من  
الاهتمام بالرضخ والامهات الى هذه الفئة فان النتائج ستكون عظيمة بالنسبة لتحسين  
الصحة العامة .

( ج ) الاجراءات الوقائية

تعقب الامراض المعدية فترة خسارة في سياة الاطفال ، ومن بين الاجراءات التي  
يجب ان يوجه اليها الباحث الصحي عنايته ، هي زيادة الاهتمام بهذه المرحلة ، مع تفهم لنوع  
النظام الغذائي في حالة الاسمان ، واتخاذ اجراءات لوقاية من الامراض الطفيلية  
وعلاجها .

( د ) التثقيف الصحي

يجب ان يكون هدف التثقيف الصحي للجمهور البساطة والواقعية فيما يتعلق  
بالتغذية . ويجب ان يعرف الباحث الصحي طرائق مبسطة للوصول الى تغذية حسنة . ومن  
الضروري ان يبنى التعليم على اساس الاطعمة الميسرة محليا . ونكرانه من المهم جدا  
ان يكون الباحث الصحي في مركز يسمي له بالتصرف على سوء التغذية البسيط . والارشادات  
الفعلية تقط شوطا بعيدا في المعاونة على تحسين التغذية .

ومن اهم نقاط التثقيف الصحي للتغذية بالنسبة للعاملين في الميدان هي ان يكون  
لديهم سياسة واضحة محددة بخصوص الرضاعة ووسائل الفطام .

ويجب ان يذكر هنا ان التنفيذ الفعال لبرامج التغذية في نطاق محلي يستلزم وجود  
ارتباط قوى دائم بين الموظفين الفنيين بالادارة التومية للتغذية وموظفي الادارة الصحية

في النطاق المحلي ، بوساطة الزيارات ، والمراسلات ، والاشراف والمناقشات .

وتحتل برامج التغذية لادارة الصحية في النطاق المحلي الى ان تتممها برامج اخرى

تتقددها الولايات ذات الصلة بالموضوع ، كالتوسع الزراعي ، والنهوض بالمجتمع والمدارس .

### ٣ اللجنة القومية للتغذية والذداء

بالاضافة الى الادارات القومية للتغذية وبرامج التغذية لادارة الصحية في النطاق

المحلي ، فانه من الجوهرى ان تكون هناك - في مستوى ادارى عال جدا - لجنة للتغذية والاذذية لكي تحقق تناسبا جيدا بين الوكالات المعنية بالصحة ، والزراعة ، والتعليم ، والاقتصاد ، في تحسين تغذية الناس . ويمكن ان نذكر ملخصا مختصرا لاسهام الرئيسية التي تقوم بها اللجنة القومية للتغذية والذداء .

( ا ) تحديد الاحتياجات الصحية للجمهور في نطاق المواد المغذية : ويتضمن ذلك الالمام بتوزيع السكان بالنسبة للارض ، والاطفال ، والحوامل والمرضعات والفئات العاملة مع اختيار الاضافات الملائمة من المواد الغذائية . ومن هذه البيانات يحكن حساب قيمة احتياجات كل شخص من الجمهور .

( ب ) تحويل الاحتياجات الغذائية الى مأكولات ، مع مراعاة السلع المألوفة للناس والكميات التقريبية التي تؤكل منها .

( ج ) تقدير موارد الغذاء الموجودة سواء كانت من الانتاج المحلي او مستوردة وقد يكون من الضروري في هذه المرحلة ان ينظر الى الانتاج المحلي باعتباره جوهريا وحقيقيا ، مع مراعاة تكاليفه بالنسبة للارض والايدي العاملة ، والصادر البديلة للاستيراد بالنسبة للنقل والنقل الذي يحدث عند تداول وممل الاغذية ، ومدى التخفيض الذي تصل اليه .

( د ) مقارنة مجموع المؤونة بتقدير المثلوبات المبنية على الاحتياجات الغذائية حتى تكتشف وتقدر الثغرات بين الاثنين وتحدد كيفية سد ها

( هـ ) ترتيبات لضمان التوزيع العادل لكميات الطعام الميسرة . وبلاضافة الى تقدير مشكلة التغذية بالنسبة لحالة الصحية ، والالمام بالعبادات والتقاليد الغذائية والوسائل الزراعية ، فان الفهم الدامل لوسائل التوزيع سيكون ضروريا كأساس لوضع سياسة غذائية بشكل يكفل تعاون الناس ، وبذلك يقوى المجتمع اجتماعيا وجسمانيا .

### مشكلة التدريب

لضمان نتائج مرغوبة في تنفيذ أوجه النشاط الثلاثية المذكورة أعلاه ،

يجب الاهتمام بالتدريب الملائم لمختلف العاملين المشتركين فيها .

وبرامج تحسين التغذية باهظة التكاليف ، اساسا ، الا انه يمكن تخفيض التكاليف اذا كان جميع المسؤولين عن هذه البرامج مدربين تدريباً جيداً وينسقون السياسة الخاصة بالعمل في كل من الم تويات . والنواة الواجب توافرها في هذه الاعمال هي موظفو الادارة القومية للتغذية الذين يجب تعيّنهم من مصالح مختلفة . وقد ورد ذلك بالتفصيل في الفصل الرابع من تقرير لجنة التغذية للشرفيين الادنى والاوسط .

وان السياسة القومية للغذاء والتغذية سواء تآثر تأثراً عظيماً بالفراغة الفنية والمقدرة التنظيمية لموظفي الادارة القومية لتغذية . ومن ثم ، سيكون تزويد الادارة بافراد ذوي خبرة قيادية جيدة ، ومدربين تدريباً فنياً عالياً ، ذا عون عظيم . ويبدو لنا ان نذكر هنا انه توجد في الوقت الحاضر بعض المعاهد التي تهتم بتدريب الموظفين في هذه المستويات . فاذا ما تأكدنا من ان موظفي الادارات القومية للتغذية مدربين تدريباً جيداً ، فسوف تكون نتيجة ذلك تهيئة تدريب ملائم للعاملين في ميدان الصحة في نطاق محلي .

#### ٩ الخلاصة

- ١- ان حالة التغذية بالنسبة للشعب تتوقف على عوامل اجتماعية وزراعية وثقافية وصحية وكذلك على مدى انتشار امراض معينة . ويناقش ذلك بالنسبة لمشكلات الاقليم .
- ٢- في بلدان الاقليم ، تنتشر بين الاطفال امراض التغذية الناجمة عن النقص ، وخاصة نقص البروتين ، والسعال ، ونقص الريبوفلافين ، والانيميّة . ويوجد نقص فيتامين " ا " في بعض البلدان ، وكذلك نقص فيتامين " ج " والبلجيرة والرخودة ( لين العظام ) مرضان موجودان أيضاً في بعض بلدان الاقليم .
- ٣- سوء تغذية البالغين شائع وهو ذو اثار ضار على انتاج الفرد .
- ٤- اسهال الاطفال شائع في الاقليم كله ، ومعظم البلدان بها نسبة وفيات عالية بين الرضع ويحتمل ان سببها اقتران اسهال الاطفال بسوء التغذية .
- ٥- مكافحة سوء التغذية تتطلب تقييم الاضطرابات . وهذا يستلزم اجراء دراسة استقصائية لحالة التغذية بين الناس . ويجب ، عند اجراء الدراسة الاستقصائية ان يوجه اهتمام خاص الى الفئات المعرضة للخطر ( الحوامل والمرضعات ، والاطفال قبل سن الدراسة ) ، الا انه يجب عدم اغفال البالغين . وتوجد بيانات غير كافية عن حالة التغذية في الاقليم والحاجة تدعو الى اجراء دراسات استقصائية لحالة التغذية .

- ٦- يجب اجراء دراسات استقصائية للنظم الغذائية ، وتحليل المواد الغذائية ، بين الناس الذين تستقصى حالتهم الغذائية .
- ٧- تأكدت أهمية البيئات الخاضعة بقايبس الجسد ، وأعطيت أمثلة من إنجلترا لبيان قيمتها العملية .
- ٨- نوقشت وسائل تشخيص المشاكل من وجهة النظر الادارية .

LIST OF REFERENCES

- (1) The Shorter Oxford English Dictionary
- (2) Mohamed A. Abbassy, M.D. Ph.D. D.P.H. Report on Visit to Saudi Arabia, 15 - 26 March 1951.
- (3) Dr. G. Jallad, MCH Consultant, WHO EMRO. Report on Visit to Saudi Arabia, November 1958.
- (4) Unpublished report on the work of the Health Centre and Training School, Sana'a, December 1958.
- (5) Medical and Health Reports on Aden Colony, 1952 - 1955.
- (6) Drs. P.W.R. Petrie and K.S. Seal. A Medical Survey of the Western Aden Protectorate, 1939 - 1940.
- (7) Annual Report on the Aden Protectorate Health Service for the year 1957.
- (8) Dr. S. Postmus, WHO/FAO Nutrition Consultant. Report of a Survey of the Nutritional Needs of Children in Ethiopia. FAO/58/5/3339 (1957).
- (9) James C. Thomson, Ph.D. M.P.H. and Mohamed B. Mashayekhi, M.D. M.P.H. Preliminary Nutritional Assessment Survey of seven different geographical areas of Iran. October 1952. EM/NUT/2.  
and  
James C. Thomson, Abbas Bahadori and Mohamed B. Mashayekhi. Report on the Food and Nutrition Situation in Iran. March 1957. EM/NUT/10.
- (10) Iran: Nutrition Survey of the Armed Forces. A Report by the Inter-departmental Committee on Nutrition for National Defence. August 1956.
- (11) Mahmoud A. Jalili DM, SM, MRCP. Director, Medical Research Institute, Baghdad. Nutrition Problems in Iraq.
- (12) National Institute of Nutrition, Republic of Iraq. Nutritional Problems in Iraq.
- (13) A. Majaj, M.D. D.C.H. Protein Malnutrition and Macrocytic Anaemia.
- (14) N.L. Corkill, M.D. WHO Consultant on Nutrition. Nutrition in Iraq, Lebanon and Syria in 1951. EM/NUT/1. August 1951.
- (15) Professor G. Ferro-Luzzi, FAO Consultant. Report to the Government of Libya on Nutrition. FAO Report No.920, Rome 1958.
- (16) Libya: Nutrition Survey of the Armed Forces and Civilians. A Report by the Interdepartmental Committee on Nutrition for National Defence, December 1957.
- (17) The Problem of Nutrition in Pakistan. Presented by the Pakistani participants, Dr. S.A. Momin of the Nutrition Research Laboratory, and Major M.K.R. Siddiqi of the Armed Forces Institute of Nutrition, Lahore.
- (18) Survey of Health and Sanitation in Pakistan. January 1957 (page 21).

- (19) Pakistan: Nutrition Survey of the Armed Forces. A Report by the Interdepartmental Committee on Nutrition for National Defence. September 1956.
- (20) Professor G. Ferro-Luzzi. FAO Report No.193. 1953.
- (21) Dean A. Smith, O.B.E. M.A. M.D. DTM&H. Clinical Observations on Nutritional Status in the Central and Northern Sudan. 1953.
- (22) E.M. Poulton, MCH Adviser, WHO EMRO. Report on Visit to Tunisia. 1957. EM/MCH/28.
- (23) M. Nabawy et al. Clinical, Pathological and Biochemical studies on Kwashiorkor in Egypt.
- (24) R.W. Vilter, W.J. Darby and H.S. Glazer, WHO Consultants, EMRO. A Survey of Pellagra and Nutritional Anaemia in Egypt. August 1954. EM/NUT/6.
- (25) Nutrition Problems in the Egyptian Region. Presented by the UAR participants on behalf of the Permanent Nutrition Committee, Ministry of Health, Cairo.
- (26) N.L. Corkill, M.D., WHO Consultant on Nutrition. Nutrition in Iraq, Lebanon and Syria in 1951. EM/NUT/1. August 1951.
- (27) Personal Communication to Regional Director, WHO EMRO, by Professor J. Salem of the Department of Paediatrics, Damascus. November 1958.
- (28) Secular change in height and weight of British children, including an analysis of measurements of English children in primary schools 1911 - 1953. Commonwealth Bureau on Animal Nutrition. Nutrition Abstracts and Reviews Vol. 27-1, 1-18, January 1957.

General Acknowledgements:

WHO Study Group on Iron Deficiency Anaemia, November 1958.

Report of the Nutrition Committee for the Near and Middle East.  
November 1958.

H.C. Travell and D.B. Jelliffe. Diseases of Children in the Sub-tropics and tropics.

Lucius Nicholls. Tropical Nutrition.